



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

SERIE: MONOGRAFÍAS DE INVESTIGACIÓN

Nº 10

# Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Cajamarca 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 «Honorio Delgado Hideyo Noguchi». Jr. Eloy Espinoza Saldaña no. 709, Urb. Palao, San Martín de Porres. Lima 31, Perú.  
Teléfono: (511)4820206; Fax: (511)482-9806  
E-mail: [insmhdhn@minsa.gob.pe](mailto:insmhdhn@minsa.gob.pe)  
Web: <http://www.minsa.gob.pe/iesmhdhn>

Se recomienda citar este documento como: Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi». Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Cajamarca 2003. Informe General. Serie: Monografías de Investigación N°. 10. Lima, 2005.

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 10

## 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

SR. 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 Pariahuamán 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

Cada vez que ingresamos a las distintas poblaciones donde nunca antes ha existido información sobre su salud mental y donde encontramos matices vinculados a sus características socioculturales, asumimos la responsabilidad de devolver a estas ciudades la información necesaria, de tal manera que permita el desarrollo de proyectos que mejoren sus niveles de salud. Por ello deseamos reconocer a las personas entrevistadas por su paciencia y tiempo y por la acogida con la cual usualmente nos reciben.

A 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 nos apoya con sus valiosos consejos. Asimismo, deseamos expresar nuestro agradecimiento póstumo a nuestro querido amigo y compañero Dr. Raúl Díaz, 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 la operación de campo de este proyecto: Abog. Geovanna Ballón, Sr. Bacilio 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. Asimismo, debemos agradecer a la Sra. Ruth Salés por el apoyo a la presente publicación. Todos vienen demostrando su experticia y profesionalismo en todas las etapas de la investigación.

A la sacrificada labor del 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 Lic. Alberto Padilla por sus valiosos aportes a la metodología y calidad de la información que obtenemos.

A las Srtas. Milagros Ramírez, Liliana La Rosa, Jessica Pozo, Sheilla Pérez y Sra. Flor Ortiz por su valiosa participación en el vaciado de la información para esta publicación. Al personal secretarial en la personas de la Sra. Olga Rivas, Sra. Vilma Sotelo y Srta. Alicia Revilla. 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» ha emprendido la tarea de dar a conocer a la comunidad científica la situación de la salud mental de las distintas regiones y ciudades del país. En esta oportunidad, a través de esta investigación, se ofrece el diagnóstico general de la situación de salud mental de la población de Cajamarca, 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, dio inicio a nuestras actividades de investigación, 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 y los de las ciudades de Ayacucho y Huaraz, confirmaron la relevancia de los problemas de salud mental para la salud pública, la importancia de considerar las variables socioeconómicas y el estudio por regiones.

Con esta convicción nos hemos aproximado a la sierra peruana y, en particular, a la ciudad de Cajamarca. La presente encuesta de salud mental es el primer estudio epidemiológico gubernamental realizado en esta ciudad norandina. Esta 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. Se seleccionaron 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 involucradas.

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, luego de haber comprendido que sólo un trabajo en equipo, adecuadamente organizado y orientado, 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 Cajamarca. En la metodología se describen los objetivos generales en cada una de las áreas de estudio, cuyos resultados completos se irán presentando en los siguientes informes. Muchos de estos indicadores servirán de base para su comparación con investigaciones epidemiológicas 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
CAJAMARCA .....	19
<b>INFORME GENERAL</b> .....	<b>21</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>23</b>
1.1 JUSTIFICACIÓN .....	23
<b>II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL</b> .....	<b>24</b>
2.1 ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL .....	24
2.2 VIOLENCIA FAMILIAR .....	25
2.3 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y OTROS TRASTORNOS .....	26
2.4 ADICCIONES .....	26
2.5 EL ADULTO MAYOR .....	27
2.6 INDICADORES SUICIDAS .....	27
2.7 TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD .....	28
2.8 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL .....	28
2.9 POBREZA Y SALUD MENTAL .....	29
2.10 EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL .....	29
2.11 ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL .....	30
2.12 DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL .....	30
2.13 ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES .....	30
<b>III. OBJETIVOS GENERALES POR CAPÍTULOS</b> .....	<b>31</b>
<b>IV. METODOLOGÍA</b> .....	<b>32</b>
4.1 TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO .....	33
4.2 DISEÑO MUESTRAL .....	33
4.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	33
4.2.2 NIVELES DE INFERENCIA .....	33
4.2.3 MARCO MUESTRAL Y UNIDADES DE MUESTREO .....	33

4.2.4	ESTRATIFICACIÓN .....	34
4.2.5	TIPO DE MUESTRA .....	34
4.2.6	TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA .....	34
4.2.7	UNIDADES DE ANÁLISIS .....	35
4.2.8	PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	35
4.2.9	CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS QUE RESPONDIERON A LA ENCUESTA .....	36
<b>V.</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES</b> .....	<b>36</b>
5.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS .....	36
5.2	ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL .....	37
5.3	TRASTORNOS CLÍNICOS .....	38
5.4	DISCAPACIDAD E INHABILIDAD .....	39
5.5	MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS .....	39
5.6	RELACIONES INTRAFAMILIARES .....	40
5.7	FUNCIONES COGNOSCITIVAS .....	41
5.8	SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL .....	41
<b>VI.</b>	<b>INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO</b> .....	<b>42</b>
6.1	DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL .....	43
6.1.1	TIPO DE ENCUESTA .....	43
6.1.2	COBERTURA DE LA ENCUESTA .....	43
6.2	MÉTODO DE LA ENTREVISTA .....	45
6.3	PROCESOS DE VALIDACIÓN Y CALIDAD .....	45
6.4	OBTENCIÓN DE INDICADORES DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD A PARTIR DE LOS PROPIOS DATOS DE ESTUDIO .....	45
6.5	ENTRENAMIENTO EN EL USO DE INSTRUMENTOS .....	46
6.6	CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	46
<b>VII.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO</b> .....	<b>46</b>
<b>VIII.</b>	<b>RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO</b> .....	<b>48</b>
<b>IX.</b>	<b>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b> .....	<b>48</b>
<b>RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO EN CAJAMARCA</b> .....		<b>49</b>
<b>DATOS GENERALES DE LA MUESTRA</b> .....		<b>51</b>
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS</b> .....		<b>55</b>
	EDAD .....	57
	ESCOLARIDAD .....	57
	ESTADO CIVIL .....	58
	OCUPACIÓN .....	58
	INGRESOS ECONÓMICOS .....	59

**SALUD MENTAL DEL ADULTO EN CAJAMARCA****61**

SALUD MENTAL DEL ADULTO EN CAJAMARCA .....	63
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL .....	63
ENTORNO GENERAL .....	63
ESTRESORES PSICOSOCIALES .....	65
DISCRIMINACIÓN .....	67
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES .....	69
SATISFACCIÓN PERSONAL .....	70
SATISFACCIÓN LABORAL .....	71
CALIDAD DE VIDA .....	72
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD .....	73
ASPECTOS PSICOPÁTICOS .....	73
INDICADORES SUICIDAS .....	74
TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA .....	76
FACTORES PROTECTORES .....	76
TRASTORNOS CLÍNICOS .....	77
USO DE SUSTANCIAS .....	80
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS .....	82
POBREZA Y SALUD MENTAL .....	83
SALUD MENTAL POR CIUDADES .....	85
EFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA .....	86
ACCESO A SERVICIOS .....	87
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN LA SIERRA PERUANA .....	89
ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES .....	90

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS****93**

EDAD .....	95
ESCOLARIDAD .....	95
ESTADO CIVIL .....	96
OCUPACIÓN .....	96
INGRESOS ECONÓMICOS .....	97

**SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA****99**

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL .....	101
TRASTORNOS CLÍNICOS .....	106
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 UNIDA 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 .....	132
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 EN EL ADULTO MAYOR .....	148
MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR .....	149
ACCESO A SERVICIOS .....	150

## CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN CAJAMARCA

**153**

ADULTOS .....	155
MUJER UNIDA .....	157
ADOLESCENTES .....	158
ADULTO MAYOR .....	159

**ANEXO ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN 161**

**BIBLIOGRAFÍA 199**



# CAJAMARCA

La ciudad de Cajamarca es la capital del departamento del mismo nombre; su fundación española data del 11 de febrero de 1855, tiene una población de 125 600 habitantes, y se encuentra a una altitud de 2 720 msnm. La tasa de analfabetismo es del 27,2%.

La actividad agropecuaria es el rubro de producción más importante; los cultivos de maíz, papa, yuca y trigo, así como de café, superan la demanda local y se destinan a otros lugares del país. Existen imponentes bosques que constituyen un notable potencial forestal. En el campo minero, la mina Yanacocha mantiene un alto rendimiento de producción de oro.

El turismo constituye un gran potencial, pues la ciudad de Cajamarca y todo el departamento presentan lugares antiguos y coloniales de gran atractivo e interés. En el mes de febrero tiene lugar la mejor expresión del carnaval peruano. Constituyen motivos de visita de turistas, la Catedral, la Iglesia de San Francisco, el cuarto del rescate, los Baños del Inca, la colina de Santa Apolonia, el conjunto monumental de Belén, las Ventanillas de Otuzco, el canal de Cumbemayo, etc.

Cabe mencionar que Cajamarca se constituyó en un departamento que ejerció una resistencia particular al embate terrorista de las décadas pasadas, entre otras cosas por su organizada comunidad que, a través de los ronderos, supo mantenerse en niveles bajos de violencia. Esto, a su vez, sirve de contraste a las otras ciudades estudiadas respecto al efecto de la violencia política en la salud mental.





**ESTUDIO  
EPIDEMIOLÓGICO  
DE SALUD MENTAL  
EN CAJAMARCA-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 la salud mental de estas poblaciones. Los resultados de los estudios en la ciudad de Lima,<sup>1</sup> Ayacucho<sup>2</sup> y Huaraz<sup>3</sup> confirman la pertinencia de un enfoque regional en los estudios sobre la salud mental y se sustenta especialmente en la multiculturalidad de las poblaciones.

Estos estudios han permitido conocer, por ejemplo, una mayor prevalencia de trastorno de ansiedad, particularidades en los indicadores de violencia familiar en la ciudad de Lima en comparación con la sierra, así como una mayor prevalencia de problemas relacionados con el uso de alcohol, y los vínculos entre la salud mental y la violencia política en Ayacucho.

Asimismo, la OMS en el informe anual del 2001, ha llamado la atención sobre la brecha en el tratamiento de los problemas de salud mental y la necesidad de reducirla<sup>4</sup>, problema que sería mayor en ciudades de la sierra como Cajamarca. Según este informe, se estima que la depresión mayor o episodio depresivo será la primera causa de discapacidad para el año 2020.<sup>5,6</sup> 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.<sup>7,8</sup>

El impacto de la violencia política ha sido investigado en Ayacucho<sup>9</sup>, pero no en Cajamarca. No ha habido estudios epidemiológicos nacionales de salud mental en Cajamarca de la envergadura de la presente investigación. La presente publicación tiene por objetivo presentar los resultados específicos de la ciudad de Cajamarca, replicando la investigación realizada en Lima Metropolitana y el Callao, y los resultados presentados de las ciudades de Ayacucho y Huaraz. En los resultados se han presentado cuatro unidades de análisis: el adulto, la esposa del jefe del hogar o la jefa del hogar, el adolescente y el adulto mayor. Se presenta información sobre trastornos psiquiátricos y aspectos generales de salud mental, que sin ser problemas clínicos, devienen muchos de ellos en fuentes de búsquedas de consulta. De esta manera, se incluye información sobre indicadores suicidas, violencia familiar y su vinculación con la salud mental, la salud mental del adulto mayor, así como problemas del adolescente y del adulto. Además de los temas propuestos se consideró estudiar otros aspectos vinculados a la salud mental, tales como: 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 al terrorismo.

Los resultados de esta investigación contribuirán al diagnóstico basal y el diseño de programas regionales de salud mental. Y ello permitirá 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 Cajamarca, 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: 1º, en que 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 a la salud mental que influyen

en la pobreza; 3º, asimismo, las acciones preventivas podrían centrar el foco de atención en grupos de riesgo a problemas más específicos y, por lo tanto, mejor organizados; 4º, permitiría el acceso de una mayor cantidad de personas a estos servicios, en especial a grupos vulnerables; 5º, al no existir trabajos similares en el país y en Latinoamérica, 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 cuáles son los principales problemas de salud mental general en la población urbana de Cajamarca?; ¿cuál es la magnitud de la violencia de la mujer unida y la repercusión en su salud mental?; ¿cuál es la prevalencia conducta adictiva?; ¿cuál es la magnitud y cuáles son los principales problemas de salud mental del adulto mayor de Cajamarca?; ¿cuál es la magnitud de los indicadores suicidas en la población de Cajamarca?; ¿cuál es la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos?; ¿cuál es la proporción exacta de personas que no logra ningún tipo de atención para problemas de salud mental?; ¿cuál es la magnitud de los problemas de salud mental en la población pobre en comparación con la población no pobre de Cajamarca?; ¿cuál es el nivel de discriminación percibida por la población de Cajamarca?; ¿cuáles son las características de los síndromes culturales y cuál es su relación con los síndromes clínicos psiquiátricos?.

## II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL

Los estudios epidemiológicos de salud mental, que viene realizando el IESM desde el año 2002<sup>1,2,3</sup>, revelan importante información que ha puesto en evidencia tendencias observadas en estudios previos en el área de la salud mental.<sup>10,11,4</sup> Se confirman observaciones internacionales con respecto a prevalencias de los trastornos afectivos en todas las ciudades, indicadores suicidas, problemas con el uso de alcohol, los altos índices de violencia intrafamiliar y la vinculación de aspectos socioeconómicos con los trastornos mentales.

### 2.1 ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL

Entendemos como aspectos generales de la salud mental, siguiendo a Perales, aquellos aspectos ligados a «la conducta humana, tanto la desadaptada por razón de anormalidad cuanto la normal 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».<sup>10</sup> Estudios internacionales han confirmado que sólo alrededor de la mitad de aquellos que buscan atención por problemas de salud mental, tienen problemas psiquiátricos.<sup>12</sup> Por lo tanto, al hablar de los aspectos generales de salud mental, nos referimos a problemas psicosociales desprovistos de los problemas psiquiátricos propiamente dichos. La epidemiología ha permitido identificar determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental.<sup>13,14</sup> La epidemiología social apoya especialmente la comprensión de la influencia de procesos sociales como la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el ingreso económico, la clase y la exclusión social (étnica y racial, de género, generacional, por discapacidad, por clase social y 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.<sup>15,16,17</sup>

Desde esta perspectiva, en el Perú, los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima (2002) y Ayacucho (2003) han mostrado que el principal problema del país percibido por la población es el desempleo, seguido de la pobreza. En general, la población mostraba gran desconfianza hacia las autoridades políticas y las autoridades policiales, y experimentaba sentimientos de desprotección por parte del Estado en gran medida.<sup>1,2,3</sup>

Estos mismos estudios han encontrado que, en Lima, las situaciones que generan los niveles más altos de estrés, tanto en hombres como en mujeres, están relacionadas con el aspecto económico, la salud de la familia y el estrés ambiental; mientras que, en Ayacucho, los principales problemas fuentes de estrés han sido la delincuencia, la salud y el aspecto económico. Ha sido significativa la proporción de personas insatisfechas con sus estudios, con sus relaciones sociales y con la remuneración que percibía. Grupos especialmente vulnerables han sido las mujeres y los adultos mayores. Respecto a los factores protectores de la salud mental de la población de Lima Metropolitana y Ayacucho, los estudios encontraron que la familia era una de las principales fuentes de soporte psicosocial. También se observó que para la población, la religión constituía un recurso muy importante para enfrentar los problemas cotidianos.

Con respecto a la violencia política que afectó al Perú en el periodo 1980–2000, que dejó dramáticas secuelas y un saldo doloroso de víctimas fatales, así como pérdida de valores culturales, afectando principalmente a las poblaciones de la sierra,<sup>18,19</sup> el estudio 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.<sup>2</sup>

## 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.<sup>20</sup>

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2000)<sup>21</sup> 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, y el 41% había sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su 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, el maltrato se relacionaba con el bajo grado de instrucción de los padres, la difícil situación económica de las familias, el desempleo y la tolerancia que existe en nuestra cultura frente al castigo corporal.

Por otro lado, Gúezmes y colaboradores, 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. Se ha asociado el abuso de sustancias con la conducta violenta.<sup>22,23</sup> El alcohol o las drogas pueden estar asociados con la violencia debido a factores farmacológicos, psicológicos y sociológicos que pueden modificar la expresión de conducta intoxicada o agresiva. Las implicancias de esto en la Sierra y en Ayacucho son notables debido a la alta prevalencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol en dichas regiones.<sup>2</sup>

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

en forma sistemática, la presencia de algún tipo de maltrato durante el periodo de enamoramiento ascendía a un 85,3%.<sup>1</sup> Las mujeres maltratadas sistemáticamente mostraron mayor severidad en los diferentes indicadores de salud mental que se abordaron en la mujer unida, siendo los indicadores suicidas los más contrastantes, llegando a duplicarse en frecuencia relativa frente a las mujeres no maltratadas sistemáticamente. Los resultados en Ayacucho han confirmado 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 más alta en Lima.<sup>1,2</sup>

## 2.3 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y OTROS TRASTORNOS

En general, la mayoría de los estudios han reportado altas tasas de depresión y ansiedad. Un estudio realizado en 1983 en el distrito de Independencia (Lima) encontró que 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%.<sup>24,25,26</sup>

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» en 43 distritos de Lima y Callao, en una población de 2077 personas adultas, encontró una prevalencia de vida de 18,2% para el episodio depresivo, 9,9% para el trastorno de ansiedad generalizada, 7,9% para la fobia social, 6,0% para el trastorno de estrés postraumático, 3,7% para el trastorno de pánico, 3,4% para la agorafobia sin trastorno de pánico, 1,6% para el trastorno obsesivo-compulsivo, 1,2% para la distimia, 1,1% para la agorafobia con trastorno de pánico, 1,0% para los trastornos psicóticos y 0,1% para el trastorno bipolar.<sup>1</sup>

Como se mencionó antes, Pedersen reportó una elevada prevalencia de trastornos mentales y de estrés postraumático en personas víctimas de la violencia política en Ayacucho.<sup>9</sup> El estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho reveló que la prevalencia de vida del trastorno depresivo y de cualquier trastorno de ansiedad fue de 20,1% y 33,7% respectivamente.<sup>2</sup> No existen antecedentes previos de estudios epidemiológicos a gran escala realizados en Cajamarca en esta área.

El presente reporte presenta 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).<sup>27</sup>

## 2.4 ADICCIONES

El estudio 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%.<sup>25,26</sup> Tal situación ha sido confirmada ampliamente en los estudios nacionales realizados desde 1988 hasta 1998. 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 en el caso de las sustancias no alcohólicas ilegales se encontraba en un 7,8%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (69,5%), mientras que la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (6,3%), seguida de la cocaína (3,9%). El consumo actual (en la última semana) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se halló en un 22,0% y

0,2% respectivamente.<sup>1</sup> Según la II Encuesta Nacional Sobre la Prevención y Consumo de Drogas 2002 realizada, 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 habían consumido tabaco.<sup>28</sup> El EESMSP 2003 en Ayacucho reveló que el 15% de la población tenía problemas de abuso/dependencia de alcohol en el último año.<sup>2</sup>

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).<sup>27</sup>

## 2.5 EL ADULTO MAYOR

No se han desarrollado estudios epidemiológicos de salud mental en este grupo poblacional en Cajamarca y poco o nada se conoce acerca del deterioro cognoscitivo en estas regiones.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el 7% de la población está conformado por adultos de 60 años y más.<sup>29</sup> 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 con la 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 encuentra alrededor del 10% de la población adulta mayor de 60 años o más, que han tenido por lo menos 8 años de instrucción. Por lo tanto, uno de los objetivos de este estudio ha sido conocer cómo se encuentran estas cifras en otras regiones del Perú, como es el caso de Cajamarca. Al igual que con las otras unidades de análisis, este grupo será estudiado desde la perspectiva de la salud mental en general, y de la presencia de depresión mayor, problemas cognoscitivos y discapacidad.

## 2.6 INDICADORES SUICIDAS

Los estudios realizados por Perales y colaboradores en 1995 y 1996, en los distritos del Rímac<sup>10</sup> y Magdalena<sup>11</sup>, mostraban cifras preocupantes. Los resultados del EEMSM-2002<sup>1</sup>, realizados en Lima y Callao sobre indicadores suicidas, no sólo confirman sino que muestran una tendencia generacional a incrementarse. La prevalencia de vida de deseos de morir en el adulto, el adolescente y el adulto mayor se encontró en 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 relacionan principalmente a problemas con la pareja. Estos hallazgos han sido coherentes con la prevalencia actual 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 había sido más frecuente que en Lima, lo que no ocurría con el intento suicida.<sup>1,2</sup>

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

## 2.7 TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD

Los desórdenes psiquiátricos han sido subestimados como causa de discapacidad, a pesar de constituir 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.<sup>30</sup>

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 del trabajo. Según esta misma información, la población discapacitada en el Perú ascendería a alrededor de 1'500000 a 2'000000 personas, de las cuales aproximadamente 500000 a 600000 serían niños y adolescentes. Esta población suele ser discriminada y excluida de determinadas esferas sociales, generando dificultades en el desarrollo personal y en la integración social.

En Lima, el EEMSM-2002 reveló que un 26,5% de la población presentaba algún tipo de discapacidad o inhabilidad en alguna área, como cuidado personal, funcionamiento laboral, social o familiar.<sup>1</sup> Por su parte, esta cifra se encuentra en 37,5% en la ciudad de Ayacucho.<sup>2</sup>

## 2.8 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Existen dos formas de evaluar el acceso, uno a través de entrevistas estructuradas, que conducen a un diagnóstico, y a través de éste se determinan las necesidades o conductas de atención, y la otra se basa en cuestionarios de auto-percepción de problemas de salud mental, definidos por el que responde, en determinado tiempo, los cuales miden la necesidad y las conductas de búsqueda de ayuda.<sup>31,32</sup> 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.<sup>12</sup>

Los estudios sobre acceso a los servicios de salud mental sostienen que éste se ve afectado principalmente en personas de menor recurso económico y cultural, lingüísticamente diferenciadas y con niveles educativos bajos.<sup>33</sup> En la sierra peruana, la influencia cultural y su interrelación con el nivel educativo son especialmente importantes en los problemas de salud, porque 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 el Callao confirmaron la importancia de los aspectos culturales para el acceso a los servicios de salud mental, siendo aún más importantes que los aspectos económicos.<sup>1</sup>

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 al acceso fueron: la edad, el estado civil, la comunicación familiar, el 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, los 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, pues sólo el 7,5% de la población que percibió problemas de salud mental accedió a los servicios.<sup>2</sup>

## 2.9 POBREZA Y SALUD MENTAL

La importancia del estudio de los nexos entre la pobreza y la salud mental se da en que no sólo podría ayudar a identificar grupos de riesgo, sino que podría 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, siendo para Lima cerca de un tercio de la población.<sup>34</sup> Tal situación para la sierra es mucho más preocupante. Cajamarca es uno de los departamentos que muestran el más alto nivel de pobreza, con 77,4%, en contraste con el 33,4% de la ciudad de Lima. A nivel urbano, se encuentran cifras similares a las de Ayacucho y Huaraz, con un 42,7% de pobres.<sup>35</sup> El acercamiento de la pobreza al concepto del bienestar crea una nueva perspectiva sobre la cual aparecen nuevos argumentos que la vinculan también con la salud mental. Bajo esta visión, la pobreza afectaría no sólo la salud física de las personas sino también su salud mental.<sup>7</sup> 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.<sup>4</sup>

En nuestro medio, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en Lima y Callao en el 2002, encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza y trastornos ansiosos y depresivos, remarcando la importancia y necesidad de considerar a la salud mental en los programas de lucha contra la pobreza. En Ayacucho no se encontraron diferencias significativas entre los más pobres y los 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.<sup>2</sup> También es posible que se deba a problemas con los indicadores utilizados o que los contrastes entre pobres y no pobres sean mucho menores.

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 Cajamarca.

## 2.10 EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

Diversos estudios clínicos y epidemiológicos, y especialmente los estudios clásicos de Bowlby (1969, 1973, 1980 citado por Henderson<sup>36</sup>) han permitido relacionar los eventos de vida adversos con el desarrollo de enfermedad mental. Hay suficientes datos que demostrarían las hipótesis referidas a que, por ejemplo, la separación de los padres, las amenazas de éstos de abandonar a sus niños, 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. Tanto el estudio en Lima como el de Ayacucho han mostrado que existe una asociación entre los estilos de crianza y la presencia de trastornos depresivos y ansiosos en el adulto.<sup>1,2</sup>

La finalidad de la presente investigación ha sido conocer esta relación en la población de Cajamarca, para lo cual se incluyó en la encuesta preguntas sobre los eventos adversos de vida, para luego confrontarlos con los datos obtenidos con la prevalencia de trastornos mentales.

## 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 denominada medicina popular o tradicional.<sup>37</sup> Los estudios de morbilidad en poblaciones abiertas y los de las experiencias acumuladas por distintos investigadores en el mundo, señalan que una significativa mayoría (70-80%) de los episodios de enfermedad reportados se manejan fuera de los sistemas de atención médica oficial, recurriéndose a sistemas alternativos como los que ofrece la medicina tradicional o popular.<sup>38</sup>

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.<sup>39</sup> Por otro lado, los estudios de orden social, médico y folklórico sobre medicina tradicional o popular no han sido programados con un rigor metodológico<sup>40</sup> que permita una sistematización de ellos; así tampoco se había realizado antes un estudio epidemiológico en que se intentara explorar no sólo los síndromes socioculturales, sino también los agentes que los resuelven, y sus estrategias diagnósticas y de tratamiento. También se ha explorado, aunque en forma incipiente, sobre espiritualidad y religiosidad popular, pero como espacio de resistencia e identidad, a la vez que de integración y de solidaridad.<sup>41</sup> 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 como estresor psicosocial es considerada entre los estresores secundarios más importantes asociados a eventos estresores mayores, como la pérdida del trabajo o la exposición a la violencia.<sup>42</sup> Entre los motivos de discriminación para los cuales se ha hallado relación con la salud mental, se encuentran el género, la orientación sexual,<sup>43</sup> el racismo,<sup>44</sup> el etnicismo,<sup>45</sup> el status social<sup>46</sup> e incluso la condición de salud mental en sí misma,<sup>47</sup> sin considerar formas más sutiles como la belleza física, la edad, etc. Las medidas de salud mental empleadas para medir los efectos de la discriminación han sido el distrés psicológico, la satisfacción de vida, el sentimiento de felicidad, síntomas de ansiedad o depresivos.<sup>45</sup> Al parecer, la prevalencia de la discriminación sería muy alta. Según un estudio epidemiológico realizado en los EE.UU.<sup>46</sup>, la gran mayoría de las personas ha experimentado algún tipo de discriminación mayor en su vida, y un tercio considera experimentarla en algún momento en el día a día. Por ejemplo, según este estudio el 48% de los encuestados percibe en algún momento que las personas actúan como si ellas fueran inferiores, un 40% percibe en algún momento un mal servicio en restaurantes o tiendas, y un 43% percibe en algún momento que las personas actúan como si ellas no fueran inteligentes.

En Ayacucho, los adultos reportaron haber percibido discriminación alguna vez en su vida, con mayor frecuencia por su condición económica (14,0%) y por su nivel educativo (11,9%).<sup>2</sup>

## 2.13 ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

A través del mundo hay programas que luchan contra las actitudes adoptadas 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.<sup>48,49</sup> El estigma afecta no sólo a la gente con enfermedad mental, sino también a sus familiares. El entendimiento de cómo afecta a los miembros de la familia en términos de su respuesta psicológica a la persona enferma y su contacto con los servicios psiquiátricos, podría mejorar el contacto con los familiares.<sup>50,51</sup>

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

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

Las consecuencias del estigma podemos resumirlas en la siguiente forma:

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

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

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

El Estudio Epidemiológico 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 Cajamarca.

### III. OBJETIVOS GENERALES POR CAPÍTULOS

El presente estudio ha constado 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 Cajamarca en el año 2003.
- Determinar la prevalencia de indicadores suicidas en adultos, adultos mayores y mujeres, así como en grupos específicos como mujeres maltratadas, en la ciudad de Cajamarca en el año 2003.
- Conocer la magnitud de los factores asociados a la violencia familiar y su vinculación al área de la ciudad de Cajamarca en el año 2003.

- Determinar la prevalencia, aspectos clínicos, factores de riesgo y de protección relacionados a la conducta adictiva en la ciudad de Cajamarca en el año 2003.
- Conocer las características sociodemográficas, la prevalencia de los trastornos mentales y físicos más frecuentes, y los aspectos relacionados a la salud mental en general de la población mayor de 60 años en la ciudad de Cajamarca en el año 2003.
- Determinar la magnitud, factores de riesgo y factores asociados al trastorno depresivo, la ansiedad y los indicadores suicidas, en adolescentes mayores de 12 años, en la ciudad de Cajamarca en el año 2003.
- Determinar la prevalencia y características del trastorno de la alimentación, factores de riesgo y protección en la ciudad de Cajamarca en el año 2003.
- Estimar la prevalencia de los trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático), así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en la ciudad de Cajamarca en el año 2003.
- Estimar la prevalencia de los trastornos depresivos (distimia, depresión mayor), así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en la ciudad de Cajamarca en el año 2003.
- Estimar la prevalencia de los trastornos psicóticos (síndrome psicótico y trastorno bipolar), así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en la ciudad de Cajamarca en el año 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 en la ciudad de Cajamarca en el año 2003, tanto en forma general como en patologías psiquiátricas específicas.
- Determinar la magnitud y la relación que existe entre el nivel socioeconómico, expresado en la presencia o no de pobreza y los problemas de salud mental, en la ciudad de Cajamarca en el año 2003.
- Explorar aspectos sobre medicina tradicional, como los agentes de la denominada medicina tradicional, los síndromes clínicos populares o folklóricos, los métodos diagnósticos, los métodos terapéuticos y la correlación entre síntomas y signos clínicos de los síndromes populares o folklóricos, con los síndromes clínicos psiquiátricos, en la ciudad de Cajamarca en el año 2003.
- Identificar el nivel de desarrollo humano alcanzado por las personas en la población de la ciudad de Cajamarca en el año 2003.
- Identificar las actitudes del estigma contra los trastornos mentales en la población de la ciudad de Cajamarca 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, Huaraz y Cajamarca. En la sección de procedimientos se incluirán por lo tanto, los procedimientos generales para todas las ciudades que se realizaron en el referido proyecto, 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, 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 siguientes:

Estrato socioeconómico: no pobre, pobre, 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 ha permitido 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 probabilística en tres etapas, con selección sistemática y proporcional al tamaño de las unidades primarias de muestreo, de selección de conglomerados compactos de viviendas en la segunda etapa de muestreo, y de selección simple de personas en la etapa final, entre quienes satisfacen los criterios de inclusión. La muestra 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 total de toda la sierra constó de 4 212 hogares 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, totalizando 12 viviendas por cada conglomerado.

Los 117 conglomerados de cada ciudad fueron distribuidos de manera proporcional con el 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
<b>HUARAZ</b>		<b>117</b>		<b>1404</b>
HUARAZ	57		684	
INDEPENDENCIA	60		720	
<b>CAJAMARCA</b>		<b>117</b>		<b>1404</b>
CAJAMARCA	111		1332	
BAÑOS DEL INCA	6		72	
<b>AYACUCHO</b>		<b>117</b>		<b>1404</b>
AYACUCHO	71		852	
CARMEN ALTO	11		132	
SAN JUAN BAUTISTA	23		276	
JESÚS NAZARENO	12		144	
<b>TOTAL</b>	<b>351</b>		<b>4212</b>	<b>4212</b>

## 4.2.7 Unidades de análisis

Adolescente de 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 etapa 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 unidades secundarias de muestreo 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 adhoc, generada de manera aleatoria de acuerdo a una distribución uniforme de probabilidades. No se reemplazó ninguna de las viviendas seleccionadas.

**Los pasos a seguir 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 de que la persona fuera quechuahablante, se comunicaba 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 era quechuahablante se comunicó a través de un encuestador quechuahablante.
- Personas adultas mayores de 18 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. Si la persona era quechuahablante, se comunicaba a través de un encuestador quechuahablante.
- Personas adultas mayores de 60 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. Si la persona era quechuahablante, se comunicaba 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 sí 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 la considera pobre extremo; si los ingresos cubren las necesidades básicas de alimentación, pero no permiten cubrir otras necesidades básicas como vestido y vivienda, se la considera pobre; si cubre todas las necesidades básicas se la considera no pobre, igual como aquella que puede cubrir todas sus necesidades básicas y otras no básicas como diversión y esparcimiento. Es medida por escala nominal.

**Nivel de pobreza.-** Involucra las respuestas a preguntas sobre el 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 perceptor 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 mide 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 que, si ven a una persona robando en una tienda o un mercado, no les importa y no hacen nada, o que 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 las funciones ejercidas, la remuneración percibida, el ambiente físico, los compañeros de trabajo, la carga laboral, el 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 esta 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 adultos 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, que se manifiesta en sus cogniciones, sentimientos y prácticas. Se mide en una escala nominal.

**Tendencias violentas.-** Se considera que las tienen las personas que, desde que son adultas (>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 medidas 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.-** Corresponden 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.**- Corresponden 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 haber recibido atención en cualquier establecimiento de salud, es decir, posta, centro de salud, policlínico, hospital general o centro especializado. Es medida a través de una escala nominal.

**Barreras en el proceso de búsqueda de atención.**- Respuesta a preguntas sobre motivos que influyeron en el no-acceso o acceso tardío a la atención. Es medida con escala nominal.

**Demanda sentida.**- Se refiere a la autopercepción de problemas emocionales o nerviosos 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 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 medida 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 mide 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 mide 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 como: 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 atenciones 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, incluyendo: 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 en la persona el espíritu abandona su cuerpo

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<sup>a</sup> y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la institución, tanto en adultos como en adolescentes.<sup>1,10,11</sup> Para el presente estudio se realizó una adaptación a profundidad del instrumento a través del 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 española<sup>52</sup>, se trata de un cuestionario compuesto de 10 ítems que recogen los aspectos de la calidad de vida más frecuentemente utilizados para evaluar el constructo «calidad de vida». Recoge aspectos como: bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento 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 Minen 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, 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.<sup>53</sup>
- **Mini Mental State Examination (MMSE).-** Elaborado por Folstein,<sup>54</sup> es uno de los instrumentos de evaluación cognoscitiva más utilizados, y evalúa aspectos de orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva.
- **Cuestionario de Pfeffer.-** Instrumento que mide aspectos cognoscitivos a través de un informante. Mide las actividades instrumentales de la vida diaria. Al usarlo junto con el MMSE, detecta deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia. Ambos tests, usados conjuntamente, han mostrado una alta sensibilidad (95%) y especificidad (84%).

