

# ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO AL:

**ESTUDIO  
EPIDEMIOLÓGICO  
DE SALUD MENTAL  
EN LA  
COSTA PERUANA  
2006**

**INFORME GENERAL**

VOLUMEN XXIII  
AÑO 2007  
NÚMEROS 1 Y 2  
ISSN-1023-389X

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

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

*Anales de Salud Mental*

Jr. Eloy Espinoza Saldaña No. 709, Urb. Palao.  
San Martín de Porres. Lima 31, Perú  
Teléfono: 614-9200 ; Fax: 614-9200, anexo 1092  
E-mail: [insmhdhn@minsa.gob.pe](mailto:insmhdhn@minsa.gob.pe) - [oeaide@yahoo.com](mailto:oeaide@yahoo.com)

Se recomienda citar este documento como:

Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. *Anales de Salud Mental* Vol. XXIII. Año 2007, Numeros 1 y 2. Lima

**ISSN - 1023-389X**

# ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú-2007-Volumen XXIII, Nos. 1 y 2

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

## COMITÉ EDITORIAL

### DIRECTOR

Psiq. Enrique Macher Ostolaza

### EDITOR

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

### SECRETARIA DE EDICIÓN

Lic. Enf. Flor de María Alburquerque Jaramillo

### SECRETARIO DE REDACCIÓN

Psiq. Santiago Stucchi Portocarrero

### MIEMBROS

Psiq. Manuel Arellano Kanashiro

Psiq. Eduardo Bernal García

Mg. Ps. Fam. Vilma Chuchón Calle

Psiq. Yuri Cutipé Cárdenas

Psiq. Santos González Farfán

Psiq. Santiago Márquez Manrique de Lara

Enf. Mg. Polit. Soc. María Mendoza Vilca

Psiq. Rolando Pomalima Rodríguez

Mg. Ps. Clín. Yolanda Robles Arana

Psiq. J. César Sotillo Zevallos

Lic. Ps. Emir Valencia Romero

## COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

- ✠ Dr. Javier Mariátegui
- Lic. Delicia Ferrando
- Dr. Pablo Macera
- Dr. Agustín Montoya
- Dra. María Antonieta Silva
- Dr. Moisés Lemlij
- Ing. Wilfredo Mormontoy

## COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

- Dr. Renato Alarcón (Minnesota, EE.UU.)
- Dr. Juan E. Mezzich (Nueva York, EE.UU.)
- Dr. Germán Berrios (Cambridge, Inglaterra)
- Dr. Juan C. Negrete (Montreal, Canadá)
- Dr. Eugene B. Brody (Maryland, EE.UU.)
- Dr. Pierre Pichot (París, Francia)
- ✠ Dr. Carlos Castilla Del Pino (Córdoba, España)
- ✠ Dr. Guillermo Vidal (Buenos Aires, Argentina)
- Dra. Raquel Cohen (Miami, EE.UU.)
- Dr. Moisés Gaviria (Chicago, EE.UU.)

## **AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD**

DR. ÓSCAR RAÚL UGARTE UBILLÚS  
Ministro de Salud

DR. ELÍAS MELITÓN ARCE RODRÍGUEZ  
Vice-Ministro de Salud

## **DIRECTORIO DEL INSM**

PSIQ. ENRIQUE MACHER OSTOLAZA  
Director General del INSM

CIRUJ. CÉSAR AUGUSTO TINEO VARGAS  
Director Ejecutivo de Administración del INSM

