



INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

SERIE: MONOGRAFÍAS DE INVESTIGACIÓN

Nº 9

Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Huaraz 2003

LIMA, PERÚ
2005

Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa del Instituto.
La presente 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.

Instituto Especializado 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 de Salud Mental en Huaraz 2003. Informe General. Lima, 2004.

Participaron principalmente en la elaboración de este informe: Dr. Javier E. Saavedra, Dr. Santos González, Dr. Rolando Pomalima, Dr. Yuri Cutipé, Lic. Yolanda Robles, Dr. Santiago Stucchi, Lic. Violeta Vargas, Dra. Vilma Paz, Dr. Eduardo Bernal. Se agradece la colaboración mecanográfica de la Srta. Milagros Ramírez, Srta. Liliana La Rosa, Srta. Jessica Pozo, Sra. Flor Ortiz y Srta. Shella Pérez.

INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL «HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI»

SERIE: MONOGRAFÍAS DE INVESTIGACIÓN Nº 9

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

DRA. PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

DR. JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA
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 y Salud Mental

Asociación Psiquiátrica Peruana

ÁREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO

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
Dra. Rommy Kendall Folmer

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

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

JEFE DE OPERACIÓN DE CAMPO

Leoncio Ernesto Quezada Carrillo

COORDINADORES DE CAMPO

Enrique Castillo Florián (Cajamarca)

Mary Helen Reyes Díaz (Huaraz)

Herón Arsenio Salazar Olivares (Ayacucho)

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 María 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 Rondán

Gloria Morote Contreras

Gloria Marilú Oré Medina

Ana Antonia Pariahumán Herrera

Yuly Sadith Pedraza Gómez

Jenny Patricia Pérez Hernando

Janeth Torres Reynaga

Angélica Rodríguez Zuta

Susana Ruiz Rubio

María Teresa Sandoval Pacahuala

Beatriz Ubaldo Jamanca

Lina América Valverde

GonzálezLuz Velarde Montalvo

Miriam Diana Vera Placencia

AGRADECIMIENTOS

La presente publicación representa una confirmación de nuestra visión y misión, y el compromiso asumido por la Institución con las ciudades en las cuales se ha realizado el estudio. Nuestro esfuerzo va dirigido a brindar la información necesaria en el campo de la salud mental, de tal manera que permita el desarrollo de proyectos en las comunidades donde ingresamos. Por ello deseamos reconocer a las personas entrevistadas por su paciencia y tiempo y por la acogida con la cual usualmente nos han recibido.

A todos los miembros del Comité Ejecutivo de Investigación y de las áreas especializadas por su afán inquisitivo y desinteresada entrega en conocer la realidad de la salud mental en nuestra sociedad y que siguen creyendo en esta empresa. Al Dr. Enrique Galli, quien nos facilitara las primeras versiones del MINI y quien desde el estudio de Lima colaborara en la validación del instrumento y aportara con sus valiosos consejos. Asimismo, deseamos expresar nuestro agradecimiento póstumo a nuestro querido amigo y compañero Dr. Raúl Díaz Sifuentes, quien participara activamente en este proyecto, no sólo con su sapiencia sino también con su alegría y entusiasmo.

Al equipo de la administración institucional que interviniera en el proceso de operación de campo: Abog. Geovanna Ballón, Sr. Basilio Da Costa, Sra. Mabel Pisco, Sr. Enrique Ticona, Lic. Irma Atalaya Chacón, Sra. María Mendoza Jesús, Sr. Efraín Montesinos, Sra. Maritza Zafra y Lic. Delia Zúñiga, quienes demostraron su experticia 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.

Al personal secretarial en la personas de la Sra. Vilma Sotelo y Srta. Alicia Revilla, por sus sacrificios personales y familiares. A las Srtas. Milagros Ramírez, Jessica Pozo, Sheilla Pérez y Sra. Flor Ortiz por su valiosa participación en el vaciado de la información para esta publicación. A la Lic. Andrea Rubini, por su valiosa y desinteresada contribución en la revisión y corrección del cuestionario y 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», a través de los resultados de la presente investigación, ofrece un diagnóstico general de la situación de salud mental de la población norandina de Huaraz, sentando las bases para mejorar las actuales condiciones de salud mental. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en 2002, en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao, se estudiaron las características de la salud mental en la población: la prevalencia de trastornos mentales, la discapacidad psiquiátrica e inhabilitación asociada a la salud mental, el uso de servicios, y la identificación de factores de riesgo y factores protectores. Los resultados de este estudio epidemiológico confirmaron la relevancia de los problemas de salud mental para la salud pública y la importancia de considerar las variables socioeconómicas.

Con esta motivación nos hemos aproximado a la Sierra peruana y, en particular, a la ciudad de Huaraz. La presente encuesta de salud mental es el primer estudio epidemiológico gubernamental realizado en esta ciudad. La investigación ha tenido por objeto acercarse a la problemática de la salud mental en la región, focalizando su esfuerzo en las áreas más sensibles: la violencia hacia la mujer, la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas, la depresión y la ansiedad, la salud mental del adolescente y del adulto mayor. Se ha asumido la misma metodología utilizada en el estudio de Lima y Callao. Fueron seleccionadas cuatro unidades de análisis del entorno familiar: un adulto, una mujer unida, un adolescente y un adulto mayor. De esta manera se espera obtener una mejor visión del problema de la salud mental, desde una perspectiva familiar, permitiendo obtener información de mayor relevancia en las áreas consideradas.

Esta publicación forma parte de los resultados del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003, y constituye el compromiso institucional de liderar la investigación y contribuir con el desarrollo de normas en salud mental, al comprender que sólo una acción organizada y bien orientada del equipo de investigación, puede generar información de valor relevante para el desarrollo de proyectos o programas coherentes con la realidad de la salud mental del país.

El presente informe es el tercero de una serie de cuatro publicaciones en materia de salud mental en la Sierra Peruana. Consiste en una visión general de la salud mental de la población de la ciudad de Huaraz. En la metodología se describen los objetivos generales en cada una de las áreas de estudio, cuyos resultados completos se irán presentando en posteriores informes. Muchos de estos indicadores servirán de base para su comparación con estudios epidemiológicos ulteriores, y para poder vigilar tanto los factores de riesgo como los factores protectores involucrados.

Dr. Martín Nizama Valladolid
Director General del Instituto Especializado de Salud Mental
«Honorio Delgado – Hideyo Noguchi»

ÍNDICE GENERAL

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD	3
DIRECTORIO DEL IESM	3
AUSPICIOS	5
ÁREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO	7
EQUIPO DE LA ENCUESTA	8
AGRADECIMIENTOS	9
PRESENTACIÓN	11
ÍNDICE GENERAL	13
HUARAZ	19
INFORME GENERAL	21
I. INTRODUCCIÓN	23
1.1 JUSTIFICACIÓN	24
II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL	24
2.1 ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL	24
2.2 VIOLENCIA FAMILIAR	26
2.3 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y OTROS TRASTORNOS	27
2.4 ADICCIONES	28
2.5 EL ADULTO MAYOR	28
2.6 INDICADORES SUICIDAS	29
2.7 TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD	29
2.8 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL	29
2.9 POBREZA Y SALUD MENTAL	30
2.10 EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL	31
2.11 ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL	31
2.12 DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL	32
2.13 ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES	32
III. OBJETIVOS GENERALES POR CAPÍTULOS	33
IV. METODOLOGÍA	34
4.1 TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO	34
4.2 DISEÑO MUESTRAL	34
4.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO	34
4.2.2 NIVELES DE INFERENCIA	34
4.2.3 MARCO MUESTRAL Y UNIDADES DE MUESTREO	35

4.2.4	ESTRATIFICACIÓN	35
4.2.5	TIPO DE MUESTRA	35
4.2.6	TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA	35
4.2.7	UNIDADES DE ANÁLISIS	36
4.2.8	PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	36
4.2.9	CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS QUE RESPONDIERON A LA ENCUESTA	37

V. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES 38

5.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS	38
5.2	ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	39
5.3	TRASTORNOS CLÍNICOS	40
5.4	DISCAPACIDAD E INHABILIDAD	40
5.5	MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS	40
5.6	RELACIONES INTRAFAMILIARES	41
5.7	FUNCIONES COGNOSCITIVAS	42
5.8	SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL	43

VI. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO 43

6.1	DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL	44
6.1.1	TIPO DE ENCUESTA	44
6.1.2	COBERTURA DE LA ENCUESTA	45
6.2	MÉTODO DE LA ENTREVISTA	46
6.3	PROCESOS DE VALIDACIÓN Y CALIDAD	46
6.4	OBTENCIÓN DE INDICADORES DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD A PARTIR DE LOS PROPIOS DATOS DE ESTUDIO ...	46
6.5	ENTRENAMIENTO EN EL USO DE INSTRUMENTOS	47
6.6	CONSIDERACIONES ÉTICAS	47

VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO 47

VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO 49

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 49

RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO EN HUARAZ 51

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA 53

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS 57

EDAD	59
ESCOLARIDAD	59
ESTADO CIVIL	60
OCUPACIÓN	60
INGRESOS ECONÓMICOS	61

SALUD MENTAL DEL ADULTO EN HUARAZ 63

SALUD MENTAL DEL ADULTO EN HUARAZ	65
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	65
ENTORNO GENERAL	65
ESTRESORES PSICOSOCIALES	67
DISCRIMINACIÓN	69
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES	71
SATISFACCIÓN PERSONAL	72
SATISFACCIÓN LABORAL	73
CALIDAD DE VIDA	74
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	74
ASPECTOS PSICOPÁTICOS	75
INDICADORES SUICIDAS	75
TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA	78
FACTORES PROTECTORES	78
TRASTORNOS CLÍNICOS	79
USO DE SUSTANCIAS	82
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	85
POBREZA Y SALUD MENTAL	85
SALUD MENTAL POR CIUDADES	87
EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA	88
ACCESO A SERVICIOS	89
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN HUARAZ	91
ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES EN HUARAZ	92

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS 95

EDAD	97
ESCOLARIDAD	97
ESTADO CIVIL	98
OCUPACIÓN	98
INGRESOS ECONÓMICOS	98

SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA 99

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	101
TRASTORNOS CLÍNICOS	105
ABUSO EN LA MUJER UNIDA	106
ABUSO HACIA LA MUJER POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL	107
LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE	108
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE	113

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS 115

EDAD	117
ESCOLARIDAD	117
ESTADO CIVIL	118
OCUPACIÓN	118



SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE

119

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	121
ENTORNO GENERAL	121
ESTRESORES PSICOSOCIALES	122
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES	122
SATISFACCIÓN PERSONAL	123
SATISFACCIÓN LABORAL	124
CALIDAD DE VIDA	125
ASPECTOS PSICOPÁTICOS	125
INDICADORES SUICIDAS	126
TENDENCIA A LA VIOLENCIA	128
FACTORES PROTECTORES	128
TRASTORNOS CLÍNICOS	129
USO DE SUSTANCIAS	129
ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE	131
ACCESO A SERVICIOS	132

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

135

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS	137
EDAD	137
ESCOLARIDAD	137
ESTADO CIVIL	138
OCUPACIÓN	138

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

139

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	141
ESTRESORES PSICOSOCIALES	141
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES	141
SATISFACCIÓN PERSONAL	142
SATISFACCIÓN LABORAL	143
CALIDAD DE VIDA	144
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	144
INDICADORES SUICIDAS	145
FACTORES PROTECTORES	146
TRASTORNOS CLÍNICOS	146
DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR	148
MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR	149
ACCESO A SERVICIOS	150

CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN HUARAZ

153

ADULTOS	155
MUJER UNIDA	157
ADOLESCENTES	158
ADULTO MAYOR	159

ANEXO ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN 161

BIBLIOGRAFÍA 199

HUARAZ

Huaraz es la capital del departamento de Ancash, creada el 25 de julio de 1857. Fue la cuna de la civilización Chavín entre los 400 y 600 años antes de Cristo, y tuvo un desarrollo importante como sintetizadora de una cultura andina y amazónica. Los primeros españoles llegaron a Huaylas atraídos por la fama de las vetas de plata de la región y, al conocer Francisco Pizarro la gran riqueza del Valle del Santa, decidió trasladarse allí para fundar una ciudad.

La ciudad se ubica al noreste de Lima, a 3 080 m.s.n.m. junto al río Santa y en el Callejón de Huaylas, entre la Cordillera Negra al occidente y la Cordillera Blanca al oriente, donde destaca el nevado Huascarán (6 768 m), el más alto del Perú. Su nombre tendría origen en la palabra quechua «ancas», que significa *azul*, probablemente inspirada en los contrastes que se forman entre los blancos nevados y el cielo limpio.

Huaraz es en la actualidad una ciudad moderna de más de 121 000 habitantes que resalta como eje turístico de la zona, especialmente por el encanto natural de sus valles y hermosas lagunas, las imponentes cordilleras que la rodean y su agradable clima templado, que no hace sino fomentar todo tipo de actividades deportivas y recreativas al aire libre.

El departamento de Ancash tiene una superficie de 35 041 km². Los recursos agrícolas principales son el arroz, el algodón, el maíz y la papa. Tiene 20 provincias y 165 distritos y fue fundado como departamento el 12 de febrero de 1821. La fauna de la región la constituyen el venado gris, la taruca, el oso de anteojos, el puma, el zorro, la vizcacha, la muca, la vicuña, el pato, la gallareta y el picaflor.

La zona del Callejón de Huaylas ha sufrido grandes tragedias desde 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, hasta el fatídico mayo de 1970, cuando tuvo lugar uno de los terremotos más devastadores en la historia del país y que destruyó completamente la ciudad. Más de 50 000 personas murieron. Particularmente Yungay fue la ciudad más afectada y prácticamente borrada del mapa. Sus pobladores cuentan todavía miles de historias de dolor, de angustias, de injusticias, pero también de heroísmos y de esperanza. Aquellos momentos que les tocó vivir a muchos indudablemente dejaron huellas imborrables a las cuales la salud mental no es ajena.



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
DE SALUD MENTAL
EN HUARAZ-2003**

INFORME GENERAL

I. INTRODUCCIÓN

La presente publicación forma parte de los resultados del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana realizado en el 2003 (EESMSP 2003) en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. La sierra peruana muestra los indicadores económicos más deprimentes del país y ha sido fundamental conocer la situación de salud mental de estas poblaciones. El departamento de Ancash con 61,1% de pobreza, se encuentra a mitad de posición en la clasificación por magnitud de pobreza en el país, y contrasta con el 33,4% de la ciudad de Lima.¹ El enfoque regional de los estudios de los problemas de salud mental se sustenta en la multiculturalidad de las poblaciones y la multifactorialidad de los problemas de salud mental y la naturaleza biopsicosocial de los trastornos.

Los resultados del estudio realizado en Lima y Callao en el año 2002 (EEMSM)² y de Ayacucho³ en el año 2003 han permitido conocer importantes aspectos de la salud mental de adultos, mujeres, adolescentes y adultos mayores: alta prevalencia de depresión y ansiedad y su vinculación con variables socioeconómicas; condiciones desfavorables en la salud mental de la mujer y en especial de la mujer unida maltratada; niveles importantes de deterioro cognoscitivo del adulto mayor; significativos indicadores suicidas en adultos y en especial en adolescentes; nivel importante de desconfianza hacia las autoridades por parte de la población, entre otros. Asimismo, los resultados obtenidos en Ayacucho han confirmado la necesidad de realizar estudios regionales debido a la importante influencia de los factores socioculturales en la salud mental.

La OMS ha estimado que los desórdenes mentales y de adicción se encuentran entre los más severos en el mundo y que, para el año 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo, precedida sólo por la enfermedad isquémica cardiaca. Para los países en desarrollo la perspectiva es aún peor y se estima que la depresión mayor será la primera causa de discapacidad para el año 2020^{4,5}. 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^{6,7}. Asimismo, la OMS ha llamado la atención sobre la brecha en el tratamiento de problemas de salud mental y la necesidad de reducirla⁸, problema que sería mayor en ciudades de la sierra como Huaraz.

El impacto de la violencia política ha sido investigado en Ayacucho⁹ pero no en Huaraz. No ha habido estudios epidemiológicos nacionales de salud mental en Huaraz, y en general en la Sierra del Perú, de la envergadura de la presente investigación. La presente publicación tiene por objetivo presentar los resultados específicos de la ciudad de Huaraz replicando la investigación realizada en Lima Metropolitana y el Callao. Se han estudiado 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 y 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 en 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, tales como: la calidad de vida, funcionamiento y discapacidad, aspectos económicos, acceso a servicios, discriminación y un capítulo especial sobre síndromes culturales. Asimismo, se añadieron temas de violencia relacionados con el terrorismo.

Los resultados de esta investigación contribuirán al diagnóstico basal y el diseño de programas regionales de salud mental. Por ello, permitirán establecer indicadores de evaluación de los recursos humanos y financieros a ser invertidos en el campo de la salud mental de estas zonas.

1.1 JUSTIFICACIÓN

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

La importancia del presente estudio estriba en que: 1º puede propiciar líneas de desarrollo en las políticas intersectoriales vinculadas a la salud mental, descuidada hasta el momento; 2º podrían generarse políticas que consideren variables vinculadas con la salud mental que influirían en la pobreza; 3º las acciones preventivas podrían centrar el foco de atención en grupos de riesgo a problemas más específicos y, por lo tanto, mejor organizados; 4º puede permitir el acceso de una mayor cantidad de personas a estos servicios, en especial a grupos vulnerables; 5º no existen trabajos similares en el país ni en Latinoamérica, por lo cual ayudaría a crear antecedentes en la región en zonas de alta complejidad social.

Entre las preguntas que respondería el estudio se encuentran: ¿cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental general en la población urbana de Huaraz?; ¿cuál es la magnitud de la violencia hacia la mujer unida y la repercusión en su salud mental?; ¿cuál es la prevalencia de la conducta adictiva?; ¿cuál es la magnitud de los principales problemas de salud mental del adulto mayor en Huaraz?; ¿cuál es la magnitud de los indicadores suicidas en la población de Huaraz?; ¿cuál es la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos?; ¿cuál es la proporción exacta de personas que no logran ningún tipo de atención para problemas de salud mental?; ¿cuál es la magnitud de los problemas de salud mental en la población pobre en comparación con la población no pobre de Huaraz?; ¿cuál es el nivel de discriminación percibida por la población de Huaraz?; ¿cuáles son las caracterizaciones de los síndromes culturales y cuál es su relación con los síndromes clínicos psiquiátricos?

II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL

El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental² realizado en el 2002 y el estudio en la ciudad de Ayacucho³ (también realizado por nuestra institución) revelaron importante información que ha puesto en evidencia tendencias observadas en estudios previos en el área de salud mental^{10,11}, confirmándose observaciones internacionales con respecto a los trastornos afectivos, indicadores suicidas, problemas con el uso de alcohol, violencia intrafamiliar y la intervención de problemas socioeconómicos en los trastornos mentales.⁸

2.1 ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL

Perales considera bajo el concepto de salud mental aquellos aspectos ligados a «la conducta humana, tanto la desadaptada por razón de anormalidad cuanto la anormal y productiva, así como aquella que, sin ubicarse en ninguno de tales extremos, se asocia al impacto de diversos factores de estrés psicosocial manifestándose por medio de comportamientos desviados o desadaptados no necesariamente ubicables como categorías diagnósticas en las clasificaciones psiquiátricas vigentes».¹⁰ Estudios internacionales confirman que sólo alrededor de la mitad de aquellos que buscan atención por problemas de salud mental tienen problemas psiquiátricos.¹² Por lo tanto, al hablar de los aspectos generales de salud mental, nos referimos a estos problemas psicosociales desprovistos de los problemas psiquiátricos propiamente dichos. Corin señala que el lugar de partida del estudio de los problemas de salud mental ya no se sitúa en el individuo solamente sino en la interacción constante entre la persona y su entorno.¹³ Así, la epidemiología ha permitido identificar determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental.^{14,15}

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, racial, de género, generacional, por discapacidad, por clase social o por 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.^{16,17,18}

Desde esta perspectiva, en el Perú, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (IESM, 2002)² mostró que el principal problema del país percibido por la población, tanto hombres como mujeres, en Lima Metropolitana, era el desempleo (58,1%). Significativamente, en menor proporción, se percibía la pobreza (16,4%). Seguía la corrupción, la violencia y la inestabilidad política, pero en cantidades menores. Sin embargo, la población mostraba gran desconfianza hacia las autoridades políticas (91,7%) y las autoridades policiales (62,5%) y experimentaba sentimientos de desprotección del Estado (76,0%). Tal situación generaba en la población, con mayor frecuencia, desilusión (26,6%), amargura y rabia (25,8%).

Este mismo estudio encontró que las situaciones que generaban los niveles más altos de estrés, tanto en hombres como en mujeres, estaban relacionadas con el aspecto económico (39,7%), la salud de la familia y el estrés ambiental (45,7%). Este resultado era mayor al encontrado en la población de adolescentes por los estudios de Perales y col. en 1996.¹¹ Ha sido significativa la proporción de personas insatisfechas con sus estudios (29,5%) y con sus relaciones sociales (16,2%), con la remuneración que percibían (46,3%) y con el reconocimiento que recibían en su centro laboral (23,2%). Respecto a los factores protectores de la salud mental de la población de Lima Metropolitana, la familia era la principal fuente de soporte psicosocial (70,0%). También se observó que, para la población, la religión constituía un recurso importante para enfrentar los problemas cotidianos.

En la sierra peruana, no encontramos estudios epidemiológicos de estas características. Sin embargo, no se puede pasar por alto la violencia política que afectó al Perú en el periodo 1980-2000 y que ha dejado dramáticas secuelas y un saldo doloroso de víctimas fatales¹, afectando principalmente a las poblaciones de la sierra. Por ello, ha existido una mayor preocupación por las poblaciones rurales y altoandinas. Así, Pederssen y col.⁹ 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, tales como la capacidad de recuperación de las personas y la resiliencia de la población. El estudio a profundidad en la ciudad de Ayacucho del EESMSP 2003 reveló que el 52,8% de la población había perdido al menos un familiar en situaciones directamente relacionadas con la violencia política, ya sea por fallecimiento o por desaparición. Esta experiencia se asoció con un incremento en la morbilidad psiquiátrica de estas personas.³

Asimismo, el informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación¹⁹ 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, de clase social y generacional. Se señala que las secuelas psicosociales abarcan los siguientes niveles: individual (discapacidad física, problemas

* La CVR ha estimado que la cifra más probable de víctimas 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 civiles ocurridas en sus 182 años de vida independiente.

de salud mental como ansiedad, irritabilidad, estrés, menoscabo del desarrollo de capacidades individuales, actitudes violentas y abuso de 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 e intracomunales, conflictos entre retornantes y resistentes, consumo masivo y compulsivo de alcohol, pandillas juveniles, menores en estado de abandono, adopciones irregulares, servidumbre) y pérdida de valores culturales.²⁰

2.2 VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia familiar en la sierra se mantiene por diversos motivos, entre ellos la persistencia de relaciones jerárquicas ancestrales en las cuales la mujer le debe obediencia al hombre, y además por la aceptación de estas condiciones por parte de la mujer.²¹

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2000)²² encontró que el 34% de las mujeres vivía o había vivido situaciones de control, el 48% vivía o había vivido situaciones humillantes, el 25% vivía o había vivido situaciones de amenaza; el 41% de las mujeres había sido empujado, golpeado o agredido físicamente por el esposo o compañero. El estudio en mención añade que la mayor incidencia de maltrato infantil se registraba en lugares de mayor pobreza y exclusión social, tales como los departamentos de Apurímac y Cajamarca. Asimismo, se relacionaba 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.

Por otro lado, Gúezmes y col., en el 2002, reportaron que una mayoría de varones adultos, en Lima Metropolitana (51%) y en el departamento de Cusco (69%), ejercía violencia contra sus parejas. La Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia familiar en 8 ciudades del país, encontró en el año 2000 que el 84,7% de las víctimas fueron mujeres, frente al 15,2% de varones, y que el porcentaje de niños (menores de 15 años) afectados por la violencia familiar era del 61%. El agresor, en el 24,9% de los casos fue el esposo y, en el 34,7%, fue el conviviente; según grupos de edad, el 87% de los agresores estaba entre los 15 y 49 años; el 72,7% refiere violencia física y el 12,6% psicológica. Los motivos para la agresión fueron los celos en el 26,2%, problemas familiares en el 38,9% y problemas económicos en el 11,9%; el 4,5% reporta agresión sexual. El 59,3% de los encuestados estaba ecuaníme al momento de la agresión, 35,6% había ingerido alcohol y, el 4,6%, alcohol y otras drogas. En este sentido, se ha asociado el abuso de sustancias con la conducta violenta.^{23,24} El alcohol y las otras 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 y en Ayacucho son notables debido a la alta prevalencia de problemas relacionados al consumo de alcohol en dichas regiones.

Con respecto a la violencia contra la mujer, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del año 2002 encontró que el 65,8% de las entrevistadas (dos de cada tres mujeres) refirió haber sido objeto de algún tipo de abuso en su vida, siendo el más frecuente el abuso psicológico. Este estudio encontró que el maltrato en la mujer estaba generado por celos, actitudes machistas, pareja controladora y arranques de violencia. Un hallazgo digno de ser notado es que en muchos casos estas características de maltrato o violencia se habían iniciado en el periodo de enamoramiento, siendo las más prevalentes los celos de la pareja (50%), arranques de violencia (11,3%) y cualquier tipo de maltrato (69%). La prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual fue de 47%. Sin embargo, una de cada cinco mujeres en esos momentos unidas era maltratada sistemáticamente, es decir, sufría diversas agresiones con una frecuencia de una a dos veces por mes. En la población de mujeres maltratadas en forma sistemática, el

antecedente de algún tipo de maltrato durante el periodo de enamoramiento ascendía a un 85,3%.² Las mujeres maltratadas sistemáticamente mostraban mayor severidad de los diferentes indicadores de salud mental que se abordaron en la mujer unida. Los indicadores suicidas son los más contrastantes y llegan a duplicarse en frecuencia relativa frente a las mujeres no maltratadas sistemáticamente. Los resultados en Ayacucho confirmaron que la prevalencia global de violencia doméstica era mayor en comparación con Lima; sin embargo, la violencia sistemática, referida a la presencia de algún tipo de maltrato por lo menos 1 a 2 veces al mes en el último año, era mayor en Lima.^{2,3}

Las estadísticas del MINDES indican que el nivel de denuncias en Huaraz se ha mantenido estable en el transcurso de estos años, aun cuando esperaríamos un incremento progresivo en razón de la difusión sobre el tema.²⁵

2.3 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y OTROS TRASTORNOS

Como se mencionó antes, Pedersen reportó una elevada prevalencia de trastornos mentales en personas víctimas de la violencia política en Ayacucho.⁹ No existen antecedentes de estudios epidemiológicos a gran escala realizados en Huaraz en esta área.

En general la mayoría de los estudios se ha realizado en la ciudad de Lima, reportándose altas prevalencias de trastornos psiquiátricos. En 1983, en el distrito de Independencia (Lima), Minobe y colaboradores, sobre un total de 814 individuos, utilizando el DIS/DSM-III,²⁶ encontraron una prevalencia de vida²⁷ y de seis meses²⁸ 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%.

En 1993 Colareta realizó una investigación sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural (Santa Lucía de Pacaraos - Huaral) y encontró una prevalencia global puntual de 32% de enfermedades psiquiátricas. Ocupaban 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 trastorno de adaptación) y por alcoholismo (8,6% de la muestra). De los trastornos de ansiedad el más frecuente fue el trastorno de ansiedad no especificado (4,6% de la muestra), el trastorno de ansiedad generalizada (2,9% de la muestra) de los casos, 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 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).²⁹

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, realizado en el 2002 por el Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» en 43 distritos de Lima y Callao, en una población de 2 077 personas adultas, encontró una prevalencia actual y una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico del 23,5% y 37,3% respectivamente, correspondía una 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.²

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).³⁰

2.4 ADICCIONES

El problema de las adicciones se viene arrastrando desde hace décadas. El estudio en el distrito de Independencia realizado en 1983 encontró que el problema más importante era el relacionado al abuso y dependencia de 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%.^{27,28} Tal situación ha sido confirmada ampliamente en los estudios nacionales realizados desde 1988 hasta 1998, los últimos generados por el mismo gobierno peruano.³¹ En el estudio de 1998, la cifra de dependientes a 30 días oscilaba en alrededor del millón de peruanos. La sierra ha sido particularmente afectada por el problema del alcohol.

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 la del consumo de sustancias no alcohólicas ilegales se encontraba en un 7,8%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez era el tabaco (69,5%), mientras que la sustancia ilegal más consumida alguna vez fue la marihuana (6,3%), seguida por la cocaína con el 3,9%. El consumo actual (en la última semana) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se halló en 22,0% y 0,2% respectivamente.² Según la II Encuesta Nacional Sobre la Prevención y Consumo de Drogas 2002 por DEVIDA, la prevalencia de vida de consumo de alcohol y tabaco era de 94,2% y 68% respectivamente, por lo que se concluía que más de once millones de peruanos habían probado alcohol y más de ocho millones habían consumido tabaco.³² El EESMSP 2003 en Ayacucho reveló que el 15% de la población tenía problemas de abuso o dependencia de alcohol en el último año.³

El presente estudio evaluó la prevalencia de vida del consumo y prevalencia en el último año de abuso, así como la dependencia de sustancias según los criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).³⁰

2.5 EL ADULTO MAYOR

No ha habido estudios epidemiológicos de salud mental en este grupo poblacional en la Sierra, y poco o nada se conoce acerca del deterioro cognoscitivo en estas regiones.

El envejecimiento progresivo de las poblaciones tendrá un impacto más notable en las primeras décadas de este milenio. En el Perú, según el INEI-95, el 7% de la población está conformado por adultos de 60 años y más.³³ En la actualidad, se calcula que hay aproximadamente 2 millones y se proyecta que para el 2020 la población de adultos mayores esté en alrededor de los 4 millones. El crecimiento acelerado de la población senescente 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.

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%, la muestra no identificó ningún adulto mayor que intentara 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 encontraba en alrededor del 10% de la población adulta mayor de 60 años o más, considerada con por lo menos 8 años de instrucción. Por lo tanto, uno de los objetivos de este estudio ha sido conocer cómo están estas cifras en otras regiones del Perú, como es el caso de Huaraz. 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

No se han reportado estudios epidemiológicos de estos indicadores en la sierra. Los estudios realizados por Perales y colaboradores en 1995 y 1996, en los distritos del Rímac¹⁰ y Magdalena¹¹ respectivamente, mostraban cifras preocupantes. Los resultados del EEMSM-2002² realizados en Lima y Callao sobre indicadores suicidas no sólo las confirman sino muestran una tendencia generacional a incrementarlas. 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 encontraba más alta en los adolescentes (15,3%) en comparación con los adultos (8,5%) y los adultos mayores (12,2%). Los adolescentes que habían presentado deseos de morir en el último año acusaban como motivo principal los problemas con los padres, mientras que los adultos los relacionaban principalmente con problemas de pareja. Estos hallazgos han sido coherentes con la prevalencia puntual del episodio depresivo, que en el adolescente ascendía a 8,6% mientras que en el adulto se situaba en el 6,6%. En Ayacucho la ideación suicida en el último año en los adultos ha sido más prevalente que en Lima, pero no se puede decir lo mismo del intento suicida.^{2,3}

En este estudio se incluyó como indicador suicida, no sólo los deseos de morir y el intento suicida, sino también la presencia de pensamientos activamente suicidas con la intención específica de profundizar aún más en la conducta suicida.

2.7 TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD

Los trastornos 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.³⁴

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 y muestra el más bajo porcentaje para la recuperación de la total capacidad social y de trabajo. Según esta misma información, la población discapacitada en el Perú ascendería a 1 500 000 - 2 000 000 de personas, de las cuales 500 000 - 600 000 serían niños y adolescentes. Esta población suele ser discriminada y excluida de determinadas esferas sociales, lo cual genera dificultades en su desarrollo personal e integración social.

En el campo de la salud mental, observamos la tendencia de los trastornos mentales hacia la cronicidad y a producir 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 farmacológico.³⁵

2.8 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Existen dos formas de evaluar el acceso: una, a través de entrevistas estructuradas, que conducen a un diagnóstico y, a través de éste, se determinan las necesidades o conductas de atención; la otra se basa en cuestionarios de auto-percepción de problemas de salud mental, definidos por el que responde, en determinado tiempo, con lo que se mide la necesidad y las conductas de búsquedas de ayuda.^{36,37} El segundo enfoque, utilizado para la presente publicación,

se sustenta en que algunos estudios han encontrado que sólo alrededor de la mitad de aquellos que reciben atención por problemas de salud mental tiene problemas psiquiátricos diagnosticables.¹²

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 y la medicina folklórica podría jugar un importante papel. Los estudios sobre acceso a servicios de salud mental en Lima y 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.²

En Lima, del total de la población que reconocía 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 y 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; 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. En Ayacucho el acceso es más limitado aún: sólo el 7,5% de la población que percibió problemas de salud mental accedió a los servicios.³

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 o con necesidades básicas insatisfechas eran las que accedían menos; sin embargo, esta encuesta estuvo dirigida sólo a problemas físicos, y no ha considerado ninguna pregunta acerca de la salud mental.³⁹ 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 morbilidad 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

No ha habido estudios que hayan establecido la relación entre la pobreza y la salud mental en la sierra. La importancia se da en que no sólo podrían ayudar a identificar grupos de riesgo sino a generar hipótesis de trabajo sobre la naturaleza de los problemas de salud mental desde el punto de vista social y cultural.

Las encuestas nacionales recientes están demostrando que más de la mitad de la población peruana se encuentra en situación de pobreza y, en Lima, cerca de un tercio de la población.⁴⁰ Tal situación para la sierra es mucho más preocupante. De las tres ciudades estudiadas, poseen indicadores de pobreza urbana similares más del 40%. El acercamiento de la pobreza al concepto de bienestar crea una nueva perspectiva sobre la cual aparecen nuevos argumentos que la vinculan también con la salud mental. Bajo esta visión la pobreza afectaría no sólo la salud física de las personas sino también su salud mental.⁶ 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.⁸

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 trastornos ansiosos y depresivos, remarcando la importancia y necesidad de considerar la salud mental en los programas de lucha contra la pobreza. En Ayacucho no se encontraron diferencias significativas entre los más y menos pobres, probablemente debido a la ausencia de ciertos componentes de la pobreza en la sierra que son responsables del incremento de los problemas de salud mental observados en ciudades más grandes. También es posible que se deba a problemas con los indicadores utilizados o que los contrastes entre pobres y no pobres sean mucho menores.

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 se pueda estructurar 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 la ciudad de Huaraz.

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 hipótesis como, por ejemplo, que la separación de los padres, las amenazas de éstos hacia 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 lo cual, 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.⁴¹

2.11 ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

En el Perú, las necesidades de salud de nuestra 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.⁴² Los estudios de morbilidad en poblaciones abiertas y las experiencias acumuladas por distintos investigadores en el mundo señalan que una significativa mayoría (del 70% al 80%) de los episodios de enfermedad reportados, se manejan por fuera de los sistemas de atención médica oficial. El resto recurre a sistemas alternativos como los que ofrece la denominada medicina tradicional o popular.⁴³

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.⁴⁴ Por otro lado, los estudios de orden social, médico y folklórico sobre medicina tradicional o popular no han sido programados con un rigor metodológico⁴⁵ que permita una sistematización de los mismos; así, tampoco se había realizado antes un estudio epidemiológico en el que se intentara explorar no sólo los síndromes socioculturales, sino también los agentes que los resuelven, sus estrategias diagnósticas y de tratamiento. Se ha explorado también 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.⁴⁶ Finalmente, aunque por ahora a modo de conclusiones hipotéticas, se presentan algunos resultados de este módulo.

2.12 DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL

Un número importante de estudios internacionales respaldan la importancia de la relación entre discriminación y salud mental. La discriminación es considerada entre los estresores secundarios más importantes asociados a eventos estresores mayores, tales como la pérdida del trabajo o la exposición a la violencia.⁴⁷ Entre los motivos de discriminación para los cuales se ha hallado relación con la salud mental, se encuentran el género, la orientación sexual,⁴⁸ el racismo,⁴⁹ el etnicismo,⁵⁰ el status social⁵¹ e inclusive la condición de salud mental en sí misma,⁵² 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 y los síntomas de ansiedad o depresivos.⁵⁰ Al parecer, la prevalencia de la discriminación sería muy alta. Según un estudio epidemiológico realizado en los EE.UU.⁵¹, 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 ellos 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 ellos 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 de 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 la persona enferma y su contacto con los servicios psiquiátricos a los miembros de la familia, en términos de su respuesta psicológica, podría mejorar el contacto con los familiares.

El estigma en esquizofrenia va dirigido no sólo a los pacientes, sino también a los familiares, profesionales de la salud, hospitales psiquiátricos, psicofármacos 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 locas,
- no pueden tomar decisiones,
- son impredecibles,
- no pueden trabajar,
- deben permanecer hospitalizadas o presas,
- no tienen esperanza de recuperación,
- son retardadas mentales,
- su enfermedad es debida a una brujería o maleficio,
- fueron mal cuidadas 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 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 de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003 ha representado la segunda fase del diagnóstico de la salud mental en el Perú que iniciara el IESM en el año 2002, y que tiene proyectado cubrir las principales ciudades del país. En este informe se incluyen los resultados principales de la ciudad de Huaraz.

III. OBJETIVOS GENERALES POR CAPITULOS

El presente estudio consta de 15 sub-proyectos principales; en este resumen presentamos los objetivos generales de cada uno de ellos.

- Conocer la magnitud de los potenciales de la salud mental, tales 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 Huaraz en el 2003.
- Determinar la prevalencia de indicadores suicidas en adultos, adultos mayores y mujeres, así como en grupos específicos, tales como mujeres maltratadas, en la ciudad de Huaraz en el 2003.
- Conocer la magnitud de los factores asociados a la violencia familiar y vinculación al área de la ciudad de Huaraz en el 2003.
- Determinar la prevalencia, aspectos clínicos, factores de riesgo y protección relacionados a la conducta adictiva en la ciudad de Huaraz en el 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, en la ciudad de Huaraz en el 2003.
- Determinar la magnitud, factores de riesgo y factores asociados al trastorno depresivo, ansiedad e indicadores suicidas en adolescentes mayores de 12 años, en la ciudad de Huaraz en el 2003.
- Determinar la prevalencia y características de los trastornos de la alimentación y sus factores de riesgo y protección, en la ciudad de Huaraz en el 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 la ciudad de Huaraz en el 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 la ciudad de Huaraz en el 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 la ciudad de Huaraz en el 2003.