<sup>a</sup> 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.

- **Cuestionario de violencia familiar.**- Se desarrolló un cuestionario a partir de estudios de violencia, como el utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao, de Anicama y colaboradores.<sup>55</sup> Este cuestionario fue validado y utilizado en el EEMSM 2002 y ampliamente revisado para los estudios de la sierra.
- **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10<sup>b,56</sup>.**- Elaborado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, es un instrumento basado en la Décima Revisión Internacional de Enfermedades (CIE 10), y obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos. Ha sido validada por sus autores, habiendo mostrado una adecuada concordancia con instrumentos de evaluación importantes<sup>57</sup> 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 y Callao 2002 fue adaptada lingüísticamente a través de un 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.**<sup>58</sup> Se elaboró un cuestionario tomándose como referencia algunas preguntas utilizadas por el INEI, adaptándolas 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 ha evaluado la demanda tal y como se comporta naturalmente. A la característica de aquellas personas que respondieron afirmativamente a haber tenido algún tipo de problema emocional se le llamó morbilidad sentida.
- **Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2).**- Elaborado por Garner y Olmsted.<sup>59</sup> El EDI-2 es un valioso instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Es un instrumento de tipo autoinforme, de fácil aplicación, que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Este inventario ha sido adaptado y validado en nuestro medio por los responsables del área respectiva, encontrándose en proceso de publicación.

## 6.1 DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL

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

### 6.1.2 Cobertura de la encuesta

#### 6.1.2.1 Cobertura geográfica

La encuesta se realizó a nivel urbano en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

<sup>b</sup> El Dr. David Sheehan y T. Hergueta tuvieron la amabilidad de proporcionarnos las versiones en español.

### 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 de 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 y familiar (último mes)
  - x. Nivel de conocimiento sobre aspectos de salud mental (día de la entrevista)
  - xi. Problemas relacionados al género (día de la entrevista)
  - xii. Discriminación (de vida, últimos 12 meses)
  - xiii. Desarrollo humano (actual)
  - xiv. Estigma hacia la salud mental (actual)
- c. Función cognoscitiva (día de la entrevista)
- d. Violencia familiar
  - i. Violencia hacia la mujer (de vida, últimos 12 meses)
  - ii. Violencia hacia el niño (de vida)
- e. Trastornos clínicos psiquiátricos según la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE-10)
  - i. Trastornos de ansiedad (de vida, 12 meses, 6 meses, actual; acceso a servicios 12 meses)
    1. Agorafobia
    2. Trastorno de pánico
    3. Fobia social
    4. Trastorno obsesivo-compulsivo
    5. Trastorno de ansiedad generalizada
    6. Trastorno de estrés postraumático
  - ii. Trastornos afectivos (de vida, 12 meses, 6 meses, actual; acceso a servicios 12 meses)
    1. Episodio depresivo
    2. Distimia
    3. Episodio maníaco
  - iii. Trastornos de la conducta alimentaria (actual)
    1. Bulimia
    2. Anorexia nerviosa
  - iv. 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 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 y 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 hicieron los ajustes necesarios y se realizó una prueba en 25 viviendas seleccionadas de áreas de la ciudad donde se encontraban personas oriundas de la ciudades que estuvieron involucradas en el estudio.

### Tipos de confiabilidad

**Coefficiente de consistencia interna:** Por medio del estadístico Alpha de Cronbach se determinó la medición de homogeneidad de un instrumento a través de su variabilidad. Los coeficientes Alpha definitivos oscilaron entre 0,65 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 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

- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I).- Esta prueba evalúa diversos trastornos clínicos como depresión, ansiedad, estrés posttraumático, fobia social, agorafobia y otros. Los índices de concordancia a través del estadístico Kappa en estudios piloto han reportado cocientes entre 0,60 y 0,87, siendo mejor para los cuadros que reportaron mayores prevalencias.
- Cuestionario de Salud Mental, División de Comportamiento Humano del MINSA Colombia.- Este cuestionario fue adaptado por Perales y colaboradores en el año 1995.<sup>10</sup> A través de un proceso de revisión exhaustiva por 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) fue reajustado de acuerdo al ensayo piloto antes referido, mejorando 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 de 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, correlacionando preguntas de la prueba y criterios diagnósticos a través de otros instrumentos afines.
- Cuestionario de violencia familiar.- La validación del contenido y el análisis de confiabilidad mayor de 0,85 fueron los indicadores metodológicos que dieron valor a la información recogida.
- Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 2.- 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 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 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 a 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 lo 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 u otros profesionales de alguna área de la salud con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares, de preferencia con experiencia en temas de salud mental.
- Los supervisores seleccionados fueron bachilleres de psicología, psicólogos u otros profesionales de alguna área de la salud con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares, o aquellos que hayan participado en el proceso de validación del instrumento. Los supervisores tuvieron la responsabilidad de la conducción técnica y administrativa de la encuesta y velaron por el control de calidad de la información. Los supervisores fueron seleccionados, en 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 Instituto. Tuvo como objetivo desarrollar el conocimiento profundo de la problemática a estudiar, orientándose a los temas de salud mental y a los posibles problemas que se encontrarían en la exploración de este tipo de temas. Asimismo, se hizo énfasis en la técnica de entrevista y los cuidados en ella. La capacitación incluyó revisar detenidamente los cuestionarios, y se realizaron ensayos en campo. La capacitación tomó 9 días; los primeros 2 días se revisaron aspectos conceptuales y definiciones relacionadas al 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 el campo, y finalmente el 8vo día se dedicó a estandarizar los procedimientos y a discutir los 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 era 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 por día.
- La supervisión fue constante tanto en el recojo de información como en la calidad de la información, a través de seguimiento presencial, 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 los 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, siendo 3 871 ingresos completos (91,90%) y 187 incompletos (4,43%). El rechazo se presentó en 74 viviendas (1,75%) y 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 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 se estimaron las proporciones respectivas. Luego se procedió a describir a las personas con problemas de salud mental, por lo que se estimaron prevalencias.

En este primer reporte se han relacionado en forma general algunos factores de corte como las variables de edad, género, nivel de pobreza y ciudad de residencia, con variables de salud mental. Cuando las variables de salud mental fueron nominales (por 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  $\chi^2$  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 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 CAJAMARCA





# 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 Cajamarca.

**TABLA 2**  
**ENCUESTADOS SEGÚN UNIDADES DE ANÁLISIS DE CAJAMARCA - 2003**

ENCUESTADOS	FRECUENCIA
ADULTOS	1 275
MUJERES UNIDAS	1 096
ADULTOS MAYORES	246
ADOLESCENTES	463

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 INEL, 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 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 38,8% de los hogares encuestados son pobres y el 12,7% son pobres extremos y, según la percepción de cobertura de las necesidades básicas, el 42,7% de los hogares son pobres, mientras que el 4,7% son pobres extremos (Tabla 4b).

**TABLA 4A**  
**NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS\* (NBI)**  
**EN LA CIUDAD DE CAJAMARCA - 2003**

	NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	%
POBRES EXTREMOS	2 Ó MÁS NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	12,7
POBRES	1 NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	26,1
NO POBRES	NINGUNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	61,1

\* 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 CAJAMARCA - 2003**

NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTOPERCEPCIÓN DE CONSUMO		%
POBRES EXTREMOS	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,7
POBRES	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	38,0
NO POBRES BÁSICO	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO, ETC	51,0
NO POBRES	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS NECESIDADES	6,3



# CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS



## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

El número de adultos encuestados fue 1 268; lo cual, acorde al diseño técnico de muestreo, otorga una inferencia a 100 186 habitantes de la ciudad de Cajamarca. En la muestra, la distribución fue de 43,3% de varones y 56,7% de 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 CAJAMARCA - 2003

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO
		%	%
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	1 268	43,3	56,7
EXPANDIDO	100 186	48,9	51,1

### EDAD

La edad promedio ponderada de los adultos encuestados fue de 35,9 años, siendo el rango 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 CAJAMARCA - 2003

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	35,9	14,8
SIN PONDERAR	36,3	14,6
GRUPO ETARIO	PONDERADO(%)	SIN PONDERAR(%)
18 A 24 AÑOS	25,9	23,3
25 A 44 AÑOS	48,9	52,4
45 A 64 AÑOS	19,3	18,1
65 A MÁS	5,9	6,2

### ESCOLARIDAD

Se aprecia que el grado de analfabetismo es mucho mayor en el género femenino. Esta situación redundante 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 CAJAMARCA - 2003**

GRADO DE ANALFABETISMO	%
TOTAL	6,9
MASCULINO	2,0
FEMENINO	11,6

Alrededor de una cuarta parte de la población tiene un nivel de educación de primaria o menos. En este sentido se hacen evidentes significativas diferencias entre el género masculino y femenino, en el nivel más bajo y en el nivel más alto, con desventaja para las mujeres (Tabla 8).

**TABLA 8**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS DE CAJAMARCA - 2003**

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
	%	%	%
SIN NIVEL	6,6	2,1	10,8
PRIMARIA	19,4	17,3	21,3
SECUNDARIA	31,7	33,6	29,8
BACHILLERATO	0,2	0,5	0,0
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	16,9	17,0	16,8
SUPERIOR UNIVERSITARIO	24,7	29,0	20,5
POSTGRADO	0,6	0,4	0,7

## ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 58,0% de los adultos se encuentra en situación de unido (conviviente o casado) y un 6,6% está separado o divorciado (Tabla 9).

**TABLA 9**  
**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS DE CAJAMARCA - 2003**

ESTADO CIVIL	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
	%	%	%
CONVIVIENTE	25,5	25,1	25,8
SEPARADO	6,4	2,1	10,4
DIVORCIADO	0,2	0,1	0,3
VIUDO	2,6	1,8	3,3
CASADO	32,5	33,1	32,0
SOLTERO	32,9	37,7	28,3

## OCUPACIÓN

Los varones estuvieron trabajando la semana anterior en un 74,7%, en contraste con las mujeres, con un 45,7% (Tabla 10). Las cifras de desempleo llegan al 7,8%, siendo un mayor porcentaje para los varones.

**TABLA 10**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS DE CAJAMARCA - 2003**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJO LA SEMANA ANTERIOR	59,9	74,7	45,7
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	7,8	12,1	5,9

## INGRESOS ECONÓMICOS

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

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

INGRESOS (NUEVOS SOLES)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
< DE 300	31,8	19,2	50,7
301 A 600	30,5	37,1	20,5
601A 1200	25,1	27,2	22,0
> DE 1200	12,6	16,5	6,8





# SALUD MENTAL DEL ADULTO EN CAJAMARCA



# SALUD MENTAL DEL ADULTO EN CAJAMARCA

## ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Vista la salud mental desde un contexto más amplio, no sólo desde el punto de vista clínico, engloba diversos aspectos vinculados al bienestar personal, en los que están involucradas las personas del entorno, la vida laboral, la relación con el medio, etc. La sensación de sentirse bien depende de la interacción entre estos factores, los cuales, sumados, pueden configurar riesgos o protección para la salud del individuo. Por ello se ha planteado una serie de preguntas que cubren diversos aspectos contextuales de la vida de la persona, tanto a nivel macro, como a nivel de su desenvolvimiento social próximo.

## ENTORNO GENERAL

En cuanto a los problemas que enfrenta el país, tanto el hombre como la mujer perciben que el problema principal es el desempleo, con un 55,4% y un 45,9% respectivamente. Sigue en importancia la pobreza, percibida más importante por las mujeres (29,0%) que por los hombres (15,6%). A continuación han sido considerados el manejo económico y la delincuencia, 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 CAJAMARCA - 2003

PROBLEMAS PERCIBIDOS	DESEMPLEO %	POBREZA %	MANEJO ECONÓMICO %	CORRUPCIÓN %	DELINCUENCIA %	VIOLENCIA %	OTROS %
TOTAL	50,5	22,5	7,8	4,8	5,7	2,1	3,3
MASCULINO	55,4	15,6	10,0	4,8	3,2	1,6	4,5
FEMENINO	45,9	29,0	5,7	4,7	8,1	2,6	2,1

TABLA 13

ESTADOS EMOCIONALES FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CAJAMARCA - 2003

ESTADOS	PREOCUPACIÓN %	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN %	AMARGURA, RABIA O CÓLERA %	IMPOTENCIA %	DESILUSIÓN %	OTROS %
TOTAL	38,9	22,2	15,4	8,5	5,0	10,0
MASCULINO	39,7	16,7	16,9	9,8	5,6	11,4
FEMENINO	38,2	27,4	14,0	7,3	4,4	8,7

En sociedades pobres la falta de recursos económicos y medios financieros es muchas veces reemplazada por otro tipo de transacciones informales que se sustentan en la confianza entre las personas. Además, la posibilidad que exista un clima de orden y respeto a la autoridad no sólo incide en el bienestar personal sino que influye en la confianza económica. La violencia política ha tenido un efecto negativo en la actitud comunitaria, característica particular de las regiones de la sierra; por lo tanto, es importante conocer en qué medida las personas confían en sus autoridades y en las personas de su entorno, lo cual nos da una referencia sobre el grado de confianza de la persona en el sistema. En este sentido, resalta la desconfianza en las autoridades

políticas, líderes de la comunidad o alcaldes, así como en las autoridades policiales y militares, tanto hombres como mujeres. Cabe resaltar que un tercio de la población no tiene confianza en los religiosos. No existe ninguna autoridad que evoque confianza en la mayoría de la población (Tabla 14).

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

CONFIANZA EN	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
<b>AUTORIDADES POLICIALES</b>			
TOTAL	63,2	32,2	4,6
MASCULINO	62,9	34,0	3,1
FEMENINO	63,5	30,5	6,0
<b>AUTORIDADES MILITARES</b>			
TOTAL	62,6	30,1	7,3
MASCULINO	59,6	31,1	9,3
FEMENINO	65,4	29,2	5,4
<b>RELIGIOSOS</b>			
TOTAL	35,9	33,0	31,1
MASCULINO	39,4	34,5	26,1
FEMENINO	32,7	31,5	35,9
<b>MAESTROS</b>			
TOTAL	20,3	49,1	30,6
MASCULINO	18,9	49,6	31,5
FEMENINO	21,7	48,7	29,7
<b>AUTORIDADES POLÍTICAS</b>			
TOTAL	91,7	7,4	0,9
MASCULINO	94,3	5,1	0,6
FEMENINO	89,1	9,7	1,2
<b>LÍDERES DE SINDICATOS</b>			
TOTAL	59,3	28,1	12,5
MASCULINO	56,0	22,4	21,5
FEMENINO	63,9	36,1	0,0
<b>LÍDERES DE LA COMUNIDAD/ALCALDE</b>			
TOTAL	79,5	17,8	2,6
MASCULINO	78,4	19,5	2,0
FEMENINO	80,6	16,2	3,2
<b>VECINOS</b>			
TOTAL	54,0	34,9	11,1
MASCULINO	49,5	37,8	12,6
FEMENINO	58,2	32,2	9,7
<b>PERIODISTAS</b>			
TOTAL	53,7	38,1	8,3
MASCULINO	52,3	39,3	8,4
FEMENINO	55,0	36,9	8,1

Con respecto a la seguridad que las personas perciben en su entorno, la gran mayoría no se siente protegida por el Estado (77,3%), y algo menos protegidas se sienten las mujeres en comparación con los hombres. Esto contrasta enormemente con los sentimientos de protección que genera la familia y la creencia en Dios, y que en países latinoamericanos podría representar una de sus fortalezas y protecciones frente a los problemas de salud mental.

**TABLA 15**  
**SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CAJAMARCA - 2003**

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>DEL ESTADO</b>			
TOTAL	77,3	20,7	2,1
MASCULINO	74,6	23,1	2,3
FEMENINO	79,8	18,4	1,8
<b>DE LA FAMILIA</b>			
TOTAL	7,6	16,9	75,5
MASCULINO	7,5	20,1	72,3
FEMENINO	7,7	13,9	78,4
<b>DE DIOS</b>			
TOTAL	2,4	5,3	92,2
MASCULINO	3,0	7,2	89,8
FEMENINO	1,9	3,6	94,6
<b>DE LA COMUNIDAD</b>			
TOTAL	48,2	37,2	14,6
MASCULINO	44,7	41,8	13,6
FEMENINO	51,5	32,9	15,6

## ESTRESORES PSICOSOCIALES

Los estresores psicosociales y el estrés que generan están asociados directamente a trastornos mentales y a problemas físicos de diversa naturaleza. La evaluación y medición de los mismos expresan en cierta medida las condiciones sociales y económicas del país. El estrés que genera mayor tensión o problema en la población es la delincuencia, seguido por el narcotráfico, el terrorismo y la salud. Las mujeres perciben altos niveles de estrés en una proporción mayor que los hombres en todos los indicadores (Tabla 16).

**TABLA 16**  
**MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN**  
**ADULTA DE CAJAMARCA - 2003**

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>TRABAJO</b>			
TOTAL	38,4	34,1	27,5
MASCULINO	38,9	37,6	23,5
FEMENINO	37,6	28,8	33,6
<b>ESTUDIO</b>			
TOTAL	34,3	27,5	38,2
MASCULINO	39,8	29,9	30,3
FEMENINO	28,6	25,0	46,5
<b>HIJOS Y PARIENTES</b>			
TOTAL	42,1	23,8	34,0
MASCULINO	48,8	23,6	27,6
FEMENINO	36,0	24,1	39,9
<b>PAREJA</b>			
TOTAL	54,7	16,8	28,5
MASCULINO	62,4	15,3	22,3
FEMENINO	46,5	18,5	35,0
<b>DINERO</b>			
TOTAL	32,5	34,0	33,5
MASCULINO	35,0	38,0	26,9
FEMENINO	30,2	30,1	39,7
<b>LA SALUD</b>			
TOTAL	28,1	26,1	45,8
MASCULINO	32,7	28,5	38,8
FEMENINO	23,7	23,8	52,5
<b>ASUNTOS CON LA LEY</b>			
TOTAL	85,0	8,0	7,0
MASCULINO	85,2	9,3	5,5
FEMENINO	84,9	6,8	8,3
<b>TERRORISMO</b>			
TOTAL	38,7	14,4	46,9
MASCULINO	48,1	14,4	37,5
FEMENINO	29,8	14,5	55,7
<b>DELINCUENCIA</b>			
TOTAL	22,8	13,7	63,5
MASCULINO	27,3	15,3	57,4
FEMENINO	18,5	12,2	69,3
<b>NARCOTRÁFICO</b>			
TOTAL	32,7	15,4	51,9
MASCULINO	39,2	15,5	45,3
FEMENINO	26,5	15,4	58,1

El indicador de experiencias traumáticas es de particular interés debido a la escalada de violencia vivida en la sierra. Estas situaciones dan lugar muchas veces a patologías psiquiátricas como el trastorno de estrés postraumático. Estas experiencias han sido definidas aquí como el haber sido testigo de algún acontecimiento extremadamente traumático, durante el cual hubiesen muerto personas, o en las que el entrevistado hubiera visto gravemente amenazada su integridad física. En el caso de la población adulta, el 31,7% de la población se ha visto en situaciones semejantes, siendo mayor para el género masculino (Tabla 17).

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

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	%
TOTAL	31,7
MASCULINO	34,4
FEMENINO	29,1

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

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

POBLACIÓN CON ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	%
TOTAL	43,0
MASCULINO	40,8
FEMENINO	45,1

## DISCRIMINACIÓN

La discriminación es una fuente importante de estrés y su medición puede dar información acerca de ciertas representaciones sociales, susceptibles de ser modificadas. Para este fin se ha intentado cubrir varias fuentes de discriminación, tanto si han ocurrido alguna vez en la vida, como si se han dado en el último año. La Tabla 19 muestra que la población ha percibido discriminación con mayor frecuencia por la condición económica o social y por el nivel educativo. Sin embargo, la mujer percibe mayor discriminación por su sexo.

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

TIPO DE DISCRIMINACIÓN	PREVALENCIA DE VIDA %	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO		
		NINGUNA VEZ %	RARA VECES U OCASIONALMENTE %	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE %
<b>SEXO</b>				
TOTAL	8,0	95,2	4,4	0,3
MASCULINO	2,6	98,7	1,3	0,0
FEMENINO	13,2	92,0	7,4	0,6
<b>EDAD</b>				
TOTAL	7,8	94,6	4,6	0,8
MASCULINO	6,5	95,6	4,0	0,4
FEMENINO	9,0	93,6	5,2	1,2
<b>PESO</b>				
TOTAL	5,1	95,6	3,9	0,5
MASCULINO	3,2	97,1	2,5	0,4
FEMENINO	6,9	94,1	5,2	0,7
<b>COLOR DE PIEL</b>				
TOTAL	2,0	98,7	1,3	0,1
MASCULINO	1,1	99,6	0,4	0,0
FEMENINO	2,9	97,8	2,0	0,2
<b>FORMA DE VESTIR</b>				
TOTAL	5,1	96,5	3,2	0,3
MASCULINO	3,6	98,1	1,9	0,0
FEMENINO	6,5	95,0	4,3	0,6
<b>CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL</b>				
TOTAL	9,4	93,7	5,5	0,7
MASCULINO	10,0	93,4	5,9	0,7
FEMENINO	8,8	94,0	5,2	0,8
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>				
TOTAL	9,4	93,0	6,2	0,7
MASCULINO	8,5	93,4	5,5	1,1
FEMENINO	10,3	92,7	6,9	0,4
<b>RELIGIÓN</b>				
TOTAL	4,2	96,9	2,5	0,6
MASCULINO	3,1	98,0	1,6	0,4
FEMENINO	5,2	95,8	3,4	0,8
<b>AMISTADES</b>				
TOTAL	3,9	97,3	2,0	0,6
MASCULINO	3,6	97,8	2,2	0,0
FEMENINO	4,1	96,9	1,8	1,3
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>				
TOTAL	3,3	98,3	1,5	0,1
MASCULINO	4,0	97,9	2,0	0,1
FEMENINO	2,6	98,7	1,1	0,2

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los estados anímicos, en el saber de las personas, no son necesariamente estados patológicos, pero pueden darnos una idea rápida de las tendencias anímicas. Además estas condiciones pueden repercutir en la calidad de vida de las personas. Se ha indagado la frecuencia de tales estados en el momento actual de su vida y se ha intentado utilizar términos comunes al lenguaje cotidiano. En la población general, entre el 10% y el 22% de las personas experimenta con mucha frecuencia estados negativos, como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad y aburrimiento, cifras menores a las encontradas en el estudio de Lima. Cabe resaltar que 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 CAJAMARCA - 2003**

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
	%	%	%
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	2,9	84,6	12,5
MASCULINO	3,8	89,0	7,2
FEMENINO	2,0	80,4	17,6
<b>TENSO</b>			
TOTAL	8,7	81,1	10,3
MASCULINO	10,1	83,0	6,9
FEMENINO	7,3	79,2	13,5
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	17,7	75,2	7,2
MASCULINO	21,6	74,3	4,1
FEMENINO	14,0	76,0	10,0
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	13,4	75,7	10,8
MASCULINO	17,0	75,9	7,2
FEMENINO	10,1	75,6	14,3
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	2,2	75,6	22,1
MASCULINO	2,9	82,1	15,0
FEMENINO	1,6	69,5	29,0
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	1,9	40,8	57,3
MASCULINO	1,7	33,4	64,9
FEMENINO	2,2	47,8	50,0
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	0,6	32,5	66,9
MASCULINO	0,1	27,6	72,3
FEMENINO	1,1	37,2	61,7
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	24,0	68,6	7,4
MASCULINO	25,0	68,9	6,1
FEMENINO	23,1	68,2	8,7
<b>OTRO</b>			
TOTAL	89,8	6,1	4,1
MASCULINO	86,9	7,0	6,2
FEMENINO	92,8	5,2	2,1

## SATISFACCIÓN PERSONAL

La autoestima personal se construye en forma muy compleja desde temprana edad a través de las experiencias con el medio. Estas experiencias se traducen finalmente en autovaloraciones acerca de variados aspectos de la vida personal, y han sido medidas a través de la satisfacción personal en distintas áreas de la vida, como el aspecto físico, la inteligencia, el nivel económico, la profesión que estudió, el nivel educativo alcanzado y las relaciones sociales. En una escala de 5 a 20, el grado de satisfacción personal de los encuestados 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 y sus relaciones sociales. Cerca de un tercio de la población de Cajamarca muestra niveles altos de insatisfacción en el nivel educativo alcanzado. El grado de insatisfacción con relación al aspecto económico (27,4%) se asocia con los niveles de pobreza (Tabla 22). En general, existe una tendencia a una menor satisfacción personal en las mujeres en comparación con los hombres.

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

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA %	D.S. %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
TOTAL	16,7	2,2	17,0	18,0	15,1	18,6
MASCULINO	17,0	2,2	17,1	19,0	15,3	19,0
FEMENINO	16,5	2,2	16,6	18,0	15,0	18,0

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

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

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASPECTO FÍSICO</b>			
TOTAL	7,1	36,6	56,3
MASCULINO	5,8	34,0	60,2
FEMENINO	8,3	39,2	52,5
<b>INTELIGENCIA</b>			
TOTAL	8,2	31,1	60,7
MASCULINO	5,7	31,2	63,1
FEMENINO	10,5	31,0	58,4
<b>NIVEL ECONÓMICO</b>			
TOTAL	27,4	50,5	22,1
MASCULINO	27,1	49,3	23,6
FEMENINO	27,8	51,7	20,5
<b>PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)</b>			
TOTAL	10,6	28,4	61,0
MASCULINO	8,8	27,3	63,9
FEMENINO	12,8	29,8	57,4
<b>NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO</b>			
TOTAL	32,4	31,6	36,0
MASCULINO	27,9	34,1	38,1
FEMENINO	36,0	29,2	33,9
<b>RELACIONES SOCIALES</b>			
TOTAL	10,4	30,5	59,2
MASCULINO	8,2	30,9	60,9
FEMENINO	12,5	30,0	57,5

## SATISFACCIÓN LABORAL

El desempleo y el subempleo crean condiciones desfavorables para la salud mental de las personas. Sin embargo, también la calidad del empleo puede ser fuente de condiciones anímicas adversas. 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 que laboran muestra un adecuado nivel de satisfacción laboral, aunque más del 10% manifiesta poca o ninguna satisfacción con la carga laboral que realiza y con el trato o reconocimiento que recibe de sus jefes. Más del 40% se siente poco o nada satisfecho con la remuneración que recibe. El grado de satisfacción global deriva de la suma de los puntajes (del 1 al 4) de cada uno de los aspectos específicos convertidos al sistema vigesimal (Tablas 23 y 24).

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

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

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

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA</b>			
TOTAL	7,3	32,8	59,9
MASCULINO	7,4	33,5	59,1
FEMENINO	7,3	31,7	61,1
<b>CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA</b>			
TOTAL	9,8	38,4	51,7
MASCULINO	8,4	40,0	51,6
FEMENINO	12,0	36,0	51,9
<b>CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>			
TOTAL	4,9	35,8	59,4
MASCULINO	5,6	33,7	60,7
FEMENINO	3,4	40,0	56,7
<b>CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO</b>			
TOTAL	11,5	46,2	42,3
MASCULINO	9,9	49,3	40,8
FEMENINO	13,9	41,3	44,8
<b>CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES</b>			
TOTAL	11,9	35,0	53,2
MASCULINO	12,0	39,2	48,7
FEMENINO	11,6	27,3	61,1
<b>CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE</b>			
TOTAL	41,8	46,1	12,1
MASCULINO	40,2	49,2	10,6
FEMENINO	44,4	41,2	14,4

## CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es una construcción conceptual compleja que involucra áreas como el bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo socioemocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. A continuación se presenta el resultado global correspondiente al Índice de Calidad de Vida<sup>52</sup> que en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente, se halla en 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 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 CAJAMARCA - 2003**

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA %	D.S. %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
TOTAL	7,8	1,1	7,8	7,4	7,0	8,6
MASCULINO	7,7	1,1	7,8	8,2	7,1	8,5
FEMENINO	7,8	1,1	7,8	7,4	7,0	8,6

## DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

La discapacidad o inhabilidad se refiere a la disminución, pérdida o ausencia de la capacidad para funcionar en el medio social y del trabajo. La diferencia entre ambos radica en que la primera surge como consecuencia de una enfermedad y la segunda por la falta o desarrollo insuficiente de habilidades. En general, encontramos que una pequeña proporción de la población tiene al menos una discapacidad o inhabilidad leve, cifra muy inferior a la encontrada en la población de Lima (Tablas 26 y 27).

**TABLA 26**  
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA DE CAJAMARCA - 2003

NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20 DONDE 5 ES AUSENCIA DE DISCAPACIDAD)	MEDIA %	D.S. %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
TOTAL	5,2	1,1	5,0	5,0	5,0	5,0
MASCULINO	5,3	1,3	5,0	5,0	5,0	5,0
FEMENINO	5,2	0,9	5,0	5,0	5,0	5,0

**TABLA 27**  
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN GENERAL ADULTA DE CAJAMARCA - 2003 CON AL MENOS  
ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
TOTAL	6,9
MASCULINO	8,5
FEMENINO	5,3

## ASPECTOS PSICOPÁTICOS

No se ha realizado una exploración de la personalidad psicopática como tal, sino de ciertas tendencias mucho más frecuentes en la experiencia cotidiana, las cuales son más sutiles y sensibles a cambios en la sociedad. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo o beneficiarse de objetos robados, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas tales como la mentira frecuente, la violencia o el robo. La primera se encuentra en el 12,1% de la población, y la segunda en el 3,8%, cifras que denotan una importante proporción de individuos en estas condiciones, similares a las encontradas en otras ciudades (Tabla 28).

**TABLA 28**  
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CAJAMARCA - 2003

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	
TOTAL	12,1
MASCULINO	14,3
FEMENINO	10,0
PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	
TOTAL	3,8
MASCULINO	5,8
FEMENINO	1,9

## INDICADORES SUICIDAS

Los indicadores suicidas se han estudiado desde las formas más sutiles como los deseos de morir, pasando por pensamientos suicidas específicos y el planeamiento, hasta el intento suicida. Estos indicadores son más sensibles que el suicidio consumado, y son susceptibles de ser monitorizados e incluidos en las acciones preventivas. De primera intención observamos que los indicadores son importantes especialmente en el sexo femenino, llegando a un 15,3% de prevalencia anual de deseos morir. 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 31,4% de la población adulta de la ciudad de Cajamarca alguna vez en su vida ha presentado deseos de morir, un 11,6% lo ha considerado en el último año y un 4,0% en el último mes. Con relación a ideas suicidas más definidas, el 12,0% y el 4,0% 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 que además involucra un mayor impacto familiar y económico, el 2,2% de la población encuestada ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 0,7% lo habría realizado en el último año.

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

INDICADORES SUICIDAS	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR</b>	31,4
MASCULINO	21,4
FEMENINO	40,9
<b>PREVALENCIA EN EL AÑO DE DESEOS DE MORIR</b>	11,6
MASCULINO	7,7
FEMENINO	15,3
<b>PREVALENCIA EN EL MES DE DESEOS DE MORIR</b>	4,0
MASCULINO	2,2
FEMENINO	5,7
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	12,0
MASCULINO	7,8
FEMENINO	16,1
<b>PREVALENCIA EN EL AÑO DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	5,4
MASCULINO	3,1
FEMENINO	7,6
<b>PREVALENCIA EN EL MES DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	1,4
MASCULINO	0,8
FEMENINO	2,0
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	4,0
MASCULINO	2,5
FEMENINO	5,3
<b>PREVALENCIA EN EL AÑO DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	1,7
MASCULINO	0,9
FEMENINO	2,5
<b>PREVALENCIA EN EL MES DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	0,6
MASCULINO	0,5
FEMENINO	0,7
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	2,2
MASCULINO	1,3
FEMENINO	3,1
<b>PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	0,7
MASCULINO	0,5
FEMENINO	1,0
<b>PREVALENCIA EN EL MES DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	0,0
MASCULINO	0,0
FEMENINO	0,0
<b>PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA</b>	0,1
	(9,7% DE LOS INTENTOS EN EL ÚLTIMO AÑO)
MASCULINO	0,0
FEMENINO	0,1

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, más de la mitad de los casos de intento suicida se relaciona con la pareja. En el caso de los hombres, la distribución es más heterogénea, siendo la causa más frecuente los problemas económicos.

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

TÓPICOS	MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS
	%	%
<b>PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN</b>	0,4	0,0
MASCULINO	0,0	0,0
FEMENINO	0,5	0,0
<b>PROBLEMAS CON PADRES</b>	17,9	24,7
MASCULINO	16,7	32,9
FEMENINO	18,6	21,6
<b>PROBLEMAS CON HIJOS</b>	4,3	1,0
MASCULINO	3,8	0,0
FEMENINO	4,6	1,3
<b>PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES</b>	6,4	8,7
MASCULINO	3,4	0,0
FEMENINO	7,9	12,1
<b>PROBLEMAS CON PAREJA</b>	28,8	39,8
MASCULINO	26,3	8,4
FEMENINO	30,1	51,8
<b>PROBLEMAS CON AMISTADES</b>	0,8	0,0
MASCULINO	0,7	0,0
FEMENINO	0,9	0,0
<b>PROBLEMAS LABORALES</b>	1,8	6,5
MASCULINO	4,4	0,0
FEMENINO	0,4	9,0
<b>PROBLEMAS CON ESTUDIOS</b>	3,4	0,0
MASCULINO	7,1	0,0
FEMENINO	1,6	0,0
<b>PROBLEMAS ECONÓMICOS</b>	13,7	11,7
MASCULINO	15,2	21,7
FEMENINO	12,9	7,9
<b>PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA</b>	7,3	0,0
MASCULINO	8,8	0,0
FEMENINO	6,5	0,0
<b>SALUD FÍSICA DE ALGÚN FAMILIAR</b>	3,7	0,0
MASCULINO	0,5	0,0
FEMENINO	5,4	0,0
<b>SEPARACIÓN DE FAMILIAR</b>	2,7	8,8
MASCULINO	0,0	0,0
FEMENINO	4,1	12,2
<b>MUERTE DE PAREJA</b>	2,3	0,0
MASCULINO	0,5	0,0
FEMENINO	3,2	0,0
<b>MUERTE DE UN HIJO</b>	1,2	1,1
MASCULINO	2,0	0,0
FEMENINO	0,9	1,5
<b>MUERTE DE PADRE(S)</b>	4,5	5,9
MASCULINO	4,5	21,4
FEMENINO	4,5	0,0
<b>PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA</b>	3,4	0,0
MASCULINO	3,8	0,0
FEMENINO	3,3	0,0
<b>SIN MOTIVO APARENTE</b>	0,7	2,6
MASCULINO	0,2	0,0
FEMENINO	0,9	3,6
<b>OTROS</b>	14,3	6,2
MASCULINO	16,4	15,7
FEMENINO	13,2	2,6

## 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 21,4% de la población se ha visto involucrado en alguno de estos tipos de conducta. También se han tomado en cuenta indicadores más sutiles como el pensamiento homicida (Tabla 31).