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

PSIQ. CARLOS CACHAY CHÁVEZ  
Director de la Oficina de Epidemiología

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

## **AUSPICIOS**

**Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Departamento Académico de Psiquiatría**

**Asociación Psiquiátrica Peruana**



## INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO RELACIONADOS CON EL PRESENTE INFORME

### COORDINADOR GENERAL DEL ESTUDIO

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

### COORDINADOR ADJUNTO DEL ESTUDIO

Psic. Santos González Farfán

### ÁREA DE ACCESO A SERVICIOS

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

### ÁREA DE ADICCIONES

Psic. Martín Nizama Valladolid

Psic. Rommy Kendall Folmer

### ÁREA DE CONDUCTAS SUICIDAS

Lic. Ps. Ysela Nicolás Hoyos

### ÁREA DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA

Psic. Julio Huamán Pineda

### ÁREA DE EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

Psic. Santos González Farfán

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

### ÁREA DE POBREZA Y SALUD MENTAL

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

Psic. Rolando Pomalima Rodríguez

Psic. Santos González Farfan

### ÁREA DE PSICOGERIATRÍA

Psic. Vilma Paz Schaeffer

### ÁREA DE CALIDAD DE VIDA

Mg. Ps. Clín. Yolanda Robles Arana

### ÁREA DE SALUD MENTAL GENERAL

Psic. César Arellano Kanashiro

Psic. Santos González Farfán

### ÁREA SOCIOCULTURAL Y DESASTRES

Psic. Eduardo Bernal García

### ÁREA DE TRASTORNOS AFECTIVOS

Psic. Abel Sagástegui Soto

Psic. Horacio Vargas Murga

### ÁREA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

Psic. Víctor Cruz Campos

### ÁREA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Psic. Rolando Pomalima Rodríguez

Psic. Yuri Cutipé Cárdenas

### ÁREA DE TRASTORNOS PSICÓTICOS

Psic. Santiago Stucchi Portocarrero

Psic. Santiago Márquez Manrique de Lara

### ÁREA DE VIOLENCIA FAMILIAR

Psic. Víctor Cruz Campos

Lic. Trab. Soc. Violeta Vargas Palomino

### OTROS INVESTIGADORES COLABORADORES INVITADOS

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

Herón Arsenio Salazar Olivares  
Orlando Virgilio Quispe Lizárraga

## Supervisores de Campo

Diana Molina Rondán  
Édgar Gómez Ordóñez  
Érika Fernández Mendoza  
Magaly Divizzia Acosta  
Mirian Esquivel Carrán  
Mónica De La Cruz Flores

## Encuestadores

Akemi Cruzado Gutiérrez  
Eufemia Ubaldo Jamanca  
Juan C. Quiliche Vargas  
Liz Valentín Robles  
Maria Panta Yman  
Mary Martel Atencia  
Mónica Campos Rodríguez  
Nancy Ventura Venegas  
Ruth Verde Rosales  
Walter Razo Balabarca

AnaTahis Delgado  
Gabriela Lavalle Barrientos  
Giovana Chávez Gamarra  
Isabel Aliaga Ferrel  
José Huapaya Ames  
Lisett Zavaleta Sarmiento  
Luz Ayala Coveña  
Maricela Mayo Carrera  
Mónica Carbonel Romero  
Rosmery Paz Cruz

## PRESENTACIÓN

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, inició en el año 2002 una serie de investigaciones epidemiológicas basadas en encuestas de hogares con el objetivo de realizar el diagnóstico de la salud mental de cuatro grupos objetivos: adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres unidas. En ese año se realizó el estudio en la ciudad de Lima Metropolitana y Callao con una muestra de cerca de 2400 hogares, cuyos resultados fueron presentados a la comunidad científica en mayo del 2003 y revelaron importante información sobre los principales problemas de salud mental que aquejaban a la población de Lima y Callao. En el año 2003 el INSM desarrolló una encuesta similar en el ámbito de la Sierra, en tres ciudades: Cajamarca, Huaraz y Ayacucho, con una muestra total de 4212 hogares, representativa de tres grupos culturales diferenciados. De la misma forma, se desarrolló el estudio epidemiológico de salud mental en la región de la Selva y se cubrieron las ciudades de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, cuyos resultados fueron dados a conocer en diciembre del año 2005. A su vez, durante el año 2005 se realizó el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en zona de Fronteras en las ciudades de Bagua Grande, Tumbes, Tacna, Puno y Puerto Maldonado, cuyos resultados fueron difundidos en el presente año.

La experiencia acumulada a lo largo de los cuatro últimos años ha develado una serie de características de la salud mental en varias ciudades, sobre las cuales no existían referentes estadísticos en la historia de la salud mental y psiquiatría peruana. El contraste de ciudades prototipo de niveles de desarrollo diferente ha permitido identificar un espectro amplio en aspectos de salud mental, y su relación con las diferencias culturales y la exposición a la violencia política y a la pobreza.

Para el año 2006 el INSM ha considerado realizar estudios epidemiológicos similares en las ciudades de la Costa, PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA y AREQUIPA, las cuales se complementan con los efectuados anteriormente en Lima, Tumbes y Tacna, de tal manera de elaborar un perfil de la salud mental de las más grandes ciudades de la costa peruana.

Psq. Enrique Macher Ostolaza  
Director General del Instituto Nacional de Salud Mental  
“Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”



## AGRADECIMIENTOS

El Instituto Nacional de Salud Mental continúa en su propósito de completar el mapa de la salud mental del país gracias a la colaboración de profesionales de diversas disciplinas y de personas entrevistadas, que comparten sus vivencias en bien de la comunidad.

Agradecemos también a los miembros del Comité Ejecutivo de Investigación y de las áreas especializadas, por su dedicación en planificar y sobre todo estimular la formulación de protocolos de investigación, lo que ha permitido conocer la realidad de la salud mental en nuestro país.

Nuestra gratitud, por el apoyo logístico y técnico, al equipo administrativo institucional conformado por: Lic. Irma Atalaya C., Lic. Geovanna Ballón T., Sra. Ruth Salés R., Sr. Basilio Da Costa P., CPC José Chahua R., Srta. María Mendoza J., Sr. Enrique Ticona H., Sra. Maritza Zafra Q., Lic. Delia Zúñiga H., Sra. Dalila y el personal de comunicaciones. Asimismo, al equipo de operación de campo: coordinadores, supervisores y encuestadores, por su dedicación a un trabajo que sólo con tesón y calidez pudo culminarse.

Debemos gratitud por las largas horas dedicadas, comprometiendo incluso sus momentos familiares, al personal de secretaría conformado por: Sra. Olga Rivas P. y Srta. Alicia Revilla; igualmente a las Sras. Milagros Ramírez, Flor Ortiz, Shella Pérez, Liliana La Rosa y la Srta. Jessica Pozo, por su valiosa participación en la digitación cuidadosa de la información para la elaboración del presente informe.