- Determinar la magnitud y los factores que se asocian, influyen o interfieren en el acceso equitativo de personas con problemas de salud mental a la atención de salud (tanto en forma general como en patologías psiquiátricas específicas), en la ciudad de Huaraz en el 2003.
- Determinar la magnitud y la relación que existe entre el nivel socioeconómico, expresado en la presencia o no de pobreza, y los problemas de salud mental, en la ciudad de Huaraz en el 2003.
- Explorar aspectos sobre medicina tradicional, tales como agentes de esta medicina tradicional, síndromes clínicos populares o folklóricos, métodos diagnósticos, métodos terapéuticos y correlación entre síntomas y signos clínicos de los síndromes populares o folklóricos con los síndromes clínicos psiquiátricos, en la ciudad de Huaraz en el 2003.
- Identificar el nivel de desarrollo humano alcanzado por las personas en la población de la ciudad de Huaraz en el año 2003.
- Identificar las actitudes del estigma contra los trastornos mentales en la población de la ciudad de Huaraz en el año 2003.

IV. METODOLOGÍA

El Estudio Epidemiológico en Salud Mental de la Sierra Peruana 2003 consta de diversos temas y, como se mencionó, involucró a las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. En la sección de procedimiento se incluirá, por lo tanto, los procedimientos generales para todas las ciudades mencionadas, con la intención de mantener el concepto general del estudio.

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 investigada 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 fueron consideradas prototipo para el desarrollo de la investigación, considerándolas como tres grupos culturales diferenciados y que han experimentado procesos sociales diferentes en los últimos 25 años.

4.2.2 Niveles de inferencia

La muestra estuvo diseñada para dar resultados confiables en los niveles de inferencia de los siguientes estratos socioeconómicos: no pobre, pobre y muy pobre.

4.2.3 Marco muestral y unidades de muestreo

El marco muestral empleado ha sido 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 comprendió 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, y 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 efectuó una estratificación explícita, pues no se disponía de información que permitiera 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 hubo de permitir la mayor dispersión y cobertura espacial de la población, y ha posibilitado efectuar post-estratificaciones en función de los resultados.

4.2.5 Tipo de muestra

La muestra ha sido de tipo probabilístico, 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 ha sido 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 constó 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 optó por distribuir la muestra en 3 partes iguales, correspondiendo 1 404 hogares a cada una de ellas.

En cada una de las ciudades se seleccionaron 117 conglomerados, y dentro de cada uno de ellos se tomaron 2 segmentos compactos de 6 viviendas cada uno, lo que hizo en total de 12 viviendas por cada conglomerado.

Los 117 conglomerados de cada ciudad fueron 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 1. se presenta la distribución de la muestra por ciudades y distritos.

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

Ciudad y distritos	Nro. conglom. por distrito	Nro. conglom por ciudad	Viviendas por distrito	Viviendas por ciudad
Huaraz		117		1404
Huaraz	57		684	
Independencia	60		720	
Cajamarca		117		1404
Cajamarca	111		1332	
Baños del Inca	6		72	
Ayacucho		117		1404
Ayacucho	71		852	
Carmen Alto	11		132	
San Juan Bautista	23		276	
Jesús Nazareno	12		144	
Total	351		4212	4212

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 fue seleccionada en tres etapas y de manera independiente en cada ciudad. En la primera etapa se seleccionaron conglomerados, en la segunda fueron las viviendas dentro de cada uno de los conglomerados elegidos en la primera etapa, y en la última se escogieron al azar personas de cada población objetivo dentro de cada vivienda seleccionada.

4.2.8.1 Selección de unidades primarias de muestreo (upm) o conglomerados

Las unidades primarias de muestreo fueron proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática seleccionadas de manera aleatoria. En total fueron seleccionados 117 conglomerados en cada ciudad. Con el fin de eliminar los sesgos por desactualización del marco muestral, el personal de campo efectuó un registro de las viviendas ocupadas actualizando cada uno de los conglomerados seleccionados, y los registros fueron llenados en formatos estandarizados.

4.2.8.2 Selección de las unidades secundarias de muestreo (usm) o viviendas

Las USMs fueron seleccionadas en 2 segmentos compactos de 6 viviendas consecutivas en cada conglomerado. Los segmentos fueron 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 reemplazó ninguna de las viviendas seleccionadas.

Los pasos seguidos para la selección de las viviendas fueron los siguientes:

- i) Se determinó el número de viviendas ocupadas del conglomerado, tomado del registro elaborado por el personal de campo.
- ii) Se ubicó el total de viviendas ocupadas del conglomerado en la tabla de selección.
- iii) Se inició 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 se entrevistó hasta un total de 6 viviendas.
- iv) Se inició el segundo grupo o segmento compacto con la vivienda cuyo número de orden de vivienda ocupada aparecía en la columna del segundo grupo de la tabla, y se entrevistó hasta un total de 6 viviendas.

4.2.8.3 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 una tabla de selección de informantes construida por uno de los especialistas (A.P.T.). La selección se efectuaba según el día del mes en que se había registrado a los miembros del hogar. La tabla contenía tres columnas: una para el adulto, otra para el adolescente y otra para el adulto mayor; en cada una de ellas se consideraba la posibilidad de 8 personas registradas y, en filas, cada día del mes. De esta manera se construyó la tabla seleccionando previamente una persona al azar para cada una de las posibilidades según el número de personas registradas. La mujer unida elegida fue aquella considerada jefa 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 que la persona fuera quechuahablante, se comunicó a través de un encuestador quechuahablante.
- Mujer casada o unida, jefa del hogar o pareja de jefe del hogar, sin problemas que impidieran la comunicación. Si la persona fue quechuahablante, se comunicó a través de un encuestador quechuahablante.
- 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 quechuahablante, se comunicó a través de un encuestador quechuahablante.

- 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 quechuahablante, se comunicó a través de un encuestador quechuahablante.

V. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Para el presente estudio se han acordado las siguientes variables operacionales, utilizándose en muchos casos el juicio del equipo multidisciplinario de investigadores del IESM conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la Institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales).

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.

Sexo.- Masculino y femenino. 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. Para efectos del número de años de instrucción se ha considerado el inicial/preescolar como un año.

Población económicamente activa.- Comprende a todas las personas de 14 años o más que en la semana de referencia se encontraban trabajando, tenían trabajo pero no se encontraban trabajando y las que se encontraban buscando trabajo.

Necesidades básicas.- Involucran las necesidades primarias como la alimentación, salud, vestido, vivienda y educación. Es medida por escala nominal.

Nivel de pobreza según auto-percepción de capacidad de satisfacción de necesidades básicas con ingresos familiares.- Es una evaluación subjetiva, en función a si los ingresos familiares permiten la cobertura de las necesidades básicas de la persona, tales 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 necesidades básicas de alimentación, se le considera pobre extremo; si los ingresos cubren las necesidades básicas de alimentación, pero no permiten 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 todas sus necesidades básicas y otras no básicas como diversión y esparcimiento. Es medida como escala nominal.

Nivel de pobreza.- Respuestas a preguntas sobre ingreso 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 receptor de ingreso) y nivel de gasto por consumo. Es medida con una escala ordinal.

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.

Estrés.- Es el conjunto de reacciones físicas, bio-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.

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. Es medida en una escala ordinal.

Estrés ambiental.- Es el estrés que experimenta la persona producido por estímulos del entorno físico en el que se desenvuelve, como por ejemplo, ruidos, mal olor, pobre ventilación, espacios reducidos, etc. Se evalúa a través del grado de molestias que causan a la personas. Se medirá a través de una escala ordinal.

Opinión sobre los problemas del país.- Es la apreciación subjetiva del entrevistado/a acerca de cuáles son los principales problemas del país. Se mide en escala nominal.

Permisividad frente a la psicopatía.- Son consideradas con esta característica las personas a quienes, si ven a una persona robando en una tienda o un mercado, no les importa y las que no hacen nada o creen que ante determinadas circunstancias difíciles es permitido robar. Se mide en escala nominal.

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. Es evaluada en una escala de tipo ordinal.

Tendencias psicopáticas.- Son consideradas con estas características las personas que, o bien ocasionalmente han adquirido objetos de muy dudosa procedencia o robados, o han participado en un robo alguna vez, o mienten mucho desde que son adultas u ocasionalmente han ganado dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas. Se mide en escala nominal.

Tendencias religiosas.- Incluye la afiliación y/o participación de la entrevistada/o en una religión, lo que se manifiesta en sus cogniciones, sentimientos y prácticas. Se mide en una escala nominal.

Tendencias violentas.- Son personas que, desde que son adultos (>18años), alguna vez han agredido a un niño y le han dejado moretones, o han estado en más de una pelea que haya acabado en golpes o alguna vez en una pelea han usado armas como piedras, palos, cuchillos (navajas) o pistolas. Se mide en escala nominal.

Uso de sustancias.- Patrones de consumo de alguna sustancia psicoactiva que puede generar consumo perjudicial o dependencia. Son medidos con los criterios de investigación de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Edición (CIE-10) 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. Se mide en escala nominal.

5.3 TRASTORNOS CLÍNICOS

Trastornos adictivos.- Problemas de consumo (perjudicial o dependiente) de alcohol, tabaco o sustancias ilícitas. Son medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos afectivos.- Se refieren al episodio depresivo, distimia y episodio maniaco. Son medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos clínicos.- Son los trastornos psiquiátricos, como por ejemplo los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos. Son medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con 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. Son medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos de la alimentación.- Corresponde a la bulimia y a la anorexia nervosa. Son medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con 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 medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal, dando resultados a nivel sindrómico en una escala nominal.

5.4 DISCAPACIDAD E INHABILIDAD

Inhabilidad.- Condición en la cual el individuo, sin tener un trastorno mental, no ha desarrollado las habilidades suficientes para funcionar como persona en el medio social y de trabajo. Se mide con una escala ordinal.

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. Se mide con una escala ordinal.

Discapacidad física.- Limitación para desempeñarse como individuo en el medio social y del trabajo, a consecuencia de una lesión de tejido, alteración funcional o fisiológica generada por un traumatismo o enfermedad orgánica. Se mide con una escala nominal.

5.5 MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS

Acceso a servicios de salud mental.- Se refiere a la utilización de servicios de salud, basándose en la percepción de problemas de salud mental por parte del entrevistado y en la exploración de las características de la búsqueda de ayuda. Se consideró presente si el entrevistado respondía afirmativamente a la pregunta sobre si había recibido atención en cualquier establecimiento de

salud, es decir, posta, centro de salud, policlínico, hospital general o centro especializado. Es medido 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.

Demanda sentida.- Se refiere a la autopercepción de problemas emocionales o nerviosos y que las personas no califican como un problema de salud que requiera atención. Se mide con una escala nominal.

Demanda sentida expresada.- Se refiere a la autopercepción de problemas emocionales o nerviosos y que las personas califican como un problema de salud que requiere atención. Se mide con una escala nominal.

Conocimientos sobre salud mental.- Se refiere al conocimiento de los principales trastornos psiquiátricos y su tratamiento. Es medido a través de una escala nominal. En la confección y elección de estas preguntas participó el equipo multidisciplinario de investigadores del IESM conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la Institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales). Las preguntas fueron ajustadas de acuerdo al ensayo piloto antes referido. Se mide con una escala nominal.

Roles de género.- Son las tareas, o actividades que una cultura asigna a cada sexo. 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, en tanto que *género* se refiere a las conductas de identificación sexual asociadas a miembros de una sociedad. La relación entre las diferentes variables es evaluada en una escala nominal.

Prejuicios sobre la salud mental.- Son aquellos mitos, conceptos populares y suposiciones que se encuentran en el ámbito de las representaciones sociales y que influyen en la percepción y conductas de los individuos. En la confección y elección de estas preguntas participó el equipo multidisciplinario de investigadores del IESM conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la Institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales), las preguntas fueron ajustadas de acuerdo al ensayo piloto antes referido. Se miden con una escala nominal.

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 un período de tiempo. Se mide con una escala ordinal.

Actitudes machistas.- Comportamiento del varón en el cual resalta la diferencia entre ambos géneros marcando la superioridad masculina. Se mide con una escala nominal.

Estilos de crianza.- 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. Se miden con una escala nominal.

Trato inadecuado a la mujer en el período de enamoramiento.- Se refiere a la existencia de conductas inapropiadas por parte de la pareja (actual o última pareja) en el período en que fueron enamorados, incluyendo tanto aspectos de violencia física, sexual o psicológica, 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 hacia los niños.- Son acciones nocivas verbales, físicas, sexuales o de indiferencia hacia el niño que pueden generar daño y secuelas físicas y/o psicológicas. Es evaluada en una escala nominal.

Violencia en el período de enamoramiento.- Se refiere a la presencia de conductas agresivas: gritos frecuentes, arranques de violencia, maltrato físico, o relaciones sexuales forzadas en el período previo a la convivencia o el matrimonio. Se mide con una escala nominal.

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

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 sinónimo de maltrato hacia la mujer. Es evaluada en una escala nominal.

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. Se mide con una escala nominal.

Violencia psicológica.- Son insultos, agresiones verbales, ofensas, chantajes, manipulaciones o humillaciones. Se mide con una escala nominal.

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. Se mide con una escala nominal.

5.7 FUNCIONES COGNOSCITIVAS

Actividades de la vida diaria.- Son aquellas que se realizan cotidianamente: uso del propio dinero, poder comprar cosas tales como ropa y comestibles, prender y apagar la cocina para preparar café o cocinar, 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 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 la prueba de Folstein.

Comprensión.- Facultad mental para atender, entender y comunicarse en forma adaptada. Es evaluada en una escala nominal, empleando la prueba de Folstein.

Concentración.- Facultad de atención específica que tiene la persona. Es evaluada en una escala nominal, empleando la prueba de Folstein.

Construcción viso-espacial.- Funcionamiento adaptativo de la facultad de coordinación visual y espacial. Es evaluada en una escala nominal, empleando la prueba de Folstein.

Disgrafía.- Problema en la comunicación escrita. Es evaluada en una escala nominal, empleando la prueba 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 la prueba de Folstein.

Orientación.- Facultad de ubicarse en tiempo, espacio y persona. Es evaluada en una escala nominal, empleando la prueba 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 propuesto es a base de rituales mágico-religiosos asociados a rezos, oraciones y cantos. Se mide con una escala nominal.

Susto.- Se produce supuestamente cuando el espíritu abandona el cuerpo de la persona debido a una experiencia o accidente grave que produce miedo o susto. Se mide con una escala nominal.

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

Aire.- En la medicina tradicional, el aire es el supuesto agente etiológico más frecuente de un sinnúmero de enfermedades. Se mide con una escala nominal.

Chucaque.- Se presenta supuestamente frente a una situación de vergüenza. Sus síntomas principales son cefaleas y trastornos digestivos. Se mide con una escala nominal.

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^a y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la Institución, tanto en adultos como en adolescentes^{2,10,11}. Para el presente estudio se realizó una adaptación a profundidad del instrumento a través de un estudio piloto y criterios del grupo de profesionales de la Institución expertos en las distintas áreas. 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 española⁵³, 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 independiente, 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 Minnen av Bardoms Uppfostran) (Propia memoria acerca de la crianza).-** Es un instrumento aplicado en varios países de Europa para evaluar actitudes de crianza de los padres en personas adultas, y deriva en cuatro factores: rechazo, calor emocional,

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

sobreprotección y favoritismo. Para el presente estudio se utilizaron sólo algunos ítems de carga más alta de cada uno de los factores identificados por Someya y colaboradores.⁵⁴

- **Mini Mental State Examination (MMSE).**- Elaborado por Folstein⁵⁵, es uno de los instrumentos de evaluación cognoscitiva más utilizados; 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 usarlo 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 desarrolló 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. Este cuestionario fue validado y utilizado en el EEMSM 2002.
- **MINI: Entrevista neuropsiquiátrica internacional, versión española CIE-10^{b,56}.**- Elaborada por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, es un instrumento basado en la CIE 10, y con ella se obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos. Ha sido validado por sus autores, y ha mostrado una adecuada concordancia con instrumentos de evaluación importantes⁵⁷, con la ventaja de ser de fácil aplicación (15 minutos en promedio) y no requerir entrenamiento tan intenso como otros instrumentos. Para el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Lima fue adaptado lingüísticamente a través del ensayo piloto en personas residentes de cien viviendas provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. El instrumento fue adaptado para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis meses, además de la prevalencia actual de los principales desórdenes psiquiátricos. En la sierra fue nuevamente validado lingüísticamente a través de pruebas en campo.
- **Cuestionario sobre determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú.**³⁹ fue desarrollado por el INEI. Se eligieron algunas preguntas y adaptaron al modelo de la salud mental. A través de una pregunta de auto-percepción sobre si la persona ha padecido algún problema de salud mental, se evalúa la demanda tal y como se comporta naturalmente. Cuando un grupo de personas responde afirmativamente a la pregunta sobre si ha tenido algún tipo de problema emocional, se tiene por morbilidad sentida.
- **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 nervosa (AN) y la bulimia nervosa (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, y se encuentra 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 de Salud Mental de la Sierra Peruana 2003.

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.

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

6.1.2 Cobertura de la encuesta

- 6.1.2.2 Cobertura temporal.-** La Encuesta se desarrolló durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2003.
- 6.1.2.1 Cobertura Geográfica.-** La Encuesta se realizó en el ámbito 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 (último 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 con el 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 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 nervosa
 - iv. Trastornos 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 en servicios de salud mental (últimos 6 meses).

6.2 MÉTODO DE LA ENTREVISTA

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

6.3 PROCESOS DE VALIDACIÓN Y CALIDAD

En el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental-2002 (EEMSM) se realizó un ensayo piloto para probar toda la encuesta en 100 viviendas, 20 viviendas de cada cono. Intervino un especialista en estudios de población para mejorar la consistencia. A través de este procedimiento se adaptó minuciosamente el instrumento con el criterio de los expertos en las distintas áreas. Para el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra (EESMSP 2003) se realizaron los ajustes necesarios y se realizó una prueba en 25 viviendas seleccionadas de áreas de la ciudad donde se encontraban personas oriundas de las ciudades que estuvieron involucradas en el estudio.

Tipos de Confiabilidad

Coefficiente de consistencia interna: Mediante el 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 y 0,94 para los diversos ítems.

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

Coefficiente 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, tales 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, donde son mejores los cuadros que reportaron mayores prevalencias.
- Cuestionario de Salud Mental: División de Comportamiento Humano del MINSA Colombia. Este cuestionario fue adaptado por Perales y colaboradores en el año 1995.¹⁰ A través de un proceso de revisión exhaustiva por parte del equipo multidisciplinario de investigadores del IESM, conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la Institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales), fue reajustado de acuerdo al ensayo piloto antes referido y se mejoró 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 colaboradores. Esta escala fue procesada psicométricamente con análisis factoriales, los mismos que discriminaron la independencia de los factores que componen el constructo calidad de vida.
- Mini Mental State Examination (MMSE): Orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva (Folstein). El MMSE fue validado estadísticamente, mediante 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.
- 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

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

Actividades del piloto

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

Actividades de la supervisión

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

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

- Construcción del instrumento.- La encuesta fue ajustada y probada en 25 viviendas de personas oriundas de la zona de la encuesta. Esta validación en el campo se realizó con 4 encuestadores y un supervisor. Esto permitió validar la encuesta, medir los tiempos, explorar la presencia de las unidades de análisis y hacer los ajustes finales a la encuesta.
- Se confeccionó un Manual del Encuestador, en el cual se especificaron las características de los cuestionarios, la organización del trabajo de campo, las funciones de los encuestadores, la identificación y selección de viviendas e instrucciones generales y específicas para el llenado

del cuestionario. Se incluyó en él la Guía del Supervisor, en donde se especificaron sus funciones.

- Los encuestadores seleccionados fueron bachilleres de psicología, psicólogos o personas de alguna otra área de la salud, con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares, de preferencia en temas de salud mental.
- Los supervisores seleccionados fueron bachilleres de psicología, psicólogos o personas de alguna otra área de la salud, con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares o 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 durante el proceso de capacitación entre aquellos que obtuvieron las mejores evaluaciones.
- Se requirieron 9 encuestadores, 3 supervisores y un coordinador de campo por cada ciudad.
- La capacitación técnica de los supervisores y encuestadores fue responsabilidad de los investigadores del IESM. Tuvo como objetivo desarrollar el conocimiento profundo de la problemática a estudiar, orientándose hacia los temas de salud mental y los posibles problemas que se encontrarían en la exploración de este tipo de temas. Asimismo, se puso énfasis en la técnica de entrevista y los cuidados en ella. La capacitación incluyó la revisión detenida de los cuestionarios y la realización de ensayos en el campo. La capacitación tomó 9 días; los primeros 2 días se revisaron aspectos conceptuales y definiciones relacionadas con el tema de estudio; el 3er y 4to día se dedicaron al manejo de los cuestionarios; el 5to, 6to y 7mo día se realizaron ensayos en campo y, finalmente, el 8vo día se dedicó a estandarizar los procedimientos y a discutir lo aspectos operativos.
- 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 fue mujer unida, se procedió a elegir al azar a través de una tabla suministrada.
- En un plazo de 10 semanas los encuestadores recogieron toda la información, considerándose un promedio de 2,5 viviendas encuestadas por día.
- La supervisión fue constante tanto en el recojo de información como en la calidad de la información, a través de seguimientos presenciales, de análisis de gabinete y análisis cuantitativos.
- 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 8 digitadoras desde la primera semana de iniciada la encuesta.
- 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 e inconsistencias lógicas; se validaron variables, así como se identificaron valores extremos para su posterior verificación.

VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

De las 4 212 viviendas que se planearon en el estudio de las tres ciudades se logró ingresar a 4 058 hogares. En 3 871, los ingresos fueron completos (91,9%) y, en 187, incompletos (4,43%). El rechazo se presentó en 74 viviendas (1,75%), las ausencias en 69 (1,63%). El grado de apertura exitosa 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 las unidades de investigación, tales como: edad promedio, grupos etarios, 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 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, con variables de salud mental. Cuando las variables de salud mental fueron nominales (ejemplo: depresión *versus* no depresión) y las variables relacionadas también (género, edad, condición de cobertura de necesidades básicas, como de residencia), se utilizó la prueba estadística de χ^2 para comparar proporciones con un nivel de significancia de 0,05 tomando en cuenta el diseño muestral. En cada caso se utilizaron 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 de 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 realizaron los análisis estadísticos en un computador Pentium IV mediante el programa estadístico de SPSS versión 13 para muestras complejas.



RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO EN HUARAZ



DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

El objetivo de la encuesta consistió en ingresar a 1 404 hogares 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 entre 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 2 se presenta el número de encuestados por cada unidad de análisis en la ciudad de Huaraz.

TABLA 2
ENCUESTADOS SEGÚN UNIDADES DE ANÁLISIS DE HUARAZ - 2003

ENCUESTADOS	FRECUENCIA
ADULTOS	1 316
MUJERES UNIDAS	1 085
ADULTOS MAYORES	257
ADOLESCENTES	481

La muestra se distribuyó equitativamente en las tres ciudades, asegurándose que la representación considerara los niveles socioeconómicos de las poblaciones encuestadas. En la Tabla 3 se presenta la población sobre la cual se han realizado las estimaciones según las ciudades.

TABLA 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 4a observamos que, según la presencia de NBIs, el 37,6% de los hogares encuestados son pobres y el 10,9% son pobres extremos y, según la percepción de cobertura de las necesidades básicas, el 44,6 de los hogares son pobres mientras que el 3,2% son pobres extremos (Tabla 4b).

TABLA 4A
NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS* (NBI)
EN LA CIUDAD DE HUARAZ EN EL 2003

NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS		%
POBRES EXTREMOS	2 Ó MÁS NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	10,9
POBRES	1 NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	26,7
NO POBRES	NINGUNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	62,4

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

TABLA 4B
NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTOPERCEPCIÓN DE COBERTURA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS
EN LA CIUDAD DE HUARAZ EN EL 2003

NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTOPERCEPCIÓN DE CONSUMO		%
POBRES EXTREMOS	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	3,2
POBRES	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	41,4
NO POBRES BÁSICO	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO, ETC	51,5
NO POBRES	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS NECESIDADES	3,8



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

El número de personas adultas encuestadas fue de 3 895, las cuales, según el diseño técnico de muestreo, otorgan una inferencia a 230 912 habitantes de la ciudad de Huaraz; de éstos, el 41,3% son varones y, el 58,7%, mujeres. Los resultados se presentan en base a la población expandida y balanceada con relación al género (Tabla 5).

TABLA 5
NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN HUARAZ - 2003

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	1 316	44,8	55,2
EXPANDIDO	58 895	48,1	51,9

EDAD

La edad promedio ponderada de los adultos encuestados fue de 36,2 años. La distribución fue muy heterogénea, 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 los grupos etarios de 25 a 44 años (Tabla 6).

TABLA 6
EDAD DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN HUARAZ - 2003

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	36,2	15,3
SIN PONDERAR	36,5	15,1
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR
18 A 24 AÑOS	27,5%	24,5%
25 A 44 AÑOS	46,2%	50,8%
45 A 64 AÑOS	20,5%	17,8%
65 O MÁS	5,8%	6,8%

ESCOLARIDAD

Se aprecia que el grado de analfabetismo es mucho mayor en el género femenino. Esta situación redundará en forma importante en las diferentes oportunidades de este grupo y resaltan aspectos de género que intervienen en esta desigualdad (Tabla 7).

TABLA 7
ADULTOS QUE NO SABEN LEER NI ESCRIBIR EN HUARAZ - 2003

GRADO DE ANALFABETISMO	%
TOTAL	5,4
MASCULINO	1,5
FEMENINO	9,0

De la muestra en estudio, el mayor porcentaje refiere tener una instrucción superior al nivel de educación secundaria. En el nivel de educación existen evidentes diferencias importantes entre el género masculino y femenino. (Tabla 8). Los varones tienen más instrucción superior que las mujeres.

TABLA 8
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS DE HUARAZ - 2003

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
	%	%	%
SIN NIVEL	4,1	1,0	7,0
PRIMARIA	16,1	12,0	20,0
SECUNDARIA	29,9	31,5	28,5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	24,6	24,3	24,9
SUPERIOR UNIVERSITARIO	24,7	30,2	19,5
POSTGRADO	0,6	1,1	0,2

ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 54,5% de los adultos se encuentra en situación de unido (conviviente o casado) y un 6,2% está separado o divorciado (Tabla9).

TABLA 9
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS DE HUARAZ - 2003

ESTADO CIVIL	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
	%	%	%
CONVIVIENTE	20,9	19,5	22,2
SEPARADO	5,7	2,0	9,0
DIVORCIADO	0,5	0,2	0,7
VIUDO	3,7	2,7	4,6
CASADO	33,6	34,4	32,8
SOLTERO	35,7	41,1	30,7

OCUPACIÓN

Los varones estuvieron trabajando la semana anterior en un 66,0%; en contraste, las mujeres, en un 42,2% (Tabla 10). Las cifras de desempleo llegan al 15,4%, y es mayor el porcentaje para los hombres.

TABLA 10
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS DE HUARAZ - 2003

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	53,7	66,0	42,2
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	15,4	23,5	11,1

INGRESOS ECONÓMICOS

Se observa que más de la mitad de las mujeres tiene un ingreso promedio menor a 300 nuevos soles, mucho menor en comparación con los hombres; a su vez, se evidencia que hay una mayor proporción de hombres con ingresos mayores a 1 200 nuevos soles (Tabla 11).

TABLA 11
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES (NUEVOS SOLES), DE HUARAZ - 2003

INGRESOS (NUEVOS SOLES)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
< DE 300	38,9	30,8	50,1
301 A 600	27,8	31,8	22,3
601 A 1200	25,1	26,2	23,5
> DE 1200	8,3	11,2	4,2



SALUD MENTAL DEL ADULTO EN HUARAZ

SALUD MENTAL DEL ADULTO EN HUARAZ

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

La salud mental de las personas depende muchas veces de la interacciones con el medio ambiente. El estado de bienestar personal involucra un equilibrio con el entorno y la existencia de una red de personas del entorno del individuo. Todo aquello que acontece al ser humano tiene influencia en su estado anímico, en sus motivaciones y en sus expectativas y proyectos hacia el futuro. Por ello se ha planteado una serie de preguntas que cubren diversos aspectos contextuales de la vida de la persona, tanto del nivel macro como de su desenvolvimiento social próximo.

ENTORNO GENERAL

Tanto el hombre como la mujer perciben que el problema principal que enfrenta el país es el desempleo, con un 50,0% para los varones y un 50,8 para las mujeres. Sigue en importancia la pobreza, percibida como más importante por las mujeres (24,9%) que por los hombres (16,7%). A continuación han sido considerados el manejo económico y la corrupción, aunque en porcentajes mucho menores (Tabla 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, la cual afecta más a las mujeres (Tabla 13).

TABLA 12
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

PROBLEMAS PERCIBIDOS	DESEMPLEO %	POBREZA %	MANEJO ECONÓMICO %	CORRUPCIÓN %	DELINCUENCIA %	VIOLENCIA %	OTROS %
TOTAL	50,4	21,0	8,4	7,1	1,3	2,2	2,6
MASCULINO	50,0	16,7	10,1	10,0	1,3	1,7	3,2
FEMENINO	50,8	24,9	6,8	4,5	1,3	2,7	2,1

TABLA 13
ESTADOS EMOCIONALES FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

ESTADOS	PREOCUPACIÓN %	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN %	AMARGURA, RABIA O CÓLERA %	IMPOTENCIA %	DESILUSIÓN %	OTROS %
TOTAL	26,1	24,2	19,8	5,0	9,1	1,8
MASCULINO	25,0	19,3	21,1	4,9	8,7	2,6
FEMENINO	27,1	29,0	18,8	5,2	9,4	1,1

Tradicionalmente, la sierra se ha caracterizado por desarrollar fuertes lazos comunitarios; sin embargo, la violencia política y el aumento de la delincuencia han debilitado estos lazos. La medida en que las personas confían en sus autoridades y en las personas de su entorno nos da una referencia sobre el grado de confianza de la persona en el sistema y el capital social existente. En este sentido, resalta la desconfianza en las autoridades políticas, en los líderes de la comunidad o alcaldes, así como en las autoridades policiales y militares, tanto en hombres como en mujeres. Por otro lado, alrededor de dos tercios de la población no confían en sus vecinos ni en los periodistas. Existe más confianza en los religiosos y en los maestros (Tabla 14).

TABLA 14
CONFIANZA EN AUTORIDADES Y PERSONAS DEL ENTORNO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLICIALES			
TOTAL	75,0	20,0	4,9
MASCULINO	76,7	19,1	4,2
FEMENINO	73,4	21,1	5,5
AUTORIDADES MILITARES			
TOTAL	75,4	19,9	4,7
MASCULINO	70,6	24,3	5,1
FEMENINO	79,9	15,8	4,3
RELIGIOSOS			
TOTAL	34,6	30,9	34,5
MASCULINO	40,4	33,1	26,4
FEMENINO	29,2	28,8	42,0
MAESTROS			
TOTAL	24,3	42,6	33,1
MASCULINO	22,0	45,6	32,5
FEMENINO	26,6	39,7	33,7
AUTORIDADES POLÍTICAS			
TOTAL	94,4	4,6	1,0
MASCULINO	94,5	4,2	1,3
FEMENINO	94,3	4,9	0,8
LÍDERES DE SINDICATOS			
TOTAL	66,2	24,6	9,2
MASCULINO	61,7	26,6	11,8
FEMENINO	72,3	21,9	5,8
LÍDERES DE LA COMUNIDAD/ALCALDE			
TOTAL	83,6	14,0	2,4
MASCULINO	82,5	14,6	2,8
FEMENINO	84,5	13,5	2,0
VECINOS			
TOTAL	67,4	23,5	9,1
MASCULINO	61,5	28,8	9,7
FEMENINO	72,8	18,6	8,5
PERIODISTAS			
TOTAL	73,0	22,8	4,2
MASCULINO	69,8	26,2	4,1
FEMENINO	76,0	19,7	4,3

Con respecto a la seguridad que las personas perciben en su entorno, la gran mayoría no se siente protegida por el Estado, tanto mujeres como hombres. Esto contrasta enormemente con los sentimientos de protección que genera la familia y la creencia en Dios, lo que en países latinoamericanos podría representar una de las fortalezas y protecciones frente a los problemas de salud mental.

TABLA 15
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO			
TOTAL	82,1	15,5	2,4
MASCULINO	80,8	17,1	2,2
FEMENINO	83,3	14,1	2,5
DE LA FAMILIA			
TOTAL	10,6	10,5	78,9
MASCULINO	10,9	11,9	77,1
FEMENINO	10,4	9,2	80,5
DE DIOS			
TOTAL	5,1	7,3	87,6
MASCULINO	7,6	9,1	83,3
FEMENINO	2,7	5,7	91,6
DE LA COMUNIDAD			
TOTAL	52,0	33,1	14,8
MASCULINO	49,5	35,3	15,1
FEMENINO	54,4	31,1	14,5

ESTRESORES PSICOSOCIALES

Los estresores psicosociales están relacionados directamente con el desarrollo de trastornos de la salud mental. La evaluación y medición de los mismos expresan en cierta medida las condiciones sociales y económicas del país. Las cifras que se presentan indican 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, la delincuencia y los aspectos económicos. Es llamativo que las mujeres perciban niveles de estrés en una proporción mayor que los hombres en todos los indicadores, lo que podría relacionarse con el mayor nivel de morbilidad encontrada (Tabla 16).

TABLA 16
MAGNITUD DE TENSION FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACION
ADULTA DE HUARAZ - 2003

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO			
TOTAL	45,1	21,4	33,4
MASCULINO	47,8	22,2	30,1
FEMENINO	41,4	20,4	38,2
ESTUDIO			
TOTAL	39,7	26,3	34,0
MASCULINO	40,6	28,6	30,9
FEMENINO	38,7	23,5	37,8
HIJOS Y PARIENTES			
TOTAL	46,3	17,0	36,7
MASCULINO	50,6	18,6	30,8
FEMENINO	42,5	15,5	42,0
PAREJA			
TOTAL	54,3	15,0	30,7
MASCULINO	56,0	15,8	28,1
FEMENINO	52,7	14,1	33,2
DINERO			
TOTAL	28,3	31,9	39,7
MASCULINO	31,6	35,8	32,6
FEMENINO	25,3	28,3	46,4
SALUD			
TOTAL	29,4	23,6	47,1
MASCULINO	31,8	24,2	44,0
FEMENINO	27,1	23,0	49,9
ASUNTOS CON LA LEY			
TOTAL	79,3	9,5	11,2
MASCULINO	79,1	10,9	10,0
FEMENINO	79,6	8,1	12,3
TERRORISMO			
TOTAL	50,2	15,9	33,9
MASCULINO	56,6	15,3	28,1
FEMENINO	44,2	16,5	39,3
DELINCUENCIA			
TOTAL	38,7	16,6	44,7
MASCULINO	42,4	17,7	39,9
FEMENINO	35,3	15,6	49,1
NARCOTRAFICO			
TOTAL	47,7	13,1	39,2
MASCULINO	53,0	12,2	34,8
FEMENINO	42,7	14,1	43,2

El indicador de experiencias traumáticas es de particular interés debido a la escalada de violencia vivida en la sierra. Estas experiencias 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 45,9% de la población se ha visto en situaciones semejantes, y es mayor la proporción para el género masculino (Tabla 17).

TABLA 17
PREVALENCIA DE VIDA DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	%
TOTAL	45,9
MASCULINO	52,8
FEMENINO	39,5

Al lado de los estresores psicosociales existen otras fuentes de estrés, como son las características ambientales en donde vive la persona. Se preguntó a los encuestados cuánto les molestaban las características físicas de su entorno, tales como el ruido, la falta de ventilación, la falta de espacio y el mal olor. Fue elevado el porcentaje de personas con niveles altos de estrés ambiental en alguna de estas situaciones (Tabla 18).

TABLA 18
PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON NIVELES ALTOS DE ESTRÉS EN ALGUNA CARACTERÍSTICA AMBIENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

POBLACIÓN CON ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	%
TOTAL	38,5
MASCULINO	35,1
FEMENINO	41,7

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 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 ha experimentado discriminación por su sexo con la misma importancia.

TABLA 19
PREVALENCIA DE VIDA DE SENTIMIENTOS DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN SEGÚN TIPOS EN LA
POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TIPO DE DISCRIMINACIÓN	PREVALENCIA DE VIDA %	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO		
		NINGUNA VEZ %	RARAS VECES U OCASIONALMENTE %	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE %
SEXO				
TOTAL	5,4	96,6	3,0	0,3
MASCULINO	2,0	98,7	1,3	0,0
FEMENINO	9,6	94,7	4,6	0,6
EDAD				
TOTAL	6,0	96,6	2,6	0,7
MASCULINO	7,2	96,4	2,8	0,8
FEMENINO	5,0	96,8	2,5	0,7
PESO				
TOTAL	5,2	95,9	3,6	0,5
MASCULINO	3,9	97,2	2,5	0,3
FEMENINO	6,4	94,7	4,7	0,6
COLOR DE PIEL				
TOTAL	2,5	98,7	1,0	0,3
MASCULINO	2,7	99,1	0,8	0,1
FEMENINO	2,3	98,4	1,1	0,5
FORMA DE VESTIR				
TOTAL	4,6	97,0	2,4	0,5
MASCULINO	4,1	97,8	2,2	0,0
FEMENINO	5,1	96,4	2,6	1,1
CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL				
TOTAL	11,7	92,7	6,0	1,3
MASCULINO	12,8	92,1	7,1	0,8
FEMENINO	10,7	93,2	5,0	1,8
NIVEL EDUCATIVO				
TOTAL	7,0	94,8	4,7	0,5
MASCULINO	4,9	95,7	3,8	0,5
FEMENINO	9,0	94,0	5,5	0,4
RELIGIÓN				
TOTAL	3,4	97,8	1,4	0,7
MASCULINO	4,4	97,1	1,6	1,3
FEMENINO	2,4	98,5	1,3	0,2
AMISTADES				
TOTAL	3,3	97,8	2,2	0,0
MASCULINO	4,3	97,1	2,9	0,0
FEMENINO	2,4	98,6	1,4	0,0
LUGAR DE NACIMIENTO				
TOTAL	2,9	98,4	1,2	0,3
MASCULINO	3,1	98,6	1,2	0,2
FEMENINO	2,7	98,2	1,3	0,4

ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los estados anímicos comunes de las personas no son estados patológicos pero pueden darnos una idea rápida de las tendencias anímicas; pueden además, 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 12% y el 32% de las personas experimenta con mucha frecuencia estados negativos como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad y aburrimiento. Cabe resaltar que notoriamente las mujeres experimentan estos estados en mayor proporción que los hombres, lo que estaría en correlación directa con la presencia de trastornos depresivos o ansiosos (Tabla 20).