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

INDICADOR	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TENDENCIAS VIOLENTAS</b>	
TOTAL	21,4
MASCULINO	30,5
FEMENINO	12,8
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>	
TOTAL	3,1
MASCULINO	4,0
FEMENINO	2,2
<b>PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>	
TOTAL	0,9
MASCULINO	1,2
FEMENINO	0,6
<b>PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>	
TOTAL	0,4
MASCULINO	0,5
FEMENINO	0,4

## 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 de 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 CAJAMARCA - 2003

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA %	D.S. %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
TOTAL	18,6	2,0	19,2	20,0	17,5	20,0
MASCULINO	18,6	1,9	19,2	20,0	17,5	20,0
FEMENINO	18,5	2,1	19,2	20,0	17,5	20,0

**TABLA 33**  
**TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA DE CAJAMARCA - 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	92,2	91,9	77,9	17,2	58,3	44,7	64,5
MASCULINO	89,5	89,4	74,6	15,8	58,2	37,8	63,6
FEMENINO	94,8	94,3	80,8	18,4	58,4	51,0	65,3

## 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, y éstos padecen marcadamente más problemas por uso de sustancias. Un 28,3% de la población de Cajamarca alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico, un 19,1% lo ha sufrido en los últimos 12 meses y un 13,5% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta. Si consideramos las prevalencias anuales, los trastornos depresivos son los más frecuentes (8,4%), seguidos por los trastornos por uso de sustancias (8,3%).

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 Cajamarca, así como la distribución por sexo. En lo que concierne a prevalencia de vida, el desorden más frecuente es el episodio depresivo (14,7%), seguido del trastorno de estrés postraumático (5,8%) y el trastorno de ansiedad generalizada (3,7%) (tabla 35). Con respecto a las prevalencias anuales (tabla 36), observamos que los principales problemas que enfrenta la ciudad de Cajamarca desde el punto de vista psiquiátrico, son el episodio depresivo (8,2%) y los trastornos de dependencia o abuso de alcohol (8,0%). El primer caso afecta con mayor frecuencia al sexo femenino, en tanto que el segundo afecta preferentemente a la población masculina. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, las prevalencias actuales son bajas y las conductas de riesgo reportadas son moderadas (5,1%) especialmente en las mujeres (8,5%) (tabla 38).

**TABLA 34**  
**PREVALENCIA DE VIDA, DE SEIS MESES Y ACTUAL, DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**  
**EN GENERAL DE CAJAMARCA - 2003**

TIPO DE TRASTORNOS	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO*</b>	
TOTAL	28,3
MASCULINO	30,2
FEMENINO	26,5
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	
TOTAL	19,1
MASCULINO	21,9
FEMENINO	16,4
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**</b>	
TOTAL	16,9
MASCULINO	20,3
FEMENINO	13,6
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**</b>	
TOTAL	13,5
MASCULINO	18,9
FEMENINO	8,4
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
TOTAL	10,2
MASCULINO	7,9
FEMENINO	12,5
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
TOTAL	4,3
MASCULINO	2,3
FEMENINO	6,2
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
TOTAL	3,2
MASCULINO	1,4
FEMENINO	5,0
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
TOTAL	1,8
MASCULINO	0,8
FEMENINO	2,8
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	15,4
MASCULINO	11,9
FEMENINO	18,8
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	8,4
MASCULINO	5,8
FEMENINO	10,9
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	7,0
MASCULINO	4,8
FEMENINO	9,0
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	4,2
MASCULINO	3,2
FEMENINO	5,2
<b>PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA</b>	
TOTAL	8,3
MASCULINO	16,2
FEMENINO	0,8

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

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

**TABLA 35**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS,**  
**POR SEXOS DE CAJAMARCA - 2003**

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGUN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,1	0,3	0,0
TRASTORNO BIPOLAR	0,1	0,1	0,1
EPISODIO DEPRESIVO	14,7	11,0	18,3
DISTIMIA	1,3	0,9	1,6
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,7	0,3	1,1
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	5,8	4,2	7,2
FOBIA SOCIAL	1,2	0,7	1,7
TRASTORNO DE PÁNICO	0,6	0,8	0,4
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	3,7	2,9	4,6
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,3	0,5	0,2

\* 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, POR SEXOS,**  
**EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CAJAMARCA - 2003**

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGUN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
EPISODIO DEPRESIVO	8,2	5,7	10,6
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,3	0,1	0,6
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,6	0,2	2,8
FOBIA SOCIAL	0,5	0,2	0,8
TRASTORNO DE PÁNICO	0,1	0,1	0,1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,1	1,4	2,8
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,3	0,4	0,2
DEPENDENCIA O CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	8,0	15,5	0,8

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

**TABLA 37**  
**PREVALENCIA DE SEIS MESES DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS, POR SEXOS,**  
**EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CAJAMARCA - 2003**

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGUN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
EPISODIO DEPRESIVO	6,8	4,7	8,7
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,2	0,1	0,3
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,2	0,0	2,3
FOBIA SOCIAL	0,5	0,2	0,8
TRASTORNO DE PÁNICO	0,1	0,1	0,1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1,7	1,0	2,3
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,1	0,2	0,0

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

**TABLA 38**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS, POR SEXOS,**  
**EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CAJAMARCA - 2003**

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

\* 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 por lo menos dos años de los criterios diagnósticos.

\*\*\* Se refiere a personas que alguna vez, con la finalidad de perder peso, se han inducido al 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 el alcohol, la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales se encuentra en 60,7%, mientras que la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se halla en un 2,3%. El consumo actual (en el último mes) de sustancias no alcohólicas legales se encuentra en un 20,2%. Con respecto a sustancias específicas, la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (2,0%), seguida de la cocaína (1,0%); las prevalencias de consumo actual (en el último mes) siguen siendo importantes para el alcohol (44,2%) y el tabaco (19,6%) (Tabla 40).

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

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	60,7	83,9	38,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	60,7	83,9	38,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHÓLICAS	2,3	4,3	0,5
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	20,2	31,9	9,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	20,2	31,9	9,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	0,0	0,0	0,0

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

TIPO DE SUSTANCIA*	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	95,5	97,7	93,4
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE ALCOHOL	44,2	57,1	31,9
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	59,6	82,9	37,4
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE TABACO	19,6	31,0	8,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,3	0,3	0,4
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,1	0,0	0,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	8,6	16,5	1,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	1,2	2,4	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	2,0	3,7	0,5
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	1,0	2,1	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 a la edad de inicio del consumo de las distintas sustancias (Tabla 41), se aprecia que la edad de inicio de la mayoría de los entrevistados adultos estuvo en promedio entre los 17 y 27 años, siendo el alcohol la sustancia cuyo consumo se inicia 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 representa necesariamente los patrones de consumo actuales.

**TABLA 41**  
**EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES**  
**EN LA POBLACIÓN DE CAJAMARCA - 2003**

TIPO DE SUSTANCIA*	MEDIA %	D.S. %	MEDIANA %	MODA %	MIN %	MAX %
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	17,46	5,1	17,0	18,0	3,0	50,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	18,30	5,1	18,0	18,0	5,0	50,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	27,16	5,9	28,0	28,0	18,0	35,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	21,03	3,6	22,0	22,0	16,0	28,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	19,00	3,9	18,0	15,0	15,0	26,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	23,64	6,9	22,0	20,0	12,0	45,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	17,83	2,7	18,0	17,0	13,0	26,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	20,62	3,6	22,0	22,0	15,0	24,0

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

Con respecto al uso de alcohol, se ha definido al bebedor riesgoso como aquel que durante el año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber, en menos de 3 horas, más del equivalente a una botella de vino (ó 3 vasos de alcohol fuerte), encontrándose una prevalencia del 15,0% para este caso. 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 la CIE-10, con un 8,0%, seguido por el tabaco con el 0,8% (Tabla 42).

**TABLA 42**  
**PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES**  
**EN LA POBLACIÓN DE CAJAMARCA - 2003, INCLUIDO POR SEXOS**

TIPO DE SUSTANCIA (PREVALENCIA ANUAL)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	15,0	26,9	3,7
USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	8,0	15,5	0,8
USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DEL TABACO	0,8	1,5	0,2
USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE LA 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	3,8	7,2	0,4
PREVALENCIA ANUAL DE LA DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	4,3	8,3	0,4

## TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS

La distribución de los trastornos clínicos en forma general es más o menos uniforme, no existiendo hallazgos estadísticamente significativos, salvo en la prevalencia actual de trastornos de ansiedad, en donde se encuentra una menor prevalencia entre los 18 a 24 años (0,8%); asimismo, se observa una tendencia a la significancia estadística en el abuso / dependencia de alcohol, con una menor prevalencia anual entre personas mayores de 65 años (0,5%) (Tabla 43).

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

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	18 A 24 AÑOS %	25 A 44 AÑOS %	45 A 64 AÑOS %	MAYOR 65 AÑOS %
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNOS PSIQUIÁTRICO	19,8	19,9	17,4	15,4
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	17,2	18,2	15,5	9,3
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	14,1	14,1	12,5	9,0
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	3,6	4,7	4,5	3,4
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	2,3	3,4	4,0	3,4
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	0,8	2,0	2,3	3,4
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	10,3	7,7	6,5	12,5
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	8,5	7,1	4,6	6,4
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	5,7	3,6	3,2	6,1
PREVALENCIA ANUAL DE USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL (F=2 630 df1= 2 857 df2 = 994,24 p= 0,052)	9,3	8,6	7,0	0,5

## 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 se satisface la necesidad básica de alimentación pero no las otras necesidades básicas, son considerados pobres; si se satisfacen las necesidades básicas pero no otras necesidades, se los considera no pobres básicos; y se considera no pobres a los miembros de aquellas familias que satisfacen sus necesidades básicas y otras necesidades. 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 no existe una asociación estadísticamente significativa entre las prevalencias del último año de trastornos psiquiátricos y la pobreza medida a través de las estimaciones subjetivas de la esposa del jefe del hogar sobre la satisfacción de las necesidades con los ingresos familiares. Esto puede deberse a que la pobreza en la sierra tiene características distintivas que serían importantes para el desarrollo o no de problemas de salud mental. Por ejemplo, es posible que el estrés asociado a la pobreza sea menor que en ciudades como Lima; también puede deberse a factores como el indicador utilizado o al tamaño de la muestra. Estudios a profundidad ayudarán a esclarecer mejor estos hallazgos.

**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 CAJAMARCA - 2003**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	%
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	17,8
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	18,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	19,1
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	20,5
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	17,0
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	15,4
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	17,6
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	17,1
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	15,8
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	12,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	13,5
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	15,4
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	3,5
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	7,1
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	2,8
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	2,4
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	7,1
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	9,7
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	0,7
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	1,4
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	6,0
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	3,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	8,6
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	11,8
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	2,3
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	7,7
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	8,4
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	2,3
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,5
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	4,0
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	6,0
<b>PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO/DEPENDENCIA DEL ALCOHOL</b>	
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	5,5
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,0
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	8,3
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,0

\*Ninguno de los trastornos alcanza diferencias estadísticamente significativas.

## SALUD MENTAL POR CIUDADES

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

**TABLA 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. Cerca del 10% de la población de Cajamarca ha tenido al menos una situación de pérdida personal, ya sea en pérdidas humanas o bienes materiales (Tabla 46).

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

TIPO DE PERDIDA	CAJAMARCA%
MUERTE DE FAMILIAR DIRECTO: PADRES, ESPOSO(A), HIJOS	1,1
MUERTE DE OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	5,5
FAMILIAR DESAPARECIDO	0,9
TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	1,4
FAMILIAR DETENIDO	1,6
FAMILIAR EN PRISIÓN	1,8
PÉRDIDA DE BIENES	1,2
CAMBIO DE RESIDENCIA	1,4
AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	9,8
ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESPARECIDO	7,1

En la Tabla 47 observamos que, a diferencia de la ciudad de Ayacucho, no existe relación entre la prevalencia de vida de algún trastorno psiquiátrico con el hecho de haber perdido algún familiar.

**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 CAJAMARCA - 2003**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	CON ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO %	SIN ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	26,5	28,5	N.S.
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	13,9	19,6	N.S.
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	10,8	17,4	N.S.
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	7,3	14,0	F=3,600 df1=1 p=0,06
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	12,9	10,0	N.S.
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	5,6	4,2	N.S.
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL.	2,6	3,3	N.S.
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	1,5	1,9	N.S.
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	18,3	15,2	N.S.
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	5,7	8,6	N.S.
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	5,7	7,1	N.S.
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	1,4	4,4	F=4,645 df1=1 p=0,033
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	4,4	8,3	N.S.

## ACCESO A SERVICIOS

El acceso a servicios en salud mental muestra particularidades distintas al acceso a servicios de salud física, debido entre otras cosas a los prejuicios existentes en torno a padecer problemas psiquiátricos. Sin embargo, los factores que participan son similares, expresados en combinaciones diferentes. En este informe nos vamos a limitar a la presentación de los resultados desde el punto de vista de la demanda sentida, es decir, de aquellas personas que han percibido en sí mismas problemas de tipo emocional o «de los nervios», y que son las que se encuentran en la decisión de buscar o no servicios.

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o «de los nervios» (demanda sentida), un 37,4% de los pacientes respondió afirmativamente; el

15,1% del total de encuestados identificó su problema en los últimos seis meses. Considerando este último nuestro período de referencia, se encontró que el 17,7% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada) (Tabla 48). Mientras que el 82,3% no recibió ningún tipo de atención médica, del 17,7% que recibió ayuda, el 7,3% acudió a los centros del MINSA, seguido del 4,1% que acudió a ESSALUD. Cabe resaltar que la mayoría de la demanda sentida expresada es atendida en los hospitales generales (Tabla 49). El 54,3% recibió algún tipo de medicamento para su problema, el 20,6% recibió psicoterapia y el 48,0% recibió consejería (Tabla 50).

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

DEMANDA	%
<b>DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (COMO PROBLEMAS EMOCIONALES O NERVIOS)</b>	
TOTAL	37,4
MASCULINO	32,0
FEMENINO	42,6
<b>DEMANDA SENTIDA DE SEIS MESES DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SALUD MENTAL)</b>	
TOTAL	15,1
MASCULINO	11,3
FEMENINO	18,7
<b>DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)</b>	
TOTAL	17,7
MASCULINO	13,2
FEMENINO	20,2

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

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
<b>MINSA</b>		7,3
PUESTOS O CENTROS DE SALUD:	1,6	(41,3% DE LO ATENDIDO)
INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO:	1,0	
HOSPITAL GENERAL:	4,7	
<b>ESSALUD</b>		4,1
POSTA O POLICLÍNICO:	2,2	(23,2% DE LO ATENDIDO)
CONSULTORIOS PAAD:	1,1	
CENTRO DE SALUD MENTAL:	0,3	
HOSPITAL GENERAL:	0,5	
<b>PRIVADA</b>		2,7
CLÍNICA PARTICULAR:	0,7	(15,3% DE LO ATENDIDO)
CONSULTORIO PARTICULAR:	2,0	
<b>OTROS</b>	3,6	3,6 (20,4% DE LO ATENDIDO)

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

TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINA %	PSICOTERAPIA %	CONSEJO %	HIERBAS %	OTRO %
TOTAL	54,3	20,6	48,0	1,9	5,5

Con relación a los motivos por los cuales la persona no recibió atención alguna por su problema emocional, la mayoría (44,3%) pensaba que lo debía superar solo, seguido de un 37,8% que no acudió por no tener dinero, y, en tercer lugar, un 26,8% 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 CAJAMARCA - 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	44,3	37,8	26,8	19,9	12,4	8,1	10,9

## SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN LA SIERRA PERUANA

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

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

SÍNDROMES CULTURALES	TOTAL %
«CHUCAQUE»	46,5
«SUSTO»	14,6
«AIRE»	6,7
«MAL DE OJO»	4,6
«DAÑO»	2,3
«ATAQUE DE NERVIOS»	1,6

Las personas con alguno de estos síndromes, en algún momento de su vida, presentaron un episodio depresivo, algún trastorno de ansiedad o síntomas paranoides, con mayor frecuencia que la población general, con excepción del «chucaque» y el «mal de ojo», tal como se aprecia en la Tabla 53.

**TABLA 53**  
**PORCENTAJE DE SÍNDROMES FOLKLÓRICOS Y PREVALENCIA DE VIDA PARA INDICADORES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, EPISODIOS DEPRESIVOS Y SÍNTOMAS PARANOIDES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CAJAMARCA - 2003 (N = 1268)**

SÍNDROMES	PREVALENCIAS DE VIDA PARA ADULTOS		
	TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL % (P)	EPISODIO DEPRESIVO % (P)	SÍNTOMAS PARANOIDES (2 SÍNTOMAS) % (P)
«SUSTO»	16,1 (0,066)	20,4 (0,044)	2,7 (0,138)
«AIRE»	11,8 (0,599)	22,9 (0,064)	4,7 (0,016)
«MAL DE OJO»	14,5 (0,467)	12,3 (0,680)	3,2 (0,375)
«ATAQUE DE NERVIOS»	31,2 (0,005)	36,7 (0,0003)	12,7 (0,00009)
«DAÑO»	17,5 (0,124)	26,8 (0,068)	10,9 (0,00036)
«CHUCAQUE»	11,9 (0,125)	16,8 (0,063)	1,9 (0,176)
POBL. GENERAL	10,2	14,7	1,4

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 54. Es notorio el alto porcentaje de problemas que quedan fuera de todo modelo de atención.

**TABLA 54**  
**PORCENTAJE DE PROBLEMAS Y AGENTES DE MODELOS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CAJAMARCA - 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.	20,4	0,2	24,5	60,2
LOCURA	8,2	0,2	7,4	74,2
MALA SUERTE, PROTECCIÓN, INFIDELIDAD, AMARRES	0,6	1,4	8,6	88,6

## ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

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. Un tercio de la población no considera el consumo excesivo de alcohol o drogas como trastorno mental. Llama la atención que un 47,2% de la población no considera la depresión como un desorden mental, pasando inadvertida, y que el 98,8% de la población no considera los problemas de personalidad como patología psiquiátrica.

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

TIPO DE PROBLEMAS	%	
	Si	No
A) NERVIOS EXCESIVOS O FOBIAS	59,7	40,3
B) TRISTEZA EXCESIVA O DEPRESIÓN	52,8	47,2
C) PSICOSIS O LOCURA	91,1	8,9
D) CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL O DROGAS	66,2	33,8
E) PROBLEMAS DEL CARÁCTER O DE LA PERSONALIDAD	1,2	98,8

En la Tabla 56 podemos observar los porcentajes de las respuestas de la población general de la sierra peruana en relación a las preguntas relacionadas al estigma contra los trastornos mentales. Los resultados nos muestran que más del 70% de la población reacciona no aceptando a las personas con enfermedades mentales; pero, en contraste, un 42,1% está dispuesto a brindarles algún tipo de ayuda. En el mismo sentido, tratándose de familiares con enfermedades mentales, un 80% aproximadamente tiende a no aceptar la enfermedad en ellos. Por otro lado, sólo el 8,9% de la población general piensa que en el caso de sufrir una enfermedad mental, sería aceptado en su comunidad. Sin embargo, es sorprendente la expectativa de la población general de la sierra peruana, pues un 78,2% de esta población piensa que las personas con enfermedades mentales pueden ser rehabilitadas y reintegradas en su comunidad.

**TABLA 56**  
**ACTITUDES FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CAJAMARCA - 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...?	28,2	7,1	19,1	42,1	0,8		2,7
SI USTED TUVIERA (TIENE) UNO O MÁS MIEMBROS DE SU FAMILIA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿USTED...?	22,0	0,1	0,9	74,7	0,9	0,3	1,2
SI USTED TUVIERA UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿CÓMO PIENSA QUE REACCIONARÍA SU COMUNIDAD?	8,9	20,6	17,1	27,9	18,9		6,7





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



# CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNAS VEZ UNIDAS ENCUESTADAS

El grupo de mujeres unidas o alguna vez unidas encuestadas estuvo conformado por 1 095 personas, y, considerando el diseño técnico de muestreo, se infiere a 32 993 habitantes para la ciudad de Cajamarca (Tabla 57).

**TABLA 57**  
NÚMERO TOTAL DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE CAJAMARCA - 2003

NÚMERO DE ENCUESTADAS	FRECUENCIA
MUESTRA TOTAL	1 095
EXPANDIDO	32 993

## EDAD

La edad promedio de las mujeres encuestadas fue de 41,5 años, con una desviación estándar de 14,6 años, lo cual nos indica una asimetría negativa en la composición de grupos etarios. Un poco más del 50% corresponde a las edades entre los 25 y 44 años (Tabla 58).

**TABLA 58**  
EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE CAJAMARCA - 2003

GRUPO ETARIO	%
MENOR DE 18 AÑOS	0,4
18 A 24 AÑOS	10,9
25 A 44 AÑOS	51,2
45 A 64 AÑOS	29,5
MAYOR DE 64 AÑOS	7,9

## ESCOLARIDAD

El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas es del 15,1%, siendo mayor con relación al género masculino (6,9%). El 55,4% 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 59).

**TABLA 59**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE CAJAMARCA - 2003**

GRADO DE ESTUDIOS	%
SIN NIVEL	14,7
INICIAL / PREESCOLAR	0,6
PRIMARIA	27,3
SECUNDARIA	28,1
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	12,8
SUPERIOR UNIVERSITARIO	16,0
POSTGRADO	0,5

## ESTADO CIVIL

Alrededor de las tres cuartas partes de las encuestadas (83,5%) refieren encontrarse en situación de unidas (conviviente o casada) (Tabla 60).

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

ESTADO CIVIL	%
CONVIVIENTE	35,1
SEPARADA	11,2
DIVORCIADA	0,6
VIUDA	4,4
CASADA	48,4
SOLTERA	0,2

## OCUPACIÓN

Un menor porcentaje de mujeres unidas (48,4%) refiere haber trabajado la semana anterior, si se compara con las cifras del adulto masculino (59,9%) (Tabla 61).

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

SITUACIÓN LABORAL	%
REALIZA ACTIVIDAD LABORAL EN LA SEMANA ANTERIOR	48,4
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO EN LA SEMANA ANTERIOR	4,4

## INGRESOS ECONÓMICOS

Algunas cifras en las encuestadas son menores a las de los adultos masculinos: ingresos entre S/. 301 a 600, el 30,5%, e ingresos mayores a S/. 1 200, el 12,9% (Tabla 62).

**TABLA 62**  
**PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES) EN LOS**  
**ÚLTIMOS TRES MESES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS**  
**DE CAJAMARCA - 2003**

PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES)	%
MENOS DE S/. 300	48,4
301 A 600	17,5
601 A 1 200	27,5
MÁS DE 1 200	6,6





**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

El desempleo es el principal problema percibido por las mujeres unidas en Cajamarca (45,2%) (Tabla 63).

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

TERRORISMO	DESEMPLEO	POBREZA	CORRUPCIÓN	VIOLENCIA	INESTABILIDAD POLÍTICA Y FALTA DE LIDERAZGO	DELINCUENCIA	OTRO
%	%	%	%	%	%	%	%
0,6	45,2	27,5	5,1	2,2	1,0	7,7	9,8

La preocupación es el sentimiento de mayor frecuencia que muestran las encuestadas frente al principal problema que perciben en el país (39,9%), mientras que sólo el 0,4% se muestra indiferente (Tabla 64).

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

PREOCUPACIÓN	AMARGURA, RABIA Y CÓLERA	RESIGNACIÓN	INDIFERENCIA	DESILUSIÓN	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	IMPOTENCIA, DESPERACIÓN O ANGUSTIA	OTRO
%	%	%	%	%	%	%	%
39,9	12,7	1,4	0,4	4,1	29,5	8,4	3,5

Las encuestadas en general dicen no confiar de manera significativa en las autoridades y líderes de la comunidad, y la más alta cifra de poca o nula confianza se refiere a autoridades políticas (90,1%) (Tabla 65).

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

CONFIANZA EN:	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
AUTORIDADES POLICIALES	66,2	28,9	4,9
AUTORIDADES POLÍTICAS	90,1	8,9	0,9
MILITARES	67,1	28,1	4,8
RELIGIOSOS	33,3	29,6	37,0
LÍDERES DE LA COMUNIDAD	78,4	18,5	3,1

Según las encuestadas, el Estado no es fuente de protección (80.7% «nada o poco»); en cambio, la familia y Dios sí son fuentes de protección (> 70% «mucho») (Tabla 66).

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

SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN:	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
DEL ESTADO	80,7	17,6	1,7
DE LA FAMILIA	8,9	17,6	73,5
DE DIOS	1,8	3,5	94,6
DE LA COMUNIDAD	51,3	32,2	16,5

## Estresores psicosociales

Más de la mitad de las encuestadas califica como «mucho» el efecto estresor de la salud (51,2%), del terrorismo (56,2%) y del narcotráfico (59,9%).

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

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD:	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
TRABAJO	35,7	25,4	38,9
ESTUDIO	42,0	25,1	32,9
HIJOS Y PARIENTES	34,7	19,7	45,6
PAREJA	48,8	17,4	33,8
DINERO	24,3	31,7	44,0
SALUD	22,0	26,8	51,2
TERRORISMO	28,3	15,6	56,2
NARCOTRÁFICO	25,0	15,1	59,9

## Estados anímicos

Al igual que en la sección de adultos, en el cuestionario se señala que las alternativas de respuestas no son mutuamente excluyentes en una persona entrevistada.

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

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	1,7	77,9	20,4
TENSO	6,6	75,4	18,1
ANGUSTIADO	13,1	73,9	12,9
IRRITABLE	11,2	77,9	10,9
PREOCUPADO	2,3	65,3	32,4
TRANQUILO	1,4	48,8	49,8
ALEGRE	0,8	42,5	56,7
ABURRIDO	25,4	66,5	8,1
OTRO	87,9	4,9	7,3

### Satisfacción personal

Con respecto a la satisfacción personal global de las mujeres encuestadas, el 50% experimenta un grado aceptable de satisfacción personal (16,3 puntos de 20) (Tabla 69).

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

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

Más del 50% de las encuestadas se siente satisfecha («mucho») con relación a su color de piel (68,4%), su nivel intelectual (57,2%) y su aspecto físico (53,9%) (Tabla 70).

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

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL CON:	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	9,2	36,9	53,9
COLOR DE PIEL	4,1	27,5	68,4
INTELIGENCIA	12,0	30,8	57,2
NIVEL ECONÓMICO	31,1	48,9	20,0
ESTUDIOS	15,9	24,2	59,9
RELACIONES SOCIALES	15,8	31,4	52,8

## Satisfacción laboral

El 50% 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 CAJAMARCA - 2003**

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
	16,0	16,3	15,0	14,2	18,0

En las encuestadas hay una considerable insatisfacción con la remuneración que reciben (46,3% «nada o poco»), aunque más de la mitad se siente satisfecha («mucho») con las funciones que realiza (54,0%), con sus compañeros de trabajo (56,3%) y con el reconocimiento de sus jefes (53,7%) (Tabla 72).

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

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON:	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	8,8	37,2	54,0
EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	13,2	38,6	48,2
SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	6,4	37,3	56,3
LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	16,1	43,0	40,9
EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES O PATRONES	11,9	34,5	53,7
LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	46,3	37,9	15,8

## Cohesión familiar

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

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

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
	18,5	19,2	20,0	17,5	20,0

## Calidad de vida

En las mujeres unidas (o alguna vez unidas) encuestadas se encuentra una calidad de vida promedio alta, puesto que se obtiene un índice de 7,7 puntos (en una escala de 0 a 10 puntos) (Tabla 74).

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

CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA MUJER UNIDA (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA %	SX %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
	7,7	1,143	7,8	8,1	7,0	8,6

## Indicadores suicidas

Se ha 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, es muy importante medirlo; en este sentido, el 42,3% de la población de mujeres encuestadas ha deseado morir, alguna vez en su vida (Tabla 75).

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

PERIODO	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	42,3
PREVALENCIA EN EL MES DE DESEOS DE MORIR	6,4
PREVALENCIA EN EL AÑO DE DESEOS DE MORIR	15,2
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	15,0
PREVALENCIA EN EL MES DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	1,7
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	5,7
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE QUITARSE LA VIDA	5,2
PREVALENCIA EN EL MES DE PLANES DE QUITARSE LA VIDA	0,6
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PLANES DE QUITARSE LA VIDA	2,0
PREVALENCIA DE VIDA DE INTENTOS DE QUITARSE LA VIDA	2,9
PREVALENCIA EN EL AÑO DE INTENTOS DE QUITARSE LA VIDA	0,8
PREVALENCIA EN EL MES DE INTENTOS DE QUITARSE LA VIDA	0,1

## TRASTORNOS CLÍNICOS

Llaman la atención las cifras de prevalencia de vida del trastorno de estrés postraumático (8,3%) (Tabla 76).

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

TRASTORNO SEGÚN LA CIE-10	CAJAMARCA %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	27,0
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO	14,8
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO	12,3
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO	8,1
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA	6,9
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA	3,8
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA	3,2
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA	2,0
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA	8,3
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA	2,7
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA	2,1
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA	0,5
PREVALENCIA DE VIDA DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA	15,6
PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA	8,5
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA	7,3
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA	3,9
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA EN LA MUJER UNIDA	1,9
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA EN LA MUJER UNIDA	1,2

## ABUSO EN LA MUJER UNIDA

En Cajamarca, al igual que en otras ciudades, el estudio referente al abuso contra la mujer unida o alguna vez unida ha considerado como indicadores el haber sido objeto de abuso alguna vez en su vida, intento o actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, agresiones verbales o situaciones de abandono. La prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra la mujer unida o alguna vez unida es de 60,3%.

### Trato inadecuado en el periodo de enamoramiento

Son llamativas las siguientes cifras: celos de la pareja (39,8%), el haber sido controladas por sus parejas (26,0%) y la percepción de actitudes machistas en la pareja (27,1%). Estas cifras serían expresión de los aspectos socio-culturales de la región (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 CAJAMARCA - 2003**

PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	%
LE GRITABA MUCHO	5,6
TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	6,0
LA ENGAÑÓ	16,8
LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	4,4
LA FORZÓ A TENER RELACIONES SEXUALES	3,9
SE MOSTRÓ INDIFERENTE	9,7
LE MENTÍA MUCHO	16,5
ERA MUY CELOSO	39,8
LA CONTROLABA MUCHO	26,0
LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	17,0
TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	27,1

Por otro lado, si se hace una estimación global de tratos inadecuados a mujeres unidas en el periodo de enamoramiento por su actual pareja o última pareja, aproximadamente dos tercios de esta muestra (59,4%) es objeto de estos tratos inadecuados y cerca de la quinta parte (12,6%) sufre algún tipo de violencia (Tabla 78).

**TABLA 78**  
**PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE CAJAMARCA - 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)	59,4
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	12,6

## 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 84,5% de la muestra total que, ponderada o expandida representa a 27 688 mujeres unidas de la población. Se observa que cerca de la mitad de las encuestadas (41,5%) presenta una prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual (Tabla 79).

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

TIPO DE ABUSO O MALTRATO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	CAJAMARCA %
PREVALENCIA DE VIDA DE ALGÚN ABUSO	41,5
ABUSO SEXUAL	11,5
ABUSO FÍSICO	28,3
INSULTOS	35,9
CHANTAJES, HUMILLACIONES	16,6
ABANDONO	9,3

Cerca de la tercera parte ha presentado cualquier tipo de maltrato en el último año (Tabla 80).

**TABLA 80**  
**PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO O MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LA CIUDAD DE CAJAMARCA - 2003**

	CAJAMARCA %
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL	25,4

## LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

Aproximadamente una de cada catorce de las entrevistadas presenta abuso sistemático (Tabla 81).

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

	CAJAMARCA %
PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS POR MES)	6,9

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, éstas ascienden a un 86,8% (Tabla 82).

**TABLA 82**  
**ANTECEDENTES DE ABUSO SISTEMÁTICO POR PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS EN LA CIUDAD DE CAJAMARCA - 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)	86,8
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	41,4

Al igual que 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 y militares (más del 70%) (Tabla 83).

**TABLA 83**  
**CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE EN CAJAMARCA - 2003**

AUTORIDADES	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CONFIANZA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES) EN AUTORIDADES POLICIALES	73,2	25,7	1,2
CONFIANZA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES) EN AUTORIDADES POLÍTICAS	94,1	4,4	1,5

La percepción de sentirse protegida por parte del entorno familiar («mucho» 50,3%) es similar a la muestra de mujeres unidas en general (Tabla 84).

**TABLA 84**  
**SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE EN CAJAMARCA - 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)	85,4	13,1	1,4
DE LA FAMILIA, EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	13,5	36,2	50,3

## Estresores psicosociales en la mujer maltratada sistemáticamente

El estresor psicosocial que más perturba a las mujeres maltratadas sistemáticamente es el trabajo (63,4%) (Tabla 85).

**TABLA 85**  
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE EN CAJAMARCA - 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)	21,7	14,9	63,4
ESTUDIO, EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	22,4	62,3	15,3
HIJOS Y PARIENTES, EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	23,8	22,0	54,3
PAREJA, EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	14,6	23,7	61,7
DINERO, EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	17,7	29,5	52,7

## Sentimientos anímicos prevalentes en la mujer unida maltratada sistemáticamente

La «preocupación» es el sentimiento que presenta más de la mitad de las mujeres maltratadas sistemáticamente (Tabla 86).

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

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	0,0	55,4	44,6
TENSO	0,0	62,3	37,7
ANGUSTIADO	4,3	70,1	25,5
IRRITABLE	2,8	77,3	19,9
PREOCUPADO	0,0	40,0	60,0
TRANQUILO	0,0	76,3	23,7
ALEGRE	0,0	73,6	26,4
ABURRIDO	27,5	56,9	15,7
OTRO	81,2	18,8	0,0

## Satisfacción personal en la mujer unida maltratada sistemáticamente

La satisfacción personal en las mujeres maltratadas sistemáticamente (promedio 15,0) no es muy diferente al de las mujeres unidas en general (promedio 16,3) (Tablas 69 y 87).