Deseamos hacer extensivo nuestro reconocimiento a los colegas de profesión de la Institución y fuera de ella, por sus observaciones; y a nuestros asesores externos que permiten mejorar la calidad de nuestro trabajo.

**LOS AUTORES**



# ÍNDICE GENERAL

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD .....	5
AUSPICIOS.....	7
INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO CON RELACIÓN AL PRESENTE INFORME.....	9
EQUIPO DE LA ENCUESTA .....	10
PRESENTACIÓN.....	11
AGRADECIMIENTOS.....	13
ÍNDICE GENERAL .....	15
PIURA.....	19
TRUJILLO.....	19
CHIMBOTE.....	19
ICA.....	19
AREQUIPA.....	19
<b>INFORME GENERAL .....</b>	<b>21</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>23</b>
1.1 Justificación.....	25
<b>II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL.....</b>	<b>26</b>
2.1 Aspectos generales de la salud mental.....	26
2.2 Violencia familiar.....	28
2.3 Los trastornos de ansiedad, depresivos y otros trastornos.....	30
2.4 Adicciones.....	31
2.5 El adulto mayor.....	32
2.6 Indicadores suicidas.....	33
2.7 Calidad de vida y salud mental.....	34
2.8 Trastornos mentales y discapacidad.....	34
2.9 Acceso a servicios de salud mental.....	35
2.10 Pobreza y salud mental.....	36
2.11 Eventos de vida y salud mental.....	36
2.12 Aspectos socioculturales y salud mental.....	37
2.13 Discriminación y salud mental.....	37
2.14 Estigma contra los trastornos mentales.....	38
2.15 Desarrollo humano y salud mental.....	39
<b>III. OBJETIVOS.....</b>	<b>40</b>
<b>IV. METODOLOGÍA.....</b>	<b>41</b>
4.1 Tipo de diseño y de estudio.....	41
4.2 Diseño muestral.....	41
4.2.1 Población de estudio.....	41
4.2.2 Niveles de inferencia.....	41
4.2.3 Marco muestral y unidades de muestreo.....	42
4.2.4 Estratificación.....	42
4.2.5 Tipo de muestra.....	42
4.2.6 Tamaño y distribución de la muestra.....	42

4.2.7 Unidades de análisis.....	43
4.2.8 Procedimientos de selección de la muestra.....	44
4.2.9 Criterios de inclusión de las personas que respondieron a la encuesta.....	45
<b>V. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>46</b>
5.1 Variables sociodemográficas y asociadas.....	46
5.2 Aspectos generales de salud mental.....	47
5.3 Trastornos clínicos.....	48
5.4 Discapacidad e inhabilidad.....	48
5.5 Módulo de acceso a servicios.....	49
5.6 Relaciones intrafamiliares.....	49
5.7 Funciones cognitivas.....	51
5.8 Síndromes socioculturales y salud mental.....	51
5.9 Otras manifestaciones del folklor médico .....	51
<b>VI. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO.....</b>	<b>52</b>
6.1 Diseño y estructura del cuestionario sobre salud mental.....	53
6.2 Método de la entrevista.....	54
6.3 Procesos de validación y calidad.....	54
6.4 Obtención de indicadores de validez y confiabilidad a partir de los propios datos de estudio.....	55
6.5 Entrenamiento en el uso de instrumentos.....	55
6.6 Consideraciones éticas.....	56
<b>VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO.....</b>	<b>56</b>
<b>VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO.....</b>	<b>57</b>
<b>IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>58</b>
<b>RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO EN LA COSTA PERUANA</b>	<b>59</b>
<b>DATOS GENERALES DE LA MUESTRA</b>	<b>61</b>
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS</b>	<b>65</b>
EDAD.....	67
ESCOLARIDAD.....	67
ESTADO CIVIL.....	68
OCUPACIÓN.....	68
INGRESOS ECONÓMICOS.....	69
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO.....</b>	<b>71</b>
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO EN PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA.....</b>	<b>73</b>
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	73
ENTORNO GENERAL.....	73
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	75
DISCRIMINACIÓN.....	77
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES.....	79
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	80

SATISFACCIÓN LABORAL.....	81
CALIDAD DE VIDA.....	82
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD.....	82
ASPECTOS PSICOPÁTICOS.....	83
INDICADORES SUICIDAS.....	83
TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA.....	86
FACTORES PROTECTORES.....	86
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	87
USO DE SUSTANCIAS.....	91
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS.....	93
POBREZA Y SALUD MENTAL.....	94
SALUD MENTAL POR CIUDADES.....	95
EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA.....	96
ESTILOS DE CRIANZA Y SALUD MENTAL EN LA ADULTEZ.....	98
ACCESO A SERVICIOS.....	100
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL.....	102
ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES.....	103

#### **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES ENCUESTADAS ACTUALMENTE UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS 105**