TABLA 20
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE			
TOTAL	3,4	80,8	15,7
MASCULINO	5,2	87,9	7,0
FEMENINO	1,9	74,2	23,9
TENSO			
TOTAL	9,4	76,8	13,7
MASCULINO	13,8	80,5	5,7
FEMENINO	5,3	73,4	21,3
ANGUSTIADO			
TOTAL	16,2	71,5	12,2
MASCULINO	22,2	72,6	5,2
FEMENINO	10,7	75,5	18,8
IRRITABLE			
TOTAL	18,1	69,3	12,6
MASCULINO	21,5	70,6	7,9
FEMENINO	14,9	68,1	17,0
PREOCUPADO			
TOTAL	3,1	64,3	32,6
MASCULINO	4,3	71,6	24,0
FEMENINO	1,9	57,6	40,5
TRANQUILO			
TOTAL	2,5	35,2	62,3
MASCULINO	2,2	31,5	66,3
FEMENINO	2,8	38,6	58,7
ALEGRE			
TOTAL	0,5	31,2	68,4
MASCULINO	0,3	26,9	72,8
FEMENINO	0,6	35,2	64,3
ABURRIDO			
TOTAL	21,6	68,5	9,9
MASCULINO	21,8	71,4	6,8
FEMENINO	21,4	65,8	12,8
OTRO			
TOTAL	91,9	4,3	3,7
MASCULINO	91,4	2,7	5,9
FEMENINO	92,6	6,3	1,1

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 e interacción con los padres, familiares u otras personas significativas. A esto se suma la capacidad de alcanzar las metas con las cuales la persona puede o no estar conforme, lo que influye en su autovalía personal. En una escala de 5 a 20, el grado de satisfacción personal de los encuestados en la ciudad de Huaraz se encuentra en una media de 16,7 (Tabla 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 (30,9%) se asocia con los niveles de pobreza (Tabla 22). En general, existe una tendencia a una menor satisfacción en las mujeres en comparación con los hombres.

TABLA 21
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL* EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ -2003

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA %	D.S. %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
TOTAL	16,7	2,5	17,0	18,0	15,0	18,8
MASCULINO	17,0	2,3	17,4	18,0	16,0	19,0
FEMENINO	16,5	2,7	17,0	18,0	14,9	18,5

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

TABLA 22
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN DE HUARAZ - 2003

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO			
TOTAL	10,2	26,5	63,2
MASCULINO	7,7	27,3	65,0
FEMENINO	12,6	25,8	61,6
INTELIGENCIA			
TOTAL	8,1	22,5	69,4
MASCULINO	5,3	22,1	72,5
FEMENINO	10,6	22,8	66,5
NIVEL ECONÓMICO			
TOTAL	30,9	43,9	25,3
MASCULINO	24,3	47,1	28,5
FEMENINO	37,0	40,8	22,2
PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)			
TOTAL	14,8	20,2	65,0
MASCULINO	11,3	19,6	69,0
FEMENINO	18,4	20,9	60,7
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO			
TOTAL	31,9	28,5	39,6
MASCULINO	28,4	29,2	42,4
FEMENINO	35,4	27,8	36,8
RELACIONES SOCIALES			
TOTAL	16,1	30,7	53,2
MASCULINO	14,3	32,4	53,3
FEMENINO	17,7	29,2	53,1

SATISFACCIÓN LABORAL

El desempleo y el subempleo crean condiciones desfavorables para la salud mental de las personas; sin embargo la calidad del empleo también puede ser fuente de condiciones anímicas negativas. Por esto, 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. La mayor insatisfacción se da en la remuneración que se percibe (Tablas 23 y 24).

TABLA 23
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA %	D.S. %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
TOTAL	16,3	2,8	16,7	17,5	14,2	18,3
MASCULINO	16,5	2,6	17,0	20,0	15,0	18,3
FEMENINO	15,9	3,0	16,3	17,5	14,0	18,3

TABLA 24
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

ASPECTRO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA			
TOTAL	7,7	28,2	64,1
MASCULINO	6,0	28,4	65,6
FEMENINO	10,0	28,0	62,0
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA			
TOTAL	11,8	35,7	52,5
MASCULINO	9,9	36,8	53,3
FEMENINO	14,3	34,2	51,5
CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO			
TOTAL	9,3	32,8	57,9
MASCULINO	9,8	35,4	54,8
FEMENINO	8,3	28,1	63,6
CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO			
TOTAL	14,5	34,7	50,8
MASCULINO	11,9	33,5	54,6
FEMENINO	18,1	36,2	45,6
CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES			
TOTAL	19,1	30,8	50,0
MASCULINO	18,9	32,4	48,7
FEMENINO	19,6	28,2	52,2
CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE			
TOTAL	45,0	34,5	20,5
MASCULINO	41,7	35,8	22,5
FEMENINO	49,4	32,8	17,8

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es una construcción conceptual que involucra áreas como el bienestar físico, bienestar 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 Vida⁵³ que, en una escala de 1 a 10 (siendo 10 excelente), se halla en un 7,8. El valor de este resultado va a ser mejor apreciado como indicador comparativo en posteriores estudios; aun así, la cifra encontrada indica un nivel aceptable de calidad de vida desde la perspectiva de la propia persona. Estudios posteriores presentarán los detalles específicos de este indicador (Tabla 25).

TABLA 25
CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADULTA DE 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	8,0	8,3	7,0	8,7
MASCULINO	7,7	1,2	7,8	8,3	7,0	8,6
FEMENINO	7,9	1,2	8,0	8,0	7,1	8,8

DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

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

En este documento presentamos los indicadores generales a nivel de la población general; posteriores reportes presentarán los resultados específicos de la población y los relacionados con la patología psiquiátrica. En general, encontramos que alrededor de una cuarta parte de la población tiene al menos una discapacidad o inhabilidad leve (Tablas 26 y 27).

TABLA 26
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA DE 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	5,7	1,8	5,0	5,0	5,0	5,0
MASCULINO	5,6	1,6	5,0	5,0	5,0	5,0
FEMENINO	5,8	1,9	5,0	5,0	5,0	6,0

TABLA 27
PORCENTAJE CON ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN GENERAL ADULTA DE HUARAZ - 2003

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
TOTAL	24,7
MASCULINO	21,7
FEMENINO	27,5

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 hacia conductas delictivas como el robo, o la creencia de que en determinadas circunstancias es permitido robar, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente, la violencia o el robo. La primera se encuentra en 11,8% de la población, en tanto que la segunda en 2,7%, cifras que denotan una importante proporción de individuos en estas condiciones (Tabla 28).

TABLA 28
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	
TOTAL	11,8
MASCULINO	12,2
FEMENINO	11,3
PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	
TOTAL	2,7
MASCULINO	3,7
FEMENINO	1,7

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 suicida y el intento suicida. Estos indicadores son más sensibles que el suicidio consumado y son más susceptibles 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 notorio. Observamos que los indicadores son importantes, especialmente en el sexo femenino, pues llega a un 13,4% de prevalencia anual de deseos de morir en la mujer. Esto es congruente con los hallazgos de estados anímicos prevalentes y con la presencia de trastornos clínicos, como veremos más adelante. En la Tabla 29 observamos que un 32,2% de la población adulta de la ciudad de Huaraz alguna vez en su vida ha deseado morir, un 9,7% lo ha considerado en el último año y un 2,7% en el último mes. Con relación a ideas suicidas más definidas, el 10,7% y el 3,3% 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 y con mayor impacto familiar y económico, un 2,7% de la población encuestada ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, y un 1,0% lo habría realizado en el último año. Esta última cifra, debido al tamaño de muestra y al nivel de precisión, debe ser tomada con cautela, por más que es clara la tendencia. El 12,1% de las personas que intentó hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta.

TABLA 29
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

INDICADORES SUICIDAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	32,2
MASCULINO	24,4
FEMENINO	39,4
PREVALENCIA EN EL AÑO DE DESEOS DE MORIR	9,7
MASCULINO	5,6
FEMENINO	13,4
PREVALENCIA EN EL MES DE DE DESEOS DE MORIR	2,7
MASCULINO	1,3
FEMENINO	4,0
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	10,7
MASCULINO	8,3
FEMENINO	12,8
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	3,8
MASCULINO	3,3
FEMENINO	4,4
PREVALENCIA EN EL MES DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	0,9
MASCULINO	0,9
FEMENINO	0,9
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	3,3
MASCULINO	3,2
FEMENINO	3,4
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	1,2
MASCULINO	1,1
FEMENINO	1,4
PREVALENCIA EN EL MES DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	0,4
MASCULINO	0,3
FEMENINO	0,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS	2,7
MASCULINO	2,4
FEMENINO	2,9
PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONDUCTAS SUICIDAS	1,0
MASCULINO	0,7
FEMENINO	1,3
PREVALENCIA EN EL MES DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,4
MASCULINO	0,3
FEMENINO	0,4
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,4
	(12,1% DE LOS INTENTOS)
MASCULINO	0,4
FEMENINO	0,5

Observamos en la Tabla 30 que los principales motivos del deseo de morir y de pensamientos suicidas son: 1ro problemas con la pareja, 2do problemas económicos y 3ro problemas con los padres; con respecto al intento suicida: 1ro problemas de pareja, 2do problemas con los padres y 3ro problemas económicos. En el caso del sexo femenino, dos tercios de los casos de intento suicida se relacionan con la pareja. En el caso de los hombres la distribución es más heterogénea: la causa más frecuente es la pareja, seguida por los problemas económicos y la salud.

TABLA 30
MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TÓPICOS	MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS
	%	%
PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN	0,0	0,0
MASCULINO	0,0	0,0
FEMENINO	0,0	0,0
PROBLEMAS CON PADRES	19,9	12,8
MASCULINO	22,8	6,1
FEMENINO	18,2	17,9
PROBLEMAS CON HIJOS	1,8	4,7
MASCULINO	1,1	0,0
FEMENINO	2,2	8,3
PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES	7,2	3,0
MASCULINO	10,3	0,0
FEMENINO	5,3	5,2
PROBLEMAS CON PAREJA	29,3	53,9
MASCULINO	23,1	36,8
FEMENINO	32,8	68,2
PROBLEMAS CON AMISTADES	1,0	0,0
MASCULINO	1,3	0,0
FEMENINO	0,8	0,0
PROBLEMAS LABORALES	4,3	0,0
MASCULINO	6,0	0,0
FEMENINO	3,3	0,0
PROBLEMAS CON ESTUDIOS	6,2	2,6
MASCULINO	7,6	6,1
FEMENINO	5,3	0,0
PROBLEMAS ECONÓMICOS	22,6	17,9
MASCULINO	22,8	16,3
FEMENINO	22,5	19,2
PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA	10,0	5,3
MASCULINO	10,1	12,3
FEMENINO	10,0	0,0
SALUD FÍSICA DE ALGÚN FAMILIAR	4,9	2,7
MASCULINO	3,3	6,1
FEMENINO	5,9	0,0
SEPARACIÓN DE FAMILIAR	3,5	0,0
MASCULINO	2,6	0,0
FEMENINO	4,0	0,0
MUERTE DE PAREJA	1,9	0,0
MASCULINO	1,4	0,0
FEMENINO	2,2	0,0
MUERTE DE UN HIJO	0,8	0,0
MASCULINO	0,5	0,0
FEMENINO	1,0	0,0
MUERTE DE PADRE(S)	4,2	13,6
MASCULINO	5,0	14,4
FEMENINO	3,8	12,9
PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	3,5	3,5
MASCULINO	5,1	0,0
FEMENINO	2,6	6,3
SIN MOTIVO APARENTE	0,9	3,2
MASCULINO	1,3	7,5
FEMENINO	0,6	0,0
OTROS	8,8	8,2
MASCULINO	10,1	18,9
FEMENINO	8,0	0,0

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 27,0% de la población se ha visto involucrada en alguna de estas conductas. También se han tomado en cuenta indicadores más sutiles, como el pensamiento homicida. 10,7% de la población ha tenido pensamientos homicidas alguna vez en su vida (Tabla 31).

TABLA 31
TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

INDICADOR	%
PREVALENCIA DE VIDA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	
TOTAL	27,0
MASCULINO	38,8
FEMENINO	16,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	
TOTAL	2,1
MASCULINO	2,5
FEMENINO	1,7
PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	
TOTAL	0,9
MASCULINO	1,2
FEMENINO	0,5
PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	
TOTAL	0,3
MASCULINO	0,4
FEMENINO	0,2

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 con 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 a niveles relativamente bajos (Tablas 32 y 33).

TABLA 32
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA %	D.S. %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
TOTAL	18,4	2,1	19,2	20,0	17,5	20,0
MASCULINO	18,5	1,9	19,2	20,0	17,5	20,0
FEMENINO	18,4	2,2	19,2	20,0	17,5	20,0

TABLA 33
TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS ES MUY IMPORTANTE	SIENTE PROTECCIÓN DE DIOS	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	PARTICIPA ACTIVAMENTE	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	TRASMITE RELIGIÓN A HIJOS	LA RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
	%	%	%	%	%	%	%
TOTAL	85,7	86,4	77,1	13,8	51,2	35,3	65,5
MASCULINO	79,2	82,1	70,4	13,4	47,9	28,2	61,5
FEMENINO	91,8	90,4	82,9	14,1	54,2	41,5	69,2

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la Tabla 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, las mujeres padecen más trastornos depresivos y ansiosos que los hombres, aunque las diferencias no son tan marcadas, y los varones padecen marcadamente más problemas por uso de sustancias. Más de un tercio de la población de Huaraz (34,9%) alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico, cerca de una quinta parte lo ha sufrido en los últimos seis a doce meses (18,7% - 19,9%) y un 14,1% de la población 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 estaría reflejando la disminución de los estresores psicosociales en la región. Con todo, si consideramos las prevalencias anuales, los trastornos por uso de sustancias son los más frecuentes (7,4%), seguidos por los trastornos depresivos (6,7%).

Las Tablas 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 Huaraz, así como su distribución por sexo. En lo que concierne a la prevalencia de vida, el desorden más frecuente es el trastorno de estrés postraumático (13,7%), seguido por el episodio depresivo (13,4%) y el trastorno de ansiedad generalizada (9,0%) (Tabla 35). Con respecto a las prevalencias anuales (tabla No 36), observamos que los principales problemas que enfrenta esta ciudad desde el punto de vista psiquiátrico son los trastornos de dependencia o abuso de alcohol y el episodio depresivo, ambos con una prevalencia de 6,7%. El episodio depresivo afecta con mayor frecuencia al sexo femenino, en tanto que la dependencia o abuso de alcohol preponderantemente al sexo masculino. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien las prevalencias psiquiátricas son bajas, las conductas de riesgo reportadas son moderadas en ambos sexos (Tabla 38).

TABLA 34
PREVALENCIA DE VIDA, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN GENERAL,
EN HUARAZ – 2003

TIPO DE TRASTORNOS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO*	
TOTAL	34,9
MASCULINO	36,7
FEMENINO	33,4
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	
TOTAL	19,9
MASCULINO	23,8
FEMENINO	16,4
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**	
TOTAL	18,7
MASCULINO	22,9
FEMENINO	14,8
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**	
TOTAL	14,1
MASCULINO	19,9
FEMENINO	8,8
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
TOTAL	23,3
MASCULINO	20,8
FEMENINO	25,8
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
TOTAL	8,4
MASCULINO	7,3
FEMENINO	9,5
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN GENERAL	
TOTAL	7,5
MASCULINO	6,1
FEMENINO	8,8
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
TOTAL	4,3
MASCULINO	3,5
FEMENINO	5,0
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
TOTAL	13,5
MASCULINO	12,5
FEMENINO	14,5
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
TOTAL	6,7
MASCULINO	5,9
FEMENINO	7,4
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
TOTAL	5,9
MASCULINO	5,4
FEMENINO	6,3
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
TOTAL	3,6
MASCULINO	3,3
FEMENINO	3,8
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	
TOTAL	7,4
MASCULINO	14,6
FEMENINO	0,7

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

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

TABLA 35
PREVALENCIA DE VIDA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
POR SEXOS, EN HUARAZ - 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,4	0,7	0,2
TRASTORNO BIPOLAR	0,4	0,6	0,1
EPISODIO DEPRESIVO	13,4	12,3	14,5
DISTIMIA	0,3	0,3	0,3
AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	2,4	2,3	2,5
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	13,7	11,3	15,9
FOBIA SOCIAL	2,6	2,9	2,3
TRASTORNO DE PÁNICO	0,6	0,9	0,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	9,0	7,2	10,7
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,4	0,5	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 positiva la presencia de por lo menos cinco de los criterios descritos.

TABLA 36
PREVALENCIA ANUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y POR SEXOS EN
LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,4	0,7	0,2
EPISODIO DEPRESIVO	6,7	5,9	7,4
AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,8	0,3	1,3
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	2,9	2,2	3,5
FOBIA SOCIAL	1,4	1,3	1,4
TRASTORNO DE PÁNICO	0,2	0,4	0,1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	3,5	2,9	4,1
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,1	0,2	0,0
DEPENDENCIA O CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	6,7	13,4	0,6

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

TABLA 37
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y POR SEXOS EN
LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
EPISODIO DEPRESIVO	5,9	5,4	6,3
AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,6	0,1	1,0
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	2,5	1,9	3,2
FOBIA SOCIAL	0,9	1,0	0,8
TRASTORNO DE PÁNICO	0,2	0,4	0,1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	3,3	2,5	4,1
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,1	0,2	0,0

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

TABLA 38
PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y POR SEXOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,0	0,0	0,0
EPISODIO DEPRESIVO	3,6	3,3	3,8
DISTIMIA**	0,2	0,2	0,2
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,2	0,0	0,4
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	0,9	0,3	1,5
FOBIA SOCIAL	0,6	0,9	0,4
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	4,3	3,5	5,0
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,1	0,2	0,0
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	0,9	0,3	1,5
BULIMIA NERVOSA	0,1	0,0	0,3
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS ***	5,7	5,5	6,0

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

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

*** Se refiere a personas que alguna vez, con la finalidad de perder peso, se han inducido el vómito, han tomado laxantes, han realizado ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, han tomado supresores del apetito o han tomado 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, seguidas 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 39 observamos que, sin considerar al alcohol, la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales se encuentra en un 60,8% de los encuestados, mientras que la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se halla en un 2,9%. El consumo actual (en el último mes) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 19,2% y un 0,1% respectivamente.

Con respecto a sustancias específicas, la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (2,4%), seguida de la cocaína (0,8%); las prevalencias de consumo actual (en el último mes) siguen siendo importantes para el alcohol (42,4%) y el tabaco (14,7%) (Tabla 40).

TABLA 39
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL, POR SEXOS, EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	60,8	82,2	41,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	60,8	82,2	41,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	2,9	6,1	0,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	19,2	29,6	9,7
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	19,2	29,6	9,7
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	0,0	0,0	0,0

TABLA 40
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES, POR SEXOS, EN LA POBLACIÓN DE HUARAZ - 2003

TIPO DE SUSTANCIAS*	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DEL CONSUMO DE ALCOHOL	96,1	97,9	94,4
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE ALCOHOL	42,4	54,1	31,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	54,6	78,2	32,7
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE TABACO	14,7	25,7	4,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,8	0,7	0,8
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,2	0,2	0,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,2	0,0	0,4
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	5,0	8,7	1,5
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	0,3	0,6	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	2,4	5,1	0,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	0,8	1,6	0,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	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 41), se aprecia que la edad de inicio de la mayoría de los entrevistados se encuentra en promedio entre los 17 y 33 años, siendo el alcohol la sustancia legal que se inició en promedio a menor edad. 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. Asimismo, debemos considerar la posibilidad de subreporte, dado que coincidentemente la mediana y la moda se encuentran en la mayoría de edad.

TABLA 41
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN DE HUARAZ - 2003

TIPO DE SUSTANCIA*	MEDIA %	D.S. %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	18,45	4,4	18,0	18,0	4,0	51,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	18,60	4,8	18,0	18,0	4,0	47,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	33,62	12,9	28,0	25,0	19,0	55,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	27,81	8,9	30,0	30,0	15,0	37,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	23,36	7,2	22,0	16,0	16,0	38,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	18,77	1,8	19,0	19,0	15,0	22,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	24,47	11,4	25,0	25,0	0,0	59,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	17,82	2,8	17,0	17,0	14,0	26,0

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

Con respecto a las conductas problemáticas relacionadas al uso de alcohol, se ha definido como bebedor riesgoso a aquel que durante el año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte), encontrándose una prevalencia del 12,1%. 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 de alcohol según criterios de investigación de la CIE-10, con un 6,7%, seguida por el tabaco con el 0,9% (Tabla 42).

TABLA 42
PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS, POR SEXOS, EN LA POBLACIÓN DE HUARAZ - 2003

TIPO DE SUSTANCIA (PREVALENCIA ANUAL)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	12,1	22,8	2,2
USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	6,7	13,4	0,6
USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE TABACO	0,9	1,7	0,1
USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE MARIHUANA	0,0	0,0	0,0
USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIAS DE OTRAS SUSTANCIAS	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE USO PERJUDICIAL DE CUALQUIER SUSTANCIA	3,3	6,5	0,4
PREVALENCIA ANUAL DE DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	7,4	14,6	0,7

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS

La distribución de los trastornos clínicos en forma general es más o menos uniforme, y no existen hallazgos estadísticamente significativos entre los grupos (Tabla 43).

TABLA 43
PREVALENCIA ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES
SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	18 A 24 AÑOS %	25 A 44 AÑOS %	45 A 64 AÑOS %	MAYOR 65 AÑOS %
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	22,6	20,3	17,6	12,9
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	20,5	19,3	16,7	12,9
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	13,9	14,8	14,1	10,1
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	8,1	9,0	8,4	5,3
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	7,3	7,8	7,7	5,3
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	2,9	4,4	6,0	4,5
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	9,1	6,1	5,2	5,3
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	7,6	5,6	4,4	5,3
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	3,5	3,7	2,5	3,4
PREVALENCIA ANUAL DE USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	7,3	7,5	5,5	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 acerca de en qué medida los ingresos familiares satisfacían las necesidades básicas (alimentación, vestido, salud, educación) y no básicas (distracción, educación diferenciada, etc.). Aquellos miembros de una familia que no pueden satisfacer la necesidad básica de alimentación son considerados pobres extremos; si satisfacen las necesidades básicas 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 los considera no pobres. Además se ha incluido como medida objetiva de la pobreza las necesidades básicas insatisfechas (NBIs), que incluyen características de la vivienda, 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 conjuntamente con el método de necesidades básicas insatisfechas. En la Tabla 44 podemos observar que existe una asociación estadísticamente significativa con relación a la prevalencia anual y actual de cualquier trastorno psiquiátrico y la pobreza, pues esta prevalencia es menor en los más favorecidos. Observamos como tendencia una relación con la depresión. Es posible que con un poder estadístico mayor se puedan identificar otras diferencias.

TABLA 44
PREVALENCIA ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES
POR NIVEL DE POBREZA, SEGÚN PERCEPCIÓN DE CAPACIDAD DE COBERTURA DE
NECESIDADES BÁSICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	%
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	$F_{2,9;338=2,955; p=0,037}$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	21,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	23,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO	18,2
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	6,6
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	18,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	20,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO	17,7
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	6,6
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	$F_{2,7;319=3,041; p=0,033}$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	16,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	17,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO	12,1
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,1
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	16,8
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO	7,6
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,6
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	11,3
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	7,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO	7,1
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,6
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	5,5
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	5,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO	3,3
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	4,1
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	$F_{2,7;305=2,673; p=0,055}$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO	5,7
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,0
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO	5,5
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,0
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	1,0
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO	2,9
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,0
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO/DEPENDENCIA A ALCOHOL	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,4
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO	5,8
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,0

* Ninguno de los trastornos alcanza diferencias estadísticamente significativas.

SALUD MENTAL POR CIUDADES

A modo de comparación hemos incluido los resultados de prevalencias de trastornos clínicos en las tres ciudades. En líneas generales observamos una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en la ciudad de Ayacucho, en comparación con las otras ciudades y en la mayoría de los tiempos de referencia, con excepción de las prevalencias de depresión en el último año, en el que no se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las tres ciudades (Tabla 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 dudas 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. Han de tenerse en cuenta los antecedentes históricos de Huaraz, en especial la experiencia del terremoto de 1970. En general, Cajamarca tiende a mostrar cifras más favorables de salud mental, aunque sostiene niveles de depresión expectantes.

TABLA 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 GENERAL	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 DE 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 DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	15,0	8,0	6,7	F=14,553 df1=1,911 p<0,001

EFFECTOS 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. Una quinta parte de la población de Huaraz ha tenido al menos una situación de pérdida personal, ya sea de pérdidas humanas o bienes materiales, y más de una de cada 10 personas ha sufrido la pérdida de un familiar, ya sea por muerte o por desaparición (Tabla 46).

TABLA 46
FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA TERRORISTA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TIPO DE PÉRDIDA	HUARAZ
MUERTE DE FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO(A), HIJOS)	1,5
MUERTE DE OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	9,0
FAMILIAR DESAPARECIDO	4,2
TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	5,2
FAMILIAR DETENIDO	6,9
FAMILIAR EN PRISIÓN	4,3
PÉRDIDA DE BIENES	3,1
CAMBIO DE RESIDENCIA	4,3
AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	20,0
ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	12,2

En la Tabla 47 se observa que existe una tendencia a un aumento en la prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas que han perdido algún familiar, aunque no llega a ser estadísticamente significativo. Esta relación se mantiene a una significancia limítrofe en la prevalencia anual y de 6 meses de trastornos de ansiedad.

TABLA 47
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 HUARAZ - 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	CON ALGÚN	SIN ALGÚN	ESTADÍSTICOS
	FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	
	%	%	
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	37,9	34,5	n.s.
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	23,6	19,3	n.s.
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	21,7	18,9	n.s.
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	18,1	13,5	n.s.
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	28,6	22,7	n.s.
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	12,9	7,8	F=3,522df1=1 p=0,063
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	11,7	6,9	F=3,714df1=1 p=0,056
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	7,3	3,9	n.s.
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	16,6	12,9	n.s.
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	6,8	6,6	n.s.
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	5,0	5,9	n.s.
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	3,7	3,5	n.s.
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA A ALCOHOL	7,7	6,5	n.s.

ACCESO A SERVICIOS

El acceso a servicios presentado en este informe parte de la población que refiere haber percibido problemas de tipo emocional o de los nervios en los últimos 6 meses, para luego haber indagado sobre las conductas de búsqueda de ayuda. Este afronte se acerca más a la conducta natural de las personas frente a estos problemas y a la demanda real, y se aparta en cierta medida del modelo médico de enfermedad. Consideramos que en un primer momento, en cuanto a satisfacción de la demanda, es el grupo con el cual los programas sociales pueden empezar a trabajar más rápidamente, y de ahí la importancia de su consideración en particular. Los estudios de Lima mostraron bajos niveles de acceso a atención por problemas de salud mental, y aún más bajos son en Ayacucho. El nivel de acceso en Huaraz es mayor que en Ayacucho.

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o de los nervios, un 50,1% (morbilidad sentida) de los pacientes respondió afirmativamente. El 18,2% del total de encuestados identificó su problema en los últimos seis meses. Considerado este último nuestro período de referencia, se encontró que el 23,9% acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 76,2% no recibió ningún tipo de atención médica (Tabla 48). Del 23,9% que recibió ayuda, el 10,3% acudió a los centros del MINSA, seguido del 7,4% que acudió a ESSALUD. Cabe resaltar que la mayoría de la demanda sentida expresada es atendida en los hospitales generales (Tabla 49). El 74,6% recibió algún tipo de medicamento para su problema, un 31,2% recibió psicoterapia y un 70,8% recibió consejería (Tabla 50).

TABLA 48
DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

DEMANDA	%
MORBILIDAD SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (COMO PROBLEMAS EMOCIONALES O NERVIOS)	
TOTAL	50,1
MASCULINO	52,3
FEMENINO	48,0
MORBILIDAD SENTIDA DE SEIS MESES DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL (CON PROBLEMAS DE SM)	
TOTAL	18,2
MASCULINO	20,2
FEMENINO	16,4
DEMANDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	
TOTAL	23,9
MASCULINO	27,6
FEMENINO	23,0

TABLA 49
LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
MINSA		10,3
PUESTOS O CENTROS DE SALUD:	0,8	(43,2% de lo atendido)
INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO:	1,8	
HOSPITAL GENERAL:	7,7	
ESSALUD		7,4
POSTA O POLICLÍNICO:	2,3	(31,2% de lo atendido)
CENTRO DE SALUD MENTAL:	0,6	
HOSPITAL GENERAL:	4,5	
FFAA		0,4
HOSPITAL FFAA Y PN:	0,4	(1,6% de lo atendido)
PRIVADA		3,0
CONSULTORIO PARTICULAR:	3,0	(12,8% de lo atendido)
AUTO-AYUDA		0,4
GRUPOS DE AUTO-AYUDA:	0,4	(1,5% de lo atendido)
OTROS		2,4
OTROS:	2,4	(9,9% de lo atendido)

TABLA 50
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINA %	PSICOTERAPIA %	CONSEJO %	HIERBAS %	OTRO %
TOTAL	74,6	31,2	70,8	7,8	14,1

Con relación a los motivos por los cuales la persona no recibió atención alguna por su problema emocional, un 49,6% pensaba que lo debía superar solo, seguido de un 37,2% que no acudió por no tener dinero y, en tercer lugar, un 28,4% por falta de confianza. Es evidente que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y los económicos (Tabla 51).

TABLA 51
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ, 2003

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL %	LO DEBÍA SUPERAR SOLO %	NO TENÍA DINERO %	FALTA DE CONFIANZA %	NO SABÍA DONDE IR %	PREFERÍA NO ME BENEFICIARÍA %	REMEDIOS CASEROS %	POR VERGÜENZA %
TOTAL	49,6	37,2	28,4	22,8	12,2	18,3	14,5

SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN HUARAZ

Los síndromes folklóricos descritos desde antaño por los investigadores en medicina tradicional en el área de psiquiatría folklórica son identificados y reconocidos por la población encuestada, y sus prevalencias de vida son las que se presentan en la tabla que sigue (Tabla 52).

TABLA 52
PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES CULTURALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

SÍNDROMES CULTURALES	TOTAL %
SUSTO	28,6
AIRE	15,2
MAL DE OJO	6,5
ATAQUE DE NERVIOS	1,7
DAÑO	3,6
CHUCAQUE	11,7

Las personas que describieron alguno de estos síndromes en algún momento de su vida presentaron: algún episodio depresivo, algún trastorno de ansiedad o síntomas paranoides, con mayor frecuencia que la población general, tal como se aprecia en la Tabla 53.

TABLA 53
PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, EPISODIOS DEPRESIVOS Y SÍNTOMAS PARANOIDES EN PERSONAS CON SÍNDROMES FOLKLÓRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003 (N = 1316)

SÍNDROMES	PREVALENCIAS DE VIDA PARA ADULTOS		
	TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL % (P)	EPISODIO DEPRESIVO % (P)	SÍNTOMAS PARANOIDES (2 SÍNTOMAS) % (P)
«SUSTO»	27,1 (0,146)	17,1 (0,084)	18,3 (0,007)
«AIRE»	27,8 (0,177)	13,8 (0,899)	18,7 (0,047)
«MAL DE OJO»	23,8 (0,934)	19,3 (0,204)	19,5 (0,211)
«ATAQUE DE NERVIOS»	18,2 (0,603)	37,2 (0,003)	33,2 (0,015)
«DAÑO»	44,7 (0,002)	23,2 (0,099)	31,4 (0,001)
«CHUCAQUE»	26,1 (0,524)	18,6 (0,120)	19,0 (0,037)
POBL. GENERAL	23,3	13,4	13,3

La población encuestada identificó también otros «problemas» folklóricos y médicos, así como quiénes 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 54).

TABLA 54
PORCENTAJE DE PROBLEMAS Y AGENTES DE MODELOS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

PROBLEMAS	MODELOS			
	MODELO MÉDICO %	MODELO FOLKLÓRICO %	OTROS MODELOS NO MÉDICO NI FOLKLÓRICO %	NINGÚN MODELO; QUEDAN FUERA DE TODO MODELO DE ATENCIÓN %
ANGUSTIA, TRISTEZA – DEPRESIÓN, NERVIOS.	32,2	1,4	5,1	45,0
LOCURA	21,0	0,8	7,7	47,3
MALA SUERTE, PROTECCIÓN, INFIDELIDAD, AMARRES	2,0	5,4	5,6	86,1

ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES EN HUARAZ

En la Tabla 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 un 40% de la población no considera la depresión como un desorden mental, y que sólo el 3,6% de la población considera los problemas de personalidad como trastorno mental.

TABLA 55
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS COMO TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

TIPO DE PROBLEMAS	%	
	Si	No
A) NERVIOS EXCESIVOS O FOBIAS	61,7	38,3
B) TRISTEZA EXCESIVA O DEPRESIÓN	59,8	40,2
C) PSICOSIS O LOCURA	85,0	15,0
D) CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y DROGAS	66,5	33,5
E) PROBLEMAS DEL CARÁCTER O DE LA PERSONALIDAD	3,6	96,4

En la Tabla 56 podemos observar los porcentajes de las respuestas de la población general de Huaraz con relación a las preguntas relacionadas al estigma contra los trastornos mentales. Los resultados nos muestran que un 17,5 % de la población reacciona alejándose o rechazando a las personas con enfermedades mentales; pero, en contraste, está dispuesto a brindarles algún tipo de ayuda (45,9%). Tratándose de familiares con enfermedades mentales, sólo un 3% se aleja o rechaza. Por otro lado, un 25,1% de la población general piensa que, en el caso de sufrir una enfermedad mental, sería rechazado o se alejarían de él en su comunidad. Sin embargo, es sorprendente la expectativa de la población general de la sierra peruana, pues un 83,6% de la población piensa que las personas con enfermedades mentales pueden ser rehabilitadas y reintegradas en su comunidad.

TABLA 56
ACTITUD FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE HUARAZ - 2003

PREGUNTAS	RESPUESTAS						
	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?	27,1	6,3	15,7	45,9	1,8		3,2
SI USTED TUVIERA (TIENE) UNO O MÁS MIEMBROS DE SU FAMILIA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL, USTED...	20,4	0,5	2,5	73,9	0,5	0,2	1,9
SI USTED TUVIERA UNA ENFERMEDAD MENTAL ¿CÓMO PIENSA QUE REACCIONARÍA SU COMUNIDAD?	10,2	19,4	8,5	34,2	16,6		11,1



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

O ALGUNAS VEZ UNIDAS ENCUESTADAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS

El grupo de mujeres encuestadas estuvo conformado por 1 085 personas. Considerando al diseño técnico de muestreo, se otorga una inferencia a 1627 habitantes para la ciudad de Huaraz (Tabla 27).

Tabla 27

NÚMERO TOTAL DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE HUARAZ - 2003

NÚMERO DE ENCUESTADAS	
MUESTRA TOTAL	1 085
EXPANDIDO	1627

EDAD

La edad promedio de las mujeres encuestadas está alrededor de los 42,8 años, con una desviación estándar de 14,2 años, lo cual indica una simetría negativa en la composición de grupos etarios (Tabla 28); alrededor de la mitad corresponde a las edades entre los 25 a 44 años.

Tabla 28

EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE HUARAZ 2003

GRUPO ETARIO	%
Menor de 18 años	0,1
18 a 24 años	7,7
25 a 44 años	51,7
45 a 64 años	31,0
Mayor de 64 años	9,5

ESCOLARIDAD

El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas fue del 14,7%, el triple que en los varones.

Alrededor de la mitad de las mujeres entrevistadas refiere tener una instrucción entre primaria y secundaria. En el nivel de educación superior la distribución es similar para ambos géneros (Tabla 29).

Tabla 29

NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE HUARAZ - 2003

GRADO DE ESTUDIOS	%
POSTGRADO	0,3
SUPERIOR UNIVERSITARIO	10,9
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	20,5
SECUNDARIA	28,0
PRIMARIA	29,9
INICIAL \ PREESCOLAR	0,2
SIN NIVEL	10,2

ESTADO CIVIL

Alrededor del 85% es conviviente o casada (Tabla 60).

TABLA 60
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE HUARAZ - 2003

ESTADO CIVIL	%
CONVIVIENTE	29,5
SEPARADA	9,9
DIVORCIADA	0,5
VIUDA	6,2
CASADA	54,0

OCUPACIÓN

Casi el 50% ha trabajado hasta la semana anterior; este porcentaje es parecido al del género masculino (Tabla 61).

TABLA 61
SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE HUARAZ - 2003

SITUACIÓN LABORAL	%
REALIZÓ ACTIVIDAD LABORAL EN LA SEMANA ANTERIOR	47,6
ESTUVO BUSCANDO TRABAJO EN LA SEMANA ANTERIOR	8,9

INGRESOS ECONÓMICOS

Casi un 50% de las mujeres unidas tiene un ingreso menor a los 300 soles. Sólo un 4% tiene ingresos mayores a los 1 200 soles (Tabla 62).