**TABLA 87**  
**SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE EN CAJAMARCA - 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 %
	15,0	2,2	15,0	14,0	13,8	16,5

### Indicadores suicidas en la mujer unida maltratada sistemáticamente

La prevalencia de vida de deseos de morir en las mujeres unidas maltratadas sistemáticamente es mayor (63,5%) que en las mujeres unidas en general (42,3%) (Tabla 88).

**TABLA 88**  
**IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE EN CAJAMARCA - 2003**

PREVALENCIAS	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	63,5
PREVALENCIA EN EL MES DE DESEOS DE MORIR EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	12,2
PREVALENCIA EN EL AÑO DE DESEOS DE MORIR EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	33,8
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	41,8
PREVALENCIA EN EL MES DE PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	2,2
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	18,5

Con relación al intento suicida, las mujeres unidas maltratadas sistemáticamente presentan cifras mayores si se comparan con el total de mujeres unidas encuestadas: prevalencia de vida de intento suicida 12,2% vs. 2,9%; prevalencia anual de 4,4% vs. 0,8%; y prevalencia mensual de 1,5% vs. 0,1% (Tabla 89).

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

PREVALENCIAS	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE INTENTO SUICIDA EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	12,2
PREVALENCIA EN EL MES DE INTENTO SUICIDA EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	1,5
PREVALENCIA EN EL AÑO DE INTENTO SUICIDA EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	4,4

### Factores protectores

El grado de cohesión familiar en las mujeres maltratadas sistemáticamente (16,7) es ligeramente menor que en la población de mujeres unidas en general (18,5) (Tablas 73 y 90).

**TABLA 90**  
**COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE CAJAMARCA - 2003**

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR EN 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 %
	16,7	2,93	17,5	19,17	14,2	19,2

### Calidad de vida en las mujeres unidas 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 EN CAJAMARCA - 2003**

CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE CON UNA FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA %	Sx %	MEDIANA %	MODA %	P25 %	P75 %
	7,4	1,0	7,1	6,8	6,7	8,2

## TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

Las prevalencias de los trastornos clínicos en la mujer unida maltratada sistemáticamente son mayores si las comparamos con las mujeres unidas en general (Tabla 76). Por ejemplo, la prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad generalizada (8,8% vs. 3,2%), la prevalencia actual del trastorno de estrés postraumático (1,2% vs. 0,5%), la prevalencia de seis meses del episodio depresivo (depresión mayor) (17,8 vs. 7,3%), etc.

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

TRASTORNOS CLÍNICOS	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	12,2% (VERSUS 8,3% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 1,816$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,180$
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	1,2% (VERSUS 0,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 1,431$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,234$
PREVALENCIA DE SEIS MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	8,8% (VERSUS 3,2% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 7,002$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,009$
PREVALENCIA DE SEIS MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	17,8% (VERSUS 7,3% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 8,566$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,004$
PREVALENCIA ACTUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	7,4% (VERSUS 3,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 3,939$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,050$
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	4,1% (VERSUS 1,2% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 7,002$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,009$





# CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS



## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

El número de adolescentes encuestados fue de 463, cifra que, de acuerdo al diseño técnico del muestreo, otorga una inferencia a 10 054 habitantes adolescentes de la ciudad de Cajamarca. En la muestra se encontró una proporción de 48,4% varones y 51,6% mujeres (Tabla 93).

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

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL	463	48,4	51,6
PONDERADA	10 054	49,6	50,4

### EDAD

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

**TABLA 94**  
EDAD DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN CAJAMARCA - 2003

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	14,5	1,6
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR
12 A 14 AÑOS	50,8%	48,8%
15 A 17 AÑOS	49,2%	51,2%

### ESCOLARIDAD

Se ha encontrado que la prevalencia de analfabetismo en la población adolescente de Cajamarca es de 0,8%, mucho mayor que en Huaraz y Ayacucho, lugares en donde se ha encontrado una prevalencia de 0,2 y 0,3%, respectivamente. El mayor porcentaje de los adolescentes que estudian o han estudiado tiene nivel secundario (73,9%) y, una pequeña proporción, nivel superior (0,9%) (Tabla 95).

**TABLA 95**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE CAJAMARCA - 2003**

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %
SIN NIVEL	0,6
PRIMARIA	24,5
SECUNDARIA	73,9
BACHILLERATO	0,4
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,5

## ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil, el 98,7% de los adolescentes es soltero. Se ha encontrado que el 2,4% de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo, con una prevalencia de vida semejante al promedio de las ciudades de la sierra estudiadas; sin embargo, ninguna adolescente afirmó haber abortado.

## OCUPACIÓN

El nivel de ocupación laboral de los adolescentes suele ser un indicador de los problemas económicos familiares. El 15,6% de los adolescentes de Cajamarca se encontraba trabajando la semana anterior a la encuesta (Tabla 96), con un ingreso mensual neto promedio de 100,67 nuevos soles.

**TABLA 96**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADOLESCENTES DE CAJAMARCA - 2003**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	15,6
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	2,2



# SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE



## ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Considerando 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 cumplimiento satisfactorio de las mismas 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, los cuales pasan fácilmente inadvertidos por los adultos, así como aspectos contextuales a nivel macro y del desenvolvimiento social próximo.

## ENTORNO GENERAL

Respecto al país, más del 40% de los adolescentes de Cajamarca identifican como sus 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 o cólera (Tabla 98).

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

PROBLEMAS PERCIBIDOS	%	PROBLEMAS PERCIBIDOS	%	PROBLEMAS PERCIBIDOS	%
DESEMPLEO	26,6	MANEJO ECONÓMICO	7,0	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,2
POBREZA	17,9	DELINCUENCIA	14,5	FALTA DE LIDERAZGO	0,8
CORRUPCIÓN	12,0	TERRORISMO	2,7	FALTA DE CONFIANZA	1,5
VIOLENCIA	6,6	NARCOTRÁFICO	1,7	OTROS	5,2

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

SENTIMIENTOS	%	SENTIMIENTOS	%	SENTIMIENTOS	%
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	32,6	AMARGURA	4,5	FRUSTRACIÓN	0,8
PREOCUPACIÓN	29,3	INDIFERENCIA	1,7	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	0,9
CÓLERA	13,9	RABIA	3,3	IMPOTENCIA	2,5
DESILUSIÓN	6,2	RESIGNACIÓN	0,6	OTRO	1,8

Respecto a la confianza en autoridades, llama la atención, como en Lima y otras ciudades de la sierra, la baja confianza en las autoridades políticas (78,8%), así como en los líderes comunales (63,9%) y en las autoridades policiales (46,9%); estos resultados contrastan con la confianza de los adolescentes en los maestros (58,4%), los religiosos (43,2%) y los médicos (45,8%) (Tabla 99).

**TABLA 99**  
**CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE**  
**DE CAJAMARCA - 2003**

	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES	46,9	42,1	11,0
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	78,8	18,1	3,1
CONFIANZA EN MAESTROS	14,8	26,8	58,4
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	24,6	32,1	43,4
CONFIANZA EN LÍDERES COMUNALES	63,9	27,3	8,7
CONFIANZA EN MÉDICOS	19,0	35,2	45,8

## ESTRESORES PSICOSOCIALES

Con relación a los estresores psicosociales que percibe el adolescente como muy tensionantes, resaltan la delincuencia (52,5%), el narcotráfico (48,8%), la salud (53,5%) y el terrorismo (41,1%) (Tabla 100).

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

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	47,2	37,9	14,9
ESTUDIO	39,5	27,0	33,5
PARIENTES	40,9	17,4	41,8
PAREJA	62,6	18,4	19,0
DINERO	56,2	28,5	15,3
LA SALUD	26,1	20,4	53,5
LA LEY	80,8	10,4	8,8
TERRORISMO	40,8	18,1	41,1
DELINCUENCIA	28,9	18,6	52,5
NARCOTRÁFICO	36,3	14,8	48,8

Respecto al estrés ambiental, el 40,3% de los adolescentes percibe un alto nivel de estrés (ruidos, ventilación, olores, espacio), cifra análoga a la de los adolescentes de Lima y Callao (EEMSM 2002).

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

En cuanto a los estados anímicos que, sin ser por sí mismos patológicos, pueden generar repercusiones significativas en la calidad de vida de los adolescentes, los resultados respecto a los estados negativos son llamativos, pues, entre el 8,2% y el 19,0% de los adolescentes, dice experimentar siempre o casi siempre tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, y aburrimiento, mucho más las adolescentes. La tendencia a la preocupación es alta, y tiene connotaciones relacionadas con la obligación de 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 CAJAMARCA - 2003

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	3,5	85,8	10,7
MASCULINO	5,4	89,1	5,5
FEMENINO	1,5	82,4	16,1
<b>TENSO</b>			
TOTAL	15,8	73,3	10,8
MASCULINO	18,0	74,6	7,4
FEMENINO	13,6	72,0	14,4
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	17,7	74,0	8,2
MASCULINO	19,9	73,0	7,1
FEMENINO	15,4	75,1	9,4
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	12,7	68,3	19,0
MASCULINO	15,3	72,7	11,9
FEMENINO	9,9	68,3	26,3
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	9,3	72,6	18,1
MASCULINO	11,6	76,7	11,7
FEMENINO	7,0	68,3	24,8
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	2,0	35,0	62,9
MASCULINO	1,3	27,7	71,0
FEMENINO	2,8	42,6	54,5
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	0,3	17,1	82,6
MASCULINO	0,5	13,8	85,7
FEMENINO	0,0	20,6	79,4
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	22,3	68,5	9,2
MASCULINO	22,5	72,7	4,8
FEMENINO	22,0	64,2	13,8
<b>OTRO</b>			
TOTAL	87,7	11,6	0,7
MASCULINO	90,6	9,4	0,0
FEMENINO	84,3	14,2	1,4

## 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 en la adolescencia. Se ha medido el grado de satisfacción personal de los adolescentes en una escala de 5 a 20, encontrándose una media de 17,1, semejante a la de los adolescentes de Lima y Callao (16,1) (EEMSM 2002) (Tabla 102). La mayor fuente de satisfacción está en la religión, las relaciones sociales y el aspecto físico, con 68,0%, 64,8% y 61,2%, respectivamente. El 21,4% 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 CAJAMARCA - 2003**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
ESTIMADOS	17,1	17,6	20	15,4	18,9

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

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	9,8	29,0	61,2
INTELIGENCIA	8,6	31,2	60,2
NIVEL ECONÓMICO	21,4	40,5	38,1
ESTUDIOS	14,4	27,0	58,6
RELACIONES SOCIALES	8,7	26,5	64,8
COLOR DE LA PIEL	7,6	23,8	68,6
PROFESIÓN U OFICIO	12,8	31,5	55,7
RELIGIÓN	11,1	20,9	68,0
LUGAR DE RESIDENCIA	12,0	28,4	59,6

## SATISFACCIÓN LABORAL

Partiendo de la situación de que muchos adolescentes tienen que trabajar para ayudar a mantener sus hogares, es importante la evaluación de esta área. En lo que respecta a la evaluación global, el grado de satisfacción laboral es similar al del adolescente de Lima y Callao (16,3). La mayor razón de insatisfacción laboral es la carga de trabajo que desarrollan diariamente (34,1%). Conviene destacar que los compañeros de trabajo constituyen una fuente de satisfacción laboral en el 73,6% de los adolescentes encuestados (Tablas 104 y 105).

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

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,3	16,6	16,7	13,3	17,5

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

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	12,6	32,8	54,5
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	11,8	48,2	40,1
CON LA CARGA DE TRABAJO DIARIA	34,1	37,8	28,1
CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES	25,2	29,9	44,9
CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO	5,4	21,0	73,6
CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	28,6	29,5	41,9

## CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida involucra áreas como bienestar físico, bienestar 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 (donde 10 es excelente), se halla en 7,9, cifra que indica un nivel aceptable. El valor encontrado es ligeramente superior al promedio arrojado por los adolescentes de las ciudades de la sierra estudiadas (Tabla 106).

**TABLA 106**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE CAJAMARCA - 2003**

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MODA	P25	P75
TOTAL	7,9	1,1	7,8	7,2	8,8

## 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 como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente, 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 Cajamarca son tan frecuentes como en la población general de adolescentes de la sierra (37,0%) (Tabla 107).

**TABLA 107**  
**ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE CAJAMARCA - 2003**

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	8,6
PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	37,0
PREVALENCIA DE TENDENCIAS DELICTIVAS	7,7

## INDICADORES SUICIDAS

El adolescente se ve expuesto a procesos de cambio que pueden afectar su ánimo y hacerlo proclive a ideas pesimistas acerca de su futuro. Al igual que en el adulto, las tasas de suicidio deben ser una alerta para intervenciones tempranas. En este estudio se ha investigado los componentes del proceso que puede culminar en el suicidio consumado: deseo, pensamiento, planeación e intento o conducta suicida.

Son notorias las cifras respecto a estas cuatro categorías, mayores en cuanto a deseos y gradualmente inferiores en cuanto a pensamiento, planeación y finalmente intento.

En la Tabla 108 observamos que un 26,2% de la población adolescente ha presentado deseos suicidas alguna vez en su vida, un 13,9%, en el último año y, un 5,8%, en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria, el 2,2% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, y el 1,8% lo habría realizado en el último año. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años.

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

**TABLA 108**  
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE CAJAMARCA - 2003

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL %	12 A 14 AÑOS %	15 A 17 AÑOS %
<b>DESEOS DE ÍNDOLE SUICIDA</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	26,2	19,8	32,9
PREVALENCIA EN EL MES	5,8	4,3	7,3
PREVALENCIA EN EL AÑO	13,9	10,1	17,9
<b>PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	10,4	5,0	16,0
PREVALENCIA EN EL MES	3,4	1,9	5,1
PREVALENCIA EN EL AÑO	6,3	3,7	8,9
<b>PLANEACIÓN SUICIDA</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	4,3	2,6	6,0
PREVALENCIA EN EL MES	1,6	1,3	1,9
PREVALENCIA EN EL AÑO	3,2	2,1	4,3
<b>CONDUCTAS SUICIDAS</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	2,2	0,7	3,8
PREVALENCIA EN EL MES	0,2	0,0	0,4
PREVALENCIA EN EL AÑO	1,8	0,7	2,9
<b>PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA</b>	<b>0,7</b>	<b>0,0</b>	<b>1,5</b>

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 (51,6 % y 61,0% respectivamente), lo que se hace más relevante entre los 15 y 17 años (57,1% y 65,1% respectivamente). 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 (11,3%). Entre los 12 y 14 años, los problemas con los estudios (59,5%) son los principales. 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 como en Lima y Callao (EEMSM 2002).

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

INDICADORES SUICIDAS	AÑOS	MOTIVOS DE	MOTIVOS DE
	%	DESEOS SUICIDAS	INTENTOS SUICIDAS
		%	%
PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN	TOTAL	2,2	0,0
	12 A 14	4,2	0,0
	15 A 17	0,9	0,0
PROBLEMAS CON LOS PADRES	TOTAL	51,6	61,0
	12 A 14	42,6	40,5
	15 A 17	57,1	65,1
PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES	TOTAL	13,2	0,0
	12 A 14	21,1	0,0
	15 A 17	7,9	0,0
PROBLEMAS CON LA PAREJA	TOTAL	1,4	0,0
	12 A 14	1,1	0,0
	15 A 17	1,5	0,0
MUERTE DE PADRES	TOTAL	2,8	0,0
	12 A 14	2,1	0,0
	15 A 17	3,2	0,0
PROBLEMAS CON LOS ESTUDIOS	TOTAL	6,3	10,3
	12 A 14	7,9	59,5
	15 A 17	5,3	0,0
PROBLEMAS ECONÓMICOS	TOTAL	5,7	3,5
	12 A 14	1,6	0,0
	15 A 17	8,3	4,2
PROBLEMAS CON LA SALUD FÍSICA	TOTAL	3,3	0,0
	12 A 14	3,7	0,0
	15 A 17	3,1	0,0
PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	TOTAL	1,2	9,4
	12 A 14	0,0	0,0
	15 A 17	2,0	11,3
SEPARACIÓN DE FAMILIAR	TOTAL	8,1	21,2
	12 A 14	9,5	0,0
	15 A 17	7,3	25,7
PROBLEMAS DE SALUD FAMILIAR	TOTAL	4,0	0,0
	12 A 14	4,5	0,0
	15 A 17	3,7	0,0
PROBLEMAS CON AMIGOS	TOTAL	6,6	6,5
	12 A 14	5,9	0,0
	15 A 17	7,1	7,8
OTROS	TOTAL	16,7	6,0
	12 A 14	22,0	0,0
	15 A 17	13,3	7,3

## 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 y abuso físico a menores. Se ha hallado que un 16,9% de la población adolescente estuvo involucrado en algún tipo de estas conductas. No existen mayores diferencias entre grupos etarios. En cuanto al pensamiento homicida, las prevalencias en la población absoluta resultan llamativas, pues un 2,5% 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 CAJAMARCA - 2003

INDICADOR	AÑOS	%
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	TOTAL	16,9
	12 A 14 AÑOS	16,1
	15 A 17 AÑOS	17,7
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	2,5
	12 A 14 AÑOS	0,3
	15 A 17 AÑOS	4,8
PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	1,1
	TOTAL	1,3

## FACTORES PROTECTORES

El grado de cohesión familiar medido a través del respeto y apoyo mutuo, orgullo familiar o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos, lo que es un factor positivo frente a los otros estresores psicosociales que atentan contra la salud mental (Tabla 111); sin embargo, a pesar de haber un grado alto de cohesión familiar, éste es significativamente inferior al promedio de las ciudades de la sierra. De la misma manera, el factor religioso es muy importante en la población adolescente encuestada (91,5%), inclusive más que para el promedio de adolescentes de las ciudades de la sierra, y la mayoría afirma que la religión ayuda a la solución de problemas (65,1%).

**TABLA 111**  
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE CAJAMARCA - 2003

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	15,5	16,0	16,0	13,6	17,3

## 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 (4,4%), seguido del trastorno de ansiedad generalizada (2,1%). Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien la anorexia nervosa es de 0%, la conducta bulímica es de 2,1% y la tendencia a problemas o trasgresiones de la conducta alimentaria es de 5,7% (Tabla 112).

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

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	PREVALENCIA %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,7
EPISODIO DEPRESIVO (DEPRESIÓN MAYOR)	4,4
DISTIMIA	0,9
FOBIA SOCIAL	1,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**	3,7
BULIMIA NERVOSA	0,5
CONDUCTAS BULÍMICAS***	2,1
ANOREXIA NERVOSA	0,0
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS****	5,7

\* Los criterios del MINI no consideran los trastornos psicóticos a nivel de categorías diagnósticas, sino a nivel de síndromes. Se ha asumido como 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 los del adulto.

\*\*\* Se refiere a haber tenido por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos 3 meses.

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

## USO DE SUSTANCIAS

Al igual que en el adulto y 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 de 36,8% y su prevalencia en el mes de 16,7%. Con relación a conductas problemáticas por consumo de licor, se encuentra una prevalencia en el mes de embriaguez alcohólica del 2,8%. Es de notar que el 22,5% de los encuestados identifica en su consumo de alcohol por lo menos una conducta relacionada al abuso (Tabla 113).

Observamos que la prevalencia de vida del consumo de sustancias legales se encuentra en 66,5%; de ilegales, en 1,1%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (26,0%), seguida de la hoja de coca (2,3%) y la marihuana (1,1%) (Tabla 114).

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

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	63,2	65,9	60,4
PREVALENCIA DE MES DE CONSUMO DE ALCOHOL	16,7	20,4	13,1
PREVALENCIA DE MES DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	2,8	3,9	1,6
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	22,5	24,6	20,3
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	5,1	6,5	3,7
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	2,5	3,5	1,6

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

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	66,5	68,9	64,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	1,1	1,8	0,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	26,0	33,4	18,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	1,0	0,0	2,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	0,2	0,5	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	1,1	1,8	0,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE INHALANTES	0,7	1,5	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA CEFALEA	0,5	0,0	1,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	2,3	4,1	0,4

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. Se evidencia una mayor prevalencia de vida y en el mes de consumo de alcohol en Ayacucho (74,0 y 15,3%) seguida de Cajamarca con (63,2 y 16,7%) (Tabla 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 MES DE CONSUMO DE ALCOHOL	14,2	6,9	15,3	16,7
PREVALENCIA DE MES DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	2,2	1,4	2,0	2,8
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	27,4	16,4	36,9	22,5
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	4,2	2,7	4,2	5,1
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	2,0	1,1	1,9	2,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	71,1	62,6	79,2	66,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	0,8	0,0	0,8	1,1

En cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias (Tabla 116), se aprecia que los adolescentes entrevistados empezaron a consumir entre los 9 y 16 años, la edad más frecuente para el inicio de consumo de alcohol es 14 años; la mínima, 10 años.

**TABLA 116**  
**EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN**  
**ADOLESCENTE DE CAJAMARCA - 2003**

TIPO DE SUSTANCIA	MEDIA	MEDIANA	MODA	MIN.	MÁX.
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	12,2	13,0	14,0	10,0	14,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	13,7	14,0	14,0	13,0	15,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	15,7	16,0	16,0	15,0	16,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	11,7	11,0	11,0	11,0	14,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	15,5	15,0	15,0	15,0	16,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	13,8	13,0	15,0	13,0	15,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA CEFALEA	11,7	11,0	11,0	9,0	13,2
EDAD DE INICIO PARA CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	0,5	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 de las agresiones de personas de su entorno; al respecto, el 60,4% de la población adolescente de Cajamarca manifestó haber 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 52,5%, seguida del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas) con 40,3% (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 CAJAMARCA - 2003**

TIPO DE ABUSO	%
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO O EMOCIONAL) EN EL ADOLESCENTE	60,4
PREVALENCIA DE ALGÚN ABUSO DE TIPO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE	2,9
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO FÍSICO EN EL ADOLESCENTE	40,3
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO PSICOLÓGICO EN EL ADOLESCENTE	52,5
PREVALENCIA DEL ALGÚN ABANDONO EN EL ADOLESCENTE	7,7

## ACCESO A SERVICIOS

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

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido de algún problema de tipo emocional o de los nervios, el 33,1% de los adolescentes encuestados respondió afirmativamente (demanda sentida), cifra mayor que en Lima y Callao (29,8%). Se encontró también que sólo el 11,6% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 88,4% no recibió ningún tipo de atención médica (Tabla 118); es decir, en Cajamarca habría mayor demanda sentida y menor demanda atendida que en Lima y Callao (EEMSM 2002).

El 11,6% que sí recibió ayuda está compuesto principalmente por el 2,1% que acudió a los establecimientos de salud del MINSA, el 1,8% que acudió a ESSALUD y el 3,4% que fue atendido en consulta privada (Tabla 119).

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

DEMANDA	%
DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SALUD MENTAL)	33,1
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	7,6

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

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
<b>MINSA</b>		2,1
PUESTOS O CENTROS DE SALUD:	0,3	(17,3% DE LO ATENDIDO)
HOSPITAL GENERAL:	1,8	
<b>ESSALUD</b>		1,8
POSTA O POLICLÍNICO:	0,9	(14,8% DE LO ATENDIDO)
HOSPITAL GENERAL:	0,9	
<b>PRIVADA</b>		3,4
CLÍNICA PARTICULAR:	2,4	(28,1% DE LO ATENDIDO)
CONSULTORIO PARTICULAR:	1,0	
<b>OTROS</b>		4,4
OTRO:	4,4	(36,6% DE LO ATENDIDO)

Con relación a los motivos por los cuales los adolescentes no recibieron atención alguna para su problema emocional, el 43,7% pensaba que lo debía superar solo, seguido por el 25,4% que no acudió por no tener dinero, el 24,3% por falta de confianza, y el 21,6% porque no sabía dónde ir a buscar ayuda. 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 CAJAMARCA - 2003**

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTAR A CENTRO ASISTENCIAL	%
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	43,7	PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO	6,3
NO TENÍA DINERO	25,4	LARGAS LISTAS DE ESPERA	2,5
FALTA DE CONFIANZA	24,3	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	6,8
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	12,1	NO EXISTÍAN SERVICIOS DE SALUD MENTAL CERCANOS	6,0
NO SABÍA DÓNDE IR	21,6	VECINOS HABLARÍAN MAL	3,9
NO ME BENEFICIARÍA	10,7	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	1,1
POR VERGÜENZA	15,0	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	5,1
PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	2,4	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	1,8





# CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS



## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

En la ciudad de Cajamarca, 246 adultos mayores fueron encuestados, y, de acuerdo al diseño muestral, las inferencias alcanzan a 10 447 habitantes. Los resultados se presentan en base a la población expandida, distribuyéndose en 42,8% de varones y 57,2% de mujeres (Tabla 121).

**TABLA 121**  
**NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE CAJAMARCA ENCUESTADOS - 2003**

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO
	%	%	%
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	246	39,8	60,2
EXPANDIDO	10 447	42,8	57,2

### EDAD

La edad promedio de los adultos mayores encuestados fue 69,9 años; la mayor parte se encuentra en el grupo más joven, de 60 a 74 años (Tabla 122).

**TABLA 122**  
**EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DE CAJAMARCA ENCUESTADOS - 2003**

EDAD	MEDIA
PONDERADA (D.S)	69,9 (7,7)
GRUPO ETARIO	%
VIEJO JOVEN (60 A 74 AÑOS)	72,2
VIEJO VIEJO (75 A 84 AÑOS)	22,7
MUY VIEJO (85 AÑOS A MÁS)	5,1

### ESCOLARIDAD

El 27,8% de los adultos mayores encuestados es analfabeto. Por cada varón que no sabe leer ni escribir, existen aproximadamente dos mujeres en igual situación. (Tabla 123).

**TABLA 123**  
**ANALFABETISMO EN LOS ADULTOS MAYORES DE CAJAMARCA - 2003**

ANALFABETISMO	%
TOTAL	27,8
MASCULINO	17,4
FEMENINO	35,8

En cuanto al nivel educativo, es predominante el porcentaje de adultos mayores que tiene primaria. Para todos los niveles educativos, excepto para el superior no universitario, los varones tienen una presencia porcentual mayor que las mujeres. El grupo de encuestados que no tiene instrucción llega al 28,7%, y esta categoría es mucho mayor en mujeres que en hombres (Tabla 124). La presencia de analfabetismo en alrededor de la cuarta parte de los adultos mayores encuestados señala las negativas condiciones en que se ha desarrollado esta población, que afectan más al género femenino.

**TABLA 124**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CAJAMARCA - 2003**

GRADO DE ESTUDIO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
SIN NIVEL	28,7	15,6	38,6
PRIMARIA	41,5	48,7	36,1
SECUNDARIA	11,3	14,2	9,1
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	8,6	7,4	9,5
SUPERIOR UNIVERSITARIO	8,5	12,7	5,4

## ESTADO CIVIL

El 66,2% de los adultos mayores encuestados se halla en situación de unido (casado o conviviente). Los que estuvieron unidos (viudos y separados) ascienden al 31%. El 2,8% es soltero (Tabla 125).

**TABLA 125**  
**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE CAJAMARCA - 2003**

ESTADO CIVIL	TOTAL %
CONVIVIENTE	12,0
SEPARADO	11,1
DIVORCIADO	-
VIUDO	19,9
CASADO	54,2
SOLTERO	2,8

## OCUPACIÓN

Aproximadamente un tercio de los adultos mayores estuvo trabajando la semana anterior a la encuesta, más hombres que mujeres. Menos del 1% busca trabajo (Tabla 126).

**TABLA 126**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE CAJAMARCA - 2003**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	32,4	40,4	26,3
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	0,6	0,0	1,1



# SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR



# SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

## ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Siguiendo la misma estructura del informe de las otras unidades de análisis de la investigación, se presentan los principales indicadores de salud mental del adulto mayor.

## ESTRESORES PSICOSOCIALES

Entre los estresores psicosociales explorados, la mayoría de los encuestados reconoce como generadores de alta tensión problemas sociales como la delincuencia y el narcotráfico. Asimismo, la salud genera mucha tensión en el 53% de ellos (Tabla 127). Al respecto se debe agregar que el 45,5% de los adultos mayores presenta alguna enfermedad física o accidente en los últimos seis meses.

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

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	54,3	19,5	26,1
HIJOS	44,5	20,9	34,5
PAREJA	63,6	10,2	26,1
DINERO	37,0	20,8	42,2
SALUD	25,6	21,3	53,0
ASUNTOS CON LA LEY	88,1	6,7	5,1
TERRORISMO	41,1	11,1	47,8
DELINCUENCIA	24,7	12,9	62,4
NARCOTRÁFICO	34,8	10,0	55,2
OTROS	88,6	0,0	11,4

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los estados anímicos considerados positivos (tranquilidad y alegría) son prevalentes entre los adultos mayores encuestados, y son más los varones en comparación con las mujeres quienes los experimentan. Los estados negativos (tristeza, angustia, tensión, preocupación, aburrimiento e irritabilidad) son consistentemente predominantes en las mujeres. La tristeza es referida como un estado prevalente por dos veces más mujeres que hombres; la tensión es referida por tres veces más mujeres que hombres (Tabla 128). La prevalencia de estados de ánimo negativos puede tener relación directa con el estado de salud de la población.

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

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
	%	%	%
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	3,6	73,9	22,5
MASCULINO	5,7	80,4	13,9
FEMENINO	2,1	69,0	28,9
<b>TENSO</b>			
TOTAL	14,9	71,7	13,4
MASCULINO	21,0	72,9	6,1
FEMENINO	10,3	70,9	18,8
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	21,3	62,2	16,5
MASCULINO	25,0	61,5	13,5
FEMENINO	18,6	62,8	18,6
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	18,7	73,6	7,8
MASCULINO	19,0	75,6	5,5
FEMENINO	18,4	72,1	9,5
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	3,9	70,7	25,4
MASCULINO	7,9	73,6	18,5
FEMENINO	1,0	68,6	30,4
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	1,0	44,2	54,8
MASCULINO	0,0	32,3	67,7
FEMENINO	1,8	53,2	45,0
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	2,5	49,0	48,6
MASCULINO	0,0	37,7	62,3
FEMENINO	4,3	57,4	38,3
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	27,6	60,3	12,0
MASCULINO	31,8	57,3	10,9
FEMENINO	24,6	62,5	12,9
<b>OTRO</b>			
TOTAL	91,0	3,9	5,1
MASCULINO	91,3	8,7	0,0
FEMENINO	90,8	0,0	9,2

## SATISFACCIÓN PERSONAL

La autoestima se ve reflejada en el grado de satisfacción con respecto a diferentes atributos y condiciones personales. En una escala de 5 a 20, la media de satisfacción personal global de los adultos mayores es 16,41, siendo mayor en varones que en mujeres (Tabla 129). La mayoría experimenta un grado alto de satisfacción en los diferentes dominios explorados, excepto en lo concerniente a los estudios realizados y a la condición económica; poco más de un tercio de personas indica experimentar nada o poca satisfacción en estas dos áreas. Es también destacable que alrededor de un quinto de las personas esté descontento con su inteligencia (Tabla 130). El nivel de autoestima tiene relación directa con el estado de salud y recursos adaptativos.

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

SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	PC25	PC75
TOTAL	16,41 (2,4)	16,4	20,0	15,0	18,3
MASCULINO	17,06 (2,4)	17,5	20,0	16,0	19,0
FEMENINO	15,91 (2,3)	16,0	15,3	14,0	17,6

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

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	10,4	27,5	62,1
COLOR DE PIEL	4,6	28,4	67,1
INTELIGENCIA	18,7	29,7	51,6
CONDICIÓN ECONÓMICA	35,2	46,0	18,8
PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ	9,1	27,0	64,0
ESTUDIOS	38,9	25,5	35,7
RELIGIÓN	5,4	16,6	78,0
AMISTADES O RELACIONES SOCIALES	15,5	25,2	59,3
LUGAR DE RESIDENCIA	7,1	21,3	71,6

## SATISFACCIÓN LABORAL

La evaluación de la satisfacción laboral es pertinente, ya que aproximadamente la tercera parte de los adultos mayores continúa trabajando. En una escala de 5 a 20, la media global de satisfacción laboral es 16,16, con leve superioridad en los varones (Tabla 131). Las relaciones interpersonales, como el trato de los jefes y los compañeros de trabajo, son factores que la mayoría valora con mucha satisfacción. La remuneración recibida es calificada con menor satisfacción (Tabla 132).

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

GRADO SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,16 (2,7)	16,3	15,0	15,0	18,0
MASCULINO	16,86 (2,5)	17,5	15,0	15,0	18,8
FEMENINO	15,29 (2,6)	15,0	15,0	13,8	17,5

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

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	4,5	36,8	58,7
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	5,5	36,5	57,9
CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	7,6	31,6	60,7
CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO	9,1	47,9	42,9
CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES	30,3	5,9	63,7
CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	48,3	7,7	14,0

## CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida expresa la valoración de diferentes condiciones personales y del entorno, tales como bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, sentido de apoyo socio-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. Con el Índice de Calidad de Vida, en una escala del 1 a 10, la media global del adulto mayor fue 7,51, con valores discretamente superiores para los varones (Tabla 133).

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

CALIDAD DE VIDA (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	7,51	7,6	7,6	6,8	8,4
MASCULINO	7,73	7,6	6,8	6,9	8,8
FEMENINO	7,35	7,5	6,9	6,5	8,3

## DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

Las condiciones de discapacidad o inhabilidad asociadas al envejecimiento o a alguna patología afectan la realización de actividades cotidianas de autovalimiento e instrumentales, comprometiendo la autonomía del adulto mayor y demandando apoyo externo. El 25,2% de los adultos mayores presenta alguna discapacidad física, que es más frecuente en hombres que en mujeres (Tabla 134). En una escala de 5 a 20, en la que 5 indica ausencia de discapacidad, los encuestados tienen una media de 6,03 (Tabla 135). El 27% de los encuestados presenta al menos alguna discapacidad o inhabilidad, con mayor frecuencia en varones (Tabla 136).