EDAD.....	107
ESCOLARIDAD.....	107
ESTADO CIVIL.....	108
OCUPACIÓN.....	108
INGRESOS ECONÓMICOS.....	109

#### **SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA..... 111**

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	113
ENTORNO GENERAL.....	113
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	114
ESTADOS ANÍMICOS.....	115
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	115
SATISFACCIÓN LABORAL.....	116
COHESIÓN FAMILIAR.....	117
CALIDAD DE VIDA.....	117
INDICADORES SUICIDAS.....	117
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	118
ABUSO CONTRA LA MUJER UNIDA.....	119
ABUSO HACIA LA MUJER POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL.....	120
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE.....	125

#### **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS 127**

EDAD.....	129
ESCOLARIDAD.....	129
ESTADO CIVIL.....	130
OCUPACIÓN.....	130

#### **SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE..... 131**

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	133
ENTORNO GENERAL.....	133
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	135

ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES.....	136
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	136
SATISFACCIÓN LABORAL.....	138
CALIDAD DE VIDA.....	138
ASPECTOS PSICOPÁTICOS.....	139
INDICADORES SUICIDAS.....	139
TENDENCIA A LA VIOLENCIA.....	142
FACTORES PROTECTORES.....	142
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	143
USO DE SUSTANCIAS.....	143
ABUSO DE ADOLESCENTES.....	145
ACCESO A SERVICIOS.....	146
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS</b>	<b>149</b>
EDAD.....	151
ESCOLARIDAD.....	151
ESTADO CIVIL.....	152
OCUPACIÓN.....	152
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR.....</b>	<b>153</b>
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	155
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	155
DISCRIMINACIÓN.....	156
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES.....	156
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	157
SATISFACCIÓN LABORAL.....	159
CALIDAD DE VIDA.....	160
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD.....	160
INDICADORES SUICIDAS.....	161
FACTORES PROTECTORES.....	161
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	162
DETERIORO EN EL ADULTO MAYOR.....	163
MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR.....	165
ACCESO A SERVICIOS.....	165
<b>CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN LA COSTA PERUANA</b>	<b>167</b>
ADULTOS.....	169
MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS.....	171
ADOLESCENTES.....	172
ADULTO MAYOR.....	173
<b>ANEXO - ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN</b>	<b>175</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>221</b>

## PIURA

Es la capital de la Región Piura y la provincia de Piura, es la tierra de los algarrobos. Sus principales cultivos son: algodón, limones y mangos. Su crecimiento ha sido favorecido por la explotación del petróleo y por el auge de la pesca y la agricultura. Fue la primera ciudad española fundada en América del Sur, en 1532. Tiene población de 400 000 habitantes. Población rural: 27,10%. Cuenta con 639 médicos y 543 enfermeros.

## TRUJILLO

La ciudad de Trujillo es la capital de la Región La Libertad y está situada en la parte noroccidental del Perú. Fue fundada en 1534, constituyéndose en una de las urbes hispanas con mayor trascendencia en la historia del virreynato del Perú. En la actualidad es una de las ciudades más desarrolladas del norte del país, con un gran crecimiento de sus posibilidades agroindustriales. La población asciende a 757 266 habitantes y la población rural a 28,90%. Cuenta con 943 médicos y 790 enfermeros.

## CHIMBOTE

Es capital de la provincia de Santa y es el segundo puerto peruano. Es un gran centro industrial manufacturero y metal-mecánico, aquí se encuentra la gran empresa Sider-Perú. Es una población mayoritariamente de migrantes de costa y sierra. Población: 334 568 habitantes. Población rural: 37,7%.

## ICA

Es la capital del departamento de Ica y fue fundada el 30 de setiembre de 1563. Aquí florecieron las principales culturas preincas, como Paracas y Nazca. Es famosa por su campiña y la buena calidad de sus vinos y piscos. Su clima es cálido, sin lluvias, está rodeada de pampas y arenales, goza de un clima agradable, cálido y seco durante casi todo el año. La población es de 819 273 habitantes con una población rural del 14,9%. Cuenta con 629 médicos y 571 enfermeros.

## AREQUIPA

Ubicada al pie del Misti, en la parte sur occidental del país a 772 Km. de Lima. Es considerada como la segunda ciudad en importancia del Perú. Gracias a su planificada expansión urbana, la ciudad conserva la parte histórica libre de hacinamiento. Tiene bellos paisajes y valles espectaculares. El más conocido es el del río Colca, el cual forma un inmenso cañón de más de 3 000 metros de profundidad. Arequipa tiene una población metropolitana de 819 273 habitantes y su población rural alcanza el 12,8%. Cuenta con 1 309 médicos y 1 360 enfermeros.



**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN CINCO  
CIUDADES DE LA COSTA PERUANA (PIURA, TRUJILLO,  
CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA) - 2006**

**INFORME GENERAL**





## I. INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM) realiza investigaciones epidemiológicas desde el año 2002, habiendo asumido el reto de describir el mapa de la salud mental en el país. Se consideró conveniente evaluar ahora a un grupo de ciudades diferentes de las ya estudiadas, considerando sus diversos matices socio-económicos y culturales. En esta oportunidad se presentan los resultados del *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006* (EESMCP 2006), realizado en el segundo semestre del 2006, en las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa.