TABLA 62
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ -2003

PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES)	%
MENOS DE S/. 300	52,5
S/. 301 A 600	20,0
S/. 601 A 1 200	23,0
MÁS DE S/. 1 200	4,4



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

SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Entorno general

Aproximadamente cerca del 74,1% de las encuestadas en la sierra percibe el desempleo y la pobreza como los principales problemas del país. El terrorismo y la violencia son percibidos como problemas menores (Tabla 63).

TABLA 63
PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

TERRORISMO	DESEMPLEO	POBREZA	CORRUPCIÓN	VIOLENCIA	INESTABILIDAD POLÍTICA Y FALTA DE LIDERAZGO	DELINCUENCIA	OTRO
%	%	%	%	%	%	%	%
0,5	47,2	26,9	4,4	2,9	1,6	1,6	11,1

Frente a estos problemas cerca del 60% de las encuestadas responde con pena, tristeza, depresión y preocupación (Tabla 64).

TABLA 64
SENTIMIENTOS FRENTE AL PRINCIPAL PROBLEMA NACIONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

PREOCUPACIÓN	AMARGURA, RABIA Y CÓLERA	RESIGNACIÓN	INDIFERENCIA	DESILUSIÓN	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	IMPOTENCIA, DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	OTRO
%	%	%	%	%	%	%	%
28,8	17,0	1,7	1,8	8,4	32,4	6,4	3,5

Aproximadamente entre el 75% y el 95% de las mujeres encuestadas «no confía o confía poco» en las autoridades políticas, policiales y militares. Es destacable que un 42,7% aún confía mucho en los religiosos (Tabla 65).

TABLA 65
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

CONFIANZA EN:	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
AUTORIDADES POLICIALES	75,0	19,5	5,5
AUTORIDADES POLÍTICAS	94,6	4,5	0,9
MILITARES	78,4	17,5	4,1
RELIGIOSOS	29,5	27,8	42,7
LÍDERES DE LA COMUNIDAD	84,0	13,1	2,9

Respecto a la seguridad que perciben de su entorno, las mujeres encuestadas señalan en un alto porcentaje sentimientos de desprotección por parte del Estado y la comunidad; destaca también el alto porcentaje de mujeres que sienten protección proveniente de Dios y la familia (Tabla 66).

TABLA 66
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
DEL ESTADO	84,2	12,9	2,8
DE LA FAMILIA	12,9	13,8	73,3
DE DIOS	3,2	5,4	91,4
DE LA COMUNIDAD	55,1	28,0	16,9

Estresores psicosociales

Alrededor de la mitad de las encuestadas califica como «mucho» el efecto estresor del trabajo, de los hijos y parientes, del dinero, de la salud, del terrorismo y del narcotráfico.

TABLA 67
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
TRABAJO	35,7	20,9	43,5
ESTUDIO	42,3	22,1	35,6
HIJOS Y PARIENTES	35,6	16,5	47,9
PAREJA	46,3	16,4	37,4
DINERO	22,9	24,0	53,1
LA SALUD	20,7	24,6	54,7
TERRORISMO	42,1	15,3	42,6
NARCOTRÁFICO	42,5	12,9	44,6

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, tristeza, tensión, angustia, e irritabilidad. El 50- 60% de las encuestadas tiene estados anímicos de alegría y tranquilidad (Tabla 68).

TABLA 68
ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	2,3	66,1	31,6
TENSO	5,3	67,4	27,3
ANGUSTIADO	8,1	71,3	20,6
IRRITABLE	11,1	70,0	18,8
PREOCUPADO	1,8	48,5	49,7
TRANQUILO	2,7	44,1	53,2
ALEGRE	1,1	39,6	59,3
ABURRIDO	19,5	67,4	13,1
OTRO	96,0	1,0	3,1

Satisfacción personal

Con respecto a la satisfacción personal global de las mujeres encuestadas, el 50% experimenta un grado aceptable de satisfacción personal (15,9 puntos de 20) (Tabla 69).

TABLA 69
SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
	15,9	16,3	18,0	14,0	18,0

El menor grado de satisfacción personal está en relación con aspectos económicos (Tabla 70).

TABLA 70
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL CON:	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	15,8	26,8	57,4
COLOR DE PIEL	9,0	23,6	67,5
INTELIGENCIA	13,8	24,8	61,4
NIVEL ECONÓMICO	41,9	38,4	19,7
ESTUDIOS	23,2	19,9	56,9
RELACIONES SOCIALES	21,8	30,4	47,8

Satisfacción laboral

El 15,7% de las mujeres encuestadas muestra un grado de satisfacción laboral aceptable (Tabla 71).

TABLA 71
SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
	15,7	16,3	15,0	13,8	18,0

La mayor parte de las mujeres (60%) está satisfechas con la función que realiza en la actualidad; la mitad (55%) está descontenta con la remuneración que recibe (Tabla 72).

TABLA 72
CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON:	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	10,6	28,6	60,8
EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	15,5	30,8	53,7
SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	9,7	32,7	57,6
LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	18,4	37,1	44,6
EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES O PATRONES	21,6	30,0	48,4
LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	55,0	28,8	16,2

Cohesión familiar

El grado de cohesión familiar que refieren las mujeres unidas es significativamente alto, con un puntaje promedio de 18,1 (en una escala de 5 a 20 puntos) (Tabla 73).

TABLA 73
COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
	18,1	19,2	20,0	16,7	20,0

Calidad de vida

En las mujeres unidas (o alguna vez unidas) se encuentra un promedio alto de calidad de vida; así, se obtuvo un índice de 7,8 puntos (en una escala de 0 a 10 puntos) (Tabla 74).

TABLA 74
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA MUJER UNIDA (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA %	Sx %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
	7,8	1,239	8,0	8,3	7,0	8,8

Indicadores suicidas

Se han explorado los indicadores suicidas en un espectro amplio, desde los deseos de morir hasta el intento suicida. Los deseos de morir representan el nivel más sutil y más sensible y, por ello, muy importante de medir y analizar; en este sentido, el 39,0% de la población de mujeres unidas o alguna vez unidas ha deseado morir alguna vez en su vida. El pensamiento suicida explora el aspecto cognoscitivo de una conducta potencialmente suicida, y en las mujeres unidas se encontró que fue mayor que en los adultos masculinos, tanto en la prevalencia de vida (10,8% vs. 8,6%), en la prevalencia mensual (0,9% vs. 1,1%), como en la prevalencia anual (2,7% vs. 3,2%) (Tabla 67). El intento suicida involucra también la conducta y presenta una prevalencia de vida del 3,4% -siendo mayor que en el adulto masculino (1,7%)-, una prevalencia mensual de 0,3% y anual de 1,0% (Tabla 75).

TABLA 75
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE HUARAZ - 2003

PERÍODO	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE DESEOS DE MORIR	39,0
PREVALENCIA EN EL MES DE PENSAMIENTOS DE DESEOS DE MORIR	5,3
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PENSAMIENTOS DE DESEOS DE MORIR	12,8
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	10,8
PREVALENCIA EN EL MES DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	0,9
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	2,7
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE QUITARSE LA VIDA	3,2
PREVALENCIA EN EL MES DE PLANES DE QUITARSE LA VIDA	0,6
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PLANES DE QUITARSE LA VIDA	1,3
PREVALENCIA DE VIDA DE INTENTOS DE QUITARSE LA VIDA	3,4
PREVALENCIA EN EL MES DE INTENTOS DE QUITARSE LA VIDA	0,3
PREVALENCIA EN EL AÑO DE INTENTOS DE QUITARSE LA VIDA	1,0

TRASTORNOS CLÍNICOS

El trastorno más frecuente, según la prevalencia de vida, fue el trastorno de estrés postraumático (19,1%); el trastorno anual más frecuente fue el episodio depresivo (8,7%), seguido por el trastorno de ansiedad generalizada (5,0%) y el trastorno de estrés postraumático (3,2%). La distimia tiene una prevalencia actual de 0,2%. 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 76).

TABLA 76
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LA CIUDAD DE HUARAZ - 2003

TRASTORNO SEGÚN LA CIE-10	HUARAZ %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	39,1
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO	18,5
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO	16,6
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO	12,6
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA	13,2
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA	5,0
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA	4,9
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA	3,6
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA	19,1
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA	3,2
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA	2,6
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA	1,4
PREVALENCIA DE VIDA DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA	14,9
PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA	8,7
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA	7,8
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA	5,5
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA EN LA MUJER UNIDA	0,7
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA EN LA MUJER UNIDA	0,2

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 alguna vez en su vida de abuso, 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 unida o alguna vez unida fue del 61,6%.

Trato inadecuado en el período de enamoramiento

Las cifras más altas de prevalencia corresponden a celos de la pareja, y las más bajas a ser forzada a tener relaciones sexuales (Tabla 77).

TABLA 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 HUARAZ -2003

PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	%
LE GRITABA MUCHO	10,7
TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	12,9
LA ENGAÑÓ	18,4
LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	10,4
LA FORZÓ A RELACIONES SEXUALES	7,6
SE MOSTRÓ INDIFERENTE	15,9
LE MENTÍA MUCHO	20,6
ERA MUY CELOSO	44,5
LA CONTROLABA MUCHO	28,7
LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	18,6
TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	28,2

Dos tercios de esta muestra (60,9%) son objeto de tratos inadecuados, y cerca de la quinta parte (22,4%) sufre algún tipo de violencia (Tabla 78).

TABLA 78
PREVALENCIA DE ALGÚN TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE 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)	60,9
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	22,4

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 83,8% de la muestra total, que ponderada o expandida representa a 16 710 mujeres unidas de la población. En la Tabla 79 se observa que cerca de la mitad de las encuestadas (40,0%) 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 79).

TABLA 79
PREVALENCIA DE VIDA Y TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LA CIUDAD DE HUARAZ - 2003

TIPO DE ABUSO O MALTRATO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	HUARAZ %
PREVALENCIA DE VIDA DE ALGÚN ABUSO	40,0
ABUSO SEXUAL	6,9
ABUSO FÍSICO	29,8
INSULTOS	34,5
CHANTAJES, HUMILLACIONES	16,1
ABANDONO	5,7

Prevalencia de vida y tipos de abuso por parte de la pareja actual en la población de mujeres unidas en la ciudad de Huaraz - 2003

TABLA 80
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LA CIUDAD DE HUARAZ - 2003

	HUARAZ %
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL	19,6

LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

TABLA 81
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO POR PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS EN LA CIUDAD DE HUARAZ - 2003

	HUARAZ %
PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL (FRECUENCIA DE AL MENOS UNO A DOS POR MES)	5,5

En contraste con las cifras mostradas en la Tabla 78, con relación a los tratos inadecuados durante el periodo de enamoramiento, en la población de mujeres maltratadas sistemáticamente esas cifras ascienden a 80,8% vs. 60,9% de mujeres unidas en general. Este contraste es mayor cuando se trata de la prevalencia de algún tipo de violencia (54,4% vs. 22,4%) (Tabla 82).

TABLA 82
ANTECEDENTES DE ABUSO SISTEMÁTICO POR LA PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS EN LA CIUDAD DE HUARAZ - 2003

ANTECEDENTES DE 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)	80,8
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	54,4

De manera similar a 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 (76,4%) o en las autoridades políticas (98,8%) (Tabla 83).

TABLA 83
CONFIANZA EN LAS AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE HUARAZ - 2003

AUTORIDADES	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	76,4	18,0	5,6
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	98,8	1,2	0,0

La percepción de sentirse protegida por parte del entorno familiar es compartida por casi la mitad de la muestra (53,9%) y es menor en comparación a la población general de mujeres unidas (73,3 %). Por otro lado, «no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas por el Estado» un 84,9%, siendo esta cifra mayor en comparación al de las mujeres unidas en general (84,2%) (Tabla 84).

TABLA 84
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE HUARAZ - 2003

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	84,9	10,1	5,0
DE LA FAMILIA EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	18,0	28,1	53,9

Estresores psicosociales en la mujer maltratada sistemáticamente

El estresor psicosocial que más perturba a las mujeres maltratadas sistemáticamente está constituido por los hijos y parientes (55,9%), y todos los otros estresores afectan a más de la mitad de las encuestadas (Tabla 85).

TABLA 85
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS
SISTEMÁTICAMENTE DE HUARAZ - 2003

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	29,7	37,5	32,7
ESTUDIO EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	60,3	39,7	0,0
HIJOS Y PARIENTES EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	20,9	23,3	55,9
PAREJA EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	25,6	20,9	53,6
DINERO EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	21,6	27,4	51,0

Sentimientos anímicos prevalentes en la mujer unida maltratada

En las mujeres unidas maltratadas las prevalencias más altas corresponden a los siguientes estados anímicos negativos: preocupación (64,6%), tristeza (55,2%) y tensión (52,3%), y estas cifras son mayores con relación al total de encuestadas (preocupación 49,7%, tristeza 31,6% y tensión 27,3%). Los estados anímicos positivos tienen las siguientes frecuencias: tranquilidad (27,2%) y alegría (57,4%) (Tabla 86).

TABLA 86
SENTIMIENTOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS
SISTEMÁTICAMENTE DE HUARAZ - 2003

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	0,0	44,8	55,2
TENSO	2,5	45,2	52,3
ANGUSTIADO	4,8	54,4	40,7
IRRITABLE	2,0	58,0	40,0
PREOCUPADO	0,0	35,4	64,6
TRANQUILO	3,4	69,4	27,2
ALEGRE	0,0	42,6	57,4
ABURRIDO	6,0	75,3	18,6
OTRO	100	0,0	0,0

Satisfacción personal en la mujer unida maltratada

La satisfacción personal en las mujeres maltratadas sistemáticamente (promedio 15,5) no es muy diferente al de las mujeres unidas en general (promedio 15,9) (Tablas 69 y 87).

TABLA 87
SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE HUARAZ - 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL 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 %
	15,5	2,7	16,0	16,0	14,0	17,5

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 sistemáticamente han deseado 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 con relación a la muestra total de mujeres unidas: prevalencia de vida 21,7% vs. 10,8%; prevalencia anual 11,3% vs. 2,7% y prevalencia mensual 2,6% vs. 0,9% (Tabla 88).

TABLA 88
IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE 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)	57,8
PREVALENCIA EN EL MES DE DESEOS DE MORIR DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	6,8
PREVALENCIA EN EL AÑO DE DESEOS DE MORIR DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	25,5
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	21,7
PREVALENCIA EN EL MES DE PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	2,6
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	11,3

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 5,6% vs. 3,4%; una prevalencia mensual de 0,0% vs. 0,3%, y una prevalencia anual de 2,0% vs. 1,0%. La potencialidad suicida es de 0,0%, semejante al de la muestra total, de 0,4% (Tabla 89).

TABLA 89
INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS
SISTEMÁTICAMENTE DE HUARAZ - 2003

PREVALENCIAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE INTENTO SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	5,6
PREVALENCIA EN EL MES DE INTENTO SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	0,0
PREVALENCIA EN EL AÑO DE INTENTO SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	2,0
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	0,0 (3,5% DE LAS QUE LO INTENTARON)

Factores protectores

El grado de cohesión familiar en las mujeres maltratadas sistemáticamente (17,1) es ligeramente menor que en la población de mujeres unidas en general (18,1) (Tablas 73 y 90).

TABLA 90
COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS
SISTEMÁTICAMENTE DE 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 %
	17,1	2,59	17,5	20,0	15,8	19,2

Calidad de vida en las mujeres maltratadas sistemáticamente

Las mujeres maltratadas sistemáticamente refieren una regular calidad de vida global (7,4) siendo esta cifra menor si se compara con las cifras de la mujer unida en general (Tablas 74 y 91).

TABLA 91
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE 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 %
	7,4	1,4	7,7	8,4	6,6	8,4

TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

Se puede observar en la Tabla 92 que las prevalencias de los trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente son 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 pueden evidenciar diferencias importantes, como por ejemplo: la prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad generalizada (5,1% vs. 4,9%); la prevalencia actual del trastorno de estrés postraumático (5,0% vs. 1,4%), y la prevalencia a seis meses del episodio depresivo (depresión mayor) (15,8 vs. 7,8%).

TABLA 92
ALGUNOS TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE HUARAZ - 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	19,6 (VERSUS 19,1% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 0,185$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,668$
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	5,0 (VERSUS 1,4% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 5,703$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,019$
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	5,1 (VERSUS 4,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 0,022$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,883$
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	15,8 (VERSUS 7,8% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 4,417$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,038$
PREVALENCIA ACTUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	11,9 (VERSUS 5,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 5,026$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,027$
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	0,0 (VERSUS 0,2% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 0,059$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,809$



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

El número de adolescentes encuestados fue de 481, cifra que de acuerdo al diseño técnico del muestreo otorga una inferencia a 10 104 habitantes adolescentes de la ciudad de Huaraz. En la muestra se encontró una proporción de 44,7% de varones y 55,3% de mujeres (Tabla 93).

TABLA 93
TOTAL DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS Y POBLACIÓN PONDERADA EN HUARAZ - 2003

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL	481	44,7	55,3
PONDERADA	10 104	44,9	55,1

EDAD

La edad promedio de los adolescentes encuestados es de 14,5 años, y se aprecia similitud entre el grupo de 12 a 14 y 15 a 17 años (Tabla 94).

TABLA 94
EDAD DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN HUARAZ - 2003

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	14,5	1,6
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR
12 A 14 AÑOS	46,7%	47,6%
15 A 17 AÑOS	53,3%	52,4%

ESCOLARIDAD

Se ha encontrado que la prevalencia de analfabetismo en la población adolescente de Huaraz es de 0,2%, mucho menor que en los adultos y semejante a otras ciudades de la sierra como Ayacucho, en donde se ha encontrado una prevalencia de 0,3%. El mayor porcentaje de los adolescentes que estudian o han estudiado tiene nivel secundario (79,4%) y, una pequeña proporción, nivel superior (1,4%) (Tabla 95).

TABLA 95
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE HUARAZ - 2003

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %
PRIMARIA	19,0
SECUNDARIA	79,4
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,9
SUPERIOR UNIVERSITARIO	0,5

ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil, el 99,5% de los adolescentes es soltero. Se ha encontrado que el 0,3% de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo y que ninguna adolescente afirmó haber abortado.

OCUPACIÓN

El nivel de ocupación laboral de los adolescentes suele ser un indicador de los problemas económicos familiares. El 10,1% de los adolescentes de Huaraz se encontraba trabajando la semana anterior (Tabla 96), con un ingreso mensual neto promedio de 85,83 nuevos soles.

TABLA 96
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADOLESCENTES DE HUARAZ - 2003

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	10,1
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	2,2



SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Por considerar que la adolescencia es la etapa en la que el ser humano completa las tareas del desarrollo para arribar a la adultez, y que el éxito de esta etapa determina muchas veces el éxito en la vida, se han estudiado tanto los problemas de pérdida de la salud mental como los trastornos de ansiedad y la depresión que fácilmente pasan inadvertidos por los adultos; así como aspectos contextuales, tanto a nivel macro como del desenvolvimiento social próximo.

ENTORNO GENERAL

Respecto a los problemas que enfrenta el país, más del 50% de los adolescentes de Huaraz identifica como problemas principales el desempleo o la pobreza, seguidos de la corrupción, violencia, manejo económico y delincuencia (Tabla 97). La mayoría siente frente a estos problemas pena, tristeza o depresión, preocupación y cólera (Tabla 98).

TABLA 97
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS POR LOS ADOLESCENTES DE HUARAZ - 2003

PROBLEMAS PERCIBIDOS	%	PROBLEMAS PERCIBIDOS	%	PROBLEMAS PERCIBIDOS	%
DESEMPLEO	27,5	MANEJO ECONÓMICO	6,6	INESTABILIDAD POLÍTICA	2,2
POBREZA	26,5	DELINCUENCIA	6,2	FALTA DE LIDERAZGO	1,8
CORRUPCIÓN	9,2	TERRORISMO	2,8	FALTA DE CONFIANZA	1,5
VIOLENCIA	8,2	NARCOTRÁFICO	2,8	OTROS	0,9

TABLA 98
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN ADOLESCENTES DE HUARAZ - 2003

SENTIMIENTOS	%	SENTIMIENTOS	%	SENTIMIENTOS	%
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	34,3	AMARGURA	6,2	FRUSTRACIÓN	0,9
PREOCUPACIÓN	23,4	INDIFERENCIA	3,7	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	1,6
CÓLERA	10,3	RABIA	2,6	IMPOTENCIA	1,9
DESILUSIÓN	9,2	RESIGNACIÓN	1,4	OTROS	2,2

Respecto a la confianza en las autoridades, como en Lima y otras ciudades de la sierra, llama la atención la baja confianza en las autoridades políticas (83,9%), así como en los líderes comunales (74,5%) y en las autoridades policiales (53,3%); estos resultados contrastan con la confianza plena de los adolescentes en los maestros (54,2%), los religiosos (48,6%) y los médicos (45,5%) (Tabla 99).

TABLA 99
CONFIANZA EN LAS AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE HUARAZ - 2003

	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CONFIANZA EN LAS AUTORIDADES POLICIALES	53,3	35,8	10,9
CONFIANZA EN LAS AUTORIDADES POLÍTICAS	83,9	13,9	2,2
CONFIANZA EN LOS MAESTROS	14,1	31,8	54,2
CONFIANZA EN LOS RELIGIOSOS	24,6	26,8	48,6
CONFIANZA EN LOS LÍDERES COMUNALES	74,5	19,8	5,7
CONFIANZA EN LOS MÉDICOS	20,9	33,6	45,5

ESTRESORES PSICOSOCIALES

Con relación a los estresores psicosociales que percibe el adolescente como muy tensionantes, resaltan los vinculados a la delincuencia (48,6%), el narcotráfico (45,6%), la salud (44,1%) y el terrorismo (42,5%) (Tabla 100).

TABLA 100
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN
ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	60,4	9,5	30,1
ESTUDIO	40,2	22,1	37,8
PARIENTES	51,4	14,9	33,7
PAREJA	79,2	8,6	12,3
DINERO	54,8	27,9	17,3
SALUD	29,9	26,1	44,1
LEY	76,0	10,3	13,7
TERRORISMO	45,0	12,6	42,5
DELINCUENCIA	38,2	13,2	48,6
NARCOTRÁFICO	41,3	13,1	45,6

Respecto al estrés ambiental, el 38,9% de los adolescentes percibe un alto nivel de estrés (ruidos, ventilación, olores, espacio), cifra menor pero 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, pues entre el 13,5% y el 17,7% de los adolescentes dice experimentar siempre o casi siempre, tristeza, tensión, angustia, irritabilidad o aburrimiento, siendo mucho mayor la afectación de las adolescentes mujeres. La tendencia a la preocupación tiende a ser alta, aunque se ha encontrado que tiene connotaciones relacionadas con tener que asumir responsabilidad por algo, de manera similar que en otras ciudades de la Sierra, Lima y Callao (Tabla 101).

TABLA 101
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN
ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE			
TOTAL	15,8	70,8	13,5
MASCULINO	17,8	74,9	7,3
FEMENINO	14,1	67,3	18,6
TENSO			
TOTAL	15,8	70,8	13,5
MASCULINO	17,8	74,9	7,3
FEMENINO	14,1	3,0	18,6
ANGUSTIADO			
TOTAL	18,3	68,2	13,5
MASCULINO	20,4	72,6	7,0
FEMENINO	16,7	64,5	18,8
IRRITABLE			
TOTAL	21,7	60,6	17,7
MASCULINO	22,7	60,6	17,2
FEMENINO	20,8	61,1	18,1
PREOCUPADO			
TOTAL	7,3	67,3	25,4
MASCULINO	9,1	71,7	19,1
FEMENINO	5,7	63,7	30,6
TRANQUILO			
TOTAL	3,2	34,9	61,9
MASCULINO	2,1	29,4	68,5
FEMENINO	4,1	39,4	56,5
ALEGRE			
TOTAL	0,3	20,1	79,6
MASCULINO	0,0	21,9	78,1
FEMENINO	0,5	18,7	80,8
ABURRIDO			
TOTAL	20,9	64,8	14,3
MASCULINO	20,0	64,3	15,7
FEMENINO	21,6	65,1	13,2
OTRO			
TOTAL	96,2	0,9	2,9
MASCULINO	96,6	1,7	1,7
FEMENINO	95,7	0,0	4,3

SATISFACCIÓN PERSONAL

Se reconoce 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 es la adolescencia. Se ha medido el grado de satisfacción personal de los adolescentes en una escala de 5 a 20, y se ha encontrado una media de 17,3% semejante a la de los adolescentes de Lima y Callao (16,1) (EEMSM 2002) (Tabla 102). La mayor fuente de satisfacción está en la profesión u oficio, religión y el aspecto físico, con 74,3%, 70,1% y 69,3%, respectivamente. El 20,5% está muy poco o nada satisfecho con su nivel económico, área que provee con mayor frecuencia escasa satisfacción personal respecto a las otras áreas estudiadas (Tabla 103).

TABLA 102
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
ESTIMADOS	17,3	17,6	20	16,0	19,0

TABLA 103
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	9,6	21,1	69,3
INTELIGENCIA	7,9	25,2	66,9
NIVEL ECONÓMICO	20,5	41,8	37,7
ESTUDIOS	10,8	31,5	58,2
RELACIONES SOCIALES	12,5	27,8	59,7
COLOR DE LA PIEL	7,8	15,5	79,7
PROFESIÓN U OFICIO	5,1	20,6	74,3
RELIGIÓN	10,2	19,7	70,1
LUGAR DE RESIDENCIA	14,1	20,7	65,2

SATISFACCIÓN LABORAL

Partiendo 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 (15,9). La mayor razón de insatisfacción laboral es la remuneración que se recibe (41,6%). Es de poner en relieve el trato recibido por los jefes como fuente de satisfacción laboral en 70% de los adolescentes encuestados (Tablas 104 y 105).

TABLA 104
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	15,9	16,0	20,0	13,8	18,8

TABLA 105
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE HUARAZ - 2003

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	24,2	25,2	50,7
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	24,0	36,2	43,4
CON LA CARGA DIARIA DE TRABAJO	24,8	44,4	30,8
CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES	9,1	20,9	70,0
CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	41,6	28,9	29,5

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 7,9, cifra que indica un nivel aceptable. El valor encontrado es ligeramente superior a la media de los adolescentes de las demás ciudades de la sierra estudiadas (Tabla 106).

TABLA 106
CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE HUARAZ - 2003

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MODA	P25	P75
TOTAL	7,9	1,1	7,9	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 hacia conductas delictivas tales como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente y la violencia; como tendencias delictivas se considera el robo u otras conductas abiertamente en conflicto con la ley. Las tendencias psicopáticas en la población adolescente de Huaraz son más frecuentes que en la población general de adolescentes de la sierra (45,1%) (Tabla 107).

TABLA 107
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	9,8
PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	45,1
PREVALENCIA DE TENDENCIAS DELICTIVAS	10,6

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 han 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, pero aún mayores en cuanto a deseos y gradualmente inferiores las de pensamiento, planeación y finalmente intento.

En la Tabla 108 observamos que un 25,9% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 13,5% en el último año y un 5,1% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria, el 2,0% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 0,9% lo habría realizado en el último año. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años, excepto para planeación suicida, y significativamente menores que las cifras correspondientes a la muestra total de la sierra.

Una cuarta parte de los adolescentes que intentaron hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución de sus problemas dicha conducta (Tabla 108).

TABLA 108
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL %	12 A 14 AÑOS %	15 A 17 AÑOS %
DESEOS DE ÍNDOLE SUICIDA			
PREVALENCIA DE VIDA	25,9	21,2	29,9
PREVALENCIA EN EL MES	5,1	4,3	5,9
PREVALENCIA EN EL AÑO	13,5	10,8	15,8
PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA			
PREVALENCIA DE VIDA	7,9	6,6	9,1
PREVALENCIA EN EL MES	1,5	1,6	1,5
PREVALENCIA EN EL AÑO	4,7	4,2	5,2
PLANEACIÓN SUICIDA			
PREVALENCIA DE VIDA	3,2	3,3	3,1
PREVALENCIA EN EL MES	0,9	0,7	1,1
PREVALENCIA EN EL AÑO	1,3	1,0	1,6
CONDUCTAS SUICIDAS			
PREVALENCIA DE VIDA	2,0	1,2	2,7
PREVALENCIA EN EL MES	0,6	0,8	0,4
PREVALENCIA EN EL AÑO	0,9	1,2	0,6
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,5	0,0	0,9

Según la Tabla 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 (51,3% y 81,6%), siendo éstos más relevantes entre los 15 y 17 años (55,5% y 74,7%). Luego siguen los problemas por separación de un familiar, salud familiar y experiencias traumáticas pasadas. Estas últimas se manifiestan sobremanera entre los adolescentes de 15 a 17 años que llegaron al intento de suicidio (19,9%). Es importante remarcar que las causas principales de los indicadores suicidas se hallan en el mismo hogar, como en otras ciudades de la sierra peruana y en Lima y Callao (EEMSM 2002).

TABLA 109
MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

INDICADORES SUICIDAS	AÑOS %	MOTIVOS DE	MOTIVOS DE
		DESEOS SUICIDAS %	INTENTOS SUICIDAS %
PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN	TOTAL	0,7	9,5
	12 A 14	1,8	0,0
	15 A 17	0,0	13,0
PROBLEMAS CON LOS PADRES	TOTAL	51,3	81,6
	12 A 14	44,6	100
	15 A 17	55,5	74,7
PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES	TOTAL	8,2	0,0
	12 A 14	9,3	0,0
	15 A 17	7,5	0,0
PROBLEMAS CON LA PAREJA	TOTAL	6,6	0,0
	12 A 14	0,0	0,0
	15 A 17	10,8	0,0
PROBLEMAS LABORALES	TOTAL	0,0	0,0
	12 A 14	0,0	0,0
	15 A 17	0,0	0,0
PROBLEMAS CON LOS ESTUDIOS	TOTAL	19,6	0,0
	12 A 14	22,1	0,0
	15 A 17	18,1	0,0
PROBLEMAS ECONÓMICOS	TOTAL	11,2	0,0
	12 A 14	5,7	0,0
	15 A 17	14,7	0,0
PROBLEMAS CON LA SALUD FÍSICA	TOTAL	3,8	0,0
	12 A 14	2,9	0,0
	15 A 17	4,3	0,0
PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	TOTAL	5,9	14,5
	12 A 14	5,3	0,0
	15 A 17	6,3	19,9
SEPARACIÓN DE FAMILIAR	TOTAL	6,6	32,9
	12 A 14	11,0	0,0
	15 A 17	3,9	45,2
PROBLEMAS DE SALUD FAMILIAR	TOTAL	12,3	14,5
	12 A 14	13,7	0,0
	15 A 17	11,4	19,9
PROBLEMAS CON AMIGOS	TOTAL	8,8	0,0
	12 A 14	10,8	0,0
	15 A 17	7,6	0,0
OTROS	TOTAL	9,9	0,0
	12 A 14	12,9	0,0
	15 A 17	8,1	0,0

TENDENCIA A 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 o abuso físico a menores. Se ha hallado que un 20,0% de la población adolescente se ha visto involucrada en algún tipo de estas conductas, no existiendo mayores diferencias entre grupos etarios. En cuanto al pensamiento homicida, las prevalencias, aunque relativamente bajas y menores que en la muestra general de la sierra, desde el punto de vista de la población absoluta resultan llamativas, pues un 1,4% de la misma habría tenido alguna vez en su vida pensamientos homicidas (Tabla 110). Todos estos indicadores son considerablemente menores que los de los adolescentes de Lima y Callao (23,5% y 3,2%) (EEMSM 2002).

TABLA 110
TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE HUARAZ - 2003

INDICADOR	AÑOS	%
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	TOTAL	20,0
	12 A 14 AÑOS	20,4
	15 A 17 AÑOS	19,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	1,4
	12 A 14 AÑOS	1,0
	15 A 17 AÑOS	1,8
PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	0,7
PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	0,8

FACTORES PROTECTORES

El grado de cohesión familiar, medido a través del respeto y apoyo mutuo, el 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 111). De la misma manera, el factor religioso es reportado como muy importante por la mayor parte de la población adolescente encuestada de Huaraz (85,4%), al igual que para la población adolescente de Lima y Callao (EEMSM 2002). La mayoría opina que la religión ayuda a la solución de problemas (68,6%).

TABLA 111
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE HUARAZ - 2003

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	18,1	18,3	20,0	13,0	16,0

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la Tabla 112 se presentan las prevalencias actuales de diversos trastornos clínicos 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 7,3%, seguido del trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social, con prevalencias actuales de 5,3% y 4,3% respectivamente en los adolescentes encuestados. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, la prevalencia de anorexia nervosa es de 0,6%, de conducta bulímica 3,7%, y la tendencia a problemas de la conducta alimentaria es de 6,1% (Tabla 112).

TABLA 112
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	PREVALENCIA %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	2,5
EPISODIO DEPRESIVO (DEPRESIÓN MAYOR)	7,3
DISTIMIA	1,0
FOBIA SOCIAL	4,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**	5,3
BULIMIA NERVOSA	0,3
CONDUCTAS BULÍMICAS***	3,7
ANOREXIA NERVOSA	0,6
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS****	6,1

* Los criterios del MINI no consideran los trastornos psicóticos a nivel de categorías diagnósticas, sino a nivel de síndromes. Se ha asumido como positiva la presencia de por lo menos 5 de los criterios descritos.

** Los criterios del trastorno de ansiedad generalizada fueron ajustados al exigirse que la persona explícitamente se sienta generalmente con preocupación y tensión. Se han utilizado los mismos criterios de investigación que en los del adulto.

***Se considera conductas bulímicas cuando se han 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, se inducen al vómito, toman laxantes, realizan ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, toman supresores del apetito o toman diuréticos.

USO DE SUSTANCIAS

Al igual que en el adulto y en el adolescente de Lima y Callao, las prevalencias son mayores en los adolescentes de género masculino. Como es de esperar, el consumo de alcohol aventaja en frecuencia al consumo de otras sustancias, siendo su prevalencia de vida del 56,4% y la prevalencia de mes de 6,9%. Con relación a conductas problemáticas se encuentra una prevalencia de mes de embriaguez alcohólica del 1,4%. Es de notar que un 16,4% de los encuestados identifica en su consumo de alcohol por lo menos una conducta relacionada con abuso (Tabla 113).

Observamos que la prevalencia de vida del consumo de sustancias legales se encuentra en 62,6%, y no se ha reportado en la muestra consumo de sustancias ilegales. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (21,6%), seguida de las pastillas para el dolor de cabeza (10,6%) y la hoja de coca (1,0%) (Tabla 114).

TABLA 113
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
HUARAZ - 2003, INCLUIDA DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	56,4	61,5	52,3
PREVALENCIA DE MES DE CONSUMO DE ALCOHOL	6,9	8,1	5,9
PREVALENCIA DE MES DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	1,4	1,9	1,0
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	16,4	17,4	15,7
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	2,7	3,4	2,1
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	1,1	0,9	1,3

TABLA 114
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES EN LA
POBLACIÓN ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003, INCLUIDA DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	56,4	61,5	52,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	62,6	69,5	57,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	21,6	26,4	17,7
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,6	0,0	1,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE INHALANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA CEFALEA	10,6	12,2	9,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	6,0	6,5	5,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	1,0	1,0	0,9

A modo de comparación se presenta 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. Es evidente una mayor prevalencia de vida y de mes de consumo de alcohol en Ayacucho (74,0% y 15,3%) seguida de Cajamarca con (63,2 y 16,7%) (Tabla 115).

TABLA 115
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003, INCLUIDO DISTRIBUCIÓN POR CIUDAD

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 MESES 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 116), se aprecia que los adolescentes entrevistados empezaron a consumir entre los 7 y 16 años. Para alcohol, la edad más frecuente de inicio de consumo es 15 años; la edad mínima, 11 años.

TABLA 116
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE HUARAZ 2003

TIPO DE SUSTANCIA	MEDIA	MEDIANA	MODA	MIN.	MÁX.
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	12,5	13,0	15,0	11,0	15,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	13,8	14,0	14,0	13,0	16,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	14,6	14,0	16,0	13,0	16,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA CEFALEA	11,0	11,0	13,0	8,0	13,0
EDAD DE INICIO PARA CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	8,5	7,0	7,0	6,0	12,0

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, el 57,4% de la población adolescente de Huaraz 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 49,1%, seguido del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas) con 32,5% (Tabla 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 117
PREVALENCIA DE VIDA DE ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE EN LA POBLACIÓN DE HUARAZ - 2003

TIPO DE ABUSO	%
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO O EMOCIONAL) DEL ADOLESCENTE EN ALGÚN MOMENTO	57,4
PREVALENCIA DE ALGÚN ABUSO DE TIPO SEXUAL DEL ADOLESCENTE	3,5
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO FÍSICO DEL ADOLESCENTE	32,5
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO PSICOLÓGICO DEL ADOLESCENTE	49,1
PREVALENCIA DEL ALGÚN TIPO DE ABANDONO DEL ADOLESCENTE	7,0

ACCESO A SERVICIOS

Si los servicios de atención en salud mental para los adultos en la capital del país son insuficientes, aún más problemática es la situación de los servicios de salud mental para los adolescentes de la sierra. Los profesionales especializados en el adolescente son relativamente pocos 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 44,9% de los adolescentes encuestados respondió afirmativamente (demanda sentida), cifra mucho mayor que en Lima y Callao (29,8%). Se encontró también que sólo el 10,8% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 89,2% no recibió ningún tipo de atención médica (Tabla 118); es decir, en Huaraz habría mayor demanda sentida y menor demanda atendida que en Lima y Callao (EEMSM 2002). El 8,0% que sí recibió ayuda está compuesto principalmente por el 3,2% que acudió a los centros del MINSA, el 1,7% a ESSALUD y el 2,6% que fue atendido en consulta privada (Tabla 119).