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

AL MENOS UNA DISCAPACIDAD FÍSICA	%
TOTAL	25,2
MASCULINO	34,8
FEMENINO	17,7

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

NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20, DONDE 5 ES AUSENCIA DE DISCAPACIDAD)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	6,03 (2,4)	5,0	5,0	5,0	6,0
MASCULINO	6,47 (2,9)	5,0	5,0	5,0	6,0
FEMENINO	5,69 (1,9)	5,0	5,0	5,0	5,0

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

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
TOTAL	27,0
MASCULINO	33,6
FEMENINO	21,8

## INDICADORES SUICIDAS

Los adultos mayores están expuestos a diferentes situaciones de pérdida que generan estados emocionales negativos en los que puede aparecer el deseo de acabar con la existencia. Los indicadores suicidas explorados son: deseo de morir, pensamiento, plan y conducta suicidas durante la vida y en el último año y mes. La prevalencia del deseo de morir en el último mes asciende a 8,4%, siendo sustancialmente mayor en las mujeres en comparación con los varones. La mayor prevalencia en las mujeres se observa en todos los indicadores y periodos temporales (Tabla 137).

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

INDICADORES SUICIDAS	PREVALENCIA		
	DE VIDA %	ANUAL %	MES %
<b>DESEO DE MORIR</b>	31,3	13,3	8,4
MASCULINO	20,9	7,9	3,7
FEMENINO	39,4	17,5	12,2
<b>PENSAMIENTOS SUICIDAS</b>	6,9	3,2	1,1
MASCULINO	4,2	0,4	0,4
FEMENINO	9,0	5,3	1,6
<b>PLANEACIÓN SUICIDA</b>	2,6	2,0	1,0
MASCULINO	0,4	0,4	0,4
FEMENINO	4,3	3,2	1,4
<b>CONDUCTA SUICIDA</b>	0,9	0,0	0,0
MASCULINO	0,7	0,0	0,0
FEMENINO	1,1	0,0	0,0

## FACTORES PROTECTORES

La cohesión familiar y las actitudes y prácticas religiosas se consideran como factores protectores de la salud y del bienestar. La primera se refiere a la percepción del grado de respeto, apoyo, y de compartir valores y proyectos. En una escala de 5 a 20, en la que 5 es ausencia de cohesión, la media de los encuestados es 18,3, considerándose a la familia como un importante apoyo (Tabla 138). De otro lado, se aprecian altos porcentajes en las actitudes positivas y prácticas religiosas, que constituyen un poderoso factor protector (Tabla 139).

**TABLA 138**  
**COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CAJAMARCA - 2003**

COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	18,3 (2,4)	19,2	20,0	17,5	20,0
MASCULINO	18,3 (2,3)	19,2	20,0	17,5	20,0
FEMENINO	18,3 (2,4)	19,2	20,0	17,5	20,0

**TABLA 139**  
**TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CAJAMARCA - 2003**

TENDENCIAS RELIGIOSAS	%
DIOS ES MUY IMPORTANTE	96,9
ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	86,9
PARTICIPA ACTIVAMENTE	23,7
LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	50,3
TRASMITE RELIGIÓN A SUS HIJOS	58,4
LA RELIGIÓN AYUDA A LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	85,3
PREDICA O ENSEÑA A OTRAS PERSONAS	34,1

## TRASTORNOS CLÍNICOS

### Episodio depresivo en el adulto mayor

El propio envejecimiento y las circunstancias de pérdida que enfrentan los adultos mayores se asocian a la presencia de desórdenes afectivos en esta edad. Siguiendo los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se presentan las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual del episodio depresivo en adultos mayores (Tabla 140). La prevalencia actual de episodio depresivo es 3,2%, con mayor frecuencia en mujeres y en el grupo de menor edad. Se debe tener en cuenta el pequeño número de casos para la apreciación de estos datos.

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

PREVALENCIAS DEL EPISODIO DEPRESIVO	DE VIDA %	ANUAL %	6 MESES %	ACTUAL %
TOTAL	12,4	4,7	3,6	3,2
MASCULINO	9,7	4,9	2,2	2,2
FEMENINO	14,5	4,6	4,6	3,9
VIEJO JOVEN (60-74)	13,7	5,3	4,6	4,1
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (>75)	9,1	3,2	0,8	0,8

### Trastorno de ansiedad generalizada

La prevalencia actual del trastorno de ansiedad generalizada, sin depresión, en la población de adultos mayores es 1,3%, y están ausente en el grupo de varones. Estos datos deben tomarse con cautela dado el pequeño número de casos (Tabla 141).

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

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

### Consumo de Sustancias

Dentro del consumo de sustancias se presenta la prevalencia anual conjunta de los patrones de consumo abuso/dependencia de alcohol, la cual asciende a 2,3%, y es exclusiva de los varones (Tabla 142).

**TABLA 142**  
**ABUSO / DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CAJAMARCA - 2003**

PREVALENCIA DE ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL	ANUAL %
TOTAL	2,3
MASCULINO	5,3
FEMENINO	0,0

## DETERIORO EN EL ADULTO MAYOR

La prevalencia de síndromes demenciales o deterioro patológico se correlaciona directamente con la edad, por lo que es necesario conocer su magnitud. En el presente estudio se identificó la existencia de un síndrome demencial por la presencia simultánea de deterioro cognoscitivo, detectado a través del Mini Mental State Examination (MMSE), y de deterioro de las actividades instrumentales, con la Escala de Pfeffer.

Considerando un rango de puntajes de 0 a 30, la media del desempeño cognoscitivo de los adultos mayores en el MMSE fue 24,87. Teniendo en cuenta el efecto de la variable educación en el desempeño, se presentan los resultados para el grupo con ocho o más años de educación y para el grupo con menos de ocho años, excluyendo a los analfabetos. Es evidente que la media es menor y más dispersa en el grupo con menor nivel educativo (Tabla 143).

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

ASPECTOS COGNOSCITIVOS	AÑOS DE INSTRUCCIÓN	MEDIA	Sx.	MEDIANA	MODA	MÍN.	MÁX.	P25	P75
PUNTAJE MMSE (MÁX 30 PUNTOS)	TOTAL	24,87	4,87	26,0	28,0	0,0	30,0	22,0	28,0
	8 Ó MÁS	26,90	2,54	27,0	29,0	17,0	30,0	25,0	29,0
	MENOS DE 8	23,47	5,60	24,0	28,0	0,0	30,0	21,0	28,0

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.

Utilizando el punto de corte 22 en el MMSE, se encuentra que la cuarta parte de los adultos mayores presenta un desempeño indicativo de deterioro cognoscitivo, y es claramente mayor el porcentaje para el grupo de menos años de estudios. Es asimismo mayor el porcentaje de mujeres con desempeño deficitario que el de varones, y el de los adultos mayores de más edad que el de los más jóvenes; en todas estas condiciones, es mayor la presencia de deterioro entre los que tienen menos de ocho años de estudios (Tabla 144).

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

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE ( $\leq 22$ )	AÑOS DE INSTRUCCIÓN*		
	MENOS DE 8 %	8 Ó MÁS %	TOTAL %
TOTAL	36,7	7,3	25,2
MASCULINO	30,5	4,4	22,1
FEMENINO	42,7	10,7	36,9
VIEJO JOVEN (60-74)	32,5	5,6	13,0
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO ( $>75$ )	47,8	13,7	61,5

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.

El deterioro de la capacidad para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores se estableció a través de la Escala de Pfeiffer utilizando el punto de corte > 6. Se advierte que el 18,4% de los adultos mayores presenta deterioro de las actividades instrumentales; es más frecuente en varones que en mujeres y en los adultos mayores de más edad que en los de menor edad (Tabla 145).

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

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN LA ESCALA DE PFEIFFER ( $\geq 6$ )	%
TOTAL	18,4
MASCULINO	20,0
FEMENINO	17,2
VIEJO JOVEN (60-74)	9,7
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (>75)	40,6

Se definió como un deterioro indicativo de demencia la presentación conjunta de un puntaje < 21 en el MMSE y un puntaje > 6 en la Escala de Pfeiffer. La prevalencia actual de esta condición es 9,1%, y es cinco veces más alto el puntaje en el grupo con menor educación (Tabla 146).

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

ASPECTOS COGNOSCITIVOS	AÑOS DE INSTRUCCIÓN *	MEDIA %
(PUNTAJE MMSE < 21 PUNTOS Y PFEIFFER > 6 PUNTOS)	TOTAL	9,1
	8 Ó MÁS	2,3
	MENOS DE 8	13,3

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 muchas veces víctimas de maltrato. La prevalencia en el último año de algún tipo de maltrato es 8,2% y, de maltrato sistemático, 1,3%. El tipo más frecuente de maltrato es la agresión verbal (Tabla 147). El 18,5% de los adultos mayores maltratados recibió algún tipo de ayuda.

**TABLA 147**  
**PREVALENCIA ANUAL Y SISTEMÁTICA DE MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR**  
**EN CAJAMARCA - 2003**

TIPO DE MALTRATO	TOTAL	SISTEMÁTICO* %
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR	8,2	1,3
INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	0,0	0,0
GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	0,6	0,0
INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	4,6	0,9
CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	1,3	0,0
SITUACIÓN DE ABANDONO	2,8	0,4

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

## ACCESO A SERVICIOS

Aproximadamente una quinta parte de los encuestados (20,6%) reconoce un padecimiento emocional o mental en los últimos seis meses, sin distinción de género. Sólo la décima parte de ellos, especialmente las mujeres, buscó atención para su salud (Tabla 148).

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

DEMANDA SENTIDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL)	%
TOTAL	20,6
MASCULINO	21,3
FEMENINO	20,0
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (DE LA DEMANDA SENTIDA)	%
TOTAL	10,3
MASCULINO	2,3
FEMENINO	16,9

El 70% de la demanda sentida expresada fue atendida por los servicios de ESSALUD y, el 20,9%, por el MINSA. Un porcentaje menor acudió a servicios privados (Tabla 149).

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

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
<b>MINSA</b>		2,1
HOSPITAL GENERAL:	2,1	(20,9% DE LO ATENDIDO)
<b>ESSALUD</b>		7,2
POSTA O POLICLÍNICO:	1,3	(70,0% DE LO ATENDIDO)
HOSPITAL GENERAL:	5,9	
<b>PRIVADA</b>		0,9
CONSULTORIO PARTICULAR:	0,9	(9,1% DE LO ATENDIDO)

La limitación económica y la creencia en el deber de superar el problema por uno mismo son los motivos que más frecuentemente se indican para no expresar la demanda reconocida de atención (Tabla 150).

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

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
NO TENÍA DINERO	51,3
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	52,0
NO SABÍA DÓNDE IR	24,1
PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	5,2
NO ME BENEFICIARÍA	17,9
FALTA DE CONFIANZA	15,0
VERGÜENZA	17,6
LISTA DE ESPERA LARGA	15,5
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	10,8
NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	6,8





# CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN CAJAMARCA



## ADULTOS

1. En la ciudad de Cajamarca, las mujeres presentan desventajas importantes en comparación con los hombres en aspectos educativos y económicos, lo que se expresa en un mayor analfabetismo, menor educación superior y menores ingresos.
2. Los principales problemas del país percibidos por la población cajamarquina son el desempleo, la pobreza y el manejo económico.
3. Existe una baja confianza en las autoridades en general, y en particular hacia los políticos y a los líderes de la comunidad. Tres cuartas partes de la población no se sienten protegidas por el Estado, en contraste con los sentimientos de protección de Dios y de su familia.
4. El estrés que genera mayor tensión o problema en la población cajamarquina es la delincuencia, seguida por el narcotráfico, el terrorismo y la salud, particularmente en las mujeres.
5. La percepción de discriminación más importante se da en el aspecto socioeconómico y el nivel educativo. Sin embargo, las mujeres perciben más discriminación por su propio sexo.
6. Entre el 10,3% y el 22,1% de la población cajamarquina percibe en forma importante algún tipo de sentimiento anímico negativo como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad o preocupación. En el caso de las mujeres, este valor se encuentra entre el 10,0% y el 29,0%.
7. Un tercio de la población muestra niveles altos de insatisfacción en el nivel educativo alcanzado.
8. Existe una permisividad hacia conductas psicopáticas en aproximadamente una de cada diez personas, similar a la encontrada en Lima y Callao, pero una proporción menor hacia tendencias psicopáticas. Los varones presentan más experiencias con respecto a violencia que las mujeres.
9. El 31,4% de la población cajamarquina ha deseado morir alguna vez en su vida, y el 11,6% lo ha deseado en el último año. Un 2,2% de la población ha tenido un intento suicida alguna vez en su vida. Para los varones el motivo principal del intento ha sido problemas con los padres, y en segundo lugar problemas económicos, mientras que para las mujeres, el motivo más importante para el intento ha sido problemas con la pareja, seguido por problemas con los padres.
10. La prevalencia actual, anual y de vida de cualquier trastorno psiquiátrico en la población adulta es de 13,5%, 19,1% y 28,3%, respectivamente. En base a la prevalencia anual, los trastornos más frecuentes son el episodio depresivo, el abuso o dependencia del alcohol y el trastorno de ansiedad generalizada. Un 8,0% de la población cajamarquina sufre de problemas de abuso o dependencia de alcohol; un 15,5% de la población masculina sufre este problema, que se ha convertido en un problema serio de salud pública.
11. Aproximadamente una de cada diez personas ha tenido al menos una situación de pérdida (muerte de familiares, pérdida de bienes o cambio residencial) con relación a la violencia en la época del terrorismo. Un 7,1% de la población encuestada ha sufrido la pérdida de un familiar, ya sea por fallecimiento o por desaparición.
12. Un 14,6% de las personas que en los últimos 6 meses percibieron un problema de salud mental recibió algún tipo de atención por el sistema de salud. Ello indica la necesidad de potenciar las instituciones para los accesos de servicios a la salud mental en esta población.



13. Las personas que presentaron algún síndrome cultural, como «susto», «aire», «daño» y «ataque de nervios», en algún momento de su vida presentaron: un episodio depresivo, algún trastorno de ansiedad o síntomas paranoides, con mayor frecuencia que la población general.
14. Cerca de la mitad de la población no reconoce la depresión como «trastorno mental», y lo mismo ocurre con los trastornos de ansiedad en un 40,3%.

## MUJER UNIDA

1. El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas en la ciudad de Cajamarca es del 15,1%. Las que tienen primaria y secundaria representan el 55,4%.
2. Las mujeres casadas y convivientes alcanzan al 83,5%.
3. El 4,4% de las mujeres unidas ha estado buscando trabajo la semana anterior a la encuesta, y el 48,4% ha estado laborando.
4. El 48,4% tiene ingresos menores a S/. 300; sólo el 6,6%, mayores a S/. 1 200.
5. El 45,2% considera el desempleo como el principal problema del país.
6. El 29,5% siente pena, tristeza o depresión frente al principal problema nacional.
7. El 78,4% confía «nada o poco» en autoridades políticas; en las autoridades policiales, el 66,2%. El 54% está muy satisfecho con las actividades o funciones que realiza.
8. La prevalencia anual de algún abuso sistemático por parte de la pareja actual representa el 6,9%.
9. La prevalencia de vida de deseos de morir en la mujer unida alcanza el 42,3%, y, en la mujer maltratada sistemáticamente, el 63,5%. La prevalencia mensual es de 6,4% vs. el 12,2% en la mujer maltratada; y la prevalencia anual de intento suicida es de 0,8% vs. 4,4% en la mujer maltratada.
10. La prevalencia de vida del trastorno de estrés postraumático en la mujer unida es de 8,3% y, en la mujer unida sistemáticamente maltratada, es de 12,2%; la prevalencia actual es de 0,5% y 1,2%, respectivamente.
11. El 7,3% de las mujeres presenta una prevalencia de seis meses de episodio depresivo, la cual alcanza el 17,8% en las mujeres maltratadas sistemáticamente.
12. En la mujer unida, la prevalencia de algún tipo de violencia en el periodo de enamoramiento de la pareja actual es del 12,6%; en la mujer maltratada sistemáticamente, la cifra llega al 41,4%.
13. La media del grado de cohesión familiar en la mujer unida es del 18,5%; en la mujer maltratada sistemáticamente, del 16,7%.

## ADOLESCENTES

1. Ocho de cada 10 adolescentes de Cajamarca, de entre 12 y 18 años, tienen nivel de educación secundaria, y ocho de cada mil tienen condición de analfabetos.
2. Uno a 2 de cada 10 adolescentes de Cajamarca trabajan y tienen un promedio de ingreso de S/. 100.
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 Cajamarca desconfían de las autoridades policiales, políticas y comunales tanto como confían en maestros, religiosos y médicos.
5. La salud, la delincuencia, el narcotráfico y el terrorismo son percibidos por la mayoría de los adolescentes como factores muy tensionantes.
6. En lo personal, se sienten satisfechos con su aspecto físico, la religión y las relaciones sociales, e insatisfechos con el aspecto económico.
7. Los adolescentes que trabajan dicen estar muy satisfechos por sus compañeros de trabajo y nada satisfechos con la carga de trabajo que desarrollan diariamente y la remuneración que reciben.
8. El nivel de calidad de vida de los adolescentes de Cajamarca es sentido como aceptable y la cohesión familiar es alta.
9. Cuatro de cada 10 adolescentes refieren mentiras frecuentes y conductas violentas en su vida.
10. Uno a 2 de cada 10 adolescentes han tenido deseos suicidas en el último año, y acusan como motivo problemas con los padres.
11. El trastorno clínico más frecuente es la depresión mayor: 1 de cada 22 adolescentes reúne criterios para tal diagnóstico.
12. El alcohol y el tabaco son las sustancias de mayor consumo, como en otras ciudades, y éste se inicia generalmente entre los 10 y 15 años.
13. La adolescencia es otra etapa de vida vulnerable al abuso. El abuso físico es el más frecuente en Cajamarca, al igual que en otras ciudades: 6-7 de cada 10 adolescentes han sido objeto de algún tipo de abuso (físico, psicológico, sexual o abandono).
14. Los servicios de atención en salud mental para adolescentes son mucho más deficitarios que en Lima y Callao: 2 de cada 25 adolescentes que refieren un problema emocional fueron atendidos por tal razón en una institución de 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 Cajamarca fue de 70,27; el mayor porcentaje se encuentra entre 60 y 74 años. El analfabetismo en el adulto mayor llega a 27,8%, y entre las mujeres éste alcanza a 35,8%. Dos tercios de la población tienen pareja. Una tercera parte continúa trabajando.
2. Los estresores que provocan mayor tensión son la delincuencia, el narcotráfico y la salud. La prevalencia a seis meses de enfermedad física o accidente es de 45,5%. Los estados anímicos prevalentes son la tranquilidad y la alegría, y son más frecuentes en los hombres; los estados negativos como tristeza, angustia y tensión son más prevalentes en las mujeres.
3. Se experimenta menor satisfacción con el nivel de estudios, las condiciones económicas y la inteligencia. La religión y el lugar de residencia son aspectos personales en los que se experimenta alta satisfacción.
4. En el campo laboral se expresa alta satisfacción, excepto con la remuneración recibida.
5. El 25,2% tiene alguna discapacidad física; y el 27%, alguna discapacidad o inhabilidad. Estas condiciones son mayores en varones.
6. El deseo de morir en el último mes alcanza al 8,4%, y es mayor entre las mujeres.
7. Presentan alto grado de cohesión familiar y actitudes positivas hacia la religión. Ambos elementos se constituyen en factores protectores.
8. La prevalencia actual del episodio depresivo asciende a 3,2%.
9. La prevalencia actual del trastorno de ansiedad generalizada representa el 1,3%.
10. El abuso/dependencia de alcohol presenta una prevalencia anual de 2,3%, siendo exclusivo de los varones.
11. Tanto a nivel cognoscitivo como funcional en actividades de la vida diaria, los indicadores de deterioro aumentan con la edad.
12. El 9,1% de los adultos mayores presenta conjuntamente deterioro cognoscitivo y funcional, indicativo de sospecha de demencia. Es más alto en el grupo de menor educación.
13. El 8,2% de adultos mayores ha sufrido algún tipo de maltrato en el último año, sobre todo el verbal. El maltrato sistemático afecta al 1,3%.
14. La quinta parte de los encuestados reconoce padecer problemas emocionales; sólo la décima parte de ellos busca ayuda, en especial las mujeres. La mayoría justifica el no buscar atención por las limitaciones económicas y la exigencia de superar por sí misma el problema. La demanda es atendida predominantemente por ESSALUD (70%); al MINSA recurre alrededor del 20%.





# 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 CAJAMARCA - 2003

## ERRORES MUESTRALES

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: ADULTO</b>						
EDAD PROMEDIO(DS) PONDERADA	MEDIA ARITMÉTICA	35,88%	0,56	34,76; 36,99	1,86	1,6
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	PREVALENCIA	59,9%	1,9	56,0; 63,6	1,93	3,2
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	PREVALENCIA	7,8%	1,9	4,7; 12,5	2,37	24,7
GRADO DE ESTUDIOS	GRADO DE ANALFABETISMO	6,9%	1,1	5,1; 9,4	2,27	15,5
	SIN NIVEL	6,6%	0,9	5,0; 8,6	1,73	13,8
	PRIMARIA	19,4%	1,7	16,2; 23,0	2,39	8,8
	SECUNDARIA	31,7%	1,8	28,3; 35,3	1,84	5,6
	BACHILLERATO	0,2%	0,1	0,1; 0,8	1,10	60,2
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	16,9%	1,3	14,5; 19,6	1,49	7,6
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	24,7%	2,1	20,7; 29,2	3,16	8,7
	POSTGRADO	0,6%	0,2	0,2; 1,3	1,37	43,1
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL	< DE S/. 300	31,8%	2,2	27,6; 36,4	2,00	7,0
	301 A 600	30,5%	2,1	26,5; 34,7	1,75	6,8
	601 A 1200	25,1%	1,9	21,6; 29,0	1,59	7,4
	> DE 1200	12,6%	1,7	9,7; 16,3	2,17	13,2
NIVELES DE POBREZA FAMILIAR SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE CONSUMO	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,7%	1,0	3,2; 7,1	2,63	20,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	38,0%	2,7	32,9; 43,4	3,87	7,0
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	51,0%	2,6	45,9; 56,0	3,37	5,0
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	6,3%	0,8	4,8; 8,2	1,57	13,5
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO</b>						
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS	DESEMPLEO	50,5%	2,1	46,4; 54,7	2,24	4,1
	POBREZA	22,5%	1,4	19,7; 25,4	1,52	6,4
	MANEJO ECONÓMICO	7,8%	1,1	5,8; 10,4	2,31	14,6
	CORRUPCIÓN	4,8%	0,7	3,5; 6,4	1,51	15,4
	DELINCUENCIA	5,7%	0,8	4,3; 7,6	1,63	14,5
	VIOLENCIA	2,1%	0,4	1,4; 3,1	1,03	19,3
	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,2%	0,4	0,6; 2,3	1,78	34,4
	FALTA DE CONFIANZA Y LIDERAZGO	1,5%	0,8	0,6; 4,1	4,77	95,0
	TERRORISMO	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,53	61,2
	NARCOTRÁFICO	0,3%	0,2	0,1; 0,9	1,27	58,7
	NINGUNO	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,71	70,8
	OTRO	3,3%	0,7	2,2; 5,0	1,93	21,1
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	PREOCUPACIÓN	38,9%	2,0	35,1; 42,9	2,08	5,1
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	22,2%	1,6	19,1; 25,5	1,95	7,3
	DESILUSIÓN	5,0%	0,7	3,8; 6,6	1,29	13,8
	AMARGURA, RABIA O CÓLERA	15,4%	2,1	11,8; 20,2	4,69	59,5
	IMPOTENCIA	8,5%	1,4	6,2; 11,6	3,04	16,0
	RESIGNACIÓN	1,8%	0,5	1,0; 3,1	1,80	27,9
	INDIFERENCIA	1,4%	0,4	0,8; 2,6	1,68	3,00
	FRUSTRACIÓN	1,3%	0,4	0,8; 2,2	1,21	26,7
	INDIGNACIÓN	1,7%	0,4	1,0; 2,7	1,30	24,4
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	1,3%	0,3	0,7; 2,2	1,21	27,3
	OTRO	2,5%	0,6	1,6; 4,0	1,90	24,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES	NADA O POCO	63,2%	1,7	59,9; 66,5	1,52	2,6
	REGULAR	32,2%	1,7	28,9; 35,6	1,70	5,3
	BASTANTE O MUCHO	4,6%	0,7	3,4; 6,3	1,51	15,7
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	62,6%	1,7	59,1; 65,9	1,60	2,8
	REGULAR	30,1%	1,7	26,8; 33,6	1,76	5,7
	BASTANTE O MUCHO	7,3%	1,0	5,6; 9,5	1,76	13,3
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	35,9%	1,9	32,2; 39,9	2,07	5,4
	REGULAR	33,0%	1,8	29,6; 36,5	1,77	5,3
	BASTANTE O MUCHO	31,1%	1,9	27,5; 34,9	2,07	6,0
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	20,3%	1,5	17,6; 23,4	1,67	7,2
	REGULAR	49,1%	2,2	44,7; 53,6	2,56	4,6
	BASTANTE O MUCHO	30,6%	1,9	26,9; 34,4	2,12	6,2
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	22,2%	1,4	19,7; 25,0	1,36	6,1
	REGULAR	47,7%	1,9	44,0; 51,5	1,80	3,9
	BASTANTE O MUCHO	30,0%	1,6	26,9; 33,3	1,57	5,4
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	91,7%	1,0	89,4; 93,4	1,64	1,1
	REGULAR	7,4%	1,0	5,7; 9,6	1,80	13,4
	BASTANTE O MUCHO	0,9%	0,3	0,5; 1,8	1,47	35,6
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	59,3%	5,2	48,8; 69,0	1,31	8,7
	REGULAR	28,1%	5,1	19,2; 39,2	1,50	18,0
	BASTANTE O MUCHO	12,5%	4,2	6,3; 23,5	1,91	33,6
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDE	NADA O POCO	79,5%	1,4	76,7; 82,1	1,43	1,7
	REGULAR	17,8%	1,3	15,5; 20,5	1,38	7,1
	BASTANTE O MUCHO	2,6%	0,6	1,7; 4,1	1,76	22,9
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	21,3%	2,5	16,7; 26,7	1,73	11,8
	REGULAR	38,4%	2,8	33,0; 44,2	1,56	7,4
	BASTANTE O MUCHO	40,3%	3,0	34,6; 46,3	1,67	7,4
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	54,0%	1,7	50,7; 57,2	1,40	3,1
	REGULAR	34,9%	1,5	32,0; 38,0	1,32	4,4
	BASTANTE O MUCHO	11,1%	1,2	9,0; 13,6	1,76	10,5
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	53,7%	1,6	50,5; 56,8	1,29	3,0
	REGULAR	38,1%	1,6	35,0; 41,2	1,31	4,1
	BASTANTE O MUCHO	8,3%	0,9	6,7; 10,1	1,24	10,5
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	77,3%	1,6	73,9; 80,3	1,86	2,1
	REGULAR	20,7%	1,5	17,8; 23,8	1,78	7,3
	BASTANTE O MUCHO	2,1%	0,5	1,3; 3,2	1,42	23,1
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	7,6%	0,9	6,1; 9,6	1,42	11,7
	REGULAR	16,9%	1,6	14,0; 20,2	2,18	9,2
	BASTANTE O MUCHO	75,5%	1,7	72,0; 78,6	1,89	2,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	49,9%	4,9	40,4; 59,4	1,26	9,7
	REGULAR	30,2%	4,1	22,8; 38,8	1,04	13,5
	BASTANTE O MUCHO	19,9%	4,3	12,7; 29,7	1,53	21,5
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	2,4%	0,6	1,6; 3,8	1,65	22,8
	REGULAR	5,3%	0,9	3,8; 7,3	1,91	16,3
	BASTANTE O MUCHO	92,2%	1,0	89,9; 94,1	1,92	1,1
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD	NADA O POCO	48,2%	1,8	44,6; 51,8	1,66	3,8
	REGULAR	37,2%	2,0	33,4; 41,2	2,09	5,3
	BASTANTE O MUCHO	14,6%	1,5	11,9; 17,8	2,22	10,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE OTRA PERSONA NO MENCIONADA	NADA O POCO	64,0%	5,6	52,3; 74,2	4,17	8,8
	REGULAR	8,8%	2,0	5,5; 13,8	1,58	23,1
	BASTANTE O MUCHO	27,2%	5,0	18,5; 38,1	3,83	18,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	38,4%	2,6	33,4; 43,6	2,33	6,8
	REGULAR	34,1%	2,2	29,9; 38,6	1,77	6,5
	BASTANTE O MUCHO	27,5%	2,2	23,4; 32,0	1,91	7,9

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	34,3%	3,2	28,2; 40,9	1,02	9,4
	REGULAR	27,5%	3,9	20,5; 35,7	1,64	14,1
	BASTANTE O MUCHO	38,2%	3,9	30,9; 46,2	1,40	10,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	42,1%	2,1	38,0; 46,4	2,20	5,1
	REGULAR	23,8%	1,7	20,6; 27,4	1,91	7,2
	BASTANTE O MUCHO	34,0%	2,0	30,1; 38,1	2,11	5,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	54,7%	2,3	50,1; 59,2	1,85	4,2
	REGULAR	16,8%	1,5	14,1; 20,0	1,38	8,8
	BASTANTE O MUCHO	28,5%	2,1	24,5; 32,7	1,87	7,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	32,5%	1,7	29,3; 36,0	1,67	5,2
	REGULAR	34,0%	1,8	30,6; 37,6	1,76	5,2
	BASTANTE O MUCHO	33,5%	1,9	29,8; 37,4	2,15	5,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	28,1%	1,7	24,8; 31,6	1,88	6,2
	REGULAR	26,1%	1,6	23,0; 29,5	1,79	6,3
	BASTANTE O MUCHO	45,8%	1,9	42,1; 49,6	1,85	4,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	85,0%	1,5	81,8; 87,8	2,14	1,8
	REGULAR	8,0%	1,3	5,8; 11,0	2,74	16,4
	BASTANTE O MUCHO	7,0%	0,9	5,4; 9,0	1,49	13,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	38,7%	2,0	34,9; 42,7	2,08	5,1
	REGULAR	14,4%	1,3	12,1; 17,1	1,67	8,8
	BASTANTE O MUCHO	46,9%	2,2	42,5; 51,3	2,53	4,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	22,8%	1,8	19,5; 26,5	2,27	7,8
	REGULAR	13,7%	1,4	11,2; 16,7	2,07	10,1
	BASTANTE O MUCHO	63,5%	2,4	58,7; 68,0	3,08	3,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	32,7%	2,0	28,8; 36,8	2,35	6,2
	REGULAR	15,4%	1,5	12,7; 18,6	2,20	9,7
	BASTANTE O MUCHO	51,9%	2,4	47,1; 56,7	3,00	4,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	81,9%	3,9	72,9; 88,5	2,57	4,8
	REGULAR	5,4%	1,9	2,7; 10,6	1,70	34,5
	BASTANTE O MUCHO	12,6%	3,3	7,4; 20,6	2,43	26,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	2,9%	0,6	1,9; 4,4	1,74	21,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	84,6%	1,3	81,9; 86,9	1,54	1,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,5%	1,1	10,4; 15,0	1,52	9,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	8,7%	0,9	7,0; 10,7	1,38	10,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	81,1%	1,5	78,0; 83,8	1,74	1,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	10,3%	1,1	8,3; 12,7	1,64	10,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	17,7%	1,7	14,6; 21,2	2,40	9,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	75,2%	1,8	71,4; 78,6	2,21	2,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	7,2%	0,9	5,5; 9,2	1,58	12,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	13,4%	1,1	11,3; 15,9	1,41	8,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	75,7%	1,6	72,3; 78,8	1,88	2,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	10,8%	1,1	8,8; 13,3	1,73	10,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	2,2%	0,4	1,5; 3,3	1,15	19,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	75,6%	1,5	72,6; 78,4	1,51	2,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	22,1%	1,4	19,5; 25,1	1,48	6,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	1,9%	0,4	1,2; 3,0	1,20	22,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	40,8%	1,9	37,1; 44,7	1,97	4,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	57,3%	1,9	53,4; 61,0	1,92	3,4

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,6%	0,3	0,2; 1,6	1,82	48,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	32,5%	1,6	29,4; 35,8	1,49	4,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	66,9%	1,6	63,6; 70,0	1,51	2,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	24,0%	1,7	20,8; 27,6	2,04	7,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	68,6%	1,8	64,9; 72,0	1,89	2,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	7,4%	0,9	5,9; 9,3	1,37	11,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTROS	NUNCA	89,8%	2,9	82,5; 94,3	1,81	3,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	6,1%	2,1	3,0; 11,9	1,59	35,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	4,1%	1,7	1,8; 9,2	1,50	41,9
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	31,7%	1,9	28,0; 35,7	2,23	6,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	7,1%	0,8	5,6; 8,9	1,39	11,9
	REGULAR	36,6%	1,9	33,0; 40,5	1,96	5,2
	BASTANTE O MUCHO	56,3%	2,0	52,4; 60,1	1,97	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	3,1%	0,6	2,1; 4,5	1,46	19,0
	REGULAR	26,5%	1,7	23,2; 30,1	1,96	6,5
	BASTANTE O MUCHO	70,4%	1,8	66,7; 73,9	2,06	2,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	8,2%	1,2	6,1; 10,9	2,50	14,9
	REGULAR	31,1%	1,8	27,7; 34,7	1,88	5,7
	BASTANTE O MUCHO	60,7%	2,1	56,5; 64,8	2,32	3,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	27,4%	1,9	23,9; 31,3	2,21	6,8
	REGULAR	50,5%	1,8	46,9; 54,1	1,67	3,6
	BASTANTE O MUCHO	22,1%	1,7	18,9; 25,5	2,03	7,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ (ESTUDIA)	NADA O POCO	10,6%	1,5	8,0; 14,0	1,63	14,3
	REGULAR	28,4%	2,1	24,5; 32,7	1,43	7,3
	BASTANTE O MUCHO	61,0%	2,5	56,0; 65,8	1,73	4,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	32,4%	2,3	28,0; 37,1	2,97	7,1
	REGULAR	31,6%	1,7	28,3; 35,2	1,72	5,5
	BASTANTE O MUCHO	36,0%	2,0	32,2; 40,0	2,10	5,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	8,7%	0,9	7,0; 10,8	1,38	10,7
	REGULAR	21,7%	1,6	18,7; 24,9	1,80	7,2
	BASTANTE O MUCHO	69,6%	1,8	65,9; 73,0	1,90	2,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	10,4%	1,1	8,4; 12,7	1,54	10,2
	REGULAR	30,5%	1,5	27,6; 33,5	1,36	4,9
	BASTANTE O MUCHO	59,2%	1,7	55,7; 62,5	1,58	2,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	11,1%	1,1	9,1; 13,5	1,58	10,0
	REGULAR	32,2%	1,7	28,9; 35,7	1,69	5,3
	BASTANTE O MUCHO	56,7%	2,0	52,8; 60,5	2,00	3,5
DISCRIMINACIÓN POR: SEXO	PREVALENCIA DE VIDA	8,0%	1,0	6,3; 10,1	1,59	12,0
DISCRIMINACIÓN POR: EDAD	PREVALENCIA DE VIDA	7,8%	1,0	6,0; 10,0	1,76	12,8
DISCRIMINACIÓN POR: PESO	PREVALENCIA DE VIDA	5,1%	0,8	3,7; 7,0	1,83	16,3
DISCRIMINACIÓN POR: COLOR DE PIEL	PREVALENCIA DE VIDA	2,0%	0,5	1,3; 3,1	1,32	22,5
DISCRIMINACIÓN POR: FORMA DE VESTIR	PREVALENCIA DE VIDA	5,1%	0,8	3,8; 6,8	1,54	15,0
DISCRIMINACIÓN POR: CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	9,4%	1,0	7,6 11,7	1,60	11,0
DISCRIMINACIÓN POR: NIVEL EDUCATIVO	PREVALENCIA DE VIDA	9,4%	1,2	7,4; 12,0	2,02	12,3
DISCRIMINACIÓN POR: RELIGIÓN	PREVALENCIA DE VIDA	4,2%	0,6	3,1; 5,7	1,29	15,2
DISCRIMINACIÓN POR: AMISTADES	PREVALENCIA DE VIDA	3,9%	0,7	2,7; 5,5	1,60	17,6