En estudios previos, se ha dividido los problemas de salud mental por razones didácticas en dos: los relacionados con los trastornos psiquiátricos propiamente dichos y aquellos vinculados a las relaciones humanas, individuales o grupales, y a patrones de comportamiento del individuo en la sociedad, que tienen influencia sobre la salud y el bienestar. Los trastornos mentales, sociales y del comportamiento representan una parte importante de los problemas de salud del mundo por su elevada prevalencia, además de su impacto en el funcionamiento, en aspectos socioeconómicos, en el bienestar general y en la calidad de vida de las personas. Recientes estudios realizados por el Ministerio de Salud han dado cuenta de que los trastornos psiquiátricos se encuentran entre los primeros de carga de enfermedad al lado de otras enfermedades de naturaleza física.<sup>1</sup> Esto, asociado al círculo vicioso entre la salud mental y los aspectos socioeconómicos, convierte a la primera en agenda necesaria de países que buscan su desarrollo.<sup>2</sup>

En la última década el Perú ha mostrado un incremento de la pobreza y de la desigualdad en la distribución del ingreso,<sup>3</sup> lo que se pone en evidencia en las diferencias en las tasas de incidencia de la pobreza entre las distintas regiones, más altas para la Sierra y la Selva en comparación con la Costa o Lima Metropolitana,<sup>4</sup> y la persistencia de problemas de empleo, subempleo, y de condiciones de vida estresantes. En este contexto nos encontramos en un ambiente propicio para incrementar los problemas de salud mental en el país.<sup>5</sup>

Han existido muchos planes oficiales de salud mental en el país, pero ninguno se basó en cifras reales, sino en valores aproximados, debido a limitaciones del sistema estadístico de salud y a la ausencia de investigaciones poblacionales que permitieran cuantificar los problemas. Actualmente, se considera que la evaluación de cualquier intervención o proyecto social requiere una línea basal, y que para proyectar las necesidades en infraestructura y recursos humanos es necesario contar con información factual.

Frente a esta problemática, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (INSM) ha asumido desde el año 2002 el compromiso de crear los cimientos para mejorar la salud mental del país, brindando información a través de una serie de estudios epidemiológicos de salud mental en la población peruana.

En primer lugar, se estudió Lima Metropolitana por ser la ciudad de mayor densidad demográfica y de mayor actividad económica, gran receptora de población migrante, y sujeta a factores protectores y de riesgo diferentes a los del resto del país. Luego, se fue a la sierra considerando las ciudades de Ayacucho, sometida

por más de una década al terror desatado en los años 80 y de gran magnitud de población en pobreza extrema; Huaraz, cercana a Lima y de gran actividad minera con problemas crecientes de ciudad en proceso de modernización, y Cajamarca, ciudad también minera, considerada como una población bastante estable y tranquila y sujeta a menos influencia de los embates terroristas. En la tercera ronda se seleccionaron las ciudades de Tarapoto y Pucallpa, en las cuales la economía relacionada con la coca y la situación social que de ello deriva configuran un ambiente diferente a las ciudades antes estudiadas, e Iquitos, que sirve de contraste con las otras ciudades de la Selva. Los estudios anteriores han estado enfocados en zonas bastante pobladas y de diferentes contextos socioeconómicos y ambientales, con factores estresores diferenciados, buscando los contrastes.

Es importante señalar que los estudios epidemiológicos se realizan en lugares donde no existían referentes estadísticos. Los estudios efectuados por el INSM han permitido encontrar asociaciones de variables no sólo de la salud mental, sino también de las condiciones de vida en general. Una de las conclusiones importantes en Lima, confirmada luego en ciudades de la selva y ciudades de fronteras, es que la prevalencia de un conjunto de problemas de salud está asociada con los niveles de pobreza de la población, hecho del cual no se tenía referente confirmatorio antes en el Perú.

Otro aspecto relevante es que se han encontrado diferencias significativas en las prevalencias o incidencias de problemas de salud mental entre las ciudades investigadas y en las posibilidades de acceso a los servicios de salud para enfrentarlos. Los resultados del Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, realizado en la ciudad de Lima en el año 2002 (EEMSM), confirmaron una alta prevalencia de depresión y ansiedad, además de una importante relación con variables socioeconómicas; estos hallazgos se han extendido a condiciones desfavorables en la salud mental de la mujer, en especial de la mujer maltratada y del adulto mayor.<sup>6</sup> Entre los hallazgos principales del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra y la Selva Peruana (EESMSP/EESMSLP) han estado las diferencias en las prevalencias de ciertos trastornos psiquiátricos, sentimientos de confianza, violencia intrafamiliar y problemas con el uso de alcohol entre las distintas ciudades. En ambos casos, resaltan particularmente los problemas relacionados con el abuso y dependencia del alcohol. En este sentido Ayacucho e Iquitos han mostrado las cifras más preocupantes, lo que podría estar en relación con los efectos de la violencia política.<sup>7,8</sup>

En el año 2005 se estudiaron las ciudades fronterizas de Tumbes, Bagua Grande, Puerto Maldonado, Puno y Tacna, caracterizadas por un importante intercambio cultural con los países vecinos, que ponen además en marcha condiciones psicosociales particulares que las diferencian del resto de las ciudades del país. Este estudio fue realizado tomando en cuenta también los Lineamientos Básicos para el Desarrollo Integral de Zonas de Ciudades de la Costa y de Menor Desarrollo Relativo (aprobado por R.S. No. 358-2001-PCM. 29/Jul/2001).