TABLA 118
DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

DEMANDA	%
DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SALUD MENTAL)	33,1
DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL)	44,9
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	10,8

TABLA 119
LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
MINSA		3,2
PUESTOS O CENTROS DE SALUD:	1,7	
INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO:	0,3	(24,9% DE LO ATENDIDO)
HOSPITAL GENERAL:	1,2	
ESSALUD		1,7
POSTA O POLICLÍNICO:	0,7	
HOSPITAL GENERAL:	1,0	(13,4% DE LO ATENDIDO)
PRIVADA		2,6
CLÍNICA PARTICULAR:	0,8	
CONSULTORIO PARTICULAR:	1,8	(20,5% DE LO ATENDIDO)
GRUPOS DE AUTO-AYUDA		0,2
GRUPOS DE AUTO AYUDA:	0,2	(1,9% DE LO ATENDIDO)
OTROS		3,0
OTROS:	3,0	(23,4% DE LO ATENDIDO)

Con relación a los motivos por los cuales el adolescente no recibió atención alguna para su problema emocional, el 61,9% pensaba que lo debía superar solo, un 34,2% no acudió por no tener confianza, un 33,2% no sabía a dónde ir o buscar ayuda, y un 23,9% carecía de dinero. 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 120).

TABLA 120
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE HUARAZ - 2003

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTAR A CENTRO ASISTENCIAL	%
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	61,9	PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO	11,5
NO TENÍA DINERO	23,9	LARGAS LISTAS DE ESPERA	9,0
FALTA DE CONFIANZA	34,2	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	8,1
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	20,1	NO EXISTÍAN SERVICIOS DE SALUD MENTAL CERCANOS	8,4
NO SABÍA DÓNDE IR	21,6	VECINOS HABLARÍAN MAL	6,7
NO ME BENEFICIARÍA	33,2	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	3,0
POR VERGÜENZA	18,5	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	6,3
PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	10,6	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	2,6



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

En la ciudad de Huaraz fueron encuestados 257 adultos mayores. De acuerdo al diseño muestral, las inferencias alcanzan a 5 330 habitantes. Los resultados se presentan en base a la población expandida. Según el sexo, los encuestados se distribuyeron entre un 46,7% de varones y un 53,3% de mujeres (Tabla 121).

TABLA 121
NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS EN HUARAZ - 2003

ENCUESTADOS	FRECUENCIA %	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	257	43,96	56,03
EXPANDIDO	5 330	46,70	53,30

EDAD

La edad promedio de los encuestados adultos mayores fue de 70,27 años; los más jóvenes estuvieron entre 60 y 74 años, constituyendo poco más de dos tercios de la muestra. En comparación con otras ciudades de la sierra, el porcentaje de adultos mayores con más de 85 años es menor (Tabla 122).

TABLA 122
EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS EN HUARAZ - 2003

EDAD	MEDIA
PONDERADA (D.S)	70,27 (7,14)
GRUPO ETARIO	%
VIEJO JOVEN (60 A 74 AÑOS)	68,4
VIEJO VIEJO (75 A 84 AÑOS)	29,7
MUY VIEJO (85 AÑOS A MÁS)	1,9

ESCOLARIDAD

El 32,1% de los encuestados adultos mayores es analfabeto. En esta situación se encuentra el 47,4% de las mujeres y el 15,1% de los varones encuestados; aproximadamente tres mujeres analfabetas por cada varón en igual condición (Tabla 123).

TABLA 123
ANALFABETISMO EN LOS ADULTOS MAYORES DE HUARAZ - 2003

ANALFABETISMO	%
TOTAL	32,1
MASCULINO	15,1
FEMENINO	47,4

Con respecto a los niveles educativos, el mayor porcentaje de los encuestados adultos mayores tiene instrucción primaria (44,4%), con una distribución cercana entre hombres y mujeres. El 25,1% de los encuestados no tiene instrucción; en las mujeres llega al 37,9%, mientras que en los varones es de 10,7%. Es evidente el predominio del género masculino en todos los niveles educativos restantes (Tabla 124). Tanto el alto porcentaje de analfabetismo como el nivel educativo sin instrucción indican las condiciones carenciales en las que la población se ha desarrollado, con mayor limitación para las mujeres.

TABLA 124
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

GRADO DE ESTUDIO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
SIN NIVEL	25,1	10,7	37,9
INICIAL / PREESCOLAR	0,8	0,0	1,4
PRIMARIA	44,4	47,8	41,3
SECUNDARIA	15,9	18,8	13,3
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	8,0	12,3	4,2
SUPERIOR UNIVERSITARIO	5,8	10,4	1,8

ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil, el 61,1% de los adultos mayores está en situación de unido (casado o conviviente), en tanto que el 36,1% estuvo alguna vez unido (separado, divorciado o viudo), y el 2,7% permaneció soltero (Tabla 125).

TABLA 125
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE HUARAZ - 2003

ESTADO CIVIL	TOTAL %
CONVIVIENTE	4,3
SEPARADO	7,7
DIVORCIADO	0,9
VIUDO	27,5
CASADO	56,8
SOLTERO	2,7

OCUPACIÓN

Más de un tercio de los adultos mayores (38,2%) estuvo trabajando la semana anterior a la encuesta; aproximadamente la mitad de los varones (47,9%) y menos de un tercio de las mujeres (29,5%), estuvieron en esa condición. La cifra de los que están buscando trabajo, todos ellos varones, es baja (Tabla 126).

TABLA 126
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE HUARAZ - 2003

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	38,2	47,9	29,5
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	1,8	3,7	0,0



SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Se presentan los principales indicadores de salud mental del adulto mayor, siguiendo la misma estructura del informe de las otras unidades de análisis de la investigación, e incorporando otros temas específicos.

ESTRESORES PSICOSOCIALES

De once estresores cotidianos explorados, aproximadamente dos tercios de los encuestados señala experimentar elevada tensión con respecto a la salud, y la mitad de los encuestados con respecto al dinero. Más del 40% reconoce elevada tensión en las relaciones familiares (hijos, pareja) y en el trabajo. Los problemas sociales, terrorismo, delincuencia y narcotráfico, causan elevada tensión en más de un tercio de los encuestados (Tabla 127). Con relación a la salud, cabe señalar que la prevalencia de seis meses de enfermedad física o accidente en el adulto mayor es de 51,3%.

TABLA 127
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

TIPO DE ESTRESO PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	36,5	19,8	43,7
ESTUDIO	0,0	0,0	0,0
HIJOS	36,3	19,8	44,0
PAREJA	44,5	13,3	42,2
DINERO	24,6	24,2	51,2
SALUD	20,0	16,3	63,6
ASUNTOS CON LA LEY	81,9	6,1	12,0
TERRORISMO	51,3	13,1	35,6
DELINCUENCIA	46,9	13,7	39,3
NARCOTRÁFICO	52,8	12,7	34,5
OTROS	90,2	2,9	6,9

ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los estados de ánimo prevalentes entre los adultos mayores encuestados son la tranquilidad y la alegría, que son experimentados más por los varones que por las mujeres. Los estados de ánimo considerados negativos como la preocupación y la tristeza son prevalentes en las mujeres, incluso la tristeza es reconocida tres veces más en comparación con los varones. Otros estados negativos, como la angustia, irritabilidad, tensión y aburrimiento, tienen mayor presencia entre las mujeres que entre los varones (Tabla 128). Estos indicadores pueden estar relacionados directamente con el estado de salud de la población.

TABLA 128
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR
DE HUARAZ - 2003

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE			
TOTAL	8,4	61,3	30,3
MASCULINO	14,3	70,0	15,6
FEMENINO	3,2	53,4	43,4
TENSO			
TOTAL	14,9	66,3	18,8
MASCULINO	18,9	68,6	12,5
FEMENINO	11,2	64,2	24,7
ANGUSTIADO			
TOTAL	15,9	67,2	16,9
MASCULINO	20,5	69,6	9,9
FEMENINO	11,7	65,1	23,1
IRRITABLE			
TOTAL	19,6	60,0	20,4
MASCULINO	22,6	62,4	15,1
FEMENINO	16,9	57,9	25,2
PREOCUPADO			
TOTAL	7,2	46,1	46,7
MASCULINO	9,7	56,7	33,6
FEMENINO	4,9	36,7	58,4
TRANQUILO			
TOTAL	1,9	38,8	59,3
MASCULINO	0,0	31,1	68,9
FEMENINO	3,7	45,7	50,7
ALEGRE			
TOTAL	2,5	43,2	54,3
MASCULINO	0,5	35,7	63,8
FEMENINO	4,2	49,9	45,8
ABURRIDO			
TOTAL	27,9	59,2	12,9
MASCULINO	27,3	65,8	7,0
FEMENINO	28,4	53,3	18,3
OTRO			
TOTAL	83,7	0,0	16,3
MASCULINO	65,9	0,0	34,1
FEMENINO	100	0,0	0,0

SATISFACCIÓN PERSONAL

La satisfacción con diferentes atributos y condiciones personales es un reflejo de la autoestima. En una escala de 5 a 20, la media de la satisfacción personal global de los adultos mayores fue de 16,06, con valores ligeramente mayores para los varones (Tabla 129). La condición específica hacia la que expresan mayor satisfacción es la religión. También cuentan como mayor fuente de satisfacción los aspectos personales inherentes: físico, color de piel e inteligencia. Más de la mitad de los encuestados refiere sentir nada o poca satisfacción con los estudios, lo que está relacionado con la también baja satisfacción hacia la condición económica y hacia la profesión u oficio (Tabla 130).

TABLA 129
SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	PC25	PC75
TOTAL	16,06 (2,9)	16,3	19,0	14,0	18,5
MASCULINO	16,28 (2,6)	16,4	19,0	15,0	18,5
FEMENINO	15,86 (3,0)	16,3	13,0	13,9	18,5

TABLA 130
SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	11,9	29,8	58,4
COLOR DE PIEL	9,0	24,2	66,8
INTELIGENCIA	19,1	24,4	56,4
CONDICIÓN ECONÓMICA	38,0	36,9	25,1
PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ	27,0	23,2	49,8
ESTUDIOS	54,7	18,9	26,4
RELIGIÓN	4,3	17,6	78,1
AMISTADES O RELACIONES SOCIALES	16,5	26,8	56,7
LUGAR DE RESIDENCIA	7,4	25,1	67,5

SATISFACCIÓN LABORAL

Teniendo en cuenta que más de un tercio de los adultos mayores encuestados continúa trabajando, resulta pertinente evaluar la satisfacción laboral. En una escala de 5 a 20, los encuestados presentan una media global de 16,25 de satisfacción laboral, ligeramente mayor para los varones. En relación a los componentes específicos, la mayoría refiere sentirse muy satisfecha con ellos, excepto con la remuneración recibida. Es sugerente el que alrededor de un 16% se sienta nada o poco satisfecho con la carga de trabajo y con el trato que recibe de sus jefes (Tablas 131 y 132).

TABLA 131
SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	PC25	PC75
TOTAL	16,25 (3,1)	16,3	16,3	15,0	18,3
MASCULINO	16,81 (2,9)	17,5	20,0	16,0	18,8
FEMENINO	15,42 (3,2)	16,3	16,3	13,8	17,5

TABLA 132
SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	10,0	22,3	67,7
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	10,7	25,2	64,1
CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	7,8	13,0	79,2
CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO	16,5	32,0	51,5
CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES	16,2	10,3	73,6
CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	56,6	20,0	23,4

CALIDAD DE VIDA

La valoración de diferentes condiciones personales y del entorno permite estimar la calidad de vida. El Índice de Calidad de Vida evalúa aspectos como bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, sentido de apoyo socio-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. En la escala del 1 al 10, la media global de calidad de vida en el adulto mayor es 7,84 (Tabla 133).

TABLA 133
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	7,84	8,0	10,0	7,0	9,0
MASCULINO	7,90	7,9	10,0	7,0	9,1
FEMENINO	7,78	8,0	10,0	7,0	8,8

DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

La condición de discapacidad o inhabilidad producida por el envejecimiento o por alguna patología o accidente puede comprometer la autonomía del adulto mayor, si afecta la realización de actividades cotidianas de autovalimiento o instrumentales. El 15,2% de los adultos mayores encuestados presenta alguna discapacidad física; esta condición es mucho más alta en varones que en mujeres (Tabla 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, con una media de 6,80 (Tabla 135). Aproximadamente la mitad de los adultos mayores (49,8%) presenta al menos alguna discapacidad o inhabilidad (Tabla 136).

TABLA 134
DISCAPACIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

AL MENOS UNA DISCAPACIDAD FÍSICA	%
TOTAL	15,2
MASCULINO	21,2
FEMENINO	9,8

TABLA 135
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20, DONDE 5 ES AUSENCIA DE DISCAPACIDAD)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	6,80 (2,8)	5,0	5,0	5,0	8,0
MASCULINO	6,46 (2,2)	5,0	5,0	5,0	7,0
FEMENINO	7,10 (3,3)	5,0	5,0	5,0	8,0

TABLA 136
ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ -2003

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
TOTAL	49,8
MASCULINO	49,5
FEMENINO	50,0

INDICADORES SUICIDAS

Las situaciones de pérdida a las que está expuesto el adulto mayor generan estados emocionales negativos que pueden incluir el deseo de acabar con la existencia. 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 suicida alcanza el 27,4%, en tanto que en el último mes estuvo presente en el 7,3%. En ambas condiciones el deseo de morir es más frecuente en mujeres que en varones, siendo en el último mes seis veces mayor. El intento suicida presenta una prevalencia de vida del 0,3%, estando ausente en el último año y mes (Tabla 137).

TABLA 137
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

INDICADORES SUICIDAS	PREVALENCIA		
	DE VIDA %	ANUAL %	MES %
DESEO DE MORIR	27,4	10,9	7,3
MASCULINO	18,0	5,1	1,8
FEMENINO	35,9	16,1	12,2
PENSAMIENTOS SUICIDAS	2,5	1,6	1,6
MASCULINO	2,0	1,3	1,3
FEMENINO	2,9	1,8	1,8
PLANEACIÓN SUICIDA	0,0	0,0	0,0
MASCULINO	0,0	0,0	0,0
FEMENINO	0,0	0,0	0,0
CONDUCTA SUICIDA	0,3	0,0	0,0
MASCULINO	0,7	0,0	0,0
FEMENINO	0,0	0,0	0,0

FACTORES PROTECTORES

Dentro de los factores protectores de la salud y bienestar 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 al interior de la familia. En una escala de 5 a 20, en la que cinco es ausencia de cohesión, la media de los adultos mayores encuestados es de 18,19, reflejo de la valoración de la familia (Tabla 138). En cuanto a las tendencias religiosas, se observan altos porcentajes en las actitudes positivas y en las prácticas religiosas; ellas constituyen un importante elemento de apoyo (Tabla 139).

TABLA 138
COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	18,19 (2,33)	19,17	20,0	17,00	20,0
MASCULINO	18,46 (2,13)	20,00	20,0	17,50	20,0
FEMENINO	17,95 (2,47)	18,33	20,0	16,67	20,0

TABLA 139
TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

TENDENCIAS RELIGIOSAS	%
DIOS ES MUY IMPORTANTE	95,4
ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	93,2
PARTICIPA ACTIVAMENTE	20,9
LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	36,5
TRASMITE RELIGIÓN A HIJOS	44,0
RELIGIÓN AYUDA A LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	77,4
PREDICA O ENSEÑA A OTRAS PERSONAS	25,4

TRASTORNOS CLÍNICOS

Episodio depresivo en el adulto mayor

Se presentan las prevalencias de vida, anual, de 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 140). La prevalencia actual de episodio depresivo es de 6,6%, y se observa que es cinco veces mayor entre las mujeres que entre los varones. La prevalencia actual es mayor en los adultos mayores más viejos en comparación con los adultos mayores más jóvenes. A lo largo de la vida la prevalencia encontrada es de 13,0%, notándose la misma tendencia descrita.

TABLA 140
EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

PREVALENCIAS DEL EPISODIO DEPRESIVO	DE VIDA %	ANUAL %	6 MESES %	ACTUAL %
TOTAL	13,0	7,4	6,6	6,6
MASCULINO	9,1	2,8	2,1	2,1
FEMENINO	16,5	11,6	10,6	10,6
VIEJO JOVEN (60-74 AÑOS)	11,8	6,7	5,5	5,5
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (>75 AÑOS)	15,7	9,1	9,1	9,1

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada sin depresión tiene una prevalencia actual de 6,0% en la población de adultos mayores; es porcentualmente mayor en los varones y en el grupo de menor edad. La prevalencia de vida alcanza el 11,3%, es más alta en mujeres y en el grupo de menor edad (Tabla 141).

TABLA 141
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN) EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

PREVALENCIAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	DE VIDA %	ANUAL %	6 MESES %	ACTUAL %
TOTAL	11,3	6,9	7,2	6,0
MASCULINO	9,8	6,4	7,2	7,2
FEMENINO	12,5	7,2	7,2	5,0
VIEJO JOVEN (60-74 AÑOS)	11,7	7,6	8,1	7,1
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (>75 AÑOS)	10,4	5,4	5,4	3,7

Consumo de sustancias

La prevalencia anual conjunta de los patrones de consumo abuso/dependencia de alcohol es de 4,2% en los adultos mayores encuestados. Es más frecuente en los hombres que en las mujeres (Tabla 142).

TABLA 142
CONSUMO (ABUSO / DEPENDENCIA) DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

PREVALENCIA DE ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL	ANUAL %
TOTAL	4,2
MASCULINO	7,7
FEMENINO	1,0

DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR

Uno de los problemas asociados al aumento de la edad en los adultos mayores es la presencia de síndromes de deterioro o demenciales. En el presente estudio la identificación de un síndrome demencial se estableció por la presencia conjunta de deterioro cognoscitivo y deterioro de las actividades instrumentales. Al efecto se utilizó el Mini Mental State Examination (MMSE) y la Escala de Pfeffer, respectivamente.

La Tabla 143 muestra los promedios obtenidos en el MMSE. En ella se advierte que los puntajes son menores y más dispersos para las personas con menos de 8 años de instrucción. Utilizando el puntaje de corte de 22 se encuentra que el 29,5% de los encuestados presenta algún nivel de deterioro; la prevalencia es considerablemente mayor para las personas con menos de ocho años de instrucción (44,8%) en comparación con las personas con ocho o más años de instrucción (5,0%). La condición de deterioro es similar entre mujeres y hombres, siendo más alta entre los de mayor edad que entre los más jóvenes (Tabla 144).

TABLA 143
DESEMPEÑO COGNOSCITIVO EN EL MMSE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

ASPECTOS COGNOSCITIVOS	AÑOS DE INSTRUCCIÓN	MEDIA	Sx.	MEDIANA	MODA	MÍN.	MÁX.	P25	P75
PUNTAJE MMSE (MÁX 30 PUNTOS)	TOTAL	24,24	3,38	25,0	30,0	0,0	30,0	22,0	28,0
	8 Ó MAS	27,17	2,33	27,0	30,0	21,0	30,0	26,0	29,0
	MENOS DE 8	22,39	5,91	23,0	25,0	0,0	30,0	21,0	26,0

La escala de MMSE fue adaptada en algunos de los ítems para aplicarla a personas con menos de 8 años de instrucción. Se excluyeron analfabetos.

TABLA 144
DESEMPEÑO COGNOSCITIVO INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE (≤ 22)	AÑOS DE INSTRUCCIÓN*		
	MENOS DE 8 %	8 Ó MÁS %	TOTAL %
TOTAL	44,8	5,0	29,5
MASCULINO	44,8	5,8	28,6
FEMENINO	44,9	3,6	30,8
VIEJO JOVEN (60-74 AÑOS)	38,1	4,6	23,2
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (>75 AÑOS)	56,0	6,6	44,0

* La escala de MMSE fue adaptada en algunos de los ítems para aplicarla a personas con menos de 8 años de instrucción; se excluyeron analfabetos.

La pérdida de habilidades instrumentales en adultos mayores, utilizando el puntaje de corte > 6 en la Escala de Pfeffer, alcanza al 23,2%. Es mayor en mujeres y en el grupo de mayor edad (Tabla 145).

TABLA 145
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES INDICATIVAS DE DETERIORO EN LA POBLACIÓN
ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN LA ESCALA DE PFEFFER (>6)	%
TOTAL	23,2
MASCULINO	18,4
FEMENINO	27,4
VIEJO JOVEN (60-74 AÑOS)	16,3
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (>75 AÑOS)	38,1

Se encontró que el 7,1% de adultos mayores presenta deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia, la que ha sido definida a través del MMSE con un puntaje < 21, conjuntamente con un puntaje de > 6 de la Escala de Pfeiffer. El porcentaje de adultos mayores con esta condición es mayor entre las personas que tienen menos de ocho años de instrucción (Tabla 146).

TABLA 146
ADULTOS MAYORES CON DETERIORO SOSPECHOSO DE DEMENCIA EN HUARAZ - 2003

ASPECTOS COGNOSCITIVOS	AÑOS DE INSTRUCCIÓN *	MEDIA %
PUNTAJE MMSE (< 21 PUNTOS) Y PFEFFER (> 6 PUNTOS)	TOTAL	7,1
	8 Ó MAS	0,0
	MENOS DE 8	11,7

* La escala de MMSE fue adaptada en algunos de los ítems para aplicarla a personas con menos de 8 años de instrucción; se excluyeron analfabetos.

MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR

Los adultos mayores son un grupo vulnerable al maltrato. La prevalencia anual de alguna forma de maltrato en los encuestados es de 7,5%, y el maltrato sistemático llega al 2,0%. El tipo más frecuente de maltrato es la agresión verbal, informada por el 6,9% en el último año (Tabla 147). Del total de adultos mayores que refirió ser maltratado en el último año, sólo el 11,0% recibió algún tipo de ayuda.

TABLA 147
PREVALENCIA ANUAL Y SISTEMÁTICA DE MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR DE
HUARAZ - 2003

TIPO DE MALTRATO	TOTAL	SISTEMÁTICO* %
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR	7,5	2,0
INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	0,0	0,0
GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	1,0	0,0
INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	6,9	1,9
CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	1,1	0,3
SITUACIÓN DE ABANDONO	0,5	0,2

* Maltrato sistemático es el maltrato, según tipo, que se da con un frecuencia de por lo menos 1 ó 2 al mes

ACCESO A SERVICIOS

La demanda sentida de atención en los últimos seis meses, es decir, el reconocimiento de padecer algún problema de tipo emocional o mental, es manifestada por el 22,4% de los encuestados, y es similar entre ambos sexos. De este grupo, busca atención aproximadamente la cuarta parte (26,6%), y son las mujeres quienes más buscan ayuda (Tabla 148).

TABLA 148
DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES
EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

DEMANDA SENTIDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL)		%
TOTAL		22,4
MASCULINO		23,5
FEMENINO		21,5
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (DE LA DEMANDA SENTIDA)		%
TOTAL		26,6
MASCULINO		14,7
FEMENINO		38,1

Del total de la demanda sentida expresada, el 11,7% de los adultos mayores se atendió en los servicios del MINSA, el 7,1% en los servicios de ESSALUD y el 7,9% en el sector privado (Tabla 149).

TABLA 149
LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN
SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
MINSA		11,7
INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO:	1,11	(44,0% DE LO ATENDIDO)
HOSPITAL GENERAL:	0,6	
ESSALUD		7,1
POSTA O POLICLÍNICO:	2,6	(26,6% DE LO ATENDIDO)
CENTRO DE SALUD MENTAL:	1,2	
HOSPITAL GENERAL:	3,3	
PRIVADA		7,9
CLÍNICA PARTICULAR:	2,9	(29,5% DE LO ATENDIDO)
CONSULTORIO PARTICULAR:	5,0	

Los principales motivos por los que la demanda sentida no fue expresada fueron el no tener dinero, la creencia que debería superar solo el problema y la preferencia por remedios caseros (Tabla 150).

TABLA 150
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE HUARAZ - 2003

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
NO TENÍA DINERO	59,7
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	46,5
NO SABÍA DÓNDE IR	21,0
PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	37,3
NO ME BENEFICIARÍA	17,7
FALTA DE CONFIANZA	14,7
VERGÜENZA	5,3
LISTA DE ESPERA LARGA	18,4
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	12,1
NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	15,6



CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN HUARAZ

ADULTOS

1. Las mujeres presentan desventajas importantes en comparación con los hombres en aspectos educativos y laborales.
2. Existe un alto grado de desconfianza hacia las autoridades en general, y en particular hacia los políticos. También resalta la desconfianza hacia otros sectores como el periodismo.
3. Entre el 30,7% y el 47,1% de las personas percibe un alto nivel de tensión debido a estresores psicosociales, y es mayor el relacionado con la salud, la delincuencia y los aspectos económicos, pero también con el narcotráfico y la familia.
4. La percepción de discriminación más importante se da en el aspecto socioeconómico y el nivel educativo; un 11,7% y 7,0%, respectivamente, de la población se ha sentido discriminado en estas áreas alguna vez en su vida.
5. En el último mes, entre el 12,2% y el 32,6% de la población percibe en forma importante algún tipo de sentimientos anímicos negativos, como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad o preocupación. En el caso de las mujeres, este valor se encuentra entre el 17,0% y el 40,5%.
6. Alrededor de una cuarta parte de la población tiene por lo menos discapacidad o inhabilidad leve para funcionar como persona o adaptarse al medio social o al laboral. La cifra es similar para ambos géneros.
7. Existe una permisividad hacia conductas psicopáticas en aproximadamente una de cada diez personas, proporción similar a la encontrada en Lima; pero, en una proporción menor, hacia tendencias psicopáticas. Los varones presentan más experiencias con respecto a violencia que las mujeres.
8. El 32,2% de la población ha deseado morir alguna vez en su vida, y el 9,7% lo ha deseado en el último año. Un 2,7% 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 lugar, 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 económicos.
9. La prevalencia actual, anual y de vida de cualquier trastorno psiquiátrico en la población adulta se da en el 14,1%, 19,9% y 34,9%, respectivamente. En base a la prevalencia anual, los trastornos más frecuentes son el abuso o dependencia del alcohol, el episodio depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada. Un 6,7% de la población de Huaraz sufre de problemas de abuso o dependencia del alcohol. El 13,4% de la población masculina sufre de este mal que se ha convertido en un problema serio de salud pública.
10. Una quinta parte de la población ha tenido al menos una situación de pérdida (muerte de familiares, pérdida de bienes o cambio de residencia) frente a la violencia en la época del terrorismo. Un 12,2% de la población encuestada ha sufrido la pérdida de un familiar, ya sea por fallecimiento o por desaparición.
11. La demanda expresada atendida en servicios de salud mental en seis meses representa el 21,9% 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.



12. Alrededor de una quinta parte de la población encuestada reportó que, por lo menos una vez en su vida, «consultó» por alguno de los siguientes síndromes folklóricos: «susto», «aire» o «chucaque».
13. Alrededor del 40% de la población no reconoce la depresión ni la ansiedad como trastornos mentales.

MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS

1. El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas en la ciudad de Huaraz es del 14,7%. El 8,9% 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 del 39,0%; un 2,7% de las mujeres consideró la alternativa del suicidio en el último año y casi cerca de una de cada diez en el último mes. El 3,4% 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 con mayor prevalencia de vida son el trastorno de estrés postraumático (19,1%), el episodio depresivo (14,9%) y el trastorno de ansiedad generalizada (13,2%).
4. Aproximadamente dos de cada tres mujeres unidas o alguna vez unidas (61,6%) refiere haber sido objeto de algún tipo de abuso en su vida; el más frecuente es la violencia psicológica.
5. El 60% de las mujeres unidas o alguna vez unidas manifiesta haber recibido algún tipo de trato inadecuado por parte de la pareja actual o de la última pareja en la etapa de enamoramiento, mientras que un 40% recibió algún tipo de abuso durante ese periodo por parte de la pareja con la que se encuentra actualmente unida, o por parte de su última pareja de convivencia.
6. Un 5,5% de mujeres actualmente unidas es sistemáticamente maltratada, es decir, sufre diversas agresiones con una frecuencia de una a dos veces por mes.
7. Las mujeres maltratadas sistemáticamente indican mayor severidad respecto de los diferentes indicadores que se abordaron en la mujer unida (no sistemáticamente maltratada); los indicadores suicidas son los más contrastantes, pues llegan a duplicarse en frecuencia relativa.

ADOLESCENTES

1. Ocho de cada diez adolescentes, de entre 12 y 18 años, de Huaraz tienen nivel de educación secundaria y tres de cada mil tienen condición de analfabetos.
2. Uno de cada diez adolescentes de Huaraz trabaja. Su promedio de ingreso es de 85 nuevos soles.
3. El desempleo y la pobreza son los principales problemas personales percibidos por los adolescentes, percepción que les genera predominantemente sentimientos de pena, tristeza o depresión y preocupación.
4. Los adolescentes de Huaraz confían poco en las autoridades policiales, políticas y comunales, en contraste con la confianza que expresan en los maestros, religiosos y médicos.
5. La delincuencia, el narcotráfico, la salud y el terrorismo son percibidos como factores muy estresantes por la mayoría de adolescentes.
6. En lo personal, los adolescentes se sienten mayormente satisfechos con su oficio, religión y aspecto físico, e insatisfechos con el aspecto económico.
7. Los adolescentes que trabajan dicen estar muy satisfechos por el trato que reciben de sus jefes y nada satisfechos con la remuneración que reciben.
8. El nivel de calidad de vida, según los adolescentes de Huaraz, es aceptable y la cohesión familiar es alta.
9. Uno de cada dos adolescentes refiere mentiras frecuentes y conductas violentas en su vida.
10. Uno de cada diez adolescentes ha tenido deseos suicidas en el último año, y acusa como motivo problemas con los padres.
11. El trastorno clínico más frecuente es la depresión mayor: uno de cada catorce adolescentes reúne criterios para tal diagnóstico.
12. El alcohol y el tabaco son las sustancias de mayor consumo, tal como en otras ciudades, y se inicia generalmente entre los 14 y 15 años. No reportan consumo de sustancias ilegales.
13. La adolescencia es otra etapa de vida vulnerable al abuso. El abuso físico es el más frecuente en Huaraz, tal como en otras ciudades: uno de cada dos adolescentes ha sido objeto de abuso físico.
14. Los servicios de atención de salud mental para adolescentes son mucho más deficitarios que en Lima y Callao: dos de cada veinticinco adolescentes que refieren un problema emocional fueron atendidos por tal razón en un servicio de salud. El motivo de tan limitado acceso son las concepciones erradas sobre la naturaleza de los problemas de salud mental y su tratamiento, así como la escasa confianza y las limitaciones económicas.

ADULTO MAYOR

1. La edad promedio de los adultos mayores encuestados en la ciudad de Huaraz fue de 70,27 años; el 68,4% se encontraba entre 60 y 74 años. El analfabetismo en el adulto mayor llega a 32,1% y, entre las mujeres, éste alcanza a 47,4%. El 61,1% de esta población tiene pareja. Continúa trabajando el 38,2%.
2. Los estresores que provocan mayor tensión son la salud, dinero, hijos, pareja y trabajo. La prevalencia a seis meses de enfermedad física o accidente es de 51,3%. Los estados anímicos prevalentes son la tranquilidad y alegría, y son más frecuentes en los hombres; los estados de preocupación y tristeza son más prevalentes en las mujeres.
3. La religión contribuye de manera importante a la satisfacción personal; se experimenta menor satisfacción con el grado de estudios, las condiciones económicas y la profesión u oficio.
4. En el campo laboral se expresa mayormente satisfacción, excepto con la remuneración recibida.
5. El 15,2% tiene alguna discapacidad física, y el 49,8% alguna discapacidad o inhabilidad.
6. El deseo de morir en el último mes alcanza al 7,3%, y es dominante entre las mujeres.
7. La mayor parte de los encuestados presenta un alto grado de cohesión familiar y actitudes positivas hacia la religión, factores que se constituyen en protectores.
8. La prevalencia actual del episodio depresivo asciende a 6,6%.
9. La prevalencia actual del trastorno de ansiedad generalizada es de 6,0%.
10. El abuso/dependencia de alcohol presenta una prevalencia anual de 4,2%, y es dominante en los varones en comparación con las mujeres.
11. Tanto a nivel cognoscitivo como funcional en la vida diaria, los indicadores de deterioro son mayores en mujeres y a mayor edad.
12. El 7,1% de los adultos mayores presenta conjuntamente deterioro cognoscitivo y funcional, indicativos de sospecha de demencia.
13. El 7,5% de adultos mayores ha sufrido algún tipo de maltrato en el último año, sobre todo el verbal. El maltrato sistemático afecta al 2%.
14. El 22,4% reconoce padecer problemas emocionales; sólo una cuarta parte busca ayuda, en especial las mujeres. La mayoría reconoce como motivo de no atención las limitaciones económicas, la exigencia de superar solos el problema y el recurrir a remedios caseros. La demanda es atendida predominantemente por el MINSA, seguido del servicio privado y de ESSALUD.



ANEXO 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. No muestrales: aquellos que se producen durante el trabajo de campo, recolección y procesamiento de información.
- b. De muestreo: aquellos que resultan del hecho de haber trabajado sólo con una muestra y no con la población en su conjunto.