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
DISCRIMINACIÓN POR: LUGAR DE NACIMIENTO	PREVALENCIA DE VIDA	3,3%	0,6	2,3; 4,7	1,46	18,4
DISCRIMINACIÓN POR: OTRA	PREVALENCIA DE VIDA	1,1%	0,3	0,7; 1,8	0,88	24,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	7,3%	1,1	5,4; 10,0	1,54	15,5
	REGULAR	32,8%	2,0	28,9; 36,9	1,48	6,1
	BASTANTE O MUCHO	59,9%	2,1	55,7; 63,9	1,44	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	9,8%	1,3	7,5; 12,8	1,51	13,4
	REGULAR	38,4%	2,4	33,8; 43,3	1,88	6,2
	BASTANTE O MUCHO	51,7%	2,3	47,1; 56,3	1,68	4,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	4,9%	1,0	3,2; 7,3	1,26	20,5
	REGULAR	35,8%	2,4	31,3; 40,5	1,40	6,6
	BASTANTE O MUCHO	59,4%	2,4	54,4; 64,1	1,44	4,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	11,5%	1,5	8,9; 14,7	1,70	12,8
	REGULAR	46,2%	2,2	41,8; 50,6	1,61	4,8
	BASTANTE O MUCHO	42,3%	2,2	38,0; 46,8	1,61	5,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	41,8%	2,4	37,2; 46,7	1,90	5,8
	REGULAR	46,1%	2,2	41,7; 50,5	1,61	4,9
	BASTANTE O MUCHO	12,1%	1,3	9,7; 15,0	1,29	10,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	11,9%	1,8	8,7; 16,0	1,54	15,4
	REGULAR	35,0%	2,5	30,2; 40,1	1,34	7,2
	BASTANTE O MUCHO	53,2%	2,7	47,9; 58,4	1,37	5,0
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	12,1%	1,3	9,8; 14,8	1,89	10,4
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA ACTUAL	3,8%	0,7	2,7; 5,5	1,76	18,5
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	31,4%	1,6	28,3; 34,7	1,53	5,1
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA EN EL MES	4,0%	0,6	2,9; 5,5	1,38	16,1
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA EN EL AÑO	11,6%	1,0	9,8; 13,6	1,16	8,3
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	12,0%	1,2	9,9; 14,6	1,69	9,8
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA EN EL MES	1,4%	0,4	0,8; 2,4	1,29	26,6
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	5,4%	0,7	4,1; 7,1	1,37	13,7
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	4,0%	0,6	3,0; 5,3	1,13	14,6
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL MES	0,6%	0,2	0,3; 1,2	0,99	35,3
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	1,7%	0,4	1,1; 2,7	1,16	22,8
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	2,2%	0,5	1,4; 3,4	1,31	21,4
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL MES	0,0%	0,0	0,0; 0,2	0,27	100
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL AÑO	0,7%	0,3	0,4; 1,5	1,10	34,1
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	21,4%	1,6	18,5; 24,7	1,91	7,4
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,3	0,53	76,1
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	3,1%	0,6	2,1; 4,4	1,39	18,5
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA EN EL MES	0,4%	0,2	0,2; 1,2	1,49	52,1
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	0,9%	0,3	0,4; 1,8	1,39	34,8
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	PADRES	24,7%	8,3	12,0; 44,2	1,26	33,4
	HIJOS	1,0%	1,0	0,1; 7,0	0,35	100
	OTROS PARIENTES	8,7%	6,0	2,1; 29,9	1,57	68,8
	PAREJA	39,8%	8,9	24,0; 58,0	1,15	22,5
	LABORALES	6,5%	6,3	0,9; 35,0	2,23	96,5
	ESTUDIOS	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	00,0
	ECONÓMICOS	11,7%	6,4	3,7; 31,1	1,37	54,7
SALUD FÍSICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	00,0	

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	SALUD FAMILIAR	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	00,0
	SEPARACIÓN DE FAMILIA	8,8%	6,6	1,9; 33,0	1,88	75,1
	MUERTE DE UN HIJO	1,1%	1,0	0,2; 6,8	0,34	96,7
	MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES	5,9%	5,5	0,9; 30,9	1,88	93,1
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	00,0
	SIN MOTIVO	2,6%	2,6	0,3; 17,1	0,93	100
	OTROS	6,2%	4,3	1,5; 22,2	1,09	68,9
TENDENCIAS RELIGIOSAS	SIENTE BASTANTE O MUCHA PROTECCIÓN DE DIOS	91,9%	1,1	89,5; 93,8	2,00	1,2
	DIOS BASTANTE O MUY IMPORTANTE	92,2%	1,1	89,8; 94,1	2,03	1,2
	ASISTE IGLESIA O TEMPLO	77,9%	1,8	74,1; 81,2	2,30	2,3
	PARTICIPA ACTIVAMENTE	17,2%	1,4	14,7; 20,1	1,60	8,0
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	58,3%	2,0	54,3; 62,3	2,06	3,5
	TRANSMITE RELIGIÓN A HIJOS	44,7%	2,3	40,1; 49,4	2,72	5,3
	TRANSMITE RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	31,1%	1,8	27,7; 34,7	1,75	5,6
RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	64,5%	2,0	60,5; 68,3	2,13	3,0	
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	PREVALENCIA	43,0%	2,2	38,8; 47,4	2,47	5,1
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	MEDIA ARITMÉTICA	7,8%	0,04	7,7; 7,8	1,97	0,6
POBLACIÓN GENERAL ADULTA CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA	6,9%	1,1	5,0; 9,4	2,44	16,1
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	28,3%	1,6	25,2; 31,6	1,62	5,7
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ANUAL	19,1%	1,4	16,5; 22,0	1,62	7,3
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	16,9%	1,3	14,5; 19,6	1,50	7,6
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ACTUAL	13,5%	1,2	11,3; 16,0	1,57	8,9
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	10,2%	1,0	8,4; 12,5	1,50	10,1
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ANUAL	4,3%	0,7	3,0; 6,1	1,74	17,4
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE 6 MESES	3,2%	0,6	2,2; 4,6	1,43	18,3
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ACTUAL	1,8%	0,5	1,1; 3,0	1,58	25,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	3,7%	0,6	2,8; 5,0	1,09	14,9
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ANUAL	2,1%	0,4	1,4; 3,2	1,24	21,2
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,7%	0,4	1,1; 2,7	1,20	23,4
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ACTUAL	1,3%	0,4	0,7; 2,3	1,42	28,8
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,3	0,2; 1,7	2,05	50,1
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,3	0,44	59,2
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,1	0,0; 0,3	0,44	59,2
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,0	0,0; 0,2	0,36	71,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,7%	0,3	0,4; 1,5	1,13	34,4
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	0,3%	0,2	0,1; 1,0	1,26	53,1
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,2%	0,1	0,0; 0,5	0,77	61,2
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,86	71,7
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	1,2%	0,4	0,6; 2,3	1,64	32,3
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ANUAL	0,5%	0,3	0,2; 1,6	2,22	56,9
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,5%	0,3	0,2; 1,6	2,22	56,9
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,3	0,50	72,1
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,2	0,1; 1,1	1,41	56,5
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA ANUAL	0,3%	0,2	0,1; 1,0	1,55	64,2
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,71	75,3
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,2	0,39	100
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	5,8%	0,8	4,4; 7,5	1,36	13,2
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ANUAL	1,6%	0,5	0,8; 2,9	1,99	31,4
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,2%	0,4	0,6; 2,2	1,60	32,7
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,1	0,1; 0,8	1,03	54,5
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	15,4%	1,4	12,8; 18,5	2,04	9,3
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ANUAL	8,4%	1,0	6,7; 10,6	1,57	11,5
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE 6 MESES	7,0%	0,8	5,5; 8,8	1,30	11,6
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ACTUAL	4,2%	0,6	3,1; 5,6	1,23	14,8
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	14,7%	1,4	12,1; 17,8	2,06	9,7
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ANUAL	8,2%	1,0	6,5; 10,3	1,55	11,6
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE 6 MESES	6,8%	0,8	5,4; 8,5	1,26	11,7
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	3,9%	0,6	2,9; 5,2	1,09	14,4
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	0,4	0,7; 2,2	1,28	27,8
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,6%	0,3	0,3; 1,4	1,33	40,3
BULIMIA NERVOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,2	0,0; 1,0	1,67	83,4
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PREVALENCIA ACTUAL	5,1%	0,7	3,9; 6,8	1,40	14,2
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0; 1,0	1,85	99,3
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0; 1,0	1,85	99,3
TRASTORNO BIPOLAR	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,61	70,8
BEBEDOR RIESGOSO	PREVALENCIA ANUAL	15,0%	1,5	12,2; 18,3	2,37	10,2
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	4,3%	0,7	3,1; 5,9	1,59	16,7
ABUSO DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	3,8%	0,7	2,6; 5,3	1,54	17,6
ABUSO / DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	8,0%	0,9	6,4; 10,1	1,51	11,6
DEPENDENCIA DE TABACO	PREVALENCIA ANUAL	0,3%	0,2	0,1; 0,8	1,03	52,2
DEPENDENCIA DE PBC	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
DEPENDENCIA DE COCAÍNA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
DEPENDENCIA DE MARIHUANA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	4,5%	0,7	3,2; 6,1	1,53	16,1
ABUSO DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	8,3%	0,9	6,6; 10,4	1,50	11,4
CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	60,7%	1,8	57,1; 64,1	1,67	2,9
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	PREVALENCIA DE VIDA	60,7%	1,8	57,1; 64,1	1,67	2,9

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	95,5%	0,7	94,0; 96,7	1,29	0,7
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	59,6%	1,8	56,0; 63,0	1,65	3,0
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA EN EL MES	19,6%	1,3	17,2; 22,3	1,38	6,6
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,1	0,1; 0,8	0,75	42,2
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA EN EL MES	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,70	66,8
CONSUMO DE ESTIMULANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	8,6%	1,1	6,7; 11,0	1,94	12,7
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA EN EL MES	1,2%	0,4	0,6; 2,3	1,64	32,6
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	2,3%	0,5	1,6; 3,5	1,32	20,8
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	2,0%	0,4	1,3; 3,1	1,29	22,1
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	0,6%	0,2	0,3; 1,2	0,82	31,8
CONSUMO DE PBC	PREVALENCIA DE VIDA	0,5%	0,2	0,2; 1,2	1,27	43,4
CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	1,0%	0,3	0,6; 1,8	1,11	29,3
CONSUMO DE SUSTANCIAS EN GENERAL	PREVALENCIA ACTUAL	20,2%	1,3	17,7; 22,9	1,37	6,5
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	PREVALENCIA ACTUAL	20,2%	1,3	17,7; 22,9	1,37	6,5
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	MEDIA ARITMÉTICA	0,0%	0,00	0,0; 0,0	0,00	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	MEDIA ARITMÉTICA	27,16%	2,88	19,16; 35,17	1,23	10,6
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	MEDIA ARITMÉTICA	21,03%	1,34	17,57; 24,50	0,83	6,4
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	19,00%	1,45	15,77; 22,24	1,39	7,6
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	17,83%	0,53	16,73; 18,93	1,00	3,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉXTASIS	MEDIA ARITMÉTICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	MEDIA ARITMÉTICA	23,64%	0,85	21,92; 25,35	1,57	3,6
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	MEDIA ARITMÉTICA	20,62%	2,33	10,58; 30,66	0,87	11,3
DEMANDA SENTIDA DE «PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS»	PREVALENCIA DE VIDA	21,2%	1,7	18,0; 24,9	2,22	8,2
DEMANDA SENTIDA A PARTIR DE PROBLEMAS EMOCIONALES ESPECÍFICOS	PREVALENCIA DE VIDA	37,4%	2,0	33,5; 41,5	2,24	5,4
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS	PREVALENCIA DE 6 MESES	15,1%	1,2	12,8; 17,7	1,49	8,1
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD	PREVALENCIA DE 6 MESES	14,6%	3,0	9,6; 21,5	1,29	20,3
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN PUESTOS O CENTROS DE SALUD	PREVALENCIA	8,9%	5,7	2,3; 28,3	1,14	64,4
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN POSTA O POLICLÍNICO ESSALUD	PREVALENCIA	12,3%	6,6	4,0; 31,8	1,13	53,4
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIOS PAAD-ESSALUD	PREVALENCIA	6,4%	5,4	1,1; 28,7	1,36	84,2
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	PREVALENCIA	5,7%	5,5	0,8; 31,5	1,60	97,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DEL MINSA	PREVALENCIA	26,7%	9,0	12,8; 47,5	1,17	33,7
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CENTRO DE SALUD MENTAL DE ESSALUD	PREVALENCIA	1,6%	1,6	0,2; 11,1	0,47	100
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DE ESSALUD	PREVALENCIA	2,9%	2,8	0,4; 17,4	0,77	95,9
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR	PREVALENCIA	11,4%	5,6	4,1; 27,9	0,89	49,3
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CLÍNICA PARTICULAR	PREVALENCIA	3,9%	3,8	0,5; 23,6	1,11	98,9
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN OTROS CENTROS	PREVALENCIA	20,4%	9,0	7,8; 43,5	1,42	44,3
ATENCIÓN PRINCIPAL DURANTE LA CONSULTA	PSIQUIATRA	23,5%	8,4	10,8; 43,6	1,11	35,8
	PSICÓLOGO	43,5%	9,9	25,7; 63,2	1,13	22,8
	MÉDICO GENERAL	25,7%	9,5	11,4; 48,0	1,32	36,9
	ENFERMERA	1,9%	1,9	0,2; 12,7	54,5	100
	OTROS	5,5%	5,3	0,8; 30,8	1,56	97,2
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINAS	54,3%	10,3	34,3; 73,0	1,21	19,0
	PSICOTERAPIA	20,6%	7,7	9,2; 39,7	1,03	37,5
	CONSEJERÍA	48,0%	10,6	28,5; 68,1	1,27	22,1
	HIERBAS	1,9%	1,9	0,2; 12,7	0,54	100
	OTROS	5,5%	5,3	0,8; 30,8	1,56	97,2
<b>POBREZA Y SALUD MENTAL</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	38,7%	6,9	26,3; 52,8	1,82	17,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	28,4%	2,5	23,8; 33,5	1,42	8,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	26,3%	2,0	22,5; 30,5	1,39	7,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	33,8%	6,6	22,2; 47,7	1,57	19,4
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	17,8%	5,6	9,2; 31,6	1,28	31,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	18,6%	2,4	14,3; 23,9	1,88	13,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	19,1%	1,8	15,8; 22,8	1,31	9,2
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	20,5%	5,9	11,1; 34,6	1,75	28,9
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	17,0%	5,6	8,6; 30,9	1,30	32,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	15,4%	2,1	11,6; 20,1	1,69	13,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	17,6%	1,6	14,6; 21,0	1,19	9,2
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	17,1%	5,3	8,9; 30,2	1,62	31,1

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	15,8%	5,4	7,7; 29,6	1,32	34,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	12,6%	1,8	9,3; 16,7	1,49	14,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	13,5%	1,5	10,8; 16,8	1,28	11,2
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	15,4%	5,2	7,6; 28,8	1,72	34,1
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	26,3%	7,1	14,7; 42,4	1,50	27,0
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	10,8%	1,8	7,7; 14,9	1,60	16,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	8,2%	1,2	6,2; 10,8	1,18	14,2
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	11,1%	3,6	5,7; 20,4	1,05	32,2
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,9%	5,1	4,1; 25,8	1,56	46,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,2%	1,4	2,2; 8,1	2,37	33,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	3,5%	0,8	2,2; 5,5	1,25	23,0
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	7,1%	2,9	3,1; 15,5	1,06	41,2
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,9%	5,1	4,1; 25,8	1,56	46,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	2,8%	1,0	1,4; 5,4	1,62	34,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	2,4%	0,6	1,4; 4,1	1,15	26,5
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	7,1%	2,9	3,1; 15,5	1,06	41,2
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	9,7%	5,0	3,3; 25,0	1,66	51,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	0,7%	0,3	0,3; 1,7	0,59	40,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	1,4%	0,4	0,8; 2,6	0,92	31,4
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	6,0%	2,7	2,4; 14,4	1,09	45,5

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	22,5%	6,1	12,7; 36,7	1,21	27,0
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	16,3%	2,2	12,3; 21,2	1,75	13,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	13,2%	1,7	10,2; 17,1	1,71	13,1
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	22,7%	5,7	13,4; 35,8	1,49	25,0
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	3,2%	2,0	0,9; 10,8	0,76	64,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,1%	1,7	5,3; 12,0	1,81	20,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	8,6%	1,3	6,4; 11,5	1,33	14,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	11,8%	4,8	5,1; 25,1	1,82	40,9
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	2,3%	1,8	0,5; 10,5	0,83	78,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,1%	1,3	4,0; 9,4	1,51	21,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	7,7%	1,2	5,6; 10,4	1,30	15,4
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	8,4%	3,9	3,3; 19,9	1,58	45,9
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	2,3%	1,8	0,5; 10,5	0,83	78,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,5%	0,9	3,0; 6,7	0,93	20,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	4,0%	0,9	2,5; 6,3	1,50	23,4
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	6,0%	2,8	2,3; 14,6	1,16	47,3
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA A ALCOHOL, SEGÚN COBERTURA DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	5,5%	2,7	2,0; 14,1	0,85	49,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,0%	1,6	5,3; 11,9	1,73	20,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	8,3%	1,3	6,1; 11,3	1,47	15,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,0%	2,5	1,8; 13,2	1,11	51,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	28,7%	3,3	22,7; 35,5	1,72	11,3
	25 A 44 AÑOS	27,7%	2,2	23,6; 32,1	1,45	7,8
	45 A 64 AÑOS	30,4%	3,6	23,8; 38,0	1,53	11,9
	>65 AÑOS	25,2%	6,2	15,0; 39,2	1,50	24,5
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	19,8%	2,8	14,8; 26,0	1,68	14,3
	25 A 44 AÑOS	19,9%	1,9	16,4; 23,9	1,40	9,5
	45 A 64 AÑOS	17,4%	3,3	11,8; 24,9	1,85	18,8
	>65 AÑOS	15,4%	5,4	7,4; 29,4	1,68	35,4
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	17,2%	2,6	12,6; 23,1	1,62	15,3
	25 A 44 AÑOS	18,2%	1,8	14,9; 22,0	1,36	9,9
	45 A 64 AÑOS	15,5%	3,1	10,3; 22,7	1,83	20,0
	>65 AÑOS	9,3%	3,2	4,6; 18,0	0,92	34,9
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	14,1%	2,5	9,8; 19,8	1,71	17,7
	25 A 44 AÑOS	14,1%	1,7	11,0; 17,9	1,54	12,2
	45 A 64 AÑOS	12,5%	2,9	7,7; 19,6	1,97	23,6
	>65 AÑOS	9,0%	3,2	4,3; 17,8	0,94	36,0
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	9,1%	1,8	6,1; 13,3	1,29	19,7
	25 A 44 AÑOS	10,2%	1,5	7,6; 13,5	1,51	14,6
	45 A 64 AÑOS	13,6%	2,5	9,3; 19,3	1,30	18,3
	>65 AÑOS	4,5%	2,4	1,5; 12,4	0,99	53,5
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	3,6%	1,3	1,7; 7,3	1,68	36,9
	25 A 44 AÑOS	4,7%	1,2	2,9; 7,7	1,91	24,9
	45 A 64 AÑOS	4,5%	1,5	2,3; 8,7	1,34	34,0
	>65 AÑOS	3,4%	2,2	1,0; 11,4	1,03	62,8
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	2,3%	0,9	1,0; 5,0	1,22	39,5
	25 A 44 AÑOS	3,4%	0,9	2,0; 5,8	1,60	26,8
	45 A 64 AÑOS	4,0%	1,4	1,9; 8,0	1,33	36,3
	>65 AÑOS	3,4%	2,2	1,0; 11,4	1,03	62,8
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	0,8%	0,5	0,2; 2,4	0,90	59,4
	25 A 44 AÑOS	2,0%	0,7	1,0; 4,0	1,55	34,6
	45 A 64 AÑOS	2,3%	1,2	0,8; 6,2	1,51	51,4
	>65 AÑOS	3,4%	2,2	1,0; 11,4	1,03	62,8
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	16,9%	2,6	12,3; 22,8	1,63	15,5
	25 A 44 AÑOS	13,7%	1,6	10,9; 17,2	1,30	11,4
	45 A 64 AÑOS	15,7%	2,9	10,8; 22,2	1,51	18,2
	>65 AÑOS	22,3%	6,1	12,5; 36,5	1,58	27,3
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	10,3%	2,1	6,7; 15,3	1,66	20,9
	25 A 44 AÑOS	7,7%	1,2	5,7; 10,5	1,25	15,4
	45 A 64 AÑOS	6,5%	1,9	3,6; 11,5	1,49	29,5
	>65 AÑOS	12,5%	5,3	5,2; 27,0	1,87	42,1
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	8,5%	1,7	5,7; 12,7	1,30	20,4
	25 A 44 AÑOS	7,1%	1,2	5,1; 9,8	1,30	16,4
	45 A 64 AÑOS	4,6%	1,5	2,4; 8,7	1,28	32,8
	>65 AÑOS	6,4%	2,7	2,7; 14,1	0,87	41,6
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	5,7%	1,5	3,4; 9,4	1,33	25,8
	25 A 44 AÑOS	3,6%	0,8	2,4; 5,4	1,01	20,7
	45 A 64 AÑOS	3,2%	1,3	1,4; 7,2	1,42	41,6
	>65 AÑOS	6,1%	2,6	2,5; 14,0	0,90	43,5
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	9,3%	2,2	5,8; 14,5	1,86	23,4
	25 A 44 AÑOS	8,6%	1,3	6,3; 11,6	1,39	15,4
	45 A 64 AÑOS	7,0%	2,2	3,7; 12,9	1,87	31,5
	>65 AÑOS	0,5%	0,5	0,1; 3,9	0,40	100

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO</b>						
<b>EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA</b>						
FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA DEL TERRORISMO EN LOS ENCUESTADOS	FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO (A), HIJOS)	1,1%	0,3	0,6; 2,0	1,43	32,4
	OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	5,5%	0,8	4,0; 7,4	1,78	15,5
	FAMILIAR DESAPARECIDO	0,9%	0,2	0,6; 1,6	0,82	26,3
	TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	1,4%	0,3	0,8; 2,3	1,13	25,3
	FAMILIAR DETENIDO	1,6%	0,4	1,0; 2,7	1,40	25,9
	FAMILIAR EN PRISIÓN	1,8%	0,6	1,0; 3,3	2,17	30,1
	PÉRDIDA DE BIENES	1,2%	0,4	0,6; 2,3	1,71	33,1
	CAMBIO DE RESIDENCIA	1,4%	0,4	0,8; 2,4	1,48	28,9
	AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	9,8%	1,1	7,8; 12,3	1,87	11,6
	ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	7,1%	0,9	5,4; 9,2	1,72	13,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	26,5%	6,2	16,2; 40,3	1,75	23,2
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	73,5%	6,2	59,7; 83,8	1,75	8,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	12,9%	4,1	6,7; 23,4	1,35	31,8
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	87,1%	4,1	76,6; 93,3	1,35	4,7
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO DEPRESIVO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	18,3%	5,6	9,7; 32,0	1,89	30,6
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	81,7%	5,6	68,0; 90,3	1,89	6,9
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	4,4%	2,2	1,6; 11,4	1,02	49,7
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	95,6	2,2	88,6; 98,4	1,02	2,3

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: MUJER UNIDA</b>						
EDAD POR GRUPOS ETÁREOS DE LA MUESTRA	< 18 AÑOS	0,4%	0,2	0,2 ; 0,9	0,87	44,8
	18 A 24 AÑOS	10,9%	1,2	8,8 ; 13,5	1,62	10,8
	25 A 44 AÑOS	51,2%	1,5	48,2; 54,2	1,04	3,0
	45 A 64 AÑOS	29,5%	1,4	26,9; 32,3	1,03	4,7
	>64 AÑOS	7,9%	0,9	6,3; 10,0	1,37	11,9

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: MUJER UNIDA</b>						
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	5,1%	2,1	31,1 ; 39,3	2,12	5,9
	SEPARADA	11,2%	1,0	9,3 ; 13,3	1,17	9,1
	DIVORCIADA	0,6%	0,3	0,3 ; 1,4	1,20	40,6
	VIUDA	4,4%	0,7	3,2 ; 6,0	1,31	15,8
	CASADA	48,4%	2,0	44,4 ; 52,4	1,87	4,2
	SOLTERA	0,2%	0,1	0,1 ; 0,7	0,89	57,7
REALIZA ACTIVIDAD LABORAL	EN SEMANA ANTERIOR	8,4%	1,7	44,9 ; 51,9	1,38	3,6
	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	4,4%	1,0	2,7 ; 7,0	1,40	23,6
GRADO DE ESTUDIOS	GRADO DE ANALFABETISMO	15,1%	1,6	12,2 ; 18,4	2,12	10,4
	SIN NIVEL	14,7%	1,4	12,2 ; 17,7	1,75	9,5
	INICIAL /PREESCOLAR	0,6%	0,3	0,2 ; 1,4	1,32	45,6
	PRIMARIA	27,3%	1,7	24,1 ; 30,8	1,62	6,2
	SECUNDARIA	28,1%	1,6	25,0 ; 31,3	1,39	5,6
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	12,8%	1,3	10,5 ; 15,5	1,63	9,9
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	16,0%	1,6	13,1 ; 19,4	2,08	9,8
	POSTGRADO	0,5%	0,3	0,2 ; 1,7	2,14	61,1
INGRESO MENSUAL EN NIVELES	MENOS DE S/.300	48,4%	2,9	42,8 ; 54,1	2,09	5,9
	301 A 600	17,5%	1,6	14,7 ; 20,8	1,07	8,9
	601 A 1200	27,5%	2,4	22,9 ; 32,5	1,86	8,8
	MÁS DE 1200	6,6%	1,1	4,8 ; 9,0	1,14	15,9
<b>SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA</b>						
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS	DESEMPLEO	45,2%	2,1	41,1 ; 49,3	1,98	4,6
	POBREZA	27,5%	1,7	24,2 ; 31,1	1,73	6,3
	MANEJO ECONÓMICO	7,5%	1,0	5,8 ; 9,7	1,56	13,1
	CORRUPCIÓN	5,1%	0,7	3,9 ; 6,8	1,24	14,3
	DELINCUENCIA	7,7%	0,9	6,0 ; 9,8	1,43	12,4
	VIOLENCIA	2,2%	0,5	1,4 ; 3,4	1,20	21,8
	INESTABILIDAD POLÍTICA	0,8%	0,3	0,4 ; 1,7	1,30	38,0
	FALTA DE LIDERAZGO	0,2%	0,1	0,1 ; 0,8	0,98	61,6
	TERRORISMO	0,6%	0,3	0,3 ; 1,4	1,19	41,8
	NARCOTRÁFICO	0,1%	0,1	0,0 ; 0,9	1,35	99,6
	NINGUNO	0,3%	0,2	0,1 ; 0,8	0,99	57,7
	OTRO	2,2%	0,6	1,3 ; 3,8	1,83	26,6
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	PREOCUPACIÓN	39,9%	2,0	36,0 ; 43,9	1,87	5,0
	PENA,TRISTEZA O DEPRESIÓN	29,5%	1,8	26,0 ; 33,2	1,76	6,1
	DESILUSIÓN	4,1%	0,7	3,0 ; 5,7	1,33	16,6
	AMARGURA, RABIA O CÓLERA	12,7%	1,8	9,7 ; 17,0	3,49	55,4
	IMPOTENCIA	6,4%	0,9	4,7 ; 8,5	1,64	14,7
	RESIGNACIÓN	1,4%	0,4	0,8 ; 2,4	1,12	26,5
	INDIFERENCIA	0,4%	0,2	0,2 ; 1,2	1,33	52,3
	FRUSTRACIÓN	1,0%	0,3	0,6 ; 1,8	1,04	30,0
	INDIGNACIÓN	0,7%	0,3	0,3 ; 1,6	1,21	38,3
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	2,0%	0,4	1,3 ; 3,1	1,08	21,9
OTRO	1,8%	0,6	1,0 ; 3,3	2,00	31,0	
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES	NADA O POCO	66,2%	1,8	62,4 ; 69,7	1,71	2,8
	REGULAR	28,9%	1,7	25,7 ; 32,4	1,57	5,8
	BASTANTE O MUCHO	4,9%	0,7	3,7 ; 6,4	1,09	13,7
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	67,1%	1,8	63,5 ; 70,6	1,62	2,7
	REGULAR	28,1%	1,5	25,2 ; 31,2	1,28	5,4
	BASTANTE O MUCHO	4,8%	0,7	3,5 ; 6,5	1,38	15,7
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	33,3%	1,8	29,9 ; 36,9	1,55	5,3
	REGULAR	29,6%	1,5	26,8 ; 32,7	1,22	5,1
	BASTANTE O MUCHO	37,0%	1,8	33,6 ; 40,6	1,49	4,7

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>MUJER UNIDA</b>						
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	22,3%	1,4	19,6; 25,2	1,31	6,4
	REGULAR	45,3%	1,9	41,5; 49,0	1,61	4,2
	BASTANTE O MUCHO	32,5%	1,8	29,0; 36,1	1,68	5,6
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	24,5%	1,4	21,9; 27,4	1,18	5,7
	REGULAR	45,6%	1,4	42,9; 48,4	0,88	3,1
	BASTANTE O MUCHO	29,9 %	1,6	26,9; 33,1	1,32	5,2
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	90,1%	1,0	87,9 ; 92,0	1,35	1,2
	REGULAR	8,9%	1,0	7,1 ; 11,2	1,46	11,6
	BASTANTE O MUCHO	0,9%	0,3	0,5 ; 1,7	1,09	32,6
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	63,2%	5,0	52,8; 72,5	1,28	7,9
	REGULAR	31,6%	4,4	23,7 ; 40,9	1,04	13,8
	BASTANTE O MUCHO	5,1%	2,1	2,3 ; 11,1	1,02	39,9
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDE	NADA O POCO	78,4%	1,3	75,7 ; 80,8	1,10	1,7
	REGULAR	18,5%	1,3	16,1 ; 21,2	1,21	6,9
	BASTANTE O MUCHO	3,1%	0,6	2,1 ; 4,5	1,35	19,7
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	29,5%	3,2	23,6 ; 36,3	1,24	10,8
	REGULAR	30,6%	2,7	25,5 ; 36,3	0,88	8,9
	BASTANTE O MUCHO	39,8%	3,7	32,7 ; 47,4	1,48	9,4
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	56,4%	1,5	53,4 ; 59,4	1,07	2,7
	REGULAR	32,2%	1,6	29,2 ; 35,4	1,29	4,9
	BASTANTE O MUCHO	11,4%	1,0	9,5 ; 13,5	1,14	8,9
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	58,6 %	1,6	55,4 ; 61,8	1,21	2,8
	REGULAR	35,3%	1,6	32,1 ; 38,6	1,29	4,6
	BASTANTE O MUCHO	6,1%	0,9	4,5 ; 8,2	1,66	15,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	80,7%	1,3	77,9 ; 83,1	1,25	1,6
	REGULAR	17,6%	1,3	15,2 ; 20,4	1,34	7,5
	BASTANTE O MUCHO	1,7%	0,4	1,1 ; 2,7	1,04	23,3
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	8,9%	1,0	7,2 ; 11,0	1,28	10,8
	REGULAR	17,6%	1,1	15,5 ; 20,0	0,98	6,3
	BASTANTE O MUCHO	73,5%	1,3	70,9 ; 75,9	0,95	1,7
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	53,1%	4,5	44,2 ; 61,9	1,07	8,5
	REGULAR	30,7%	4,2	23,1 ; 39,5	1,07	13,6
	BASTANTE O MUCHO	16,2%	4,1	9,6 ; 26,0	1,62	25,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	1,8%	0,5	1,0 ; 3,3	1,80	29,2
	REGULAR	3,5%	0,6	2,5 ; 5,0	1,22	17,2
	BASTANTE O MUCHO	94,6%	0,8	92,7 ; 96,1	1,58	0,9
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD	NADA O POCO	51,3%	1,7	48,0 ; 54,6	1,25	3,3
	REGULAR	32,2 %	1,7	28,8 ; 35,7	1,52	5,4
	BASTANTE O MUCHO	16,5 %	1,6	13,7 ; 19,9	1,99	9,5
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE OTRA PERSONA NO MENCIONADA	NADA O POCO	70,4 %	4,9	59,9 ; 79,1	2,72	6,9
	REGULAR	9,0 %	2,2	5,5 ; 14,4	1,42	24,6
	BASTANTE O MUCHO	20,6 %	4,0	13,8 ; 29,7	2,35	19,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	35,7%	2,4	31,2 ; 40,5	1,39	6,6
	REGULAR	25,4%	2,2	21,3 ; 29,9	1,40	8,5
	BASTANTE O MUCHO	38,9%	2,4	34,3 ; 43,8	1,37	6,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIO	NADA O POCO	42,0%	7,8	27,7 ; 57,7	1,13	18,6
	REGULAR	25,1%	7,6	13,1 ; 42,7	1,39	30,3
	BASTANTE O MUCHO	32,9%	7,3	20,4 ; 48,5	1,08	22,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	34,7%	2,2	30,4 ; 39,2	2,42	6,4
	REGULAR	19,7%	1,6	16,8 ; 23,1	1,76	8,1
	BASTANTE O MUCHO	45,6%	2,3	41,0 ; 50,2	2,43	5,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	48,8%	2,2	44,5 ; 53,3	1,90	4,6
	REGULAR	17,4%	1,2	15,1 ; 20,0	1,01	7,1
	BASTANTE O MUCHO	33,8%	2,3	29,4 ; 38,4	2,21	6,7