Los resultados encontrados hasta ahora confirman que existe una variedad de situaciones de salud mental en el Perú, lo que hace necesario pensar en el diseño de políticas y estrategias de prevención y de tratamiento diferenciadas y adecuadas para cada contexto.

El presente estudio buscó replicar en varias ciudades de la costa peruana los estudios realizados en Lima Metropolitana, la Sierra Peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz), la Selva Peruana (Iquitos, Pucallpa y Tarapoto) y las ciudades de fronteras (Tumbes, Bagua Grande, Puerto Maldonado, Puno y Tacna). Se estudiaron los principales aspectos de la salud mental, como son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, la violencia familiar y su vinculación con la salud mental, la salud mental del adulto mayor, así como problemas del adolescente y del adulto evidenciados por el hallazgo de indicadores suicidas en investigaciones pasadas. Además de los temas propuestos se ha considerado estudiar otros aspectos vinculados a la salud mental, como: la calidad de vida, funcionamiento y discapacidad, eventos de vida y su relación con los problemas psiquiátricos, aspectos económicos, acceso a servicios, salud mental en general, discriminación, desarrollo humano, síndromes culturales, preguntas relacionadas con problemas en el sueño y una exploración idiográfica con respecto a padecer problemas de salud mental.

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

## 1.1. JUSTIFICACIÓN

Se considera conveniente evaluar ahora otro grupo de ciudades diferenciadas de las ya estudiadas, para ir armando el mapa de la salud mental en el Perú, considerando sus diferentes matices socioeconómicos. La población de la costa es la más desarrollada por un lado, pero enfrenta problemas de rápido crecimiento demográfico, hacinamiento, contaminación ambiental industrial, violencia, inseguridad ciudadana, sobrecarga de horas de trabajo y recepción masiva de emigrantes, entre otros, que constituyen factores de riesgo para la salud mental. En este sentido, el desarrollo de una encuesta en las ciudades de la costa aportará luces sobre los problemas de salud mental particulares en la zona y sus magnitudes, con los cuales el Instituto, las autoridades de salud de las regiones en ciernes y del nivel nacional estarán en condiciones de adoptar políticas y programas apropiados para la realidad circundante de tales poblaciones. Un argumento adicional es que la encuesta permitió consolidar la capacidad de investigación que se ha empezado a gestar en el INSM, lo que permitirá al país ser líder en estudios de salud mental en la región latinoamericana y, por ende, reforzar el rol rector del Ministerio de Salud en esta área.

La importancia del presente estudio estriba: 1º en que inicia líneas de investigación en regiones poco o nada estudiadas de la realidad nacional; 2º puede propiciar líneas de desarrollo en las políticas intersectoriales vinculadas a la salud mental, descuidada hasta el momento; 3º podrían generarse políticas que consideren variables vinculadas a la salud mental que influyen en la pobreza; 4º asimismo, las acciones preventivas podrían focalizarse mejor en grupos de riesgo con problemas más específicos y, por lo tanto, mejor organizados; 5º permitiría el acceso de una mayor cantidad de personas a estos servicios, en especial a grupos vulnerables y a zonas del país más alejadas; 6º en que, al no existir trabajos similares en el país y en Latinoamérica, ayudaría a crear antecedentes en la región.

Entre las preguntas que respondería el Estudio se encuentran: ¿Cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental general en la población urbana de las ciudades de la costa? ¿Cuál es la magnitud de la violencia de la mujer unida y la repercusión en su salud mental? ¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo y protección de la conducta adictiva? ¿Cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental del adulto mayor de las ciudades de la Costa? ¿Cuál es la magnitud del los indicadores suicidas en la población de las ciudades de la Costa? ¿Cuál es la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos? ¿Cuál es la proporción exacta de personas que no logra atención para sus problemas de salud mental? ¿Qué factores de inequidad (nivel socioeconómico, género, nivel educativo, arraigo cultural) intervienen entre las personas que acceden y las que no? ¿Cuál es la magnitud de los problemas de salud mental en la población pobre en comparación con la población no pobre de las ciudades de la Costa? ¿Cuál es el nivel de discriminación percibida por la población? ¿Cuál son las caracterizaciones de los síndromes culturales y cuál es su relación con los síndromes clínicos psiquiátricos? ¿Qué relación tienen los eventos de vida adversos con el desarrollo de desórdenes mentales? ¿Cuál es la percepción y la actitud de la población frente al país vecino y a una eventual integración?

Desde el punto de vista de la gerencia social, el resultado del estudio se convertiría en: 1º un instrumento importante para el desarrollo de proyectos de comunicación social; 2º un punto de partida para la formulación de proyectos en una amplia gama de problemas de salud mental; 3º una base para el estudio y desarrollo de infraestructura de servicios en el área con enfoque social; y 4º una mejor focalización de los recursos del Estado en áreas o aspectos sensibles.