La muestra de estudio es una de las tantas probables muestras 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 alcanzado 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% en 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 aleatorio 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%.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE HUARAZ - 2003

ERRORES MUESTRALES

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DATOS GENERALES: ADULTO						
EDAD PROMEDIO (DS) PONDERADA	MEDIA ARITMÉTICA	36,2%	0,5	35,16; 37,26	1,62	1,5
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	PREVALENCIA	53,7%	1,7	50,2; 57,0	1,60	3,2
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	PREVALENCIA	15,4%	2,0	11,8; 19,7	1,66	12,9
GRADO DE ESTUDIOS	GRADO DE ANALFABETISMO	5,4%	0,7	4,2; 6,9	1,18	12,4
	SIN NIVEL	4,1%	0,7	3,0; 5,6	1,45	15,9
	PRIMARIA	16,1%	1,2	13,8; 18,7	1,53	7,7
	SECUNDARIA	29,9%	1,5	27,1; 32,9	1,39	4,9
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	24,6%	1,3	22,0; 27,3	1,31	5,5
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	24,7%	1,8	21,2; 28,4	2,40	7,4
	POSTGRADO	0,6%	0,3	0,2; 1,6	1,97	48,8
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL	< DE S/. 300	38,9%	2,4	34,3; 43,7	1,99	6,1
	S/. 301 A 600	27,8%	1,9	24,1; 31,8	1,57	7,0
	S/. 601 A 1200	25,1%	1,8	21,6; 28,8	1,49	7,3
	> DE S/. 1200	8,3%	1,2	6,2; 10,9	1,59	1,45
NIVELES DE POBREZA FAMILIAR SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE CONSUMO	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	3,2%	0,6	2,1; 4,7	1,80	20,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	41,4%	2,4	36,9; 46,2	3,10	5,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO	51,5%	2,4	46,8; 56,3	3,12	4,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	3,8%	0,6	2,8; 5,3	1,49	16,6
SALUD MENTAL DEL ADULTO						
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS	DESEMPLEO	50,4%	1,7	47,0; 53,8	1,58	3,4
	POBREZA	21,0%	1,3	18,5; 23,7	1,41	6,3
	MANEJO ECONÓMICO	8,4%	1,0	6,7; 10,5	1,61	11,4
	CORRUPCIÓN	7,1%	0,8	5,7; 8,9	1,38	11,5
	DELINCUENCIA	1,3%	0,4	0,7; 2,2	1,34	27,8
	VIOLENCIA	2,2%	0,5	1,4; 3,5	1,50	22,1
	INESTABILIDAD POLÍTICA	2,1%	0,5	1,3; 3,3	1,53	22,9
	FALTA DE CONFIANZA Y LIDERAZGO	1,9%	0,7	1,0; 3,7	2,69	63,5
	TERRORISMO	0,5%	0,2	0,2; 1,1	1,56	40,7
	NARCOTRÁFICO	0,5%	0,2	0,2; 1,2	1,30	43,1
	NINGUNO	0,2%	0,1	0,1; 0,7	1,04	63,0
	NO SABE	1,6%	0,4	1,0; 2,6	1,28	23,8
	OTRO	2,6%	0,6	1,7; 4,1	1,84	22,6
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	PREOCUPACIÓN	26,1%	1,6	23,0; 29,4	1,81	6,2
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	24,2%	1,6	21,1; 27,6	1,94	6,8
	DESILUSIÓN	9,1%	1,0	7,3; 11,2	1,58	11,0
	AMARGURA, RABIA O CÓLERA	19,8%	2,5	15,4; 25,5	4,70	42,5
	IMPOTENCIA	5,0%	0,7	3,8; 6,7	1,50	14,7
	RESIGNACIÓN	1,6%	0,4	0,9; 2,6	1,42	26,1
	INDIFERENCIA	4,5%	0,7	3,2; 6,3	1,71	16,6
	FRUSTRACIÓN	3,1%	0,6	2,1; 4,6	1,77	20,5
	INDIGNACIÓN	2,3%	0,5	1,4; 3,6	1,74	23,8
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	2,4%	0,5	1,6; 3,5	1,23	19,5
	OTRO	1,8%	0,5	1,1; 3,1	1,80	27,1

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES	NADA O POCO	75,0%	1,6	71,7; 78,0	1,78	2,1
	REGULAR	20,2%	1,4	17,5; 23,1	1,70	7,1
	BASTANTE O MUCHO	4,9%	0,6	3,8; 6,2	1,08	12,6
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	75,4%	1,6	72,2; 78,4	1,75	2,1
	REGULAR	19,9%	1,5	17,2; 22,9	1,79	7,3
	BASTANTE O MUCHO	4,7%	0,6	3,6; 6,0	1,10	12,9
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	34,6%	1,6	31,5; 37,9	1,57	4,7
	REGULAR	30,9%	1,6	27,8; 34,1	1,59	5,1
	BASTANTE O MUCHO	34,5%	1,6	31,3; 37,8	1,58	4,7
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	24,3%	1,3	21,9; 27,0	1,22	5,3
	REGULAR	42,6%	1,7	39,2; 46,0	1,64	4,1
	BASTANTE O MUCHO	33,1%	1,7	26,1; 33,0	1,64	5,0
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	23,3%	1,5	20,5; 26,3	1,58	6,2
	REGULAR	39,4%	1,4	36,6; 42,2	1,10	3,5
	BASTANTE O MUCHO	37,4%	1,5	34,3; 40,5	1,37	4,1
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	94,4%	0,8	92,6; 95,8	1,64	0,9
	REGULAR	4,6%	0,7	3,3; 6,2	1,52	15,5
	BASTANTE O MUCHO	1,0%	0,4	0,5; 2,1	1,74	35,3
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	66,2%	3,9	58,0; 73,5	1,22	5,9
	REGULAR	24,6%	3,6	18,2; 32,3	1,22	14,5
	BASTANTE O MUCHO	9,2%	2,6	5,2; 15,8	1,41	28,0
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDE	NADA O POCO	83,6%	1,4	80,5; 86,2	2,00	1,7
	REGULAR	14,0%	1,3	11,6; 16,8	1,90	9,3
	BASTANTE O MUCHO	2,4%	0,5	1,5; 3,7	1,63	22,4
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	29,2%	2,4	24,7; 34,3	1,13	8,3
	REGULAR	36,7%	3,0	31,0; 42,7	1,50	8,1
	BASTANTE O MUCHO	34,1%	2,8	28,7; 39,9	1,41	8,3
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	67,4%	1,7	63,8; 70,7	1,86	2,6
	REGULAR	23,5%	1,5	20,7; 26,6	1,68	6,4
	BASTANTE O MUCHO	9,1%	1,0	7,3; 11,2	1,53	10,7
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	73,0%	1,7	69,4; 76,3	2,01	2,4
	REGULAR	22,8%	1,5	20,0; 26,0	1,74	6,6
	BASTANTE O MUCHO	4,2%	0,8	2,9; 6,0	1,88	17,9
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	82,1%	1,4	79,1; 84,7	1,78	1,7
	REGULAR	15,5%	1,4	13,0; 18,5	1,91	8,8
	BASTANTE O MUCHO	2,4%	0,5	1,6; 3,5	1,37	20,7
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	10,6%	0,9	9,1; 12,5	1,03	8,1
	REGULAR	10,5%	1,0	8,7; 12,6	1,31	9,2
	BASTANTE O MUCHO	78,9%	1,2	76,4; 81,1	1,11	1,8
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	58,5%	4,3	49,8; 66,7	1,36	7,4
	REGULAR	28,4%	3,9	21,4; 36,6	1,30	13,6
	BASTANTE O MUCHO	13,1%	3,0	8,2; 20,2	1,38	22,7
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	5,1%	0,6	3,9; 6,5	1,12	12,6
	REGULAR	7,3%	0,9	5,7; 9,3	1,60	12,3
	BASTANTE O MUCHO	87,6%	1,0	85,5; 89,5	1,24	1,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD	NADA O POCO	52,0%	1,7	48,6; 55,5	1,61	3,3
	REGULAR	33,1%	1,6	30,1; 36,3	1,49	4,7
	BASTANTE O MUCHO	14,8%	1,2	12,6; 17,4	1,52	8,1
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE OTRA PERSONA NO MENCIONADA	NADA O POCO	65,8%	4,5	56,5; 74,0	2,95	6,8
	REGULAR	11,2%	2,7	6,9; 17,8	2,44	24,0
	BASTANTE O MUCHO	23,0%	3,4	17,0; 30,4	2,16	14,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	45,1%	2,8	39,7; 50,7	2,43	6,2
	REGULAR	21,4%	1,8	18,0; 25,3	1,59	8,6
	BASTANTE O MUCHO	33,4%	2,7	28,2; 39,1	2,63	8,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	39,7%	3,5	33,1; 46,7	1,51	8,7
	REGULAR	26,3%	2,7	21,3; 32,0	1,14	10,3
	BASTANTE O MUCHO	34,0%	3,9	26,8; 42,0	2,01	11,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	46,3%	2,6	41,2; 51,5	3,57	5,6
	REGULAR	17,0%	1,2	14,7; 19,5	1,37	7,2
	BASTANTE O MUCHO	36,7%	2,7	31,5; 42,2	4,15	7,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	54,3%	2,7	49,1; 59,5	2,74	4,9
	REGULAR	15,0%	1,3	12,5; 17,8	1,38	9,0
	BASTANTE O MUCHO	30,7%	2,4	26,1; 35,7	2,70	8,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	28,3%	1,6	25,4; 31,5	1,61	5,5
	REGULAR	31,9%	1,8	28,5; 35,6	2,01	5,7
	BASTANTE O MUCHO	39,7%	2,1	35,7; 43,9	2,43	5,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	29,4%	2,0	25,5; 33,5	2,60	6,8
	REGULAR	23,6%	1,7	20,4; 27,0	2,04	7,0
	BASTANTE O MUCHO	47,1%	2,2	42,7; 51,5	2,70	4,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	79,3%	1,8	75,6; 82,7	2,18	2,3
	REGULAR	9,5%	1,0	7,6; 11,7	1,32	10,7
	BASTANTE O MUCHO	11,2%	1,4	8,7; 14,3	2,22	12,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	50,2%	2,1	46,1; 54,3	2,29	4,1
	REGULAR	15,9%	1,3	13,5; 18,6	1,69	8,2
	BASTANTE O MUCHO	33,9%	1,8	30,5; 37,5	1,86	5,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	38,7%	2,2	34,4; 43,2	2,79	5,7
	REGULAR	16,6%	1,2	14,3; 19,2	1,45	7,4
	BASTANTE O MUCHO	44,7%	1,9	40,9; 48,6	2,04	4,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	47,7%	2,1	43,5; 51,9	2,39	4,4
	REGULAR	13,1%	1,1	11,1; 15,5	1,40	8,3
	BASTANTE O MUCHO	39,2%	1,8	35,6; 42,8	1,86	4,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	83,5%	3,8	74,6; 89,7	2,46	4,5
	REGULAR	3,1%	1,4	1,2; 7,5	1,59	46,2
	BASTANTE O MUCHO	13,4%	3,4	8,0; 21,8	2,38	25,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	3,4%	0,6	2,5; 4,8	1,32	16,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	80,8%	1,2	78,4; 83,0	1,15	1,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,7%	1,0	13,8; 17,9	1,06	6,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	9,4%	1,2	7,4; 12,0	2,07	12,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	76,8%	1,4	73,9; 79,5	1,50	1,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,7%	1,0	11,9; 15,8	1,10	7,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	16,2%	1,4	13,6; 19,3	2,05	8,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	71,5%	1,8	67,9; 74,9	2,03	2,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,2%	1,1	10,3; 14,5	1,44	8,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	18,1%	1,2	15,7; 20,6	1,38	6,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	69,3%	1,5	66,2; 72,3	1,50	2,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,6%	1,1	10,6; 15,0	1,53	8,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	3,1%	0,6	2,0; 4,6	1,81	20,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	64,3%	1,6	61,1; 67,4	1,50	2,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	32,6%	1,6	29,6; 35,8	1,49	4,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILLO	NUNCA	2,5%	0,6	1,5; 4,0	2,05	24,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	35,2%	1,6	32,0; 38,4	1,53	4,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	62,3%	1,6	59,1; 65,4	1,44	2,6

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,5%	0,2	0,2; 1,1	1,10	42,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	31,2%	1,6	28,1; 34,4	1,56	5,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	68,4%	1,6	65,1; 71,4	1,59	2,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	21,6%	1,4	18,9; 24,5	1,58	6,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	68,5%	1,7	65,0; 71,8	1,81	2,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	9,9%	1,0	8,1; 12,1	1,48	10,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTRO	NUNCA	91,9%	2,7	84,7; 95,9	1,93	2,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	4,3%	2,0	1,7; 10,7	1,97	46,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	3,7%	1,8	1,4; 9,6	1,84	49,2
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	45,9%	2,0	42,0; 49,8	2,11	4,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	10,2%	1,0	8,4; 12,4	1,46	9,8
	REGULAR	26,5%	1,6	23,5; 29,8	1,77	6,0
	BASTANTE O MUCHO	63,2%	1,9	59,4; 66,9	2,06	3,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	6,4%	0,8	4,9; 8,2	1,53	13,0
	REGULAR	21,3%	1,4	18,6; 24,2	1,58	6,6
	BASTANTE O MUCHO	72,3%	1,7	68,8; 75,6	1,99	2,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	8,1%	0,8	6,6; 9,9	1,27	10,4
	REGULAR	22,5%	1,4	19,9; 25,3	1,47	6,1
	BASTANTE O MUCHO	69,4%	1,7	66,0; 72,6	1,76	2,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	30,9%	1,6	27,8; 34,1	1,60	5,2
	REGULAR	43,9%	1,6	40,8; 47,0	1,31	3,5
	BASTANTE O MUCHO	25,3%	1,5	22,4; 28,4	1,65	6,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ (ESTUDIA)	NADA O POCO	14,8%	1,5	12,0; 18,0	1,57	10,3
	REGULAR	20,2%	1,8	17,0; 23,9	1,63	8,7
	BASTANTE O MUCHO	65,0%	2,0	60,9; 69,0	1,57	3,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	31,9%	2,0	28,2; 35,9	2,30	6,1
	REGULAR	28,5%	1,7	25,4; 31,9	1,76	5,8
	BASTANTE O MUCHO	39,6%	1,9	35,8; 43,4	2,02	4,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	10,5%	1,2	8,4; 13,1	1,98	11,3
	REGULAR	20,8%	1,5	18,0; 24,0	1,84	7,3
	BASTANTE O MUCHO	68,7%	1,6	65,4; 71,9	1,64	2,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	16,1%	1,4	13,5; 18,9	1,84	8,5
	REGULAR	30,7%	1,6	27,6; 34,0	1,66	5,3
	BASTANTE O MUCHO	53,2%	2,0	49,3; 57,2	2,13	3,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	14,1%	1,3	11,7; 16,8	1,83	9,2
	REGULAR	25,6%	1,5	22,7; 28,7	1,60	5,9
	BASTANTE O MUCHO	60,4%	1,9	56,6; 64,0	1,98	3,1
DISCRIMINACIÓN POR: SEXO	PREVALENCIA DE VIDA	5,4%	0,8	4,0; 7,3	1,77	15,2
DISCRIMINACIÓN POR: EDAD	PREVALENCIA DE VIDA	6,0%	0,8	4,6; 7,8	1,46	13,0
DISCRIMINACIÓN POR: PESO	PREVALENCIA DE VIDA	5,2%	0,7	4,0; 6,8	1,38	13,7
DISCRIMINACIÓN POR: COLOR DE PIEL	PREVALENCIA DE VIDA	2,5%	0,7	1,5; 4,2	2,44	26,7
DISCRIMINACIÓN POR: FORMA DE VESTIR	PREVALENCIA DE VIDA	4,6%	0,7	3,4; 6,2	1,48	15,1
DISCRIMINACIÓN POR: CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	11,7%	1,1	9,7; 14,1	1,60	9,5
DISCRIMINACIÓN POR: NIVEL EDUCATIVO	PREVALENCIA DE VIDA	7,0%	0,8	5,6; 8,8	1,34	11,5
DISCRIMINACIÓN POR: RELIGIÓN	PREVALENCIA DE VIDA	3,4%	0,6	2,4; 4,8	1,50	17,8
DISCRIMINACIÓN POR: AMISTADES	PREVALENCIA DE VIDA	3,3%	0,6	2,3; 4,7	1,40	17,4
DISCRIMINACIÓN POR: LUGAR DE NACIMIENTO	PREVALENCIA DE VIDA	2,9%	0,6	2,0; 4,2	1,47	19,2
DISCRIMINACIÓN POR: OTRA	PREVALENCIA DE VIDA	2,1%	0,4	1,4; 3,1	1,05	19,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	7,7%	1,1	5,7; 10,2	1,40	14,6
	REGULAR	28,2%	2,0	24,4; 32,4	1,58	7,1
	BASTANTE O MUCHO	64,1%	2,0	60,1; 68,0	1,37	3,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	11,8%	1,5	9,1; 15,1	1,71	12,9
	REGULAR	35,7%	2,1	31,7; 40,0	1,50	5,9
	BASTANTE O MUCHO	52,5%	2,5	47,6; 57,4	1,90	4,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	9,3%	1,5	6,6; 12,8	1,39	16,7
	REGULAR	32,8%	2,9	27,4; 38,8	1,83	8,8
	BASTANTE O MUCHO	57,9%	3,0	51,9; 63,7	1,79	5,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	14,5%	1,5	11,9; 17,6	1,34	10,1
	REGULAR	34,7%	2,1	30,6; 39,0	1,53	6,1
	BASTANTE O MUCHO	50,8%	2,1	46,7; 54,9	1,37	4,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	45,0%	2,4	40,2; 49,8	1,88	5,4
	REGULAR	34,5%	2,2	30,3; 39,0	1,70	6,4
	BASTANTE O MUCHO	20,5%	1,8	17,1; 24,4	1,62	9,0
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	19,1%	2,1	15,3; 23,6	1,19	10,9
	REGULAR	30,8%	2,7	25,8; 36,4	1,42	8,7
	BASTANTE O MUCHO	50,0%	2,7	44,7; 55,4	1,23	5,4
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	11,8%	1,0	9,9; 14,0	1,39	8,8
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA ACTUAL	2,7%	0,5	1,9; 3,8	1,17	17,8
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	32,2%	1,5	29,3; 35,3	1,41	4,7
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA EN EL MES	2,7%	0,5	1,8; 4,0	1,55	20,5
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA EN EL AÑO	9,7%	1,0	7,9; 11,8	1,45	10,0
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	10,7%	1,1	8,7; 13,0	1,70	10,3
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA EN EL MES	0,9%	0,3	0,4; 1,7	1,31	33,3
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	3,8%	0,6	2,8; 5,3	1,40	16,1
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	3,3%	0,6	2,3; 4,6	1,33	17,0
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL MES	0,4%	0,2	0,1; 0,9	0,98	45,4
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	1,2%	0,3	0,8; 2,0	1,06	25,0
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	2,7%	0,5	1,8; 3,9	1,28	18,6
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL MES	0,4%	0,2	0,1; 0,9	1,09	46,9
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL AÑO	1,0%	0,3	0,6; 1,9	1,34	30,9
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	27,0%	1,7	23,7; 30,5	1,98	6,3
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA ACTUAL	0,4%	0,2	0,2; 1,0	1,02	41,4
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	2,1%	0,4	1,4; 3,1	1,20	20,5
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA EN EL MES	0,3%	0,1	0,1; 0,8	92,7	48,4
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	0,9%	0,3	0,4; 1,8	1,65	37,2
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	PADRES	12,8%	4,3	6,5; 23,8	61,6	33,2
	HIJOS	4,7%	4,3	0,7; 25,2	1,56	92,6
	OTROS PARIENTES	3,0%	3,0	0,4; 19,0	1,13	99,6
	PAREJA	53,9%	9,2	35,9; 70,9	1,23	17,1
	LABORALES	0 0%	0 0	0 2; 0 0	0 00	00 0
	ESTUDIOS	2,6%	2,4	0,4; 15,2	86,1	92,6
	ECONÓMICOS	17,9%	8,6	6,4; 41,0	1,86	48,0
	SALUD FÍSICA	5,3%	4,1	1,1; 22,0	1,23	76,8
	SEPARACIÓN DE FAMILIA	00%	0,0	0,0; 0,0	0,00	00,0
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	3,5%	2,4	0,9; 13,0	63,1	68,1
	OTROS	8,2%	4,8	2,5; 23,9	1,12	58,4
TENDENCIAS RELIGIOSAS	SIENTE BASTANTE O MUCHA PROTECCIÓN DE DIOS	86,4%	1,1	84,2; 88,4	1,28	1,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
	DIOS BASTANTE O MUY IMPORTANTE	85,7%	1,3	82,9; 88,1	1,90	1,5
	ASISTE IGLESIA O TEMPLO	77,1%	1,5	74,0; 79,9	1,65	2,0
	PARTICIPA ACTIVAMENTE	13,8%	1,2	11,6; 16,3	1,49	8,5
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	51,2%	1,9	47,4; 55,0	1,90	3,7
	TRANSMITE RELIGIÓN A HIJOS	35,3%	2,1	31,3; 39,5	2,42	5,9
	TRANSMITE RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	18,9%	1,5	16,2; 22,0	1,82	7,8
	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	65,5%	1,6	62,2; 68,6	1,57	2,5
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	PREVALENCIA	38,5%	1,8	34,9; 42,2	1,94	4,8
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	MEDIA ARITMÉTICA	7,8%	0,0	7,7; 7,9	1,88	0,6
POBLACIÓN GENERAL ADULTA CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA	24,7%	1,8	21,3; 28,4	2,32	7,3
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	34,9%	1,9	31,2; 38,8	2,21	5,5
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ANUAL	19,9%	1,5	17,1; 23,1	1,97	7,7
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	18,7%	1,5	15,9; 21,7	1,88	7,8
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ACTUAL	14,1%	1,3	11,6; 17,0	2,02	9,6
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	23,3%	1,5	20,5; 26,5	1,72	6,5
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ANUAL	8,4%	1,0	6,7; 10,6	1,63	11,5
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE 6 MESES	7,5%	0,9	5,9; 9,5	1,61	12,2
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ACTUAL	4,3%	0,7	3,2; 5,9	1,52	15,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	9,0%	1,0	7,3; 11,1	1,49	10,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ANUAL	3,5%	0,5	2,6; 4,8	1,12	15,1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE 6 MESES	3,3%	0,5	2,4; 4,5	1,13	15,7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ACTUAL	2,6%	0,5	1,7; 3,8	1,51	20,6
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,2	0,3; 1,3	1,19	38,5
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	0,2%	0,1	0,1; 0,8	1,16	60,6
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,2%	0,1	0,1; 0,8	1,16	60,6
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	00,0
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	2,4%	0,5	1,6; 3,6	1,48	21,1
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	0,8%	0,3	0,4; 1,5	1,10	31,4
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,6%	0,2	0,3; 1,1	0,86	33,7
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,1; 0,6	0,80	52,4
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	2,6%	0,6	1,6; 4,0	1,81	22,6
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ANUAL	1,4%	0,3	0,8; 2,3	1,22	25,7
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,9%	0,3	0,5; 1,7	1,20	30,9
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	0,6%	0,3	0,3; 1,4	1,50	42,3
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,2	0,1; 1,3	1,78	56,5
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,8	1,41	100
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,1	0,0; 0,8	1,41	100
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,8	1,41	100
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	13,7%	1,2	11,4; 16,3	1,77	9,1
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ANUAL	2,9%	0,6	1,8; 4,4	1,99	22,4
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,5%	0,6	1,5; 4,2	2,20	25,1
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ACTUAL	0,9%	0,3	0,5; 1,8	1,50	34,7

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	13,5%	1,2	11,2; 16,2	1,78	9,2
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ANUAL	6,7%	0,8	5,2; 8,6	1,53	12,6
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,9%	0,8	4,5; 7,6	1,50	13,3
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ACTUAL	3,6%	0,6	2,6; 4,9	1,36	16,5
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	13,4%	1,2	11,2; 16,1	1,79	9,3
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ANUAL	6,7%	0,8	5,2; 8,6	1,53	12,6
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,9%	0,8	4,5; 7,6	1,50	13,3
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	3,6%	0,6	2,6; 4,9	1,36	16,5
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,2	0,1; 0,9	1,11	51,9
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,0; 0,8	1,41	71,8
BULIMIA NERVOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,7	1,33	82,4
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PREVALENCIA ACTUAL	5,7%	0,8	4,3; 7,6	1,74	14,6
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,2	0,2; 1,0	1,02	42,0
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
BEBEDOR RIESGOSO	PREVALENCIA ANUAL	12,1%	1,4	9,6; 15,2	2,44	11,5
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	3,6%	0,6	2,6; 5,1	1,54	17,5
ABUSO DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	3,1%	0,6	2,1; 4,5	1,58	19,1
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	6,7%	0,9	5,1; 8,9	1,92	14,1
DEPENDENCIA DE TABACO	PREVALENCIA ANUAL	0,7%	0,3	0,3; 1,7	1,78	42,1
DEPENDENCIA DE PBC	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE COCAÍNA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE MARIHUANA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	4,1%	0,7	2,9; 5,6	1,54	16,4
ABUSO DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	3,3%	0,6	2,3; 4,7	1,56	18,4
CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	60,8%	2,2	56,4; 65,1	2,75	3,6
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	PREVALENCIA DE VIDA	60,8%	2,2	56,4; 65,1	2,75	3,6
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	96,1%	0,6	94,6; 97,1	1,38	0,6
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA EN EL MES	42,4%	1,8	38,9; 46,0	1,78	4,2
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	54,6%	2,2	50,3; 58,8	2,54	4,0
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA EN EL MES	14,7%	1,0	12,7; 16,9	1,82	7,1
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,8%	0,3	0,4; 1,6	1,47	37,3
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA EN EL MES	0,2%	0,1	0,1; 0,7	1,07	61,3
CONSUMO DE ESTIMULANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,1	0,1; 0,6	0,81	57,5
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	5,0%	0,9	3,5; 7,0	2,18	17,6
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA EN EL MES	0,3%	0,1	0,1; 0,7	0,82	46,3
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	2,9%	0,6	2,0; 4,2	1,46	19,0
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA EN EL MES	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA DE VIDA	2,4%	0,5	1,6; 3,6	1,38	20,3
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA EN EL MES	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
CONSUMO DE COCAÍNA	PREVALENCIA DE VIDA	0,8%	0,3	0,3; 1,8	1,86	42,0
CONSUMO DE PBC	PREVALENCIA DE VIDA	0,5%	0,2	0,2; 1,2	1,14	40,1
CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	1,2%	0,4	0,6; 2,2	1,59	31,4
CONSUMO DE SUSTANCIAS EN GENERAL	PREVALENCIA ACTUAL	19,2%	1,3	16,8; 22,0	1,50	6,8
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	PREVALENCIA ACTUAL	19,2%	1,3	16,8; 22,0	1,50	6,8
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	MEDIA ARITMÉTICA	27,8%	6,0	1,92; 53,7	0,95	21,6
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	MEDIA ARITMÉTICA	33,6%	4,41	23,17; 44,07	1,08	13,1
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	MEDIA ARITMÉTICA	23,3%	3,13	15,70; 31,02	1,38	13,4

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	18,7%	0,60	17,33; 20,21	0,85	3,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	17,8%	0,60	16,58; 19,06	1,23	3,4
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉXTASIS	MEDIA ARITMÉTICA	00,0%	0,00	0,0; 0,0	0,00	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	MEDIA ARITMÉTICA	24,4%	1,29	21,85; 27,09	0,90	5,3
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	MEDIA ARITMÉTICA	00,0%	00,0	-0,0; 0,0	0,00	0,0
DEMANDA SENTIDA DE «PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS»	PREVALENCIA DE VIDA	26,7%	1,8	23,3; 30,3	2,01	6,7
DEMANDA SENTIDA A PARTIR DE PROBLEMAS EMOCIONALES ESPECÍFICOS	PREVALENCIA DE VIDA	50,1%	2,1	45,9; 54,3	2,40	4,2
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS	PREVALENCIA DE 6 MESES	18,2%	1,4	15,7; 21,1	1,73	7,6
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD	PREVALENCIA DE 6 MESES	21,9%	3,5	15,7; 29,6	1,70	16,1
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN PUESTOS O CENTROS DE SALUD	PREVALENCIA	3,3%	2,3	0,8; 12,2	0,82	69,0
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DE MINSA	PREVALENCIA	32,5%	7,1	20,3 47,7	1,17	21,8
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DE ESSALUD	PREVALENCIA	18,8%	5,7	9,9; 32,6	1,09	30,4
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL DE LA FFAA Y PN	PREVALENCIA	1,6%	1,6	0,2; 10,7	0,82	100
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN POSTA O POLICLÍNICO ESSALUD	PREVALENCIA	9,9%	4,1	4,2; 21,3	0,95	41,3
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	PREVALENCIA	7,4%	4,5	2,1;22,8	1,51	60,8
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CENTRO DE SALUD MENTAL ESSALUD	PREVALENCIA	2,5%	2,4	0,3; 16,0	1,28	99,8
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR	PREVALENCIA	12,8%	5,2	5,5; 26,9	1,23	40,7
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN GRUPOS DE AUTO-AYUDA	PREVALENCIA	1,5%	1,5	0,2; 10,2	0,77	100
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN OTROS	PREVALENCIA	9,9%	5,5	3,2; 2,72	1,73	55,4
ATENCIÓN PRINCIPAL DURANTE LA CONSULTA	PSICÓLOGO	28,5%	7,53	16,1; 45,3	1,42	26,4
	MÉDICO GENERAL	40,0%	8,7	24,6; 57,7	1,59	21,6
	PSIQUIATRA	14,3%	5,4	6,5; 28,5	1,20	37,7
	ENFERMERA	2,4%	1,8	0,5; 10,2	0,70	74,6
	NEURÓLOGO	7,2%	4,4	2,1; 22,2	1,47	60,7
	OTROS	7,5%	4,6	2,2; 23,0	1,53	60,6

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINAS	74,6%	7,8	56,5; 86,9	1,63	10,5
	PSICOTERAPIA	31,2%	7,1	19,0; 46,6	1,20	22,8
	CONSEJERÍA	70,8%	6,4	56,9; 81,7	1,00	9,0
	HIERBAS	7,8%	4,1	2,7; 20,5	1,17	52,2
POBREZA Y SALUD MENTAL						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	40,0%	7,3,7	26,8; 54,9	0,94	18,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	38,7%	2,7	33,4; 44,2	1,75	7,0
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	32,7%	2,3	28,3; 37,4	1,65	7,0
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	19,9%	6,1	10,4; 34,7	1,22	30,8
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	21,2%	6,6	10,9; 37,0	1,12	31,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	23,2%	2,5	18,7; 28,4	1,90	10,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	18,2%	1,8	14,8; 22,1	1,57	10,1
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	6,6%	3,5	2,3; 17,9	1,02	52,8
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	18,9%	6,4	9,2; 34,7	1,14	33,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	20,9%	2,3	16,8; 25,7	1,72	10,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	17,7%	1,8	14,4; 21,6	1,57	10,2
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	6,6%	3,5	2,3; 17,9	1,02	52,8
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	16,9%	5,5	8,5; 30,7	0,93	32,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	17,2%	2,0	13,6; 21,5	1,57	11,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	12,1%	1,7	9,2; 15,8	1,79	13,6
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,1%	3,2	1,5; 16,3	1,06	61,4
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	34,1%	6,8	22,1; 48,5	0,89	20,0
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	25,9%	2,6	21,1; 31,3	1,92	9,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	21,2%	1,8	17,8; 25,1	1,41	8,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	15,5%	5,2	7,7; 28,8	1,08	33,7

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	16,8%	5,5	8,4; 30,5	0,93	32,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,1%	1,5	6,5; 12,6	1,56	16,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	7,6%	1,2	5,6; 10,2	1,32	15,2
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,6%	3,3	1,7; 17,2	1,09	59,4
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	11,3%	4,5	5,0; 23,6	0,86	39,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	7,9%	1,3	5,6; 10,9	1,33	16,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	7,1%	1,1	5,1; 9,7	1,39	16,2
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,6%	3,3	1,7; 17,2	1,09	59,4
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	5,5%	3,8	1,3; 19,9	1,21	69,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	5,6%	1,2	3,6; 8,5	1,54	21,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	3,3%	0,8	2,0; 5,2	1,35	24,0
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	4,1%	3,0	1,0; 16,0	1,16	72,3
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	9,1%	4,1	3,7; 21,0	0,86	44,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	16,4%	2,0	12,7; 20,8	1,68	12,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	12,0%	1,5	9,3; 15,3	1,53	12,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	6,9%	4,3	2,0; 21,6	1,46	61,5
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,2%	3,3	0,9; 18,4	1,18	78,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,6%	1,5	6,1; 12,1	1,55	17,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	5,7%	0,9	4,1; 7,8	1,07	16,0
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,0%	1,0	0,1; 7,2	0,54	100

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,2%	3,3	0,9; 18,4	1,18	78,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,9%	1,3	4,8; 10,0	1,43	18,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	5,5%	0,9	4,0; 7,6	1,07	16,3
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,0%	1,0	0,1; 7,2	0,54	100
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	1,0%	1,0	0,1; 7,4	0,46	100
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,9%	1,0	3,2; 7,4	1,31	21,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	2,9%	0,7	1,8; 4,7	1,24	24,6
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,0%	1,0	0,1; 7,2	0,54	100
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA A ALCOHOL, SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,4%	4,8	4,0; 24,5	1,07	46,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,2%	1,5	5,6; 11,8	1,78	18,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	5,8%	1,1	3,9; 8,5	1,68	19,9
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,0%	1,0	0,1; 7,2	0,54	100
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	33,5%	3,2	27,4; 40,2	1,74	9,7
	25 A 44 AÑOS	34,7%	2,3	30,3; 39,4	1,48	6,7
	45 A 64 AÑOS	39,2%	4,0	31,6; 47,4	1,87	10,3
	>65 AÑOS	29,3%	5,9	19,1; 42,0	1,30	20,1
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	22,6%	2,9	17,4; 28,9	1,78	12,8
	25 A 44 AÑOS	20,3%	2,1	16,5; 24,6	1,63	10,2
	45 A 64 AÑOS	17,6%	2,9	12,6; 24,0	1,56	16,3
	>65 AÑOS	12,9%	4,0	6,7; 23,1	1,14	31,4
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	20,5%	2,8	15,5; 26,6	1,78	13,7
	25 A 44 AÑOS	19,3%	2,0	15,6; 23,6	1,63	10,5
	45 A 64 AÑOS	16,7%	2,8	11,8; 23,0	1,55	16,8
	>65 AÑOS	12,9%	4,0	6,7; 23,1	1,14	31,4
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	13,9%	2,3	9,8; 19,2	1,70	16,9
	25 A 44 AÑOS	14,8%	1,8	11,5; 18,8	1,66	12,4
	45 A 64 AÑOS	14,1%	2,7	9,5; 20,4	1,69	19,4
	>65 AÑOS	10,1%	3,6	4,9; 19,6	1,09	35,3
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	19,1%	2,6	14,4; 24,8	1,66	13,8
	25 A 44 AÑOS	22,3%	1,8	19,0; 26,0	1,12	7,9
	45 A 64 AÑOS	31,0%	3,6	24,4; 38,6	1,67	11,6
	>65 AÑOS	24,8%	5,8	15,1; 37,9	1,42	23,5

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	8,1%	2,0	4,9; 13,2	2,07	25,1
	25 A 44 AÑOS	9,0%	1,2	6,9; 11,7	1,10	13,4
	45 A 64 AÑOS	8,4%	2,0	5,3; 13,2	1,37	23,3
	>65 AÑOS	5,3%	2,9	1,8; 14,8	1,27	53,9
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	7,3%	2,0	4,1; 12,5	2,27	27,9
	25 A 44 AÑOS	7,8%	1,1	5,9; 10,4	1,11	14,5
	45 A 64 AÑOS	7,7%	1,8	4,8; 12,1	1,27	23,5
	>65 AÑOS	5,3%	2,9	1,8; 14,8	1,28	53,9
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	2,9%	1,1	1,4; 5,9	1,51	37,3
	25 A 44 AÑOS	4,4%	0,9	2,9; 6,7	1,30	21,2
	45 A 64 AÑOS	6,0%	1,7	3,4; 10,3	1,37	27,9
	>65 AÑOS	4,5%	2,7	1,3; 14,3	1,38	61,5
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	14,2%	2,2	10,5; 19,1	1,41	15,1
	25 A 44 AÑOS	13,6%	1,5	10,8; 16,9	1,24	11,3
	45 A 64 AÑOS	13,6%	2,8	9,0; 20,1	1,78	20,2
	>65 AÑOS	8,9%	3,1	4,4; 17,3	0,93	34,8
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	9,1%	1,6	6,3; 12,9	1,21	18,2
	25 A 44 AÑOS	6,1%	1,1	4,3; 8,7	1,30	17,9
	45 A 64 AÑOS	5,2%	1,5	2,9; 9,1	1,27	29,1
	>65 AÑOS	5,3%	2,6	1,9; 13,5	1,07	49,5
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	7,6%	1,5	5,0; 11,2	1,22	20,1
	25 A 44 AÑOS	5,6%	1,0	3,9; 8,1	1,29	18,6
	45 A 64 AÑOS	4,4%	1,4	2,3; 8,2	1,31	32,2
	>65 AÑOS	5,3%	2,6	1,9; 13,5	1,07	49,5
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	3,5%	1,1	1,8; 6,6	1,40	32,2
	25 A 44 AÑOS	3,7%	0,9	2,2; 6,0	1,46	24,8
	45 A 64 AÑOS	2,5%	1,3	1,6; 7,2	1,40	37,7
	>65 AÑOS	3,4%	1,8	1,1; 9,7	0,81	54,8
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	7,3%	1,9	4,4; 12,0	1,88	25,3
	25 A 44 AÑOS	7,5%	1,4	5,1; 10,8	1,78	18,8
	45 A 64 AÑOS	5,5%	1,9	2,7; 10,8	1,96	34,9
	>65 AÑOS	2,3%	1,7	0,5; 9,2	0,96	72,9
EFECTOS DE VIOLENCIA POLÍTICA						
FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA DEL TERRORISMO EN LOS ENCUESTADOS	FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO(A) O HIJOS)	1,5%	0,4	0,8; 2,6	1,71	29,5
	OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	9,0%	0,9	7,3; 11,0	1,46	10,5
	FAMILIAR DESAPARECIDO	4,2%	0,7	3,0; 5,7	1,44	15,8
	TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	5,2%	0,7	3,9; 6,8	1,45	14,1
	FAMILIAR DETENIDO	6,9%	0,9	5,3; 8,9	1,73	13,2
	FAMILIAR EN PRISIÓN	4,3%	0,6	3,2; 5,7	1,32	14,8
	PÉRDIDA DE BIENES	3,1%	0,6	2,1; 4,7	1,78	20,3
	CAMBIO DE RESIDENCIA	4,3%	0,7	3,2; 5,8	1,42	15,3
	AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	20,0%	1,3	17,4; 22,7	1,51	6,7
	ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	12,2%	1,1	10,2; 14,5	1,47	8,9
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	37,9%	5,1	28,4; 48,4	1,81	13,5
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	62,1%	5,1	51,6; 71,6	1,81	8,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO						
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	28,6%	4,2	21,1; 37,5	1,38	14,5
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	71,4%	4,2	62,5; 78,9	1,38	5,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO DEPRESIVO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	16,6%	3,3	11,0; 24,1	1,28	19,8
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	83,4%	3,3	75,9; 89,0	1,28	3,9
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	7,7%	2,4	4,1; 14,1	1,34	31,4
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	92,3%	2,4	85,9; 95,9	1,34	2,6

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DATOS GENERALES: MUJER UNIDA						
EDAD POR GRUPOS ETARIOS DE LA MUESTRA	< 18 AÑOS	0,1%	0,1	0,0 ; 0,7	1,11	100
	18 A 24 AÑOS	7,7%	0,9	6,1 ; 9,7	1,35	11,8
	25 A 44 AÑOS	51,7%	1,7	48,4;55,0	1,30	3,2
	45 A 64 AÑOS	31,0%	1,6	28,0; 34,2	1,33	5,1
	>64 AÑOS	9,5%	0,9	7,9; 11,4	1,09	9,5
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	29,5%	1,7	26,2 ; 33,0	1,65	5,9
	SEPARADA	9,9%	0,9	8,2 ; 11,9	1,13	9,4
	DIVORCIADA	0,5%	0,2	0,2 ; 1,3	1,49	52,8
	VIUDA	6,2%	0,8	4,8 ; 8,1	1,36	13,3
	CASADA	54,0%	1,7	50,6 ; 57,3	1,33	3,1
REALIZA ACTIVIDAD LABORAL	EN SEMANA ANTERIOR	47,6%	1,9	43,9 ; 51,3	1,63	3,9
	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	8,9%	1,5	6,4 ; 12,3	1,48	16,4
	GRADO DE ANALFABETISMO	14,7%	1,2	12,5; 17,2	1,29	8,1
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL	10,2%	1,0	8,4 ; 12,4	1,28	9,8
	INICIAL /PREESCOLAR	0,2%	0,1	0,0; 0,7	1,06	72,1
	PRIMARIA	29,9%	1,5	27,0 ; 33,0	1,29	5,1
	SECUNDARIA	28,0%	1,4	25,3 ; 30,8	1,08	4,9
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	20,5%	1,3	18,1; 23,2	1,18	6,3
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	10,9%	1,3	8,7 ; 13,7	1,92	11,6
INGRESO MENSUAL EN NIVELES	< S/. 300	52,5%	2,8	47,0 ; 57,9	1,95	5,3
	S/. 301 A 600	20,0%	2,1	16,2 ; 24,5	1,74	10,5
	S/. 601 A 1200	23,0%	2,2	19,0 ; 27,7	1,69	9,5
	> S/. 1200	4,4%	0,8	3,0 ; 6,4	1,03	18,8
SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA						
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS	DESEMPLEO	47,2%	2,0	43,3 ; 51,1	1,79	4,2
	POBREZA	26,9%	1,7	23,7 ; 30,3	1,63	6,2
	MANEJO ECONÓMICO	9,0%	1,0	7,2 ; 11,2	1,39	11,0
	CORRUPCIÓN	4,4%	0,6	3,3 ; 5,9	1,10	14,3
	DELINCUENCIA	1,6%	0,4	0,9 ; 2,7	1,39	27,1
	VIOLENCIA	2,9%	0,5	2,0 ; 4,0	1,06	17,7