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>MUJER UNIDA</b>						
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	24,3%	1,5	21,5 ; 27,4	1,37	6,2
	REGULAR	31,7%	1,6	28,6 ; 35,0	1,36	5,1
	BASTANTE O MUCHO	44,0%	1,7	40,7 ; 47,4	1,33	3,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	22,0%	1,5	19,1 ; 25,2	1,56	7,0
	REGULAR	26,8%	1,6	23,7 ; 30,1	1,52	6,1
	BASTANTE O MUCHO	51,2%	2,0	47,2 ; 55,2	1,83	3,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	84,1%	1,7	80,5 ; 87,1	2,16	2,0
	REGULAR	7,7%	1,0	5,9 ; 10,0	1,50	13,1
	BASTANTE O MUCHO	8,2%	1,2	6,1 ; 10,9	1,95	14,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	28,3 %	1,9	24,7 ; 32,2	1,98	6,7
	REGULAR	15,6 %	1,5	12,8 ; 18,8	1,99	9,8
	BASTANTE O MUCHO	56,2%	2,2	51,7 ; 60,5	2,24	3,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	17,4%	1,6	14,5 ; 20,8	1,99	9,2
	REGULAR	12,9%	1,2	10,7 ; 15,4	1,40	9,2
	BASTANTE O MUCHO	69,7%	2,2	65,2 ; 73,9	2,57	3,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	25,0%	1,9	21,5 ; 28,9	2,10	7,5
	REGULAR	15,1%	1,4	12,5 ; 18,1	1,72	9,3
	BASTANTE O MUCHO	59,9%	2,3	55,4 ; 64,3	2,38	3,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	1,7%	0,4	1,1 ; 2,8	1,08	23,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	77,9%	1,5	74,7 ; 80,7	1,52	2,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	20,4%	1,5	17,7 ; 23,4	1,49	7,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	6,6%	0,9	5,1 ; 8,5	1,33	13,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	75,4 %	1,6	72,1 ; 78,4	1,54	2,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	18,1 %	1,4	15,5 ; 21,0	1,47	7,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	13,1%	1,6	10,3 ; 16,5	2,40	11,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	73,9%	1,7	70,5 ; 77,1	1,63	2,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,9%	1,1	10,9 ; 15,4	1,28	8,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	11,2%	1,2	9,1 ; 13,7	1,53	10,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	77,9%	1,5	74,7 ; 80,8	1,56	2,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	10,9 %	1,1	8,9 ; 13,3	1,39	10,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	2,3 %	0,5	1,4 ; 3,6	1,50	23,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	65,3 %	1,9	61,4 ; 69,0	1,87	3,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	32,4 %	1,9	28,7 ; 36,3	1,91	5,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILLO	NUNCA	1,4 %	0,4	0,8 ; 2,4	1,28	28,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	48,8%	1,7	45,4 ; 52,1	1,29	3,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	49,8 %	1,7	46,4 ; 53,3	1,35	3,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,8 %	0,3	0,4 ; 1,5	1,10	35,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	42,5%	1,6	39,4 ; 45,8	1,20	3,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	56,7 %	1,6	53,5 ; 59,9	1,19	2,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	25,4 %	1,6	22,3 ; 28,8	1,61	6,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	66,5%	1,9	62,6 ; 70,1	1,82	2,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	8,1 %	0,9	6,5 ; 10,1	1,25	11,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTROS	NUNCA	87,9%	3,0	80,5 ; 92,7	1,52	3,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	4,9 %	1,9	2,2 ; 10,2	1,32	38,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	7,3 %	2,4	3,7 ; 13,7	1,50	33,1

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>MUJER UNIDA</b>						
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	26,9%	1,9	23,3 ; 30,9	2,11	7,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	9,2%	1,1	7,2; 11,7	1,76	12,4
	REGULAR	36,9%	1,7	33,6; 40,4	1,41	4,6
	BASTANTE O MUCHO	53,9%	1,9	50,2; 57,5	1,57	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE LA PIEL	NADA O POCO	4,1%	0,9	2,7 ; 6,2	2,12	21,0
	REGULAR	27,5%	1,9	23,9 ; 31,3	2,00	6,9
	BASTANTE O MUCHO	68,4%	2,1	64,2 ; 72,4	2,24	3,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	12,0%	1,3	9,7; 14,7	1,72	10,6
	REGULAR	30,8%	1,9	27,2; 34,7	1,91	6,2
	BASTANTE O MUCHO	57,2%	2,3	52,5; 61,8	2,51	4,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL ECONÓMICO	NADA O POCO	31,1%	1,7	27,8; 34,6	1,56	5,5
	REGULAR	48,9%	1,8	45,3; 52,5	1,52	3,8
	BASTANTE O MUCHO	20,0%	1,5	17,3; 23,1	1,50	7,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ESTUDIOS	NADA O POCO	15,9%	2,3	11,8; 21,0	1,68	14,5
	REGULAR	24,2%	2,9	18,9; 30,5	1,97	12,1
	BASTANTE O MUCHO	59,9%	3,4	53,0; 66,4	2,01	5,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	44,7%	2,5	39,8 ; 49,7	2,70	5,6
	REGULAR	28,1 %	1,9	24,5 ; 32,0	1,84	6,7
	BASTANTE O MUCHO	27,2%	2,0	23,3 ; 31,4	2,22	7,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	6,7%	1,2	4,7 ; 9,4	2,48	17,7
	REGULAR	17,6%	1,5	14,9 ; 20,7	1,66	8,4
	BASTANTE O MUCHO	75,7%	2,0	71,7 ; 79,4	2,31	2,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	15,8%	1,3	13,4; 18,5	1,44	8,3
	REGULAR	31,4%	1,6	28,3; 34,8	1,40	5,2
	BASTANTE O MUCHO	52,8%	1,8	49,1; 56,4	1,54	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	13,7%	1,2	11,5 ; 16,2	1,28	8,5
	REGULAR	30,2%	1,8	26,9 ; 33,8	1,62	5,8
	BASTANTE O MUCHO	56,1 %	2,0	52,1 ; 59,9	1,77	3,5
DISCRIMINACIÓN POR: SEXO	PREVALENCIA DE VIDA	12,0 %	1,0	10,1 ; 14,2	1,14	8,6
DISCRIMINACIÓN POR EDAD	PREVALENCIA DE VIDA	8,6%	1,0	6,9 ; 10,7	1,30	11,0
DISCRIMINACIÓN POR: PESO	PREVALENCIA DE VIDA	5,8%	0,7	4,5 ; 7,4	1,12	12,7
DISCRIMINACIÓN POR: COLOR DE PIEL	PREVALENCIA DE VIDA	1,9%	0,5	1,1 ; 3,0	1,30	24,6
DISCRIMINACIÓN POR: FORMA DE VESTIR	PREVALENCIA DE VIDA	6,0%	0,8	4,6 ; 7,8	1,28	13,3
DISCRIMINACIÓN POR: CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	10,1%	1,1	8,1 ; 12,5	1,51	10,9
DISCRIMINACIÓN POR: NIVEL EDUCATIVO	PREVALENCIA DE VIDA	12,6%	1,2	10,5 ; 15,2	1,44	9,4
DISCRIMINACIÓN POR: RELIGIÓN	PREVALENCIA DE VIDA	6,3%	0,9	4,7 ; 8,4	1,63	14,6
DISCRIMINACIÓN POR: AMISTADES	PREVALENCIA DE VIDA	2,9%	0,5	2,0 ; 4,2	1,18	18,6
DISCRIMINACIÓN POR: LUGAR DE NACIMIENTO	PREVALENCIA DE VIDA	3,1%	0,6	2,1 ; 4,6	1,39	19,6
DISCRIMINACIÓN POR: OTROS	PREVALENCIA DE VIDA	2,1%	0,5	1,4 ; 3,2	1,11	21,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	8,8%	1,4	6,5; 11,9	1,29	15,3
	REGULAR	37,2%	2,8	31,9; 42,8	1,88	7,5
	BASTANTE O MUCHO	54,0%	3,0	48,0; 59,9	2,09	5,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	13,2%	1,7	10,2; 17,0	1,39	13,0
	REGULAR	38,6%	2,4	34,0; 43,5	1,31	6,2
	BASTANTE O MUCHO	48,2%	2,7	42,9; 53,5	1,54	5,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	6,4%	1,7	3,8; 10,5	1,48	25,9
	REGULAR	37,3%	2,9	31,7; 43,3	1,20	7,9
	BASTANTE O MUCHO	56,3%	3,5	49,4; 63,1	1,59	6,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>MUJER UNIDA</b>						
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	16,1%	1,6	13,1; 19,6	1,11	10,1
	REGULAR	43,0%	1,9	39,2; 46,9	0,87	4,5
	BASTANTE O MUCHO	40,9%	2,4	36,1; 45,8	1,39	6,0
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES	NADA O POCO	11,9%	2,2	8,1; 17,0	1,28	18,8
	REGULAR	34,5%	2,8	29,2; 40,2	0,93	8,1
	BASTANTE O MUCHO	53,7%	3,2	47,3; 59,9	1,09	5,9
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	46,3%	2,5	41,5; 51,2	1,35	5,3
	REGULAR	37,9%	2,5	33,1; 42,9	1,47	6,6
	BASTANTE O MUCHO	15,8%	1,7	12,7; 19,4	1,23	10,9
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	42,3%	1,6	39,2; 45,4	1,14	3,7
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE MES	6,4%	0,8	5,0; 8,0	1,08	11,9
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA EN EL AÑO	15,2%	1,1	13,1; 17,6	1,11	7,4
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	15,0%	1,2	12,7; 17,6	1,37	8,3
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL MES	1,7%	0,4	1,0; 2,8	1,18	24,5
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	5,7%	0,7	4,5; 7,3	1,06	12,4
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	5,2%	0,8	3,9; 6,9	1,33	14,7
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL MES	0,6%	0,3	0,3; 1,4	1,23	41,8
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	2,0%	0,4	1,3; 3,0	1,05	21,6
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	2,9%	0,6	2,0; 4,3	1,36	20,0
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL MES	0,1%	0,1	0,0; 0,6	1,00	100
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL AÑO	0,8%	0,3	0,4; 1,8	1,50	40,7
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA ACTUAL	0,5%	0,3	0,2; 1,4	1,56	54,3
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	PADRES	21,7%	7,4	10,5; 39,7	1,04	34,1
	HIJOS	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	OTROS PARIENTES	6,9%	5,1	1,5; 26,3	1,25	73,8
	PAREJA	46,6%	8,5	30,6; 63,2	0,94	18,4
	LABORALES	4,4%	4,3	0,6; 26,2	1,39	98,7
	ESTUDIOS	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	ECONÓMICOS	12,6 %	5,6	5,1; 28,2	0,88	44,1
	SALUD FÍSICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	SALUD FAMILIAR	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	SEPARACIÓN DE FAMILIA	7,5%	5,3	1,8; 26,8	1,25	70,4
MUERTE DE UN HIJO	2,8%	2,8	0,4; 18,4	0,91	100	
OTROS	4,9%	3,4	1,2; 18,0	0,77	69,5	
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA</b>						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	27,0%	1,7	23,8; 30,5	1,62	6,2
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ANUAL	14,8%	1,3	12,4; 17,5	1,44	8,6
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	12,3%	1,2	10,1; 14,9	1,50	9,8
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ACTUAL	8,1%	0,9	6,4; 10,1	1,31	11,5
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	16,3%	1,2	14,0; 18,9	1,22	7,4
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ANUAL	7,6%	1,0	5,9; 9,7	1,48	12,7
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE 6 MESES	6,1%	0,8	4,6; 8,0	1,40	13,8
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ACTUAL	4,3%	0,6	3,3; 5,6	0,94	13,6

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>MUJER UNIDA</b>						
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	6,9%	0,8	5,5 ; 8,7	1,15	11,7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ANUAL	3,8%	0,6	2,8 ; 5,2	1,08	15,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE 6 MESES	3,2%	0,5	2,3 ; 4,4	0,99	16,4
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ACTUAL	2,0%	0,6	1,1 ; 3,5	1,80	28,0
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,8%	0,3	0,4 ; 1,7	1,27	36,3
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	0,6%	0,3	0,2 ; 1,4	1,34	45,0
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,6%	0,3	0,2 ; 1,4	1,34	45,0
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	1,12	57,8
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,2	0,2 ; 1,0	1,00	46,1
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,7	1,03	100
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,7	1,03	100
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,7	1,03	100
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	1,0%	0,3	0,6 ; 1,7	0,83	26,8
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ANUAL	0,6%	0,2	0,3 ; 1,1	0,86	37,2
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,4%	0,2	0,2 ; 1,0	0,90	44,2
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,8	0,92	57,4
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	8,3%	0,9	6,6 ; 10,3	1,25	11,1
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ANUAL	2,7 %	0,7	1,6 ; 4,3	1,85	24,6
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,1%	0,5	1,2 ; 3,4	1,61	26,1
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ACTUAL	0,5%	0,3	0,2 ; 1,4	1,47	50,2
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	16,8%	1,6	13,9 ; 20,1	1,96	9,3
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ANUAL	9,1%	1,2	7,1 ; 11,7	1,82	12,7
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES	7,9 %	1,1	6,0 ; 10,4	1,89	14,0
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ACTUAL	4,6%	0,8	3,2 ; 6,6	1,84	18,5
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	15,6 %	1,5	12,9 ; 18,8	1,94	9,7
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ANUAL	8,5%	1,1	6,5 ; 11,0	1,80	13,1
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE 6 MESES	7,3%	1,1	5,4 ; 9,6	1,85	14,5
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	3,9%	0,8	2,6 ; 5,7	1,76	19,7
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,9%	0,4	1,2 ; 3,0	1,22	24,1
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	1,2%	0,4	0,6 ; 2,1	1,22	30,5
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,2 %	0,2	0,0 ; 1,5	2,35	99,0
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
<b>MUJER UNIDA</b>						
<b>LA MUJER UNIDA MALTRATADA</b>						
ALGÚN TIPO DE ABUSO EN LA MUJER UNIDA	PREVALENCIA DE VIDA	60,3%	2,0	56,2; 64,2	1,94	3,4
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO O VIOLENCIA POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA ANUAL	25,4%	1,9	21,9; 29,3	1,75	7,4
PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	LE GRITABA MUCHO	5,6%	0,8	4,2; 7,3	1,28	13,9
	TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	6,0%	0,8	4,5; 7,9	1,44	14,2
	LA ENGAÑÓ	16,8%	1,3	14,4; 19,6	1,37	7,8
	LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	4,4%	0,7	3,3; 6,0	1,26	15,6
	FORZÓ A RELACIONES SEXUALES	3,9%	0,7	2,8; 5,5	1,34	17,1
	SE MOSTRÓ INDIFFERENTE	9,7%	1,0	7,8; 11,9	1,37	10,7
	LE MENTÍA MUCHO	16,5%	1,3	14,1; 19,2	1,38	7,9
	ERA MUY CELOSO	39,8%	1,9	36,2; 43,6	1,64	4,7
	LA CONTROLABA MUCHO	26,0%	1,6	22,9; 29,3	1,52	6,2
	LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	17,0%	1,4	14,3; 19,9	1,59	8,3
TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	27,1%	1,6	24,1; 30,3	1,39	5,8	
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL	59,4%	2,1	55,2; 63,5	2,04	3,5
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA	12,6%	1,1	10,7; 14,9	1,13	8,4
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA DE VIDA DE ALGÚN ABUSO	41,5%	2,2	37,2; 45,9	1,87	5,3
TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	11,5%	1,4	9,0; 14,5	1,74	12,0
	ABUSO FÍSICO	28,3%	2,1	24,3; 32,7	2,09	7,5
	INSULTOS	35,9%	2,1	31,8; 40,1	1,77	5,8
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC,	16,6%	1,5	13,9; 19,7	1,47	8,9
	ABANDONO	9,3%	1,0	7,5; 11,5	1,11	10,8
<b>LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)</b>						
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO	6,9%	0,8	5,4; 8,8	1,04	12,3
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL	86,8%	4,4	75,3; 93,4	1,11	5,1
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA	41,4%	5,7	30,8; 52,9	0,85	13,7
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES	NADA O POCO	73,2%	6,4	59,0; 83,8	1,33	8,7
	REGULAR	25,7%	6,3	15,2; 39,9	1,34	24,6
	BASTANTE O MUCHO	1,2%	1,2	0,2; 8,0	0,76	100
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	94,1%	2,9	85,2; 97,8	0,93	3,0
	REGULAR	4,4%	2,5	1,4; 12,8	0,91	56,2
	BASTANTE O MUCHO	1,5%	1,5	0,2; 10,5	0,98	100
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	85,4%	4,8	73,1; 92,7	1,20	5,6
	REGULAR	13,1%	4,7	6,3; 25,5	1,24	35,8
	BASTANTE O MUCHO	1,4%	1,4	0,2; 9,8	0,94	100

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>MUJER UNIDA - MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)</b>						
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	13,5%	5,2	6,0 ; 27,5	1,51	38,9
	REGULAR	36,2	6,1	25,1; 49,0	1,05	16,9
	BASTANTE O MUCHO	50,3%	6,6	37,5; 63,1	1,13	13,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	21,7%	7,1	10,8; 38,8	1,05	32,7
	REGULAR	14,9%	6,0	6,4; 30,9	1,01	40,3
	BASTANTE O MUCHO	63,4 %	8,9	44,8; 78,7	1,20	14,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	22,4%	20,6	2,7; 75,1	0,97	92,1
	REGULAR	62,3%	24,4	17,5; 92,8	1,00	39,1
	BASTANTE O MUCHO	15,3%	15,2	1,7; 64,9	0,71	99,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	23,8%	5,7	14,3; 36,7	1,13	23,9
	REGULAR	22,0%	5,3	13,2; 34,2	1,05	24,2
	BASTANTE O MUCHO	54,3%	6,4	41,5; 66,5	1,06	11,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	14,6%	4,5	7,7; 25,9	1,03	30,7
	REGULAR	23,7%	5,6	14,4; 36,4	1,10	23,6
	BASTANTE O MUCHO	61,7%	6,2	48,8; 73,1	1,05	10,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	17,7%	5,0	9,8; 29,9	1,11	28,3
	REGULAR	29,5%	5,6	19,8; 41,6	0,97	18,9
	BASTANTE O MUCHO	52,7%	7,3	38,5; 66,5	1,36	13,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	20,1%	5,3	11,6; 32,6	1,12	26,3
	REGULAR	20,7%	5,7	11,6; 34,1	1,27	27,5
	BASTANTE O MUCHO	59,2%	6,5	46,0; 71,2	1,13	11,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: TRISTE	NUNCA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	55,4%	6,9	41,7; 68,3	1,23	12,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	44,6%	6,9	31,7 ; 58,3	1,23	15,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: TENSO	NUNCA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	62,3%	7,1	47,6; 75,0	1,38	11,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	37,7%	7,1	25,0 ; 52,4	1,38	18,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: ANGUSTIADO	NUNCA	4,3 %	2,5	1,3 ; 13,1	0,98	58,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	70,1%	6,1	56,8 ; 80,7	1,16	8,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	25,5%	5,9	15,7 ; 38,7	1,17	23,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: IRRITABLE	NUNCA	2,8%	1,9	0,7 ; 10,6	0,90	69,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	77,3%	5,8	63,9 ; 86,7	1,23	7,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	19,9%	5,7	10,9 ; 33,5	1,31	28,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: PREOCUPADO	NUNCA	0,0%	0,0	0,0;0,0	00,0	0,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	40,0%	6,5	28,0 ; 53,4	1,12	16,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	60,0%	6,5	46,6 ; 72,0	1,12	10,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: TRANQUILLO	NUNCA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	76,3%	5,5	63,7 ; 85,5	1,07	7,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	23,7%	5,5	14,5 ; 36,3	1,07	23,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: ALEGRE	NUNCA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	73,6%	5,6	61,2 ; 83,1	0,99	7,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	26,4%	5,6	16,9; 38,8	0,99	21,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: ABURRIDO	NUNCA	27,5%	6,2	17,0 ; 41,3	1,23	22,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	56,9%	6,8	43,1 ; 69,6	1,21	12,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,7%	4,8	8,3 ; 27,5	1,08	30,4

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>MUJER UNIDA - MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)</b>						
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS ACTUALES: OTROS	NUNCA	81,2%	16,8	32,7 ; 97,5	1,05	20,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	18,8%	16,8	2,5; 67,3	1,05	89,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
DESEO DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	63,5 %	6,5	50,1 ; 75,1	1,16	10,2
DESEO DE MORIR	PREVALENCIA EN EL MES	12,2 %	4,5	5,7 ; 24,3	1,24	37,2
DESEO DE MORIR	PREVALENCIA EN EL AÑO	33,8%	6,4	22,4 ; 47,5	1,19	19,0
DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	41,8%	6,4	29,8; 54,8	1,10	15,4
DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL MES	2,2%	1,6	0,5; 9,2	0,80	74,7
DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA EN EL AÑO	18,5%	5,8	9,6; 32,8	1,45	31,5
PLANES SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	17,6%	4,6	10,2 ; 28,4	0,93	26,0
PLANES SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL MES	1,5%	1,5	0,2; 10,2	0,98	98,5
PLANES SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL AÑO	3,5 %	2,0	1,1 ; 10,8	0,80	58,4
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	12,2%	4,7	5,5; 24,8	1,32	38,5
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL MES	1,5%	1,5	0,2 ; 10,2	0,98	98,5
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA EN EL AÑO	4,4	3,3	1,0; 17,8	1,65	74,4
LA POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0;0,0	0,0	0,0
DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	33,6%	6,1	22,8; 46,4	1,04	18,0
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)</b>						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	51,0 %	7,2	37,0 ; 64,9	1,34	14,2
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ANUAL	37,7%	7,5	24,4 ; 53,2	1,50	19,8
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	31,1%	7,1	18,9 ; 46,6	1,51	23,0
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ACTUAL	17,7%	4,5	10,5 ; 28,4	0,87	25,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	34,1%	6,8	22,1 ; 48,5	1,32	19,9
TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ANUAL	21,2%	6,6	11,0 ; 36,9	1,63	31,0
TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE 6 MESES	15,9%	6,2	7,0 ; 32,0	1,79	38,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ACTUAL	10,0%	3,8	4,6 ; 20,4	1,01	38,0
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	20,6%	5,3	12,0; 33,0	1,11	25,7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ANUAL	14,1%	4,6	7,2 ; 25,7	1,09	32,4
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE 6 MESES	8,8%	3,7	3,8 ; 19,3	1,07	41,7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ACTUAL	12,6%	6,2	4,5 ; 30,6	2,21	49,3
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	1,3	0,2; 9,1	0,85	100
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	1,3%	1,3	0,2; 9,1	0,85	100
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,3%	1,3	0,2; 9,1	0,85	100
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,4 %	1,3	0,2 ; 9,1	0,85	98,9
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	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
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)</b>						
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
TRASTORNO DE ESTRÉS	PREVALENCIA DE VIDA	12,2 %	4,0	6,2 ; 22,4	0,93	32,5
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ANUAL	5,7 %	3,3	1,8 ; 17,1	1,30	58,3
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,7 %	3,3	1,8 ; 17,1	1,30	58,3
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA ACTUAL	1,2%	1,2	0,2; 8,0	0,74	100
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	34,2 %	6,1	23,4 ; 47,0	1,03	17,7
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ANUAL	21,9 %	5,8	12,5 ; 35,5	1,25	26,5
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES	20,6%	5,4	11,8; 33,4	1,15	26,5
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ACTUAL	10,2%	3,5	5,0 ; 19,6	0,87	35,0
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	31,5	6,0	21,0; 44,3	1,04	18,9
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ANUAL	19,2 %	5,6	10,4 ; 32,6	1,27	29,1
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE 6 MESES	17,8%	5,2	9,7; 30,4	1,16	29,1
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	7,4%	3,0	3,3; 16,0	0,83	40,5
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	4,2%	2,4	1,3; 12,5	0,89	57,7
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	4,1%	2,3	1,3; 12,2	0,89	57,8
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0;0,0	0,0	0,0
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
<b>DATOS GENERALES: ADOLESCENTES</b>						
EDAD (D.S.)	MEDIA ARITMÉTICA	14,5%	0,0	14,3 ; 14,7	1,33	0,6
SITUACIÓN LABORAL	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	2,2%	0,8	1,1 ; 4,6	1,23	37,0
	TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	15,6%	2,7	11,0 ; 21,6	2,51	17,0
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	0,8%	0,5	0,2 ; 3,0	1,75	67,2
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL	0,6%	0,5	0,1; 3,2	2,05	83,8
	PRIMARIA	24,5%	2,9	19,2 ; 30,7	2,15	11,8
	SECUNDARIA	73,9%	2,9	67,8 ; 79,3	2,06	3,9
	BACHILLERATO	0,4%	0,3	0,1 ; 1,8	1,06	73,2
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,5%	0,3	0,1 ; 1,7	0,89	61,5
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL	< DE S/. 300	93,0%	3,2	83,2 ; 97,3	1,18	3,5
	301 A 600	4,1%	3,0	0,9 ; 16,1	1,64	72,6
	601 A 1,200	0,5%	0,5	0,1 ; 3,8	0,39	99,7
	> 1,200	2,3%	1,7	0,5 ; 9,6	0,94	74,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADOLESCENTES</b>						
<b>SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE</b>						
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS	DESEMPLEO	26,6%	2,8	21,3 ; 32,6	1,94	10,7
	POBREZA	17,9%	2,3	13,7 ; 23,0	1,75	13,1
	MANEJO ECONÓMICO	7,0%	1,5	4,6 ; 10,6	1,57	21,0
	CORRUPCIÓN	12,0%	1,9	8,8 ; 16,2	1,52	15,4
	DELINCUENCIA	14,5%	2,4	10,4 ; 19,8	2,13	16,4
	VIOLENCIA	6,6%	1,4	4,4 ; 9,9	1,40	20,6
	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,2%	0,5	0,6 ; 2,5	0,79	37,0
	FALTA DE CONFIANZA	1,5%	0,6	0,7 ; 3,2	1,04	38,1
	TERRORISMO	2,7%	0,9	1,4 ; 5,3	1,49	33,7
	FALTA DE LIDERAZGO	0,8%	0,4	0,3 ; 2,0	0,81	46,9
	NARCOTRÁFICO	1,7%	0,7	0,7 ; 3,8	1,40	41,6
	OTROS	5,2%	1,3	3,2 ; 8,4	1,55	24,6
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	PREOCUPACIÓN	29,3%	2,9	24,0 ; 35,3	1,81	9,7
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	32,6%	2,9	27,2 ; 38,6	1,74	8,8
	DESILUSIÓN	6,2%	1,5	3,8 ; 10,0	1,82	24,4
	AMARGURA	4,5%	1,7	2,1 ; 9,3	3,09	37,9
	RABIA	3,3%	1,0	1,8 ; 6,0	1,52	31,2
	CÓLERA	13,9%	1,9	10,5 ; 18,2	1,44	14,0
	IMPOTENCIA	2,5%	0,7	1,4 ; 4,3	0,91	27,8
	RESIGNACIÓN	0,6%	0,4	0,2 ; 2,0	1,01	59,5
	INDIFERENCIA	1,7%	0,6	0,8 ; 3,6	1,11	36,9
	FRUSTRACIÓN	0,8%	0,4	0,3 ; 2,3	1,04	52,1
	INDIGNACIÓN	1,7%	0,8	0,7 ; 4,2	1,66	45,3
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	0,9%	0,3	0,5 ; 1,9	0,56	35,8
	OTROS	1,8%	0,7	0,8 ; 3,7	1,17	37,7
CONFIANZA EN POLICÍAS	NADA O POCO	46,9%	2,6	41,7 ; 52,2	1,31	5,6
	REGULAR	42,1%	2,7	36,8 ; 47,6	1,41	6,5
	BASTANTE O MUCHO	11,0%	1,6	8,2 ; 14,5	1,17	14,3
CONFIANZA EN MILITARES	NADA O POCO	49,4%	2,6	44,3 ; 54,6	1,27	5,3
	REGULAR	38,4%	2,6	33,4 ; 43,7	1,33	6,8
	BASTANTE O MUCHO	12,1%	1,8	9,0 ; 16,1	1,36	14,5
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	24,6%	2,6	19,8 ; 30,0	1,66	10,5
	REGULAR	32,1%	2,8	26,9 ; 37,8	1,63	8,6
	BASTANTE O MUCHO	43,4%	2,7	38,1 ; 48,8	1,41	6,3
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	14,8%	2,0	11,2 ; 19,3	1,54	13,8
	REGULAR	26,8%	2,6	22,0 ; 32,2	1,60	9,7
	BASTANTE O MUCHO	58,4%	2,9	52,7 ; 63,9	1,57	4,9
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	19,0%	2,4	14,7 ; 24,1	1,68	12,4
	REGULAR	35,2%	3,0	29,5 ; 41,3	1,84	8,6
	BASTANTE O MUCHO	45,8%	3,2	39,6 ; 52,2	1,93	7,0
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	78,8%	2,4	73,7 ; 83,1	1,55	3,0
	REGULAR	18,1%	2,3	14,0 ; 23,1	1,59	12,6
	BASTANTE O MUCHO	3,1%	1,0	1,7 ; 5,8	1,49	31,8
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	42,8%	15,8	17,3 ; 72,8	1,45	36,9
	REGULAR	39,6%	15,4	15,5 ; 70,1	1,41	38,8
	BASTANTE O MUCHO	17,6%	11,7	4,2 ; 51,4	1,35	66,4
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDE	NADA O POCO	63,9%	2,6	58,6 ; 68,9	1,35	4,1
	REGULAR	27,3%	2,4	22,9 ; 32,4	1,34	8,8
	BASTANTE O MUCHO	8,7%	1,5	6,2 ; 12,1	1,25	16,9
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	27,1%	8,2	14,0 ; 45,9	1,55	30,4
	REGULAR	46,5%	7,7	14,1 ; 44,0	1,37	29,1
	BASTANTE O MUCHO	46,5%	8,4	30,8 ; 62,9	1,27	18,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADOLESCENTES</b>						
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	50,4%	3,2	44,1 ; 56,6	1,85	6,3
	REGULAR	31,0%	2,9	25,6 ; 36,9	1,77	9,2
	BASTANTE O MUCHO	18,6%	2,2	14,7 ; 23,4	1,48	11,8
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	40,5%	2,6	35,4 ; 45,8	1,33	6,5
	REGULAR	42,7%	2,6	37,7 ; 47,8	1,26	6,0
	BASTANTE O MUCHO	16,9%	1,7	13,8 ; 20,5	0,96	10,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	47,2%	7,0	34,0 ; 60,9	1,16	14,8
	REGULAR	37,9%	7,9	23,9 ; 54,2	1,56	20,8
	BASTANTE O MUCHO	14,9%	5,3	7,1 ; 28,6	1,32	35,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIO	NADA O POCO	39,5%	2,9	33,8 ; 45,5	1,53	7,5
	REGULAR	27,0%	2,5	22,4 ; 32,2	1,32	9,2
	BASTANTE O MUCHO	33,5%	3,0	27,9 ; 39,6	1,66	8,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	40,9%	3,4	34,4 ; 47,7	1,80	8,3
	REGULAR	17,4%	2,4	13,1 ; 22,7	1,55	13,9
	BASTANTE O MUCHO	41,8%	3,3	35,4 ; 48,4	1,71	7,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	62,6%	4,9	52,5 ; 71,8	1,23	7,9
	REGULAR	18,4%	4,4	11,3 ; 28,6	1,51	23,7
	BASTANTE O MUCHO	19,0%	3,7	12,7 ; 27,4	1,06	19,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	56,2%	2,8	50,6 ; 61,6	1,45	4,9
	REGULAR	28,5%	2,5	23,7 ; 33,7	1,45	8,9
	BASTANTE O MUCHO	15,3%	1,6	23,7 ; 33,7	0,87	10,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	26,1%	2,7	21,1 ; 31,8	1,75	10,3
	REGULAR	20,4%	2,4	16,0 ; 25,5	1,65	11,8
	BASTANTE O MUCHO	53,5%	3,1	47,4 ; 59,6	1,78	5,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	80,8%	2,5	75,3 ; 85,3	1,68	3,1
	REGULAR	10,4%	1,9	7,1 ; 14,9	1,68	18,7
	BASTANTE O MUCHO	8,8%	1,6	6,2 ; 12,5	1,28	17,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	40,8%	2,7	35,5 ; 46,4	1,44	6,7
	REGULAR	18,1%	2,1	14,2 ; 22,6	1,40	11,7
	BASTANTE O MUCHO	41,1%	2,9	35,6 ; 46,9	1,58	7,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	28,9%	3,1	23,1 ; 35,4	2,18	10,8
	REGULAR	18,6%	2,1	14,8 ; 23,1	1,36	11,3
	BASTANTE O MUCHO	52,5%	3,3	45,9 ; 59,1	2,08	6,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	36,3%	3,2	30,3 ; 42,9	2,06	8,8
	REGULAR	14,8%	1,8	11,5 ; 18,9	1,25	12,5
	BASTANTE O MUCHO	48,8%	3,1	42,7 ; 55,0	1,81	6,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	3,5%	0,9	2,1 ; 5,7	1,09	25,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	85,8%	1,8	81,9 ; 89,0	1,20	2,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	10,7%	1,8	7,6 ; 14,9	1,60	16,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	15,8%	1,9	12,5 ; 19,9	1,22	11,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	73,3%	2,5	68,0 ; 78,1	1,53	3,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	10,8%	2,0	7,5 ; 15,5	1,92	18,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUISTIADO	NUNCA	17,7%	2,1	13,9 ; 22,3	1,44	12,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	74,0%	2,3	69,3 ; 78,3	1,25	3,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	8,2%	1,4	5,9 ; 11,5	1,21	17,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	12,7%	1,8	9,5 ; 16,6	1,32	14,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	68,3%	2,7	62,9 ; 73,3	1,51	3,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	19,0%	2,3	14,9 ; 24,0	1,60	12,1