## II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL

El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental,<sup>6</sup> realizado en Lima en el 2002 por nuestra institución, reveló importante información que ha puesto en evidencia tendencias observadas en estudios previos en el área de salud mental.<sup>9, 10</sup> Se confirmaron observaciones internacionales con respecto a los trastornos afectivos, indicadores suicidas, problemas con el uso de sustancias nocivas, violencia intrafamiliar y la intervención de problemas socioeconómicos en los trastornos mentales<sup>11</sup>. Asimismo, el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) dio evidencias del impacto de la violencia política en la salud mental y los problemas con el uso de alcohol que prevalecen en forma importante,<sup>7</sup> lo que también se ha podido corroborar en el caso del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana y en las ciudades de frontera.

### 2.1. ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL

La salud mental es un concepto que evoluciona constantemente, al igual que el concepto de enfermedad, se enraíza en los sistemas sociales y culturales. Gradualmente se hace énfasis en sus aspectos positivos como la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional, la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales,<sup>12</sup> la resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad,<sup>13</sup> y la calidad de vida como reflejo del bienestar subjetivo, es decir, la satisfacción de la persona con su posición social, ambiental, psicológica, espiritual y de salud.<sup>14</sup> Siendo así, incluye también los diversos problemas psicosociales que perturban la vida cotidiana, producen sufrimiento, y menores niveles de calidad de vida, bienestar y productividad. Esto involucra la diversidad de malestares emocionales, problemas relacionales y comportamientos desadaptados, “no necesariamente ubicables como categorías diagnósticas en las clasificaciones psiquiátricas vigentes”,<sup>9</sup> y los trastornos psiquiátricos propiamente dichos. Estudios internacionales confirman que sólo alrededor de la mitad de aquellos que buscan atención por problemas de salud mental tienen problemas psiquiátricos.<sup>15</sup>

La epidemiología ha permitido identificar determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental.<sup>16,17</sup> propiciando que el lugar de partida del estudio de la salud mental ya no se sitúe en el individuo solamente, sino en la interacción constante entre la persona y su entorno.<sup>18</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, racial, de género, generacional, por discapacidad, por clase social, o por sexualidad etc), 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>19,20,21</sup> Asimismo, la investigación sugiere la existencia de vínculos entre salud mental y capital social. Este último se refiere a las “facetas de la organización social, tales como redes, normas y confianza social que facilitan la coordinación y la cooperación para el beneficio mutuo” (Punam 1995),<sup>22</sup> siendo un atributo de grupos más que individual y propuesto como una posible explicación para las diferencias en salud que se encuentran entre localidades o entre grupos distintos de población. Del mismo modo, se la vincula con la ética y la política.

Estas aproximaciones están impulsando la promoción de la salud mental como un derecho de todas las personas y un componente fundamental del desarrollo humano vinculándola a las condiciones y calidad de vida, las oportunidades para el desarrollo de capacidades, a la percepción y la conciencia de los problemas al igual que la participación colectiva en la solución de los mismos.

Desde esta perspectiva, los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en ciudades de Lima Metropolitana (2002), de la Sierra (Ayacucho, Ancash y Cajamarca) (2003)<sup>23</sup>, la Selva (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa)(2004)<sup>24</sup> y de fronteras (Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes)(2005)<sup>25</sup>; exploraron algunas variables con el propósito de aproximarse a la subjetividad de la población con relación a su salud mental. Así, una de ellas fue la satisfacción personal, encontrándose en este aspecto, que la mayoría de las personas encuestadas estaban satisfechas con su aspecto físico, inteligencia, oficio y relaciones sociales; pero, el 29,5% en Lima

Metropolitana, 33,4% en la Sierra, 34,5% en la Selva y 28,3% en las ciudades de fronteras informó estar nada o poco satisfecho con el nivel educativo que alcanzó.

También se estudió el grado de satisfacción laboral vinculándola con las funciones del cargo desempeñado, el ambiente y la carga de trabajo, el trato o reconocimiento recibido y la remuneración. Los hallazgos señalan que más de la mitad de las personas encuestadas en todas las poblaciones estudiadas alcanzaba un nivel adecuado de satisfacción laboral. No obstante ello, fue significativa la proporción de la población que se encontraba nada o poco satisfecha con sus remuneraciones (46,3% en Lima Metropolitana 43,5% en la Sierra y alrededor del 35% en ciudades de la Selva y de fronteras). Asimismo, se observó insatisfacción con el trato o reconocimiento de los jefes (23,2% en Lima Metropolitana, 16,7% en la Sierra, 13,0% en la Selva y 17,8% en ciudades de frontera).