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MUJER UNIDA						
	INESTABILIDAD POLÍTICA	0,6%	0,3	0,2 ; 1,4	1,37	44,9
	FALTA DE CONFIANZA	0,6%	0,2	0,2; 1,3	1,27	44,0
	FALTA DE LIDERAZGO	0,4%	0,2	0,2; 1,1	1,16	49,5
	TERRORISMO	0,5%	0,2	0,2 ; 1,2	1,12	44,6
	NARCOTRÁFICO	0,3%	0,2	0,1 ; 1,0	1,19	58,3
	NINGUNO	0,5%	0,3	0,1 ; 1,4	1,75	57,2
	OTRO	1,8%	0,5	1,1 ; 3,0	1,38	25,3
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	PREOCUPACIÓN	28,8%	1,8	25,4; 32,4	1,70	6,2
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	32,4%	1,7	29,0; 35,9	1,51	5,3
	DESILUSIÓN	8,4%	1,1	6,4 ; 10,9	1,79	13,3
	AMARGURA, RABIA O CÓLERA	17,0%	2,2	13,0 ; 22,2	4,02	51,7
	IMPOTENCIA	4,0%	0,7	2,9; 5,6	1,27	16,4
	RESIGNACIÓN	1,7%	0,5	1,0 ; 2,9	1,37	26,3
	INDIFERENCIA	1,8%	0,4	1,2 ; 2,8	1,04	22,4
	FRUSTRACIÓN	1,5%	0,4	0,9; 2,5	1,17	26,6
	INDIGNACIÓN	0,9%	0,3	0,4; 1,8	1,28	36,1
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	2,4%	0,5	1,6; 3,6	1,13	20,3
	OTRO	1,1%	0,3	0,6 ; 1,9	1,05	29,4
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES	NADA O POCO	75,0%	1,5	71,9 ; 77,9	1,40	2,0
	REGULAR	19,5%	1,4	16,8 ; 22,5	1,52	7,4
	BASTANTE O MUCHO	5,5%	0,7	4,3 ; 7,1	1,12	12,9
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	78,4%	1,4	75,6;81,0	1,27	1,7
	REGULAR	17,5%	1,3	15,0;20,3	1,43	7,7
	BASTANTE O MUCHO	4,1%	0,7	2,9;5,6	1,28	16,2
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	29,5%	1,6	26,4;32,7	1,43	5,5
	REGULAR	27,8%	1,4	25,1;30,8	1,19	5,2
	BASTANTE O MUCHO	42,7%	1,8	39,2;46,3	1,55	4,2
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	27,1%	1,5	24,2; 30,1	1,26	5,4
	REGULAR	39,9%	1,6	36,8;43,0	1,18	3,9
	BASTANTE O MUCHO	33,0%	1,5	30,1; 36,1	1,19	4,6
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	27,2%	1,6	24,2; 30,4	1,41	5,7
	REGULAR	36,8%	1,9	33,2; 40,6	1,70	5,0
	BASTANTE O MUCHO	36,0 %	1,7	32,7; 39,4	1,42	4,7
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	94,6%	0,7	93,0 ; 95,9	1,12	0,7
	REGULAR	4,5%	0,6	3,4 ; 5,9	1,09	14,3
	BASTANTE O MUCHO	0,9%	0,3	0,5 ; 1,7	1,01	31,3
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	72,5%	4,6	62,5; 80,7	1,49	6,4
	REGULAR	19,1%	4,3	12,0 ; 29,0	1,63	22,4
	BASTANTE O MUCHO	8,4%	2,3	4,8 ; 14,4	0,99	27,9
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDE	NADA O POCO	84,0%	1,4	81,0 ; 86,5	1,64	1,7
	REGULAR	13,1%	1,2	10,9 ; 15,7	1,45	9,2
	BASTANTE O MUCHO	2,9%	0,5	2,0 ; 4,2	1,14	18,2
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	31,2%	3,7	24,4; 38,9	1,22	11,7
	REGULAR	37,3%	3,8	30,3 ; 45,0	1,18	10,0
	BASTANTE O MUCHO	31,5%	3,6	24,8 ; 39,0	1,19	11,5
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	69,4%	1,5	66,4 ; 72,2	1,19	2,1
	REGULAR	22,0%	1,3	19,5 ; 24,7	1,15	6,0
	BASTANTE O MUCHO	8,6%	1,0	6,9 ; 10,7	1,33	11,1
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	78,8%	1,5	75,7 ; 81,7	1,57	1,9
	REGULAR	17,3%	1,4	14,7 ; 20,2	1,56	8,1
	BASTANTE O MUCHO	3,9%	0,6	2,8 ; 5,2	1,09	15,4
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	84,2%	1,2	81,8 ; 86,4	1,20	1,4
	REGULAR	12,9%	1,0	11,0 ; 15,1	1,08	8,0
	BASTANTE O MUCHO	2,8%	0,5	2,0 ; 3,9	0,95	17,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MUJER UNIDA						
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	12,9%	1,0	11,0 ; 15,1	1,12	8,1
	REGULAR	13,8%	1,1	11,8 ; 16,1	1,10	7,7
	BASTANTE O MUCHO	73,3%	1,4	70,4 ; 76,0	1,18	1,9
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	65,9%	4,8	55,8 ; 74,8	1,55	7,3
	REGULAR	23,6 %	3,9	16,8 ; 32,1	1,23	16,4
	BASTANTE O MUCHO	10,5%	3,4	5,4 ; 19,2	1,78	32,1
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	3,2%	0,6	2,3 ; 4,5	1,19	17,7
	REGULAR	5,4%	0,7	4,1 ; 7,0	1,18	13,5
	BASTANTE O MUCHO	91,4%	0,9	89,5 ; 93,0	1,12	1,0
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD	NADA O POCO	55,1%	1,6	52,0 ; 58,2	1,13	2,8
	REGULAR	28,0 %	1,4	25,4 ; 30,8	1,09	4,9
	BASTANTE O MUCHO	16,9 %	1,5	14,1 ; 20,1	1,88	9,0
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE OTRA PERSONA NO MENCIONADA	NADA O POCO	74,5 %	4,2	65,4 ; 81,8	2,41	5,6
	REGULAR	10,4 %	2,5	6,3 ; 16,6	1,83	24,4
	BASTANTE O MUCHO	15,1 %	2,9	10,2 ; 21,8	1,72	19,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	35,7%	2,6	30,6 ; 41,1	1,77	7,4
	REGULAR	20,9%	2,0	17,2 ; 25,1	1,39	9,5
	BASTANTE O MUCHO	43,5%	2,7	38,3 ; 48,8	1,69	6,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIO	NADA O POCO	42,3%	6,6	30,0 ; 55,7	1,17	15,6
	REGULAR	22,1%	5,1	13,6 ; 33,8	0,99	23,1
	BASTANTE O MUCHO	35,6%	6,4	24,2 ; 48,9	1,14	17,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	35,6%	2,3	31,1 ; 40,3	2,68	6,5
	REGULAR	16,5%	1,2	14,2 ; 19,1	1,27	7,5
	BASTANTE O MUCHO	47,9%	2,7	42,6 ; 53,3	3,38	5,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	46,3%	2,5	41,3 ; 51,3	2,49	5,5
	REGULAR	16,4%	1,3	14,0 ; 19,1	1,18	7,9
	BASTANTE O MUCHO	37,4%	2,7	32,2 ; 42,8	2,97	7,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	22,9%	1,5	20,1 ; 26,0	1,43	6,5
	REGULAR	24,0%	1,6	21,1 ; 27,3	1,56	6,5
	BASTANTE O MUCHO	53,1%	1,8	49,5 ; 56,6	1,47	3,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	20,7%	1,8	17,4 ; 24,4	2,16	8,5
	REGULAR	24,6%	1,5	21,8 ; 27,7	1,37	6,1
	BASTANTE O MUCHO	54,7%	2,0	50,7 ; 58,7	1,92	3,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	77,9%	1,8	74,0 ; 81,3	1,81	2,3
	REGULAR	8,9%	1,0	7,0 ; 11,2	1,25	11,7
	BASTANTE O MUCHO	13,3%	1,4	10,7 ; 16,3	1,57	10,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	42,1 %	2,1	38,0 ; 46,4	2,16	5,1
	REGULAR	15,3 %	1,2	13,0 ; 17,9	1,35	8,1
	BASTANTE O MUCHO	42,6%	2,1	38,5 ; 46,8	2,05	4,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	33,3%	2,1	29,2 ; 37,7	2,35	6,4
	REGULAR	15,6%	1,2	13,3 ; 18,2	1,34	7,9
	BASTANTE O MUCHO	51,1%	2,1	46,9 ; 55,2	2,07	4,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	42,5%	2,2	38,3 ; 46,9	2,21	5,1
	REGULAR	12,9%	1,1	10,9 ; 15,2	1,22	8,5
	BASTANTE O MUCHO	44,6%	2,1	40,5 ; 48,8	2,05	4,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	2,3%	0,5	1,5 ; 3,4	1,15	20,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	66,1%	1,7	62,7 ; 69,3	1,43	2,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	31,6%	1,6	28,4 ; 34,9	1,44	5,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	5,3%	0,8	3,9 ; 7,1	1,45	15,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	67,4 %	1,8	63,6 ; 70,9	1,76	2,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	27,3 %	1,7	24,1 ; 30,8	1,63	6,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MUJER UNIDA						
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	8,1%	1,0	6,3 ; 10,3	1,60	12,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	71,3%	2,0	67,3 ; 75,1	2,19	2,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	20,6%	1,6	17,7 ; 23,8	1,69	7,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	11,1%	1,0	9,3 ; 13,2	1,09	8,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	70,0%	1,7	66,6 ; 73,3	1,56	2,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	18,8 %	1,2	16,5 ; 21,4	1,11	6,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	1,8 %	0,5	1,1 ; 3,0	1,33	25,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	48,5 %	1,9	44,8 ; 52,2	1,63	3,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	49,7 %	1,8	46,1 ; 53,3	1,50	3,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILLO	NUNCA	2,7 %	0,6	1,8 ; 4,0	1,35	20,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	44,1%	1,6	40,9 ; 47,3	1,22	3,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	53,2 %	1,6	50,0 ; 56,4	1,22	3,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	1,1 %	0,3	0,6 ; 1,9	1,01	28,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	39,6%	1,5	36,7 ; 42,7	1,11	3,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	59,3 %	1,5	56,2 ; 62,3	1,12	2,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	19,5 %	1,4	16,9 ; 22,4	1,40	7,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	67,4 %	1,7	64,0 ; 70,7	1,48	2,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,1 %	1,0	11,1 ; 15,3	1,11	8,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTRO	NUNCA	96,0 %	1,9	90,2 ; 98,4	1,45	1,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	1,0 %	1,0	0,1 ; 6,7	1,60	100
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	3,1 %	1,6	1,1 ; 8,3	1,36	51,3
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	45,3%	2,0	41,3 ; 49,4	1,92	4,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	15,8%	1,2	13,5 ; 18,4	1,30	7,8
	REGULAR	26,8%	1,6	23,8 ; 30,1	1,43	5,8
	BASTANTE O MUCHO	57,4%	2,0	53,3 ; 61,4	1,95	3,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE LA PIEL	NADA O POCO	9,0%	0,9	7,3 ; 11,0	1,23	10,5
	REGULAR	23,6%	1,5	20,7 ; 26,7	1,42	6,3
	BASTANTE O MUCHO	67,5 %	1,6	64,2 ; 70,6	1,38	2,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	13,8%	1,2	11,6 ; 16,3	1,37	8,7
	REGULAR	24,8%	1,4	22,1 ; 27,7	1,19	5,6
	BASTANTE O MUCHO	61,4%	1,8	57,9 ; 64,9	1,51	2,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL ECONÓMICO	NADA O POCO	41,9%	1,6	38,8 ; 45,1	1,18	3,8
	REGULAR	38,4%	1,6	35,3 ; 41,6	1,20	4,1
	BASTANTE O MUCHO	19,7%	1,4	17,1 ; 22,7	1,44	7,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ESTUDIOS	NADA O POCO	23,2%	2,3	19,0 ; 28,0	1,52	9,8
	REGULAR	19,9%	1,9	16,5 ; 23,9	1,13	9,4
	BASTANTE O MUCHO	56,9%	2,6	51,6 ; 62,0	1,47	4,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	47,9%	2,0	44,0 ; 51,7	1,64	4,1
	REGULAR	27,1 %	1,5	24,2 ; 30,3	1,29	5,7
	BASTANTE O MUCHO	25,1%	1,7	21,8 ; 28,6	1,65	6,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	4,9%	0,7	3,7 ; 6,5	1,17	14,1
	REGULAR	16,8%	1,5	14,0 ; 20,0	1,85	9,0
	BASTANTE O MUCHO	78,3 %	1,7	74,6 ; 81,5	2,00	2,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	21,8%	1,6	18,8 ; 25,2	1,74	7,4
	REGULAR	30,4%	1,7	27,2 ; 33,8	1,50	5,5
	BASTANTE O MUCHO	47,8%	2,0	43,8 ; 51,8	1,86	4,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	16,7%	1,3	14,3 ; 19,4	1,36	7,7
	REGULAR	27,8%	1,4	25,1 ; 30,6	1,11	5,0
	BASTANTE O MUCHO	55,5 %	2,1	51,4 ; 59,5	1,97	3,7

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MUJER UNIDA						
DISCRIMINACIÓN POR: SEXO	PREVALENCIA DE VIDA	9,0 %	1,0	7,1 ; 11,3	1,53	11,6
DISCRIMINACIÓN POR: EDAD	PREVALENCIA DE VIDA	6,1%	0,7	4,8 ; 7,6	1,01	11,6
DISCRIMINACIÓN POR: PESO	PREVALENCIA DE VIDA	6,5%	0,8	5,0 ; 8,4	1,35	12,9
DISCRIMINACIÓN POR: COLOR DE PIEL	PREVALENCIA DE VIDA	2,0%	0,5	1,2 ; 3,3	1,47	24,8
DISCRIMINACIÓN POR: FORMA DE VESTIR	PREVALENCIA DE VIDA	6,1%	0,9	4,7 ; 8,1	1,47	13,9
DISCRIMINACIÓN POR: CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	13,9 %	1,2	11,6 ; 16,5	1,45	8,8
DISCRIMINACIÓN POR: NIVEL EDUCATIVO	PREVALENCIA DE VIDA	11,7%	1,3	9,4 ; 14,6	1,92	11,2
DISCRIMINACIÓN POR: RELIGIÓN	PREVALENCIA DE VIDA	3,0%	0,5	2,1 ; 4,3	1,15	17,9
DISCRIMINACIÓN POR: AMISTADES	PREVALENCIA DE VIDA	3,2%	0,5	2,4 ; 4,4	0,94	15,6
DISCRIMINACIÓN POR: LUGAR DE NACIMIENTO	PREVALENCIA DE VIDA	3,5%	0,6	2,5 ; 4,8	1,09	16,2
DISCRIMINACIÓN POR: OTRA	PREVALENCIA DE VIDA	2,0%	0,4	1,3 ; 3,1	1,10	21,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	10,6%	1,6	7,9 ; 14,1	1,55	14,8
	REGULAR	28,6%	2,2	24,4 ; 33,1	1,42	7,7
	BASTANTE O MUCHO	60,8%	2,6	55,6 ; 65,8	1,69	4,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	15,5%	2,0	12,0 ; 19,8	1,76	12,8
	REGULAR	30,8%	2,1	26,8 ; 35,2	1,24	6,9
	BASTANTE O MUCHO	53,7%	2,4	48,9 ; 58,4	1,36	4,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	9,7%	2,0	6,4 ; 14,4	1,17	20,5
	REGULAR	32,7%	3,0	27,0 ; 39,0	1,09	9,3
	BASTANTE O MUCHO	57,6%	3,2	51,2 ; 63,7	1,08	5,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	18,4%	2,2	14,4 ; 23,2	1,95	12,1
	REGULAR	37,1%	2,2	32,9 ; 41,5	1,21	5,9
	BASTANTE O MUCHO	44,6%	2,7	39,3 ; 49,9	1,74	6,0
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES	NADA O POCO	21,6%	2,9	16,5 ; 27,8	1,02	13,2
	REGULAR	30,0%	3,5	23,6 ; 37,3	1,24	11,6
	BASTANTE O MUCHO	48,4%	3,5	41,6 ; 55,2	1,02	7,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	55,0%	2,5	50,0 ; 59,9	1,51	4,6
	REGULAR	28,8%	2,2	24,5 ; 33,4	1,45	7,8
	BASTANTE O MUCHO	16,2%	1,5	13,4 ; 19,5	1,01	9,4
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	39,0%	1,4	36,2 ; 41,9	1,01	3,7
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE MES	5,3%	0,6	4,2 ; 6,7	0,94	12,0
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA EN EL AÑO	12,8%	1,1	10,7 ; 15,2	1,32	8,8
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	10,8%	1,1	8,7 ; 13,3	1,59	10,7
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL MES	0,9%	0,3	0,4 ; 1,6	1,06	32,5
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	2,7%	0,6	1,8 ; 4,1	1,37	20,7
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	3,2%	0,6	2,2 ; 4,5	1,22	17,9
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL MES	0,6%	0,2	0,3 ; 1,2	1,05	40,2
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	1,3%	0,4	0,7 ; 2,5	1,63	32,4
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	3,4%	0,5	2,5 ; 4,7	1,00	15,6
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL MES	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	1,05	57,7
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL AÑO	1,0%	0,3	0,5 ; 1,9	1,17	31,7
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA ACTUAL	0,4%	0,2	0,2 ; 1,1	1,21	48,9
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	PADRES	21,1%	7,4	10,0 ; 39,1	1,22	34,9
	HIJOS	3,0%	2,9	0,4 ; 18,7	1,12	99,2
	OTROS PARIENTES	5,3%	3,7	1,3 ; 19,3	1,01	69,8
	PAREJA	75,3%	8,5	55,2 ; 88,3	1,41	11,3
	LABORALES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	ESTUDIOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MUJER UNIDA						
	ECONÓMICOS	9,9 %	4,8	3,6 ; 24,4	0,98	48,9
	SALUD FÍSICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	SALUD FAMILIAR	2,6%	2,6	0,3;16,6	0,97	99,6
	SEPARACIÓN DE LA FAMILIA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	MUERTE DE UN HIJO	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	MUERTE DE ALGUNOS DE LOS PADRES	4,5%	3,1	1,1 ;16,1	0,83	68,9
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	SIN MOTIVOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	OTROS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	39,1%	2,0	35,3 ; 43,1	1,93	5,1
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ANUAL	18,5%	1,4	15,8 ; 21,4	1,53	7,6
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	16,6%	1,4	14,0 ; 19,6	1,69	8,6
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ACTUAL	12,6%	1,2	10,4 ; 15,1	1,42	9,3
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	31,8%	1,9	28,3 ; 35,7	1,88	5,9
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ANUAL	11,1%	1,0	9,2 ; 13,2	1,19	9,1
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE 6 MESES	9,9%	1,0	8,1 ; 12,0	1,28	10,1
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ACTUAL	7,6%	0,8	6,1 ; 9,3	1,10	10,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	5,0%	0,7	3,8 ; 6,6	1,18	13,9
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA	PREVALENCIA DE 6 MESES	4,9%	0,7	3,7 ; 6,4	1,11	13,7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ACTUAL	3,6%	0,6	2,6 ; 5,0	1,15	16,2
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,2	0,3 ; 1,3	1,02	38,3
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	0,6%	0,3	0,2 ; 1,4	1,30	43,7
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,6%	0,3	0,2 ; 1,4	1,30	43,7
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,2	0,1 ; 0,8	1,00	57,4
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	3,3%	0,6	2,3 ; 4,7	1,26	17,7
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	1,8%	0,4	1,1 ; 2,8	1,07	22,6
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,3%	0,4	0,8 ; 2,3	1,17	27,2
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,7%	0,3	0,4 ; 1,5	1,07	35,6
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	2,9%	0,6	1,9 ; 4,4	1,53	21,0
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ANUAL	1,9%	0,4	1,2 ; 2,9	1,12	22,6
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,4%	0,4	0,8 ; 2,4	1,23	27,6
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	0,7%	0,3	0,3 ; 1,5	1,16	37,7
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	19,1%	1,6	16,2 ; 22,4	1,83	8,2
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ANUAL	3,2 %	0,6	2,2 ; 4,5	1,25	18,3
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,6%	0,5	1,7 ; 3,9	1,31	20,6
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ACTUAL	1,4%	0,4	0,8 ; 2,5	1,28	27,8
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	15,3%	1,4	12,8 ; 18,2	1,67	8,9
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ANUAL	8,7%	1,0	6,9 ; 11,0	1,52	11,7
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE 6 MESES	7,9 %	1,0	6,1 ; 10,1	1,58	12,6

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MUJER UNIDA						
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ACTUAL	5,6%	0,8	4,2 ; 7,5	1,46	14,6
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	14,9 %	1,4	12,4 ; 17,8	1,69	9,1
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ANUAL	8,7%	1,0	6,8 ; 10,9	1,51	11,8
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE 6 MESES	7,8%	1,0	6,1 ; 10,0	1,58	12,7
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	5,5%	0,8	4,1 ; 7,4	1,46	14,7
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,7%	0,3	0,3 ; 1,4	1,10	37,1
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,8	0,97	58,0
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,5 %	0,2	0,2 ; 1,3	1,23	44,7
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA ANUAL	0,4%	0,2	0,1 ; 1,1	1,39	57,5
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,4%	0,2	0,1 ; 1,1	1,39	57,5
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,2	0,1 ; 1,0	1,49	71,0
LA MUJER UNIDA MALTRATADA						
PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO EN LA MUJER UNIDA	PREVALENCIA DE VIDA	61,6%	1,9	57,8 ; 65,2	1,69	3,0
PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	LE GRITABA MUCHO	10,7%	1,2	8,6 ; 13,2	1,60	10,8
	TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	12,9%	1,1	10,9 ; 15,2	1,18	8,3
	LA ENGAÑÓ	18,4%	1,5	15,7 ; 21,5	1,64	7,9
	LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	10,4%	1,0	8,5 ; 12,5	1,26	9,8
	LA FORZÓ A RELACIONES SEXUALES	7,6%	1,0	5,9 ; 9,9	1,63	13,1
	SE MOSTRÓ INDIFFERENTE	15,9%	1,3	13,5 ; 18,6	1,46	8,2
	LE MENTÍA MUCHO	20,6%	1,4	18,0 ; 23,6	1,41	6,9
	ERA MUY CELOSO	44,5%	1,6	41,4 ; 47,4	1,16	3,6
	LA CONTROLABA MUCHO	28,7%	1,5	25,9 ; 31,8	1,25	5,2
	LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	18,6%	1,5	15,9 ; 21,6	1,61	7,8
	TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	28,2%	1,7	24,9 ; 31,8	1,73	6,2
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	PRESENCIA DE MALTRATO EN GENERAL	60,9%	1,9	57,0 ; 64,6	1,77	3,1
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA	22,4%	1,5	19,7 ; 25,5	1,41	6,5
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA DE VIDA DE ALGÚN ABUSO	40,0%	1,9	36,3 ; 43,9	1,47	4,8
LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)						
TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	6,9%	1,0	5,2 ; 9,0	1,36	13,9
	ABUSO FÍSICO	29,8%	1,6	26,6 ; 33,1	1,21	5,5
	INSULTOS	34,5%	2,0	30,7 ; 38,5	1,62	5,7
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	16,1%	1,3	13,6 ; 18,8	1,21	8,1
	ABANDONO	5,7%	0,9	4,3 ; 7,7	1,30	15,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)						
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO	5,5%	0,8	4,2; 7,2	1,06	13,8
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL	80,8%	5,8	66,6; 89,9	1,15	7,2
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA	54,4%	7,3	40,0; 68,1	1,11	13,4
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES	NADA O POCO	76,4%	6,1	62,3; 86,3	1,08	8,0
	REGULAR	18,0%	5,5	9,5; 31,5	1,07	30,5
	BASTANTE O MUCHO	5,6%	3,2	1,7; 16,5	1,03	57,7
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	98,8%	1,2	91,9; 99,8	0,62	1,2
	REGULAR	1,2%	1,2	0,2; 8,1	0,62	99,5
	BASTANTE O MUCHO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	84,9%	4,6	4,4; 21,5	0,97	40,8
	REGULAR	10,1%	4,1	4,4; 21,5	0,97	40,8
	BASTANTE O MUCHO	5,0%	2,8	1,6; 14,7	0,89	56,8
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	18,0%	4,8	10,4; 29,3	0,80	26,5
	REGULAR	28,1%	6,7	16,9; 43,0	1,15	23,7
	BASTANTE O MUCHO	53,9%	7,5	39,2; 67,9	1,17	13,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	29,7%	8,8	15,6; 49,3	1,16	29,5
	REGULAR	37,5%	10,0	20,6; 58,2	1,34	26,5
	BASTANTE O MUCHO	32,7 %	9,0	17,8; 52,2	1,16	27,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	60,3%	29,5	11,7; 94,6	1,20	48,9
	REGULAR	39,7%	29,5	5,4; 88,3	1,20	74,2
	BASTANTE O MUCHO	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	20,9%	6,2	11,1; 35,7	1,23	29,9
	REGULAR	23,3%	6,9	12,3; 39,5	1,40	29,7
	BASTANTE O MUCHO	55,9%	7,4	41,2; 69,6	1,14	13
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	25,6%	6,9	14,3; 41,4	1,32	27,1
	REGULAR	20,9%	5,6	11,9; 34,1	1,00	26,9
	BASTANTE O MUCHO	53,6%	7,3	39,3; 67,3	1,11	13,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	21,6%	5,6	12,5; 34,7	0,97	25,9
	REGULAR	27,4%	7,6	15,0; 44,6	1,53	27,9
	BASTANTE O MUCHO	51,0%	7,6	36,3; 65,6	1,22	14,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	15,0%	5,4	7,0; 29,1	1,21	36,4
	REGULAR	22,3%	6,1	12,5; 36,6	1,12	27,3
	BASTANTE O MUCHO	62,7%	7,2	47,8; 75,6	1,15	11,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: TRISTE	NUNCA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	44,8%	7,7	30,4; 60,2	1,27	17,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	55,2%	7,7	39,8 ; 69,6	1,27	14,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: TENSO	NUNCA	2,5%	2,5	0,3 ; 16,2	1,32	99,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	45,2%	7,7	30,8; 60,5	1,26	17,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	52,3%	7,7	37,2 ; 66,9	1,24	14,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: ANGUSTIADO	NUNCA	4,8 %	3,4	1,2 ; 17,9	1,30	69,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	54,4%	7,8	39,1 ; 69,0	1,28	14,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	40,7%	7,6	27,0 ; 56,1	1,23	18,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: IRRITABLE	NUNCA	2,0%	1,9	0,3 ; 12,6	1,00	97,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	58,0%	7,3	43,4 ; 71,4	1,13	12,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	40,0%	7,4	26,6 ; 55,1	1,19	18,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: PREOCUPADO	NUNCA	0,0%	0,0	0,0;0,0	00,0	0,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	35,4%	7,1	22,9 ; 50,3	1,15	20,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	64,6%	7,1	49,7 ; 77,1	1,15	11,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)						
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: TRANQUILO	NUNCA	3,4%	2,4	0,9 ; 12,7	0,88	68,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	69,4%	6,6	55,0 ; 80,8	1,08	9,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	27,2%	6,7	16,1 ; 42,1	1,17	24,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: ALEGRE	NUNCA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	42,6%	7,4	28,9 ; 57,4	1,16	17,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	57,4%	7,4	42,6 ; 71,1	1,16	12,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: ABURRIDO	NUNCA	6,0%	3,6	1,8 ; 18,2	1,16	58,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	75,3%	6,5	60,3 ; 86,0	1,20	8,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	18,6%	6,0	9,4 ; 33,5	1,26	32,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: OTRO	NUNCA	100%	0,0	0,0 ; 100,0	0,0	0,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DESEO DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	57,8 %	7,2	43,3 ; 71,0	1,11	12,4
DESEO DE MORIR	PREVALENCIA EN EL MES	6,8 %	3,8	2,2 ; 19,3	1,19	55,6
DESEO DE MORIR	PREVALENCIA EN EL AÑO	25,5%	6,9	14,3 ; 41,4	1,32	27,1
DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	21,7%	5,2	13,1 ; 33,7	0,83	24,0
DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL MES	2,6%	2,6	0,4 ; 16,8	1,38	99,2
DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	11,3%	4,7	4,8 ; 24,2	1,14	41,3
PLANES SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	5,9%	3,1	2,0 ; 16,1	0,93	53,4
PLANES SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL MES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
PLANES SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL AÑO	2,0 %	2,0	0,3 ; 13,0	1,03	97,7
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	5,6%	3,0	1,9 ; 15,3	0,87	52,7
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL MES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL AÑO	2,0%	1,9	0,3 ; 12,6	1,00	97,9
LA POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	47,0%	6,7	34,2 ; 60,2	0,95	14,3
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	54,9 %	8,0	39,1 ; 69,8	1,36	14,6
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ANUAL	37,6%	7,8	23,8 ; 53,8	1,34	20,6
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	37,6%	7,8	23,8 ; 53,8	1,34	20,6
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ACTUAL	29,4%	6,7	17,9 ; 44,2	1,14	22,9
TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	42,7%	7,6	28,7 ; 58,0	1,24	17,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ANUAL	27,3%	6,4	16,5 ; 41,6	1,09	23,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE 6 MESES	27,3%	6,4	16,5 ; 41,6	1,09	23,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ACTUAL	19,0%	5,4	10,4 ; 32,0	1,00	28,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	3,4%	2,4	0,8 ; 13,4	0,96	72,9
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,1%	3,0	1,6 ; 15,3	0,96	58,5
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ACTUAL	4,8%	2,8	1,5 ; 14,5	0,89	58,1
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	3,6%	2,5	0,9 ; 13,5	0,94	69,1

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)						
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	2,0%	1,9	0,3; 12,6	1,00	97,9
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,0%	1,9	0,3; 12,6	1,00	97,9
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	2,0%	1,9	0,3; 12,6	1,00	97,9
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	13,5 %	4,7	6,5 ; 25,8	1,00	35,1
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	11,8%	4,5	5,4 ; 24,0	1,02	38,1
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	11,8%	4,5	5,4 ; 24,0	1,02	38,1
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	7,0%	3,3	2,6;17,2	0,90	48,0
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	13,0 %	4,9	5,9; 26,2	1,13	38,1
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ANUAL	9,4%	4,0	3,9 ; 21,0	0,99	42,8
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,8%	3,3	1,9 ; 16,7	1,02	56,1
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	4,3%	3,0	1,1 ; 15,9	1,12	69,0
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	19,6 %	6,0	10,3 ; 34,0	1,18	30,5
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ANUAL	8,6 %	4,2	3,1 ; 21,5	1,19	49,3
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	8,6 %	4,2	3,1 ; 21,5	1,19	49,3
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ACTUAL	5,0%	3,5	1,2; 18,3	1,33	69,5
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	23,3 %	6,3	13,2 ; 38,0	1,16	27,0
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ANUAL	17,5 %	5,9	8,6 ; 32,3	1,26	33,8
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES	15,8%	5,7	7,4; 30,6	1,30	36,4
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ACTUAL	11,9%	4,5	5,4 ; 24,0	1,02	38,0
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	23,3%	6,3	13,2 ; 38,0	1,16	27
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ANUAL	17,5 %	5,9	8,6 ; 32,3	1,26	33,8
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE 6 MESES	15,8%	5,7	7,4; 30,6	1,30	36,4
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	11,9%	4,5	5,4; 24,0	1,02	38,0
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0;0,0	0,0	0,0
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0;0,0	0,0	0,0
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	2,0%	2,0	0,3; 13,0	1,03	97,7
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0;0,0	0,0	0,0
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,0%	0,0	0,0;0,0	0,0	0,0
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0;0,0	0,0	0,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DATOS GENERALES: ADOLESCENTE						
EDAD (D _S)	MEDIA ARITMÉTICA	14,5	0,0	14,4 ; 14,7	1,52	0,6
SITUACIÓN LABORAL	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	2,2%	0,9	1,0 ; 4,9	1,66	40,2
	TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	10,1%	1,4	7,6 ; 13,3	1,14	14,2
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	0,2%	0,2	0,0 ; 1, 2	0,83	100
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL	0,2%	0,2	0,0 ; 1,2	0,83	100
	PRIMARIA	19,0%	2,2	15,0 ; 23,8	1,60	11,6

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN	
ADOLESCENTE							
	SECUNDARIA	79,4%	2,3	74,6 ; 83,5	1,56	2,8	
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,9%	0,5	0,3 ; 2,5	1,22	51,6	
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	0,5%	0,3	0,2 ; 1,6	0,84	58,1	
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL	< DE S/. 300	97,6%	1,7	90,5 ; 99,4	0,70	1,8	
	S/. 301 A 600	2,4%	1,7	0,6 ; 9,5	0,70	71,8	
SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE							
PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS	DESEMPLEO	27,5%	2,4	23,0 ; 32,5	1,46	8,8	
	POBREZA	26,5%	2,4	22,1 ; 31,5	1,45	8,9	
	MANEJO ECONÓMICO	6,6%	1,2	4,6 ; 9,3	1,14	18,0	
	CORRUPCIÓN	9,2%	1,6	6,5 ; 12,8	1,50	17,2	
	DELINCUENCIA	6,2%	1,1	4,3 ; 8,8	1,07	18,0	
	VIOLENCIA	8,2%	1,5	5,7 ; 11,7	1,46	18,0	
	INESTABILIDAD POLÍTICA	2,2%	0,7	1,2 ; 4,2	1,18	32,2	
	FALTA DE CONFIANZA	1,5%	0,6	0,7 ; 3,3	1,24	40,5	
	TERRORISMO	2,8%	1,0	1,3 ; 5,7	1,91	36,5	
	FALTA DE CONFIANZA	1,5%	0,6	0,7 ; 3,3	1,24	40,5	
	FALTA DE LIDERAZGO	1,8%	0,7	0,9 ; 3,8	1,33	37,8	
	NARCOTRÁFICO	2,8%	0,8	1,6 ; 4,9	1,15	28,2	
	OTRO	0,9%	1,0	2,2 ; 6,4	1,46	27,1	
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	PREOCUPACIÓN	23,4%	2,3	19,2 ; 28,3	1,43	9,7	
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	34,3%	2,7	29,2 ; 39,9	1,63	7,9	
	DESILUSIÓN	9,2%	1,5	6,7 ; 12,7	1,35	16,4	
	AMARGURA	6,2%	1,2	4,2 ; 8,9	1,16	18,9	
	RABIA	2,6%	0,8	1,4 ; 4,7	1,26	30,9	
	CÓLERA	10,3%	1,7	7,4 ; 14,2	1,51	16,3	
	IMPOTENCIA	1,9%	0,6	1,0 ; 3,4	0,86	30,1	
	RESIGNACIÓN	1,4%	0,7	0,5 ; 3,6	1,66	49,2	
	INDIFERENCIA	3,7%	0,8	2,4 ; 5,7	0,93	22,0	
	FRUSTRACIÓN	0,9%	0,5	0,3 ; 2,7	1,32	53,0	
	INDIGNACIÓN	2,2%	1,0	0,9 ; 5,1	2,12	43,9	
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	1,6%	0,7	0,6 ; 4,0	2,12	43,9	
		OTRO	2,2%	0,9	1,0 ; 4,7	1,72	39,5
	CONFIANZA EN POLICÍAS	NADA O POCO	53,3%	2,5	48,5 ; 58,1	1,21	4,6
REGULAR		35,8%	2,4	31,2 ; 40,6	1,23	6,6	
BASTANTE O MUCHO		10,9%	1,8	7,8 ; 14,9	1,63	16,3	
CONFIANZA EN MILITARES	NADA O POCO	57,9%	2,3	53,3 ; 62,4	1,09	4,0	
	REGULAR	31,3%	2,4	26,7 ; 36,4	1,38	7,8	
	BASTANTE O MUCHO	10,8%	1,8	7,7 ; 14,9	1,66	16,6	
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	24,6%	2,3	20,4 ; 29,4	1,41	9,3	
	REGULAR	26,8%	2,4	20,4 ; 31,8	1,48	9,0	
	BASTANTE O MUCHO	48,6%	2,5	43,7 ; 53,5	1,22	5,1	
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	14,1%	1,9	10,6 ; 18,4	1,57	13,8	
	REGULAR	31,8%	2,1	27,8 ; 36,0	1,01	6,6	
	BASTANTE O MUCHO	54,2%	2,0	50,2 ; 58,1	0,82	3,7	
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	20,9%	2,3	20,4 ; 29,4	1,41	9,3	
	REGULAR	33,6%	2,4	22,3 ; 31,8	1,48	9,0	
	BASTANTE O MUCHO	45,5%	2,5	43,7 ; 53,5	1,22	5,1	
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	83,9%	2,0	79,7 ; 87,4	1,39	2,3	
	REGULAR	13,9%	1,8	10,7 ; 17,9	1,34	13,0	
	BASTANTE O MUCHO	2,2%	0,7	1,2 ; 4,1	1,08	31,1	
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	87,6%	9,2	56,8 ; 97,4	0,33	10,5	
	REGULAR	12,4%	9,2	2,6 ; 43,2	0,33	74,5	
	BASTANTE O MUCHO	0,0%	0,0	0,0;0,0	0,00	0,0	