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADOLESCENTES</b>						
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	9,3%	1,7	6,5 ; 13,2	1,55	18,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	72,6%	2,6	67,0 ; 77,5	1,62	3,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	10,1%	2,2	14,2 ; 22,9	1,49	12,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	2,0%	0,7	1,0 ; 4,0	1,11	33,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	35,0%	2,6	30,2 ; 40,3	1,34	7,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	62,9%	2,7	57,5 ; 68,0	1,41	4,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,3%	0,3	0,0 ; 2,0	1,31	100
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	17,1%	2,0	13,6 ; 21,4	1,26	11,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	82,6%	2,0	78,3 ; 86,2	1,27	2,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	22,3%	2,3	18,0 ; 27,3	1,46	10,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	68,5%	2,9	62,5 ; 74,0	1,83	4,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	9,2%	1,6	6,5 ; 12,9	1,40	17,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTROS	NUNCA	87,7%	5,5	72,2 ; 95,1	1,86	6,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	11,6%	5,5	4,4 ; 27,4	1,93	47,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	0,7%	0,7	0,1 ; 4,9	0,47	100
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	9,8%	1,8	6,8 ; 14,0	1,72	18,4
	REGULAR	29,0%	2,6	24,2 ; 34,3	1,48	8,8
	BASTANTE O MUCHO	61,2%	2,9	55,3 ; 66,7	1,64	4,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	8,7%	1,6	6,0 ; 12,5	1,55	18,7
	REGULAR	26,5%	2,4	22,0 ; 31,5	1,36	9,0
	BASTANTE O MUCHO	64,8%	3,0	58,6 ; 70,6	1,87	4,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE LA PIEL	NADA O POCO	7,6%	1,6	4,9 ; 11,5	1,74	21,4
	REGULAR	23,8%	2,3	19,6 ; 28,6	1,32	9,5
	BASTANTE O MUCHO	68,6%	2,9	62,5 ; 74,1	1,87	4,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	8,6%	2,0	5,4 ; 13,5	2,38	23,3
	REGULAR	31,2%	2,8	25,9 ; 36,9	1,69	9,0
	BASTANTE O MUCHO	60,2%	3,1	53,9 ; 66,2	1,86	5,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	21,5%	2,6	16,8 ; 26,9	1,78	11,9
	REGULAR	40,5%	2,7	35,2 ; 45,9	1,40	6,7
	BASTANTE O MUCHO	38,1%	2,9	32,5 ; 44,1	1,68	7,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIO	NADA O POCO	12,8%	4,3	6,4 ; 24,0	1,40	33,6
	REGULAR	31,5%	7,1	19,3 ; 46,9	1,96	22,6
	BASTANTE O MUCHO	55,7%	7,1	41,5 ; 69,0	1,73	12,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO	NADA O POCO	14,4%	2,6	10,0 ; 20,2	2,44	17,8
	REGULAR	27,0%	2,7	22,0 ; 32,8	1,75	10,1
	BASTANTE O MUCHO	58,6%	3,4	51,7 ; 65,1	2,18	5,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	11,1%	1,6	8,3 ; 14,6	1,17	14,3
	REGULAR	20,9%	2,3	16,8 ; 25,8	1,43	10,9
	BASTANTE O MUCHO	68,0%	2,6	62,7 ; 72,9	1,41	3,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	12,0%	1,6	9,2 ; 15,7	1,17	13,6
	REGULAR	28,4%	2,6	23,6 ; 33,7	1,49	9,0
	BASTANTE O MUCHO	59,6%	2,7	54,1 ; 64,9	1,45	4,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	12,6%	4,3	6,3 ; 23,8	1,07	33,9
	REGULAR	32,8%	6,4	21,6 ; 46,4	1,19	19,5
	BASTANTE O MUCHO	54,5%	7,2	40,3 ; 68,1	1,35	13,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	11,8%	4,6	5,2 ; 24,4	1,22	39,2
	REGULAR	48,2%	8,3	32,5 ; 64,2	1,63	17,2
	BASTANTE O MUCHO	40,1%	9,5	23,5 ; 59,3	2,20	23,6

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADOLESCENTES</b>						
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	5,4%	3,3	1,6 ; 16,8	0,93	60,4
	REGULAR	21,0%	5,7	11,9 ; 34,4	0,88	27,1
	BASTANTE O MUCHO	73,6%	6,6	58,7 ; 84,5	1,01	9,0
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA QUE DES ARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	34,1%	6,4	22,7 ; 47,6	1,17	18,8
	REGULAR	37,8%	6,5	25,9 ; 51,3	1,17	17,3
	BASTANTE O MUCHO	28,1%	5,8	18,1 ; 40,9	1,08	20,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	28,6%	8,5	15,0 ; 47,7	2,01	29,7
	REGULAR	29,5%	7,3	17,3 ; 45,6	1,45	24,6
	BASTANTE O MUCHO	41,9%	9,1	25,6 ; 60,2	1,94	21,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	25,2%	8,4	12,2 ; 45,0	1,73	33,4
	REGULAR	29,9%	8,1	16,5 ; 47,8	1,44	27,1
	BASTANTE O MUCHO	44,9%	8,2	29,7 ; 61,0	1,24	18,2
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	8,6%	1,7	5,7 ; 12,6	1,69	19,6
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA	37,0%	2,5	32,1 ; 42,1	1,29	6,9
PREVALENCIA DE TENDENCIAS DELICTIVAS	PREVALENCIA	7,7%	1,5	5,2 ; 11,3	1,49	19,5
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	26,2%	2,3	22,0 ; 31,0	1,27	8,7
	PREVALENCIA ULTIMO MES	5,8%	1,3	3,7 ; 8,9	1,39	22,0
	PREVALENCIA ULTIMO AÑO	13,9%	1,9	10,6 ; 18,1	1,39	13,6
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	10,4%	1,7	7,5 ; 14,2	1,38	16,0
	PREVALENCIA ULTIMO MES	3,4%	1,1	1,9 ; 6,3	1,57	30,7
	PREVALENCIA ULTIMO AÑO	6,3%	1,4	4,0 ; 9,5	1,47	21,7
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	4,3%	1,1	2,6 ; 7,0	1,30	24,9
	PREVALENCIA ULTIMO MES	1,6%	0,7	0,7 ; 3,6	1,31	41,7
	PREVALENCIA ULTIMO AÑO	3,2%	0,9	1,8 ; 5,4	1,13	27,1
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	2,2%	0,9	1,0 ; 4,8	1,69	39,9
	PREVALENCIA EN EL MES	0,2%	0,2	0,1 ; 0,9	0,54	73,4
	PREVALENCIA EN EL AÑO	1,8%	0,8	0,7 ; 4,5	1,86	46,8
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	16,9%	2,2	13,0 ; 21,7	1,62	13,0
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA	0,7%	0,4	0,2 ; 2,3	1,17	58,1
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	2,5%	0,6	1,5 ; 4,2	0,79	25,5
	PREVALENCIA EN EL MES	1,1%	0,5	0,5 ; 2,5	0,93	42,6
	PREVALENCIA EN EL AÑO	1,3%	0,5	0,6 ; 2,8	0,89	38,2
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	PADRES	61,0%	14,2	32,5 ; 83,5	0,86	23,2
	OTROS PARIENTES	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	PAREJA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	AMIGOS	6,5%	4,7	1,5 ; 24,5	0,34	73,0
	ESTUDIOS	10,3%	10,1	1,3 ; 50,4	1,03	98,9
	PROBLEMAS ECONÓMICOS	3,5%	3,7	0,4 ; 23,8	0,41	100
	SEPARACIÓN DE PAREJA	6,5%	4,7	1,5 ; 24,5	0,34	73,0
	SEPARACIÓN DE FAMILIAR	21,2%	10,5	7,2 ; 48,2	0,60	49,2
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	9,4	9,4	1,2 ; 47,8	0,95	99,8
TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS ES MUY IMPORTANTE	91,1%	1,6	87,3 ; 93,9	1,55	1,8
	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	75,9%	2,6	70,4 ; 80,7	1,67	3,5
	PARTICIPA ACTIVAMENTE EN ALGÚN GRUPO RELIGIOSO	24,6%	2,6	19,8 ; 30,1	1,61	10,6
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	63,0%	3,4	56,0 ; 69,4	2,21	5,4
	TRANSMITE RELIGIÓN A LOS HIJOS	20,3%	2,6	15,7 ; 25,9	1,79	12,6
	TRANSMITE RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	26,2%	2,9	20,8 ; 32,3	1,94	11,1

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADOLESCENTES</b>						
	HA CAMBIADO DE RELIGIÓN	9,6%	2,3	5,9 ; 15,2	2,71	24,2
	CREE QUE PRACTICAR UNA RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS	65,1%	2,9	59,1 ; 70,6	1,73	4,5
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL (RUIDO, VENTILACIÓN, ESPACIO, OLORES)	PREVALENCIA	40,3%	3,0	34,5 ; 46,3	1,73	7,4
CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE	MEDIA ARITMÉTICA	7,9%	0,1	7,8 ; 8,1	1,87	0,8
PRESENCIA ACTUAL DE POR LO MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA ACTUAL	5,6%	1,5	3,3 ; 9,6	2,05	27,2
PREVALENCIA ACTUAL DE TAG PURA SIN DEPRESIÓN	PREVALENCIA ACTUAL	3,7%	1,2	1,9 ; 7,1	1,99	33,3
PREVALENCIA ACTUAL DE TAG PURA SIN DEPRESIÓN AJUSTADA CON D5DD Y D5EE	PREVALENCIA ACTUAL	3,3%	1,1	1,8 ; 6,2	1,61	31,7
PREVALENCIA ACTUAL DE TAG COMÓRBIDO	PREVALENCIA ACTUAL	4,4%	1,3	2,4 ; 7,9	1,97	30,3
PREVALENCIA ACTUAL DE FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	1,6%	0,6	0,8 ; 3,4	1,10	37,8
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	4,4%	0,9	3,0 ; 6,6	0,88	20,1
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,9%	0,4	0,3 ; 2,2	0,90	47,4
PREVALENCIA ACTUAL DE BULIMIA NERVIOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,5%	0,3	0,1 ; 1,8	1,07	70,4
PRESENCIA DE CONDUCTAS BULÍMICAS	PREVALENCIA ACTUAL	2,1%	0,8	1,0 ; 4,5	1,49	38,2
PREVALENCIA DE LA TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PREVALENCIA	5,7%	1,1	3,9 ; 8,4	1,08	19,4
ANOREXIA NERVOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
IMC INFERIOR AL UMBRAL CRÍTICO PARA LA TALLA Y PESO	PREVALENCIA	23,4%	2,6	18,7 ; 28,8	1,73	10,9
PREVALENCIA DE VIDA CON AL MENOS 5 CRITERIOS DE PSICOSIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,7%	0,3	0,3 ; 1,9	0,80	49,1
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	MEDIA ARITMÉTICA	12,2%	0,2	11,8 ; 12,5	1,30	1,4
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL POR GRUPOS ETARIOS	4-7 AÑOS	6,0 %	1,7	3,4 ; 10,6	1,28	28,9
	8-12 AÑOS	33,3%	3,9	26,1 ; 41,4	1,64	11,7
	13-17 AÑOS	17,5%	2,8	12,6 ; 23,7	1,30	16,0
	NUNCA	17,5%	2,8	12,6 ; 23,7	1,30	16,0
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	63,2%	3,3	56,5 ; 69,4	2,20	5,2
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA AL MES	16,7%	2,1	12,9 ; 21,4	1,56	12,8
EMBRIAGUEZ EN EL ÚLTIMO MES	PREVALENCIA AL MES	2,8%	0,7	1,7 ; 4,5	0,82	24,7
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA AL ABUSO DE ALCOHOL	POR LO MENOS 1 CRITERIO	22,5%	2,4	18,0 ; 27,6	1,57	10,7
	POR LO MENOS 3 CRITERIOS	2,5%	0,7	1,4 ; 4,5	1,03	28,8
CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA (INCL.ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	66,5%	3,3	59,7 ; 72,7	2,31	5,0
	PREVALENCIA AL MES	19,6%	2,2	15,6 ; 24,3	1,47	11,3
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES (INCL.ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	66,5%	3,3	59,7 ; 72,7	2,31	5,0
	PREVALENCIA EN EL MES	19,6%	2,2	15,6 ; 24,3	1,47	11,3
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	1,1%	0,6	0,4 ; 3,0	1,35	50,8
	PREVALENCIA EN EL MES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	0,40	100
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	26,0%	2,6	21,2 ; 31,5	1,67	100

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADOLESCENTES</b>						
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	MEDIA ARITMÉTICA	13,7%	0,2	13,4 ; 14,2	1,21	1,4
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA EN EL MES	7,9%	1,3	5,6 ; 11,0	1,16	17,0
	PREVALENCIA ÚLTIMA SEMANA	5,3%	1,1	3,5 ; 7,9	1,10	20,6
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA DE VIDA	1,1%	0,6	0,4 ; 3,0	1,35	50,8
EDAD DE INICIO CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	15,5%	0,3	14,6 ; 16,4	1,03	2,0
CONSUMO DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE INHALANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,7%	0,4	0,3 ; 2,1	1,01	53,6
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	2,3%	0,9	1,1 ; 4,8	1,60	38,3
	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	2,4%	0,9	1,2 ; 5,1	1,66	37,5
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) EN ALGÚN MOMENTO	PREVALENCIA DE VIDA	60,4%	2,9	54,6 ; 65,9	1,58	4,7
ABUSO DE TIPO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	2,9%	1,1	1,3 ; 6,1	2,10	39,2
ABUSO FÍSICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	40,3%	2,8	34,9 ; 46,0	1,52	7,0
ABUSO PSICOLÓGICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	52,5%	2,9	46,8 ; 58,1	1,51	5,4
ABANDONO DEL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	7,7%	1,4	5,4 ; 10,9	1,21	17,7
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	PREVALENCIA DE VIDA	33,1%	2,9	27,6 ; 39,0	1,78	8,7
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL	PREVALENCIA DE VIDA	7,6%	2,1	4,3 ; 13,0	1,09	28,3
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN PUESTOS O CENTROS DE SALUD	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	33,1%	2,9	27,6 ; 39,0	1,78	8,7
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN POSTA O POLICLÍNICO ESSALUD	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	7,7%	4,6	2,3 ; 22,9	0,60	59,3
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN HOSPITAL GENERAL MINSA	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	14,8%	7,6	5,0 ; 36,3	0,94	51,3

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: ADULTO MAYOR</b>						
EDAD	MEDIA ARITMÉTICA (DS)	69,9	0,5	68,8 ; 71,0	1,27	0,8
EDAD POR GRUPOS ETÁREOS (15 AÑOS)	VIEJO JOVEN (60-74 AÑOS)	72,2	3,2	65,4 ; 78,0	1,26	4,4
	VIEJO VIEJO (75 - 84 AÑOS)	22,7	2,9	17,5 ; 28,9	1,18	12,6
	MUY VIEJO (>= 85)	5,1	1,5	2,8 ; 9,1	1,18	29,5
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	PREVALENCIA	32,4	3,5	25,9 ; 39,7	1,37	10,8
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	PREVALENCIA	0,6	0,6	0,1 ; 4,3	1,52	100
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	27,8	3,7	21,1 ; 35,6	1,61	13,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO MAYOR</b>						
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL	28,7	3,7	22,0; 36,5	1,62	12,8
	INICIAL / PREESCOLAR	-	-	-	-	-
	PRIMARIA	41,5	3,3	35,2; 48,1	1,10	7,9
	SECUNDARIA	11,,3	2,3	7,6; 16,6	1,25	20,0
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	8,6	2,0	5,4; 13,3	1,19	22,8
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	8,5	2,1	5,2; 13,8	1,40	24,7
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL	< DE S/. 300	45,5	4,4	37,0; 54,2	1,14	9,6
	301 A 600	19,6	3,4	13,6; 27,2	1,10	17,5
	601A 1200	27,9	4,5	19,9; 37,6	1,47	16,0
	> DE 1200	7,0	2,4	3,5; 13,4	1,27	33,8
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR</b>						
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	54,3	6,8	40,9; 67,1	1,47	12,4
	REGULAR	19,5	4,7	11,8; 30,5	1,11	23,9
	BASTANTE O MUCHO	26,1	5,4	16,9; 38,1	1,20	20,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	30,3	30,0	2,5; 88,0	0,44	99,0
	REGULAR	-	-	-	-	-
	BASTANTE O MUCHO	69,7	30,0	12,0; 97,5	0,44	43,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	44,5	3,8	37,3; 52,1	1,36	8,4
	REGULAR	20,9	3,0	15,6; 27,6	1,33	14,5
	BASTANTE O MUCHO	34,5	3,5	27,9; 41,9	1,33	10,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	63,6	4,8	53,8; 72,5	1,34	7,5
	REGULAR	10,2	3,1	5,5; 18,1	1,40	30,0
	BASTANTE O MUCHO	26,1	4,7	17,9; 36,5	1,57	18,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	37,0	3,9	29,6; 44,9	1,58	10,5
	REGULAR	20,8	2,9	15,7; 27,1	1,23	13,9
	BASTANTE O MUCHO	42,2	3,3	35,8; 48,9	1,09	7,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	25,6	3,0	20,1; 32,1	1,17	11,8
	REGULAR	21,3	3,1	15,8; 28,2	1,43	14,7
	BASTANTE O MUCHO	53,0	3,5	46,1; 59,9	1,20	6,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	88,1	2,6	82,0; 92,4	1,46	2,9
	REGULAR	6,7	1,9	3,7; 11,7	1,37	28,8
	BASTANTE O MUCHO	5,1	1,4	3,0; 8,6	0,88	26,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	41,1	3,8	33,9; 48,7	1,43	9,2
	REGULAR	11,1	2,4	7,1; 16,8	1,44	21,8
	BASTANTE O MUCHO	47,8	3,9	40,2; 55,6	1,48	8,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	24,7	3,2	18,8; 31,6	1,35	13,0
	REGULAR	12,9	2,5	8,7; 18,7	1,35	19,4
	BASTANTE O MUCHO	62,4	3,5	55,3; 69,0	1,25	5,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	34,8	3,5	28,3; 41,9	1,26	9,9
	REGULAR	10,0	2,0	6,6; 14,8	1,10	20,3
	BASTANTE O MUCHO	55,2	3,6	47,9; 62,3	1,29	6,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	88,6	6,1	70,0; 96,3	1,26	6,9
	REGULAR	-	-	-	-	-
	BASTANTE O MUCHO	11,4	6,1	3,7; 30,0	1,26	53,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	3,6	1,1	1,9; 6,7	0,93	31,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONAL MENTE	73,9	3,0	67,4; 79,4	1,16	4,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	22,5	3,1	17,0; 29,2	1,34	13,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	14,9	2,4	10,8; 20,2	1,07	15,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	71,7	3,6	64,1; 78,3	1,54	5,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,4	2,6	9,0; 19,5	1,43	19,5

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO MAYOR</b>						
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	21,3	3,1	15,8; 28,1	1,40	14,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	62,2	3,8	54,4; 69,5	1,54	6,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	16,5	2,7	11,7; 22,6	1,32	16,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	18,7	2,6	14,0; 24,4	1,11	14,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	73,6	2,8	67,8; 78,7	0,95	3,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	7,8	1,9	4,8; 12,3	1,17	23,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	3,9	1,4	1,9; 7,9	1,30	36,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	70,7	3,2	63,9; 76,7	1,24	4,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	25,4	3,0	19,9; 31,7	1,14	11,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILLO	NUNCA	1,0	0,7	0,2; 4,1	1,28	71,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	44,2	3,4	37,5; 51,1	1,17	7,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	54,8	3,3	48,1; 61,3	1,10	6,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	2,5	1,1	1,0; 6,0	1,28	45,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	49,0	4,0	41,1; 56,8	1,56	8,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	48,6	4,1	40,5; 56,7	1,66	8,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	27,6	3,4	21,3; 34,9	1,43	12,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	60,3	3,4	53,3; 66,9	1,20	5,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,0	2,3	8,1; 17,5	1,23	19,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTROS	NUNCA	91,0	6,3	68,5; 97,9	1,46	7,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	3,9	3,9	0,5; 24,3	1,21	100
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	5,1	5,1	0,7; 29,9	1,57	99,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	16,4	0,2	16,0; 16,8	1,73	1,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	10,4	2,2	6,7; 15,6	1,26	21,2
	REGULAR	27,5	3,0	22,0; 33,8	1,07	10,8
	BASTANTE O MUCHO	62,1	3,4	55,1; 68,7	1,21	5,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	18,7	3,7	12,4; 27,2	2,16	19,8
	REGULAR	29,7	3,3	23,5; 36,7	1,27	11,2
	BASTANTE O MUCHO	51,6	4,2	43,4; 59,7	1,66	8,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	4,6	1,5	2,4; 8,5	1,18	32,0
	REGULAR	28,4	3,5	22,0; 35,7	1,42	12,3
	BASTANTE O MUCHO	67,1	3,4	59,9; 73,5	1,28	5,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL ECONÓMICO	NADA O POCO	35,2	3,3	29,0; 42,0	1,13	9,3
	REGULAR	46,0	3,7	38,7; 53,4	1,35	8,1
	BASTANTE O MUCHO	18,8	3,3	13,1; 26,3	1,73	17,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LA PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ (A)	NADA O POCO	9,1	3,6	4,1; 19,0	1,00	39,1
	REGULAR	27,0	6,6	16,0; 41,7	1,43	24,4
	BASTANTE O MUCHO	64,0	7,1	49,0; 76,6	1,44	11,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	15,5	2,7	10,9; 21,8	1,35	17,6
	REGULAR	25,2	3,1	19,6; 31,7	1,18	12,2
	BASTANTE O MUCHO	59,3	3,6	51,9; 66,3	1,30	6,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	38,9	4,3	30,8; 47,5	1,55	10,9
	REGULAR	25,5	3,4	19,2; 32,9	1,28	13,5
	BASTANTE O MUCHO	35,7	3,9	28,4; 43,8	1,36	10,9

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO MAYOR</b>						
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	5,4	1,8	2,8; 10,1	1,45	32,6
	REGULAR	16,6	2,6	12,1; 22,5	1,18	15,7
	BASTANTE O MUCHO	78,0	3,3	70,9; 83,8	1,49	4,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	7,1	2,2	3,8; 13,0	1,79	31,3
	REGULAR	21,3	2,8	16,3; 27,4	1,11	13,1
	BASTANTE O MUCHO	71,6	3,3	64,7; 77,6	1,25	4,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	16,2	0,3	15,5; 16,8	1,24	2,0
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	4,5	2,2	1,7; 11,6	0,95	49,1
	REGULAR	36,8	5,2	27,2; 47,5	0,96	14,1
	BASTANTE O MUCHO	58,7	5,1	48,4; 68,3	0,88	8,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	5,5	3,1	1,8; 15,7	1,39	55,1
	REGULAR	36,5	6,2	25,3; 49,4	1,28	16,9
	BASTANTE O MUCHO	57,9	5,9	45,9; 69,1	1,13	10,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	7,6	4,5	2,3; 22,5	0,93	58,6
	REGULAR	31,6	8,1	18,0; 49,4	1,00	25,7
	BASTANTE O MUCHO	60,7	8,9	42,4; 76,5	1,10	14,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	9,1	4,0	3,7; 20,8	1,59	43,9
	REGULAR	47,9	5,4	37,5; 58,6	0,95	11,2
	BASTANTE O MUCHO	42,9	5,8	32,0; 54,6	1,12	13,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	30,3	13,3	11,1; 60,3	1,38	43,9
	REGULAR	5,9	4,5	1,3; 23,8	0,60	75,7
	BASTANTE O MUCHO	63,7	13,6	35,4; 84,9	1,31	21,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	48,3	6,2	36,3; 60,5	1,25	12,9
	REGULAR	37,7	5,8	27,1; 49,6	1,15	15,3
	BASTANTE O MUCHO	14,0	3,9	7,9; 23,6	1,01	27,7
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	31,3	3,6	24,7; 38,8	1,46	11,4
	PREVALENCIA EN EL MES	8,4	2,1	5,1; 13,7	1,43	25,1
	PREVALENCIA EN EL AÑO	13,3	2,5	9,1; 19,0	1,30	18,5
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	6,9	1,7	4,3; 11,0	1,05	24,0
	PREVALENCIA EN EL MES	1,1	0,8	0,3; 4,7	1,51	73,8
	PREVALENCIA EN EL AÑO	3,2	1,3	1,4; 6,9	1,30	40,2
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	2,6	1,2	1,1; 6,2	1,29	44,2
	PREVALENCIA EN EL MES	1,0	0,8	0,2; 4,9	1,65	81,5
	PREVALENCIA EN EL AÑO	2,0	1,1	0,7; 5,6	1,40	52,7
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	0,9	0,7	0,2; 3,8	1,22	74,3
	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	96,9	1,1	93,6; 98,5	1,06	1,2
	PARTICIPA ACTIVAMENTE	23,7	3,4	17,7; 31,1	1,53	14,3
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	50,3	4,3	41,7; 58,8	1,81	8,6
	TRANSMITE RELIGIÓN A HIJOS	58,4	3,5	51,3; 65,2	1,23	6,0
	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	86,9	2,5	81,2; 91,1	1,31	2,9
	PREDICA O ENSEÑA LA RELIGIÓN A OTROS	4,1	3,5	27,6; 41,3	1,30	10,2
	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	85,3	2,8	78,9; 90,0	1,48	3,2
COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	18,3	0,2	18,0; 18,7	1,47	1,0
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA ARITMÉTICA	7,5	0,1	7,3; 7,7	1,38	1,3

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO MAYOR</b>						
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	6,0	0,2	5,6; 6,4	1,75	3,4
ALGUNA DISCAPACIDAD FUNCIONAL O INHABILIDAD PRESENTE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	PREVALENCIA DE VIDA	27,0	3,8	20,1; 35,2	1,82	14,1
PRESENCIA DE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA SEGÚN INFORMANTE	PREVALENCIA DE VIDA	25,2	3,4	19,1; 32,5	1,49	13,4
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	PREVALENCIA DE VIDA	4,3	1,4	2,2; 8,3	1,24	33,4
	PREVALENCIA ANUAL	1,5	0,9	0,5; 4,6	1,20	55,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,5	0,9	0,5; 4,6	1,20	55,8
	PREVALENCIA ACTUAL	1,3	0,8	0,4; 4,6	1,30	62,3
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	12,4	2,2	8,6; 17,5	1,11	17,9
	PREVALENCIA ANUAL	4,7	1,4	2,6; 8,4	1,09	29,9
	PREVALENCIA DE 6 MESES	3,6	1,2	1,8; 6,9	1,03	33,6
	PREVALENCIA ACTUAL	3,2	1,2	1,5; 6,5	1,10	36,8
ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	2,3	1,0	1,0; 5,5	1,16	44,3
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (AUTO-PERCEPCIÓN)	PREVALENCIA DE 6 MESES	20,6	2,9	15,5; 26,8	1,23	13,9
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA (ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL)	PREVALENCIA DE 6 MESES	10,3	4,2	4,4; 22,2	0,92	41,4
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN POSTA O POLICLÍNICO ESSALUD	PREVALENCIA	12,6	12,5	1,5; 58,0	0,73	99,4
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DEL MINSA	PREVALENCIA	20,9	15,1	4,1; 62,0	0,72	72,6
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DE ESSALUD	PREVALENCIA	57,4	22,2	18,2; 89,1	1,03	38,6
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL DE LAS FFAA Y POLICÍA NACIONAL	PREVALENCIA	-	-	-	-	-
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CLÍNICA PARTICULAR	PREVALENCIA	-	-	-	-	-
PROBLEMAS FÍSICOS O ACCIDENTE	PREVALENCIA DE 6 MESES	45,5	3,3	39,1; 52,1	1,07	7,2
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO O VIOLENCIA	PREVALENCIA ANUAL	8,2	1,9	5,2; 12,8	1,14	22,9
PREVALENCIA DE MALTRATO: INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	PREVALENCIA ANUAL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	PREVALENCIA ANUAL	0,6	0,4	0,1; 2,2	0,68	71,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	PREVALENCIA ANUAL	4,6	1,4	2,5; 8,4	1,11	30,6
PREVALENCIA DE MALTRATO: CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	PREVALENCIA ANUAL	1,3	0,7	0,5; 3,8	0,93	53,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>ADULTO MAYOR</b>						
PREVALENCIA DE MALTRATO: SITUACIÓN DE ABANDONO	PREVALENCIA ANUAL	2,8	1,2	1,2; 6,5	1,27	42,3
<b>FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO Y DETERIORO</b>						
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) (0-30 PUNTOS)	MEDIA ARITMÉTICA	24,9	0,5	23,9; 25,9	1,78	2,0
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) EN GRUPO DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN (CON DISYUNTIVA ENTRE 12 Y 13)	MEDIA ARITMÉTICA	27,0	0,3	26,2; 27,6	1,20	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	23,5	0,7	22,0; 25,0	1,69	3,2
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (< 22)	PREVALENCIA TOTAL	25,2	4,7	17,0; 35,7	2,01	18,7
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (< 22) PARA GRUPO DE 8 Ó MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN.	PREVALENCIA	7,3	3,0	3,1; 16,4	0,97	41,5
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (< 22) PARA GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	36,7	6,6	24,7; 50,6	1,81	18,0
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES (ESCALA DE PFEFFER) INDICATIVAS DE DETERIORO (> 6)	PREVALENCIA TOTAL	18,4	3,2	12,9; 25,5	1,51	17,3
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE < 21 Y PFEFFER > 6)	PREVALENCIA TOTAL	9,1	2,8	4,8; 16,5	1,45	31,4
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE < 21 Y PFEFFER > 6) PARA GRUPO DE 8 Ó MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	2,3	1,7	0,5; 10,0	0,74	75,0
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE < 21 Y PFEFFER > 6) PARA GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	13,3	4,4	6,7; 24,7	1,49	33,0

# BIBLIOGRAFÍA





# BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> 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).
- <sup>3</sup> Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi». Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Huaraz 2003. Informe General. En serie: Monografías de Investigación No 9. Lima: INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi»; 2005 en imprenta.
- <sup>4</sup> World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO; 2001.
- <sup>5</sup> Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1436-1442.
- <sup>6</sup> Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1498-1504.
- <sup>7</sup> 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.
- <sup>8</sup> Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion á léquite. Montreal: Gaëtan Morin Editeur; 1994: 93-98.
- <sup>9</sup> 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.
- <sup>10</sup> 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.
- <sup>11</sup> 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.
- <sup>12</sup> 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.
- <sup>13</sup> 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.
- <sup>14</sup> Perales A. Salud mental en el Perú variables socioeconómicas, políticas y culturales. Anales de Salud Mental. 1993; IX: 83-107.
- <sup>15</sup> Organización Panamericana de La Salud. Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las Políticas públicas Saludables. Washington DC: OPS; 2000.
- <sup>16</sup> Breilh J. Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanas, 2003.
- <sup>17</sup> Moya J. Las otras muertes: 20 años de violencia en los andes del Perú. Lima: IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES), 2004.
- <sup>18</sup> 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.
- <sup>19</sup> Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Programa de salud mental comunitaria y familiar. Plan piloto de reparaciones. Ayacucho, 2002.

- <sup>20</sup> Quintanilla T. Informe sobre el grupo focal realizado en el Perú con mujeres indígenas y rurales de Junín - sierra central [CLADES Web site] 2003. Available at: <http://www.cladem.org/espanol/regionales/Violenciadegenero/Proyecto/perufocal.asp>. Accessed August 30, 2005.
- <sup>21</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000.22 Johnson E, Belfer M. Substance abuse and violence: cause and consequence. *J Health Care Poor Underserved* 1995;6(2):113-21.
- <sup>22</sup> Johns A. Substance misuse: a primary risk and a major problem of comorbidity. *International Review of Psychiatry* 1997; 9 (2-3):233-242.
- <sup>23</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1980.
- <sup>24</sup> 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.
- <sup>25</sup> Perales A, Sogi C. Epidemiología psiquiátrica en el Perú. *Anales de Salud Mental* 1995; XI: 9-29.
- <sup>26</sup> World Health Organization. *International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva, 1992.
- <sup>27</sup> Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA. *II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002*. Lima, 2003.
- <sup>28</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Proyecciones del Censo de Población 1993*. Lima, 1995.
- <sup>29</sup> WPA/PTD; OPS, APAL: Programa Educativo de la WPA/PTD sobre trastornos depresivos. *Visión de conjunto y aspectos fundamentales*. Versión en español.
- <sup>30</sup> 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.
- <sup>31</sup> 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.
- <sup>32</sup> 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.
- <sup>33</sup> 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.
- <sup>34</sup> 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.
- <sup>35</sup> 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.
- <sup>36</sup> Bernal E. Estudio psicopatológico en brujos del pueblo de Salas (Lambayeque). *Anales de Salud Mental* 1985; 1(1-2): 162-179.
- <sup>37</sup> Medina E. La medicina tradicional o popular. *Revista de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Doctor José Horwitz Barak* 1984; 1: 155-156.
- <sup>38</sup> 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.
- <sup>39</sup> 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.

- <sup>41</sup> Tejada D, Sánchez F, Mella C. Religiosidad popular y psiquiatría. Santo Domingo: Editora Corripio, 1995.
- <sup>42</sup> 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.
- <sup>43</sup> 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.
- <sup>44</sup> Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethn Health* 2000; 5(3-4): 243-268.
- <sup>45</sup> 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.
- <sup>46</sup> 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.
- <sup>47</sup> 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.
- <sup>48</sup> Pinfold V; Huxley P; Thornicroft G; Farmer P; Toulmin H; Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination Evaluating an educational intervention with the police force in England [In Process Citation]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003 Jun;38(6):337-44
- <sup>49</sup> Lopez-Ibor Alino JJ. [Fight against schizophrenia stigma] [La lucha contra el estigma de la esquizofrenia.] *An R Acad Nac Med (Madr)* 2001;118(2):295-316; discussion 317 (ISSN: 0034-0634)
- <sup>50</sup> Ostman M; Kjellin L. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2002 Dec;181:494-8 (ISSN: 0007-1250)
- <sup>51</sup> Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy stigma – a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003 Oct;38(10):593-602.
- <sup>52</sup> 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.
- <sup>53</sup> 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.
- <sup>54</sup> 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.
- <sup>55</sup> Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Áreas investigadas de la violencia. En: Estudio epidemiológico sobre violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Lima: Oficina General de Epidemiología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999: 37-57.
- <sup>56</sup> 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
- <sup>57</sup> 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
- <sup>58</sup> Lama A. Resumen Ejecutivo. En: Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. (<http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.HTM>). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2000. Accessed September 12, 2005.
- <sup>59</sup> Garner D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.

# **Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Cajamarca 2003**

**SERIE: MONOGRAFÍAS DE INVESTIGACIÓN N° 10**