En todas las ciudades estudiadas, tanto hombres como mujeres percibieron al desempleo como el principal problema del país (entre el 43,8% y el 56,7%). Al respecto, otras investigaciones<sup>26</sup> ponen de manifiesto que el impacto de la pérdida del empleo afecta rápidamente a la salud mental. Este impacto se puede explicar por la pérdida brusca de aportes psicosociales, como la disponibilidad económica, la seguridad física, la pérdida de habilidades laborales, la imposibilidad de predecir y planificar el futuro y la pérdida de una posición social valorada. Asimismo, los efectos sobre la salud mental de la duración del desempleo no se limitan a los estrictamente psicológicos sino que se extienden al ámbito de la salud física provocando una mayor morbilidad cardiovascular, un aumento en la utilización de servicios sanitarios y mayores tasas de mortalidad.<sup>27</sup> En segundo lugar, la pobreza es percibida como problema por el 16,4% de la población aproximadamente, seguida por la corrupción, la violencia, la delincuencia y la inestabilidad política, pero en cantidades significativamente menores. Esta jerarquía de los problemas del país, coincide con los resultados de otros estudios realizados en el Perú, aunque estos muestran porcentajes mayores a los encontrados en los estudios epidemiológicos de salud mental.<sup>28</sup> Ante esta situación, la población en las ciudades de la Sierra, Selva y de fronteras manifestaron sentir estados emocionales como preocupación (alrededor del 31,6%) pena y tristeza, (entre el 15,3% y el 22,6%), amargura, rabia o cólera (15,2% y 19,7%); en este último caso, la proporción alcanza al 25,8% en Lima Metropolitana, donde se encontró con mayor frecuencia desilusión (26,6%).

Coincidiendo con otras investigaciones, se encontró gran desconfianza de la población hacia las autoridades políticas, (alrededor del 90%) las autoridades judiciales (70,6% en las ciudades de fronteras) y las autoridades policiales, especialmente en los varones (62,5% en Lima Metropolitana, y 61,3% en la Selva, 70% en la Sierra y 67,8% en las ciudades de fronteras). El nivel de desconfianza entre los vecinos en las ciudades de la Sierra, de la Selva y de fronteras alcanzó el 60,9%, 63,1% y 50,2% respectivamente. También se observó que la población que experimentaba sentimientos de desprotección del Estado en todas las ciudades estudiadas alcanzaba proporciones mayores al 72%.

Respecto de los estresores psicosociales en las ciudades de la Sierra, Selva y de fronteras: la delincuencia, el narcotráfico, el terrorismo son situaciones que generan los más altos niveles de estrés tanto en hombres como en mujeres, llegando al 68,3%, 59,1% y 44,4% respectivamente. Los aspectos económicos, la salud, y la familia, son factores estresores importantes y presentes en todas las ciudades siendo mayores entre las mujeres, incluyendo Lima Metropolitana. En este mismo sentido, otro aspecto relevante es la percepción de ser discriminado por la condición económica o social (9,7% en la Sierra, 11,8% en la Selva peruana, 16,1% en fronteras) y por el nivel educativo (9,7% en la Sierra, 9,8% en la Selva y 11,9% en fronteras). Es llamativo que en las ciudades de fronteras la proporción de mujeres que experimenta discriminación y rechazo es mayor (19,0%), en comparación con las ciudades de la Selva donde la cifra alcanza el 8,2%.

De otro lado, entre las fuentes de soporte psicosocial, las creencias en Dios (cifras mayores al 87,2%) y la familia (promedio 71,0%, aunque en las ciudades de fronteras la cifra es inferior 68,0%) son las que generan sentimientos de protección en la mayor parte de la población. Alrededor del 50% de las personas encuestadas expresó que sentía nada o poca protección de la comunidad en que viven; este resultado es en cierto modo revelador de la calidad de los vínculos colectivos y la redes comunitarias, si consideramos que las personas no están separadas de sus circunstancias sociales y que, inevitablemente, al lidiar con su problemas íntimos, participan activamente en la construcción de las mismas.

La violencia política, que afectó al Perú en el período 1980-2000, ha dejado dramáticas secuelas y un saldo doloroso de víctimas fatales, particularmente en los sectores menos favorecidos.\* Por ello, ha existido una mayor preocupación por evaluar el impacto de la violencia política en la salud mental de las poblaciones rurales y altoandinas,<sup>29</sup> donde los estudios mostraron una prevalencia del 24,8% de estrés post traumático en la población mayor de 14 años, señalando además que estas secuelas se expresan en formas más amplias y diversas de aflicción y sufrimiento como el *llaky* y el *ñakary*. Los estudios epidemiológicos de salud mental encontraron que el 52,8% en Ayacucho, 20,6% en Pucallpa, 18,0% en Tarapoto, 12,2% en Huaraz, 8,8% en Iquitos, 8,3% en Puerto Maldonado, 7,9% en Bagua y 7,1% en Cajamarca, de la población encuestada había perdido al menos un familiar en situaciones directamente relacionadas con la violencia política, ya sea por fallecimiento o por desaparición. Estas experiencias se han asociado con un incremento en la morbilidad psiquiátrica de estas personas. Se reconoce que estos resultados no sólo se derivan de la exposición diferencial a la violencia política, sino de la desigualdad y exclusión social, la extrema pobreza así como de la discriminación racial y étnica. Este es otro aspecto que refleja la tarea pendiente del Estado con la salud mental de la población.

## 2.2. VIOLENCIA FAMILIAR

Los estudios sobre violencia familiar revisten suma importancia, debido no sólo a su alta prevalencia en nuestro país, sino también a la falta de infraestructura en los medios rurales, donde los costos y procedimientos tanto médicos como judiciales, aunados a las creencias y mitos sociales, impiden que las mujeres víctimas de violencia reciban ayuda adecuada. Por