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADOLESCENTE						
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDE	NADA O POCO	74,5%	2,3	69,7 ; 78,8	1,41	3,1
	REGULAR	19,8%	2,1	16,0 ; 24,2	1,35	10,5
	BASTANTE O MUCHO	5,7%	1,3	3,6 ; 8,8	1,54	22,6
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	10,1%	4,1	4,4 ; 21,7	0,91	40,8
	REGULAR	32,4%	8,5	18,2 ; 50,8	1,59	26,2
	BASTANTE O MUCHO	57,5%	8,5	40,5 ; 72,8	1,41	14,7
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	55,2%	2,8	49,5 ; 60,7	1,62	5,1
	REGULAR	31,4%	2,4	26,9 ; 36,4	1,37	7,7
	BASTANTE O MUCHO	13,4%	1,6	10,5 ; 16,9	1,14	12,1
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	53,0%	2,5	48,0 ; 57,9	1,26	4,7
	REGULAR	31,2%	2,5	26,4 ; 36,4	1,50	8,1
	BASTANTE O MUCHO	15,8%	1,8	12,6 ; 19,7	1,21	11,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	60,4%	8,3	43,3 ; 75,3	1,52	13,8
	REGULAR	9,5%	5,2	3,1 ; 25,7	1,64	54,6
	BASTANTE O MUCHO	30,1%	7,9	17,0 ; 47,5	1,55	26,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIO	NADA O POCO	40,2%	2,6	35,1 ; 45,5	1,43	6,6
	REGULAR	22,1%	2,3	17,9 ; 26,8	1,45	10,2
	BASTANTE O MUCHO	37,8%	2,6	32,8 ; 43,0	1,41	6,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	51,4%	3,0	45,5 ; 57,2	1,69	5,8
	REGULAR	14,9%	1,8	11,6 ; 18,9	1,25	12,2
	BASTANTE O MUCHO	33,7%	2,9	28,1 ; 39,7	1,83	8,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	79,2%	4,7	68,4 ; 87,0	1,36	5,9
	REGULAR	8,6%	3,1	4,1 ; 17,2	1,28	36,5
	BASTANTE O MUCHO	12,3%	3,6	6,7 ; 21,4	1,25	29,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	54,8%	2,4	50,1 ; 59,5	1,14	4,3
	REGULAR	27,9%	2,2	23,8 ; 32,4	1,20	7,9
	BASTANTE O MUCHO	17,3%	2,1	13,5 ; 21,8	1,52	12,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	29,9%	2,4	25,3 ; 34,9	1,42	9,2
	REGULAR	26,1%	2,0	22,4 ; 30,1	1,00	7,5
	BASTANTE O MUCHO	44,1%	2,5	39,3 ; 49,0	1,23	5,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	76,0%	2,9	69,8 ; 81,2	1,78	3,8
	REGULAR	10,3%	1,7	7,3 ; 14,2	1,26	16,8
	BASTANTE O MUCHO	13,7%	2,5	9,5 ; 19,5	2,08	18,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	45,0%	2,7	39,8 ; 50,3	1,42	5,9
	REGULAR	12,6%	1,7	9,6 ; 16,3	1,26	13,3
	BASTANTE O MUCHO	42,5%	2,6	37,5 ; 47,6	1,35	6,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	38,2%	2,4	33,6 ; 43,0	1,21	6,3
	REGULAR	13,2%	1,4	10,7 ; 16,1	0,80	10,3
	BASTANTE O MUCHO	48,6%	2,5	43,7 ; 53,6	1,27	5,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	41,3%	2,5	36,4 ; 46,3	1,29	6,1
	REGULAR	13,1%	1,5	10,4 ; 16,5	1,03	11,7
	BASTANTE O MUCHO	45,6%	2,6	40,5 ; 50,8	1,38	5,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	4,9%	1,0	3,3 ; 7,2	1,04	20,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	81,8%	1,9	77,7 ; 85,2	1,19	2,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,4%	1,8	10,1 ; 17,4	1,47	13,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	15,8%	1,6	12,9 ; 19,2	0,95	10,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	70,8%	2,1	66,4 ; 74,8	1,09	3,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,5%	1,7	10,4 ; 17,2	1,23	12,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	18,3%	2,0	14,6 ; 22,7	1,40	11,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	68,2%	2,4	63,3 ; 72,7	1,31	3,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,5%	1,7	10,4 ; 17,3	1,30	12,9

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADOLESCENTE						
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	21,7%	1,9	18,1 ; 25,8	1,11	0,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	60,6%	2,3	56,0 ; 65,1	1,11	3,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	17,7%	2,0	14,1 ; 21,9	1,33	11,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	7,3%	1,2	5,2 ; 10,1	1,13	16,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	67,3%	2,3	62,7 ; 71,6	1,16	3,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	25,4%	2,0	21,7 ; 29,5	1,03	7,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	3,2%	0,8	1,9 ; 5,3	1,13	26,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	34,9%	2,3	30,4 ; 39,7	1,22	6,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	61,9%	2,5	56,9 ; 66,7	1,30	4,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,3%	0,3	0,0 ; 1,9	1,32	99,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	20,1%	1,9	16,5 ; 24,3	1,18	9,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	79,6%	1,9	75,5 ; 83,1	1,14	2,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	20,9%	2,0	17,2 ; 25,2	1,25	9,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	64,8%	2,6	59,5 ; 69,7	1,46	4,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	14,3%	1,9	10,9 ; 18,6	1,54	13,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTRO SENTIMIENTO	NUNCA	96,2%	2,5	86,9 ; 99,0	1,26	2,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	0,9%	0,9	0,1 ; 6,5	0,72	100
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	2,9%	2,3	0,6 ; 12,8	1,38	77,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	9,6%	1,7	6,8 ; 13,4	1,59	17,2
	REGULAR	21,1%	2,3	16,9 ; 26,1	1,64	11,0
	BASTANTE O MUCHO	69,3%	2,9	63,2 ; 74,7	2,01	4,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	12,5%	1,6	9,6 ; 16,1	1,24	13,1
	REGULAR	27,8%	2,5	23,1 ; 33,1	1,61	9,1
	BASTANTE O MUCHO	59,7%	2,8	54,2 ; 65,1	1,59	4,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE LA PIEL	NADA O POCO	7,8%	1,5	5,3 ; 11,2	1,50	18,8
	REGULAR	15,5%	1,9	12,1 ; 19,7	1,38	12,2
	BASTANTE O MUCHO	76,7%	2,1	72,2 ; 80,7	1,30	2,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	7,9%	1,3	5,6 ; 11,0	1,24	17,0
	REGULAR	25,2%	2,3	20,9 ; 30,0	1,42	9,2
	BASTANTE O MUCHO	66,9%	2,5	61,8 ; 71,6	1,40	3,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	20,5%	2,2	16,4 ; 25,3	1,52	10,8
	REGULAR	41,8%	2,6	36,7 ; 47,1	1,41	6,2
	BASTANTE O MUCHO	37,7%	2,8	32,3 ; 43,4	1,68	7,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ (ESTUDIA)	NADA O POCO	5,1%	1,7	2,6 ; 9,8	1,05	33,6
	REGULAR	20,6%	3,2	14,9 ; 27,7	1,10	15,8
	BASTANTE O MUCHO	74,3%	3,7	66,2 ; 81,0	1,26	5,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	10,3%	2,0	7,0 ; 14,9	2,11	19,1
	REGULAR	31,5%	2,5	26,8 ; 36,6	1,44	7,9
	BASTANTE O MUCHO	58,2%	2,7	52,8 ; 63,4	1,48	4,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	10,2%	1,5	7,5 ; 13,6	1,29	15,1
	REGULAR	19,7%	2,0	16,1 ; 23,9	1,22	10,0
	BASTANTE O MUCHO	70,1%	2,3	65,4 ; 74,4	1,23	3,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	14,1%	1,8	10,9 ; 18,0	1,30	12,6
	REGULAR	20,7%	2,1	16,9 ; 25,1	1,30	10,0
	BASTANTE O MUCHO	65,2%	2,3	60,6 ; 69,5	1,13	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	24,2%	7,3	12,7 ; 41,2	1,58	30,1
	REGULAR	25,2%	7,0	13,9 ; 41,3	1,42	27,8
	BASTANTE O MUCHO	50,7%	8,0	35,2 ; 66,0	1,41	15,9

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADOLESCENTE						
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	24,0%	7,0	9,8 ; 37,7	1,67	34,5
	REGULAR	36,2%	7,4	23,2 ; 51,6	1,28	20,3
	BASTANTE O MUCHO	43,4%	7,8	29,1 ; 58,9	1,33	17,9
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	11,8%	5,4	4,6 ; 27,1	1,07	45,3
	REGULAR	27,8%	8,4	14,1 ; 46,6	1,38	30,7
	BASTANTE O MUCHO	60,7%	8,9	42,5 ; 76,4	1,30	14,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	24,8%	7,0	13,5 ; 41,0	1,44	28,3
	REGULAR	44,4%	8,2	29,2 ; 60,6	1,49	18,5
	BASTANTE O MUCHO	30,8%	6,9	19,0 ; 45,8	1,22	22,4
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	41,6%	8,9	25,7 ; 59,5	1,46	21,3
	REGULAR	28,9%	7,1	17,1 ; 44,6	1,10	24,5
	BASTANTE O MUCHO	29,5%	7,5	17,0 ; 46,0	1,21	25,4
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	9,1%	4,2	3,6 ; 21,4	0,98	45,9
	REGULAR	20,9%	7,6	9,7 ; 39,5	1,60	36,1
	BASTANTE O MUCHO	70,0%	8,2	51,9 ; 83,4	1,47	11,7
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	9,8%	1,5	7,3 ; 13,2	1,22	14,9
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA	45,1%	2,5	40,1 ; 50,2	1,32	5,6
PREVALENCIA DE TENDENCIAS DELICTIVAS	PREVALENCIA	10,6%	1,4	8,1 ; 13,8	1,10	13,6
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	25,9%	2,1	21,9 ; 30,3	1,17	8,2
	PREVALENCIA ÚLTIMO MES	5,1%	1,3	3,1 ; 8,3	1,66	24,7
	PREVALENCIA ÚLTIMO AÑO	13,5%	1,9	10,1 ; 17,7	1,57	14,1
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	7,9%	1,3	5,7 ; 11,0	1,20	16,6
	PREVALENCIA ÚLTIMO MES	1,5%	0,5	0,8 ; 3,0	0,92	34,3
	PREVALENCIA ÚLTIMO AÑO	4,7%	1,0	3,1 ; 7,1	1,14	21,4
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	3,2%	0,8	1,9 ; 5,3	1,12	26,1
	PREVALENCIA ÚLTIMO MES	0,9%	0,4	0,4 ; 2,2	0,96	45,6
	PREVALENCIA ÚLTIMO AÑO	1,3%	0,5	0,6 ; 2,6	0,86	36,3
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	2,0%	0,6	1,1 ; 3,7	1,02	31,4
	PREVALENCIA EN EL MES	0,6%	0,3	0,2 ; 1,7	0,93	57,2
	PREVALENCIA EN EL AÑO	0,9%	0,4	0,4 ; 2,1	8,88	44,4
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	20,0%	2,2	16,1 ; 24,6	1,47	10,8
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA	0,9%	0,4	0,4 ; 2,1	0,88	44,4
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	1,4%	0,6	0,6 ; 3,4	1,40	44,0
	PREVALENCIA EN EL MES	0,7%	0,5	0,1 ; 3,3	2,18	79,2
	PREVALENCIA EN EL AÑO	0,8%	0,6	0,2 ; 3,1	1,94	68,7
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	9,5%	9,1	1,3 ; 46,2	0,92	96,1
	PADRES	81,6%	12,0	47,6 ; 95,6	0,91	14,7
	OTROS PARIENTES	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	PAREJA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	LABORALES	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	ESTUDIOS	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	SEPARACIÓN DE FAMILIAR	32,9%	15,7	10,7 ; 66,8	1,06	47,7
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	14,5%	13,2	2,0 ; 58,1	1,32	90,7
TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS ES MUY IMPORTANTE	85,4%	1,8	81,5 ; 88,6	1,29	2,1
	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	68,6%	2,2	64,1 ; 72,7	1,10	3,2
	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	77,7%	2,4	72,6 ; 82,0	1,56	3,1
	PARTICIPA ACTIVAMENTE EN ALGÚN GRUPO RELIGIOSO	18,3%	1,8	15,1 ; 22,2	1,03	9,8
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	64,5%	3,0	58,3 ; 70,2	1,90	4,7
	TRANSMITE RELIGIÓN A LOS HIJOS	7,0%	1,7	4,4 ; 11,1	2,01	23,7

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADOLESCENTE						
	TRANSMITE RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	19,9%	2,2	15,9 ; 24,6	1,43	11,0
	HAS CAMBIADO DE RELIGIÓN	5,8%	1,3	3,7 ; 9,1	1,59	23,2
	CREES QUE PRACTICAR UNA RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS	68,6%	2,2	64,1 ; 72,7	1,10	3,2
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL (RUIDO, VENTILACIÓN, ESPACIO, OLORES)	PREVALENCIA	38,9%	2,3	34,5 ; 43,5	1,08	5,8
CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE	MEDIA ARITMÉTICA	7,9%	0,1	7,7 ; 8,0	1,49	0,8
PRESENCIA ACTUAL DE POR LO MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA ACTUAL	34,1%	3,0	28,4 ; 40,4	2,07	8,9
PREVALENCIA ACTUAL DE TAG PURA SIN DEPRESIÓN	PREVALENCIA ACTUAL	5,3%	1,0	3,6 ; 7,8	1,04	19,1
PREVALENCIA ACTUAL DE TAG PURA SIN DEPRESIÓN AJUSTADA	PREVALENCIA ACTUAL	4,8%	1,0	3,2 ; 7,1	1,05	20,4
PREVALENCIA ACTUAL DE TAG COMÓRBIDA	PREVALENCIA ACTUAL	8,6%	1,3	6,4 ; 11,5	1,08	15,1
PREVALENCIA ACTUAL DE FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	4,3%	1,1	2,6 ; 6,9	1,37	24,7
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	7,3%	1,2	5,2 ; 10,2	1,14	16,9
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	1,0%	0,4	0,4 ; 2,4	1,02	45,9
PREVALENCIA ACTUAL DE BULIMIA NERVOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,2	0,1 ; 1,4	0,87	71,3
PRESENCIA DE CONDUCTAS BULÍMICAS	PREVALENCIA ACTUAL	3,7%	1,0	2,1 ; 6,3	1,48	27,7
PREVALENCIA DE LA TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PREVALENCIA	6,1%	1,4	3,9 ; 9,5	1,69	22,7
ANOREXIA NERVOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,6%	0,3	0,2 ; 1,9	1,09	61,6
IMC INFERIOR AL UMBRAL CRÍTICO PARA LA TALLA Y PESO	PREVALENCIA	25,3%	2,2	21,2 ; 29,8	1,24	8,5
PREVALENCIA DE VIDA CON AL MENOS 5 CRITERIOS DE PSICOSIS	PREVALENCIA DE VIDA	2,5%	0,9	1,3 ; 4,9	1,49	33,6
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	7,3%	1,3	5,1 ; 10,4	1,27	17,9
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	MEDIA ARITMÉTICA	12,5%	0,2	12,0 ; 12,9	1,44	1,7
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL POR GRUPOS ETARIOS	4-7 AÑOS	4,3 %	1,1	2,6 ; 7,0	1,39	24,7
	8-12 AÑOS	18,7%	2,2	14,8 ; 23,4	1,57	11,6
	13-17 AÑOS	33,0%	2,7	27,8 ; 38,5	1,67	8,2
	NUNCA	43,6%	3,3	37,3 ; 50,1	2,17	7,5
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	56,4%	3,3	49,9 ; 62,7	2,17	5,8
PREVALENCIA EN EL MES DE CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA AL MES	6,9%	1,3	4,7 ; 10,0	1,39	19,3
PREVALENCIA DE EMBRIAGUEZ EN EL ÚLTIMO MES	PREVALENCIA AL MES	1,4%	0,5	0,7 ; 2,9	0,93	35,6
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA AL ABUSO DE ALCOHOL	POR LO MENOS 1 CRITERIO	16,4%	2,0	12,9 ; 20,7	1,40	11,9
	POR LO MENOS 3 CRITERIOS	1,1%	0,4	0,5 ; 2,5	0,90	39,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA (INCL. ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	62,6%	3,0	56,5 ; 68,4	1,98	4,8

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADOLESCENTE						
PREVALENCIA EN EL MES DE CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA (INCL. ALCOHOL)	PREVALENCIA AL MES	12,0%	1,7	9,0 ; 15,8	1,38	14,2
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES (INCL. ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	62,6%	3,0	56,5 ; 68,4	1,98	4,8
	PREVALENCIA EN EL MES	12,0%	1,7	9,0 ; 15,8	1,38	14,2
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA EN EL MES	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	21,6%	2,4	17,2 ; 26,8	1,73	11,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO CONSUMO DE TABACO	MEDIA ARITMÉTICA	13,8%	0,2	13,3 ; 14,2	1,26	1,7
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA EN EL MES	4,2%	0,8	2,8 ; 6,1	0,87	20,0
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA ÚLTIMA SEMANA	1,8%	0,6	0,9 ; 3,3	0,96	32,6
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE INHALANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	1,0%	0,4	0,4 ; 2,2	0,81	40,1
	PREVALENCIA ÚLTIMO MES	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ÚLTIMA SEMANA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,2	0,1 ; 1,3	0,80	70,8
PREVALENCIA DE ABORTO ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO, O EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE) EN ALGÚN MOMENTO	PREVALENCIA DE VIDA	57,4%	2,9	51,6 ; 62,9	1,67	5,0
ABUSO DE TIPO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	3,5%	0,9	2,1 ; 5,8	1,23	26,0
ABUSO FÍSICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	32,5%	2,4	28,0 ; 37,3	1,28	7,3
ABUSO PSICOLÓGICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	49,1%	2,7	43,7 ; 54,5	1,52	5,6
ABANDONO DEL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	7,0%	1,2	5,0 ; 9,7	1,06	16,7
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (POBLACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL)	PREVALENCIA DE VIDA	44,9%	2,9	39,2 ; 50,8	1,76	6,5
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL (EN ADOLESCENTES)	PREVALENCIA DE VIDA	8,0%	2,3	4,5 ; 13,8	1,68	28,4
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN PUESTOS O CENTROS DE SALUD (EN ADOLESCENTES)	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	13,4%	8,9	3,3 ; 41,6	1,95	66,7
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN POSTA O POLICLÍNICO ESSALUD (EN ADOLESCENTES)	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	5,5%	5,0	0,8 ; 28,5	1,39	91,9
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN HOSPITAL GENERAL MINSA (EN ADOLESCENTES)	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	9,5%	5,6	2,8 ; 27,5	1,02	58,7

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DATOS GENERALES: ADULTO MAYOR						
EDAD	MEDIA ARITMÉTICA (DS)	70,27%	0,5	69,35; 71,19	1,13	0,7
EDAD POR GRUPOS ETARIOS (15 AÑOS)	VIEJO JOVEN (60-74 AÑOS)	68,4%	3,2	61,7; 74,4	1,29	4,7
	VIEJO VIEJO (75-84 AÑOS)	29,7%	3,3	23,6; 36,6	1,39	11,1
	MUY VIEJO (>= 85)	1,9%	0,9	0,8; 4,7	1,10	46,1
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	PREVALENCIA	38,2%	3,1	31,7; 45,1	1,32	8,9
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	PREVALENCIA	1,8%	0,9	0,6; 5,0	1,39	53,8
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	32,1%	3,4	25,8; 39,1	1,40	10,5
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL	25,1%	3,2	19,3; 32,0	1,47	12,8
	INICIAL / PREESCOLAR	0,8%	0,5	0,2; 3,1	1,04	71,2
	PRIMARIA	44,4%	3,7	37,1; 51,8	1,51	8,4
	SECUNDARIA	15,9%	2,6	11,4; 21,7	1,32	16,2
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	8,0%	1,9	5,0; 12,6	1,27	23,3
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	5,8%	1,8	3,1; 10,8	1,66	31,6
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL	< DE S/. 300	54,3%	5,1	44,2; 64,1	1,61	9,4
	S/. 301 A 600	18,8%	3,4	12,9; 26,6	1,19	18,3
	S/. 601A 1200	21,0%	4,6	13,3; 31,5	1,93	21,8
	> DE S/. 1200	5,9%	2,2	2,7; 12,2	1,38	38,1
SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR						
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	36,5%	5,5	26,4; 48,0	1,42	15,2
	REGULAR	19,8%	4,2	12,7; 29,5	1,21	21,4
	BASTANTE O MUCHO	43,7%	5,8	32,7; 55,4	1,48	13,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	REGULAR	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	BASTANTE O MUCHO	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	36,3%	3,6	29,5; 43,6	1,42	9,8
	REGULAR	19,8%	3,0	14,6; 26,3	1,42	14,9
	BASTANTE O MUCHO	44,0%	3,7	36,8; 51,4	1,45	8,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	44,5%	5,2	34,5; 55,0	1,44	11,8
	REGULAR	13,3%	3,4	7,9; 21,5	1,26	25,2
	BASTANTE O MUCHO	42,2%	5,5	31,9; 53,3	1,59	13,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	24,6%	3,2	18,9; 31,5	1,42	12,9
	REGULAR	24,2%	3,2	18,5; 31,0	1,42	13,1
	BASTANTE O MUCHO	51,2%	3,8	43,7; 58,6	1,47	7,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	20,0%	3,0	14,7; 26,7	1,49	15,2
	REGULAR	16,3%	2,7	11,6; 22,4	1,39	16,6
	BASTANTE O MUCHO	63,6%	3,5	56,4; 70,3	1,37	5,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	81,9%	2,5	76,5; 86,4	0,88	3,0
	REGULAR	6,1%	1,7	3,5; 10,5	1,06	27,9
	BASTANTE O MUCHO	12,0%	2,3	8,1; 17,3	1,05	19,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	51,3%	3,8	43,9; 58,7	1,43	7,3
	REGULAR	13,1%	2,7	8,6; 19,4	1,63	20,7
	BASTANTE O MUCHO	35,6%	3,7	28,6; 43,2	1,52	10,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	46,9%	3,8	39,5; 54,5	1,48	8,1
	REGULAR	13,7%	2,6	9,3; 19,8	1,49	19,2
	BASTANTE O MUCHO	39,3%	3,8	32,2; 47,0	1,50	9,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	52,8%	3,9	45,1; 60,4	1,52	7,3
	REGULAR	12,7%	2,6	8,3; 18,9	1,60	20,9
	BASTANTE O MUCHO	34,5%	3,6	27,7; 42,0	1,48	10,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	90,2%	5,8	71,4; 97,1	1,29	6,4
	REGULAR	2,9%	2,9	0,4; 18,7	1,01	100
	BASTANTE O MUCHO	6,9%	5,1	1,5; 26,3	1,36	73,4

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO MAYOR						
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	8,4%	2,4	4,8; 14,5	1,91	28,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONAL MENTE	61,3%	3,6	54,0; 68,0	1,40	5,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	30,3%	3,0	24,6; 36,7	1,15	10,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	14,9%	2,7	10,3; 21,1	1,49	18,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONAL MENTE	66,3%	3,5	59,1; 72,8	1,38	5,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	18,8%	2,8	13,9; 24,9	1,28	14,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGSTIADO	NUNCA	15,9%	2,8	11,1; 22,1	1,47	17,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONAL MENTE	67,2%	3,6	59,8; 73,9	1,49	5,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	16,9%	2,4	12,6; 22,3	1,08	14,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	19,6%	2,6	15,0; 25,2	1,10	13,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONAL MENTE	60,0%	3,5	52,9; 66,7	1,33	5,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	20,4%	2,7	15,5; 26,3	1,18	13,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	7,2%	1,7	4,4; 11,5	1,19	24,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONAL MENTE	46,1%	3,9	38,6; 53,8	1,56	8,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	46,7%	3,8	39,2; 54,4	1,54	8,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILLO	NUNCA	1,9%	0,9	0,8; 4,8	1,11	46,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONAL MENTE	38,8%	3,6	32,0; 46,1	1,41	9,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	59,3%	3,7	51,8; 66,4	1,49	6,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	2,5%	0,9	1,2; 4,9	0,81	34,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONAL MENTE	43,2%	3,5	36,5; 50,3	1,30	8,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	54,3%	3,4	47,5; 60,9	1,23	6,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	27,9%	3,1	22,1; 34,5	1,28	11,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONAL MENTE	59,2%	3,5	52,0; 65,9	1,33	5,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,9%	2,2	9,2; 17,9	1,09	16,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTRO	NUNCA	83,7%	10,5	52,8; 95,9	2,12	12,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONAL MENTE	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	16,3%	10,5	4,1; 47,2	2,12	64,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	16,1%	0,2	15,6; 16,5	1,50	1,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	11,9%	2,2	8,2; 16,9	1,11	18,2
	REGULAR	29,8%	3,4	23,5; 36,9	1,36	11,4
	BASTANTE O MUCHO	58,4%	3,9	50,5; 65,8	1,55	6,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	19,1%	3,0	13,9; 25,8	1,45	15,6
	REGULAR	24,4%	2,8	19,3; 30,4	1,06	11,4
	BASTANTE O MUCHO	56,4%	3,8	48,8; 63,7	1,46	6,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	9,0%	1,9	5,8; 13,7	1,14	21,5
	REGULAR	24,2%	3,1	18,5; 30,8	1,31	12,8
	BASTANTE O MUCHO	66,8%	3,5	59,5; 73,4	1,38	5,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL ECONÓMICO	NADA O POCO	38,0%	3,5	31,3; 45,2	1,33	9,3
	REGULAR	36,9%	3,1	30,9; 43,3	1,07	8,5
	BASTANTE O MUCHO	25,1%	3,3	19,1; 32,3	1,48	13,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ	NADA O POCO	27,0%	6,0	16,8; 40,4	1,52	22,3
	REGULAR	23,2%	5,7	13,9; 36,2	1,49	24,4
	BASTANTE O MUCHO	49,8%	6,3	37,5; 62,1	1,34	12,7

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO MAYOR						
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	16,5%	2,4	12,3; 21,8	1,06	14,5
	REGULAR	26,8%	2,9	21,4; 32,9	1,10	10,8
	BASTANTE O MUCHO	56,7%	3,6	49,5; 63,6	1,33	6,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	54,7%	4,1	46,6; 62,6	1,44	7,4
	REGULAR	18,9%	2,7	14,1; 24,9	1,03	14,3
	BASTANTE O MUCHO	26,4%	3,6	19,9; 34,1	1,43	13,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	4,3%	1,4	2,2; 8,2	1,25	33,1
	REGULAR	17,6%	2,4	13,3; 22,9	1,04	13,8
	BASTANTE O MUCHO	78,1%	2,8	72,1; 83,2	1,17	3,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	7,4%	1,8	4,6; 11,9	1,20	24,1
	REGULAR	25,1%	2,7	20,1; 30,9	1,02	10,9
	BASTANTE O MUCHO	67,5%	3,1	61,1; 73,2	1,10	4,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	16,2%	0,4	15,5; 17,0	1,51	2,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	56,6%	5,5	45,5; 67,1	1,32	9,8
	REGULAR	20,0%	4,5	12,6; 30,3	1,33	22,4
	BASTANTE O MUCHO	23,4%	4,6	15,5; 33,8	1,26	19,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	10,0%	3,1	5,3; 18,1	1,18	31,4
	REGULAR	22,3%	3,9	15,6; 31,0	0,94	17,4
	BASTANTE O MUCHO	67,7%	5,0	57,0; 76,8	1,25	7,4
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	10,7%	3,8	5,1; 20,9	1,65	35,8
	REGULAR	25,2%	5,0	16,7; 36,2	1,41	19,7
	BASTANTE O MUCHO	64,1%	5,6	52,6; 74,3	1,45	8,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	7,8%	5,5	1,8; 27,8	1,14	70,3
	REGULAR	13,0%	6,4	4,7; 31,3	0,98	49,0
	BASTANTE O MUCHO	79,2%	7,9	59,4; 90,8	1,04	10,0
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	16,5%	3,8	10,2; 25,5	1,16	23,3
	REGULAR	32,0%	5,6	22,1; 43,9	1,55	17,4
	BASTANTE O MUCHO	51,5%	5,9	39,8; 63,0	1,53	11,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	16,2%	9,3	4,7; 42,9	1,07	57,5
	REGULAR	10,3%	6,7	2,6; 32,5	0,81	65,0
	BASTANTE O MUCHO	73,6%	10,4	49,0; 89,0	0,94	14,2
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	27,4%	3,1	21,7; 34,0	1,29	11,3
	PREVALENCIA EN EL MES	7,3%	1,9	4,4; 12,0	1,40	25,7
	PREVALENCIA EN EL AÑO	10,9%	2,1	7,4; 15,7	1,17	18,9
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	2,5%	1,1	1,0; 6,1	1,45	46,3
	PREVALENCIA EN EL MES	1,6%	0,9	0,5; 5,1	1,58	61,1
	PREVALENCIA EN EL AÑO	1,6%	0,9	0,5; 5,1	1,58	61,1
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA EN EL MES	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA EN EL AÑO	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,3	0,0; 2,4	0,92	100
	PREVALENCIA EN EL MES	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA EN EL AÑO	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS MUY IMPORTANTE	95,4%	1,2	92,3; 97,4	0,93	1,3
	PARTICIPA ACTIVAMENTE	20,9%	3,0	15,6; 27,4	1,40	14,2
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	36,5%	3,7	29,6; 44,1	1,53	10,1
	TRANSMITE RELIGIÓN A HIJOS	44,0%	3,7	36,9; 51,4	1,45	8,4
	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	93,2%	1,5	89,5; 95,6	0,93	1,6
	PREDICA O ENSEÑA RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	25,4%	3,0	19,9; 31,9	1,27	11,9
COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	18,2%	0,2	17,8; 18,6	1,41	1,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO MAYOR						
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA ARITMÉTICA	7,8%	0,1	7,6; 8,1	1,47	1,7
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	6,8%	0,2	6,5; 7,1	1,02	2,6
ALGUNA DISCAPACIDAD FUNCIONAL O INHABILIDAD PRESENTE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	PREVALENCIA DE VIDA	49,8%	3,1	43,7; 55,8	1,01	6,2
PRESENCIA DE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA SEGÚN INFORMANTE	PREVALENCIA DE VIDA	15,2%	2,5	10,9; 20,8	1,28	16,4
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	PREVALENCIA DE VIDA	11,3%	2,2	7,6; 16,4	1,30	19,6
	PREVALENCIA ANUAL	6,9%	1,9	4,0; 11,6	1,44	27,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	7,2%	1,9	4,3; 11,9	1,41	26,1
	PREVALENCIA ACTUAL	6,0%	1,8	3,3; 10,6	1,46	29,2
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	13,0%	2,5	8,7; 18,9	1,54	19,6
	PREVALENCIA ANUAL	7,4%	1,8	4,6; 11,8	1,24	24,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	6,6%	1,7	3,9; 11,0	1,30	26,2
	PREVALENCIA ACTUAL	6,6%	1,7	3,9; 11,0	1,30	26,2
ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	4,2%	1,4	2,1; 7,9	1,26	33,1
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (AUTO-PERCEPCIÓN)	PREVALENCIA DE 6 MESES	22,4%	2,9	17,2; 28,6	1,27	12,8
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA (ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL)	PREVALENCIA DE 6 MESES	26,6%	5,8	16,7; 39,5	1,01	21,9
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN POSTA O POLICLÍNICO ESSALUD	PREVALENCIA	9,7%	6,7	2,3; 32,7	0,86	69,0
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL MINSAL	PREVALENCIA	40,0%	13,3	18,2; 66,6	1,24	33,2
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DE ESSALUD	PREVALENCIA	12,5%	8,3	3,0; 39,3	1,08	66,9
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR	PREVALENCIA	18,7%	9,0	6,7; 42,7	0,90	48,1
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CLÍNICA PARTICULAR	PREVALENCIA	10,8%	7,5	2,5; 36,3	0,99	69,5
PROBLEMAS FÍSICOS O ACCIDENTE	PREVALENCIA DE 6 MESES	51,3%	3,6	44,3; 58,3	1,36	6,9
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO O VIOLENCIA	PREVALENCIA ANUAL	7,5%	1,9	4,5; 12,2	1,35	25,3
PREVALENCIA DE MALTRATO: INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: GOLPES, PUNETES O EMPUJONES	PREVALENCIA ANUAL	1,0%	0,7	0,2; 4,1	1,36	71,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	PREVALENCIA ANUAL	6,9%	1,9	4,0; 11,7	1,46	27,5

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ADULTO MAYOR						
PREVALENCIA DE MALTRATO: CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	PREVALENCIA ANUAL	1,1%	0,6	0,4; 3,1	0,78	51,2
PREVALENCIA DE MALTRATO: SITUACIÓN DE ABANDONO	PREVALENCIA ANUAL	0,5%	0,3	0,2; 1,7	0,47	58,0
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO Y DETERIORO						
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) (0-30 PUNTOS)	MEDIA ARITMÉTICA	24,2%	0,4	23,4; 25,1	1,06	1,7
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) EN GRUPO DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN (CON DISYUNTIVA ENTRE 12 Y 13)	MEDIA ARITMÉTICA	27,2%	0,3	26,5; 27,8	1,27	1,2
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) EN GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN (12 ó 13, 18 ó 19, 22AA ó 22BB)	MEDIA ARITMÉTICA	22,4%	0,6	21,2; 23,6	1,05	2,6
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (< 22)	PREVALENCIA TOTAL	29,5%	3,8	22,6; 37,5	1,20	12,8
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (< 22) PARA GRUPO DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	5,0%	2,9	1,6; 15,0	1,13	56,9
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (< 22) PARA GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	44,8%	5,2	34,8; 55,2	1,18	11,6
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES (ESCALA DE PFEFFER) INDICATIVAS DE DETERIORO (> 6)	PREVALENCIA TOTAL	23,2%	2,8	18,1; 29,2	1,01	12,1
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE < 21 Y PFEFFER > 6)	PREVALENCIA TOTAL	7,1%	1,9	4,1; 11,9	0,84	27,0
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE < 21 Y PFEFFER > 6) PARA GRUPO DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE < 21 Y PFEFFER > 6) PARA GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	11,7%	3,1	6,8; 19,5	0,86	26,6



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida en los departamentos del Perú 2001. Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) – IV Trimestre. Lima: INEI; 2002.
- ² Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi». Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2002; XVIII (1-2): 1-197.
- ³ Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi». Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho 2003. Informe General. Anales de Salud Mental. 2004; XX (1-2).
- ⁴ Murray CJ, López AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors. Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349:1436-1442.
- ⁵ Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349:1498-1504.
- ⁶ Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington DC: OPS-OMS, 1997.
- ⁷ Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion á l'équite. Montreal: Gaëtan Morin Editeur, 1994: 93-98.
- ⁸ World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO, 2001.
- ⁹ Pedersen D, Gamarra J, Planas M, Errázuriz C. Violencia política y salud en las comunidades altoandinas de Ayacucho, Perú. En: La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003: 289-307.
- ¹⁰ Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Salud Mental de una población urbano marginal de Lima, en Serie : Monografías de Investigación No 2. Lima: INSM Honorio Delgado - Hideyo Noguchi», 1995.
- ¹¹ Perales A, Sogi C, Salas RE. Salud Mental en Adolescentes del distrito de Magdalena, en Serie: Monografías de Investigación No.4. Lima: INSM «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi», 1996.
- ¹² Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19.
- ¹³ Corin E, Bibeau G, Matin J-C, Lapaplanche R. Comprendre pour soigner autrement. Canada: Les presses de l'Université de Montréal de Montréal, 1990.
- ¹⁴ Comité de la santé mentale du Québec. La Santé Mentale, de la Biologie a la culture. Québec: Comité de la santé mentale du Québec, 1985.
- ¹⁵ Perales A. Salud mental en el Perú variables socioeconómicas, políticas y culturales. Anales de Salud Mental. 1993; IX: 83-107.
- ¹⁶ Organización Panamericana de La Salud. Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las Políticas públicas Saludables. Washington DC: OPS, 2000.
- ¹⁷ Breilh J. Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, 2003.
- ¹⁸ Moya J. Las otras muertes: 20 años de violencia en los andes del Perú. Lima: IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES), 2004.

- 19 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%20VIII/TERCERA%20PARTE/I-PSICOSOCIALES.pdf>). Lima, 2003. Accessed September 10, 2005.
- 20 Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Programa de salud mental comunitaria y familiar. Plan piloto de reparaciones. Ayacucho, 2002.
- 21 Quintanilla T. Informe sobre el grupo focal realizado en el Perú con mujeres indígenas y rurales de Junín - sierra central [CLADES Web site] 2003. Disponible en: <http://www.cladem.org/espanol/regionales/Violenciadegenero/Proyecto/perufocal.asp>. Acceso el 30 de agosto del 2005.
- 22 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2000.
- 23 Johnson E, Belfer M. Substance abuse and violence: cause and consequence. *J Health Care Poor Underserved* 1995;6(2):113-21.
- 24 Johns A. Substance misuse: a primary risk and a major problem of comorbidity. *International Review of Psychiatry* 1997; 9 (2-3):233-242.
- 25 MIMDES. Estadísticas. Centro de Emergencia Mujer Huaraz. [MIMDES web site] Junio 2005. Disponible en: <http://www.mimdes.gob.pe/pncvfs/estadisticas.htm>. Acceso el 30 de agosto del 2005.
- 26 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1980.
- 27 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.
- 28 Perales A, Sogi C. Epidemiología psiquiátrica en el Perú. *Anales de Salud Mental* 1995; XI: 9-29.
- 29 Colareta JR. Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural. Tesis para optar el título de médico cirujana. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993.
- 30 World Health Organization. *International Clasification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva, 1992.
- 31 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.
- 32 Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA. II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Lima, 2003.
- 33 Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Proyecciones del Censo de Población 1993*. Lima, 1995.
- 34 WPA/PTD; OPS, APAL: Programa Educativo de la WPA/PTD sobre trastornos depresivos. Visión de conjunto y aspectos fundamentales. Versión en español.
- 35 Huamán J. Programa de rehabilitación integral en salud mental: sub-programa de rehabilitación psicosocial. *Anales de Salud Mental* 1996; XII: 271-284.
- 36 Lin E, Goering PN, Lesage A, Streiner DL. Epidemiologic assessment of overmet need in mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:355-62.
- 37 Rabinowitz J, Gross R, Feldman D. Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 141-146.
- 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/indice.HTM>). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2000. Acceso el 12 de septiembre del 2005.
- ⁴⁰ 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.
- ⁴¹ 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.
- ⁴² Bernal E. Estudio psicopatológico en brujos del pueblo de Salas (Lambayeque). *Anales de Salud Mental* 1985; 1(1-2): 162-179.
- ⁴³ Medina E. La medicina tradicional o popular. *Revista de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Doctor José Horwitz Barak* 1984; 1: 155-156.
- ⁴⁴ 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.
- ⁴⁵ Caycho A. Estudio sobre el curanderismo y los curanderos en el Perú. En: Segúin CA, Ríos R. (Ed). *Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría*. Lima: Editorial Talleres Gráficos Villanueva SA, 1969: 55-56.
- ⁴⁶ Tejada D, Sánchez F, Mella C. *Religiosidad popular y psiquiatría*. Santo Domingo: Editora Corripio, 1995.
- ⁴⁷ 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.
- ⁴⁸ 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.
- ⁴⁹ Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethn Health* 2000; 5(3-4): 243-268.
- ⁵⁰ 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.
- ⁵¹ 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.
- ⁵² 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.
- ⁵³ 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.
- ⁵⁴ Someya T, Uehara T, Kadowaki M, Sakado K, Reist C, Tang SW, Takahashi S. Factor analysis of the EMBU scale in a large sample of Japanese volunteers. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100(4): 252-257.
- ⁵⁵ 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.
- ⁵⁶ 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.
- ⁵⁷ Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl. 20: 22-33.

Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Huaraz 2003

SERIE: MONOGRAFÍAS DE INVESTIGACIÓN Nº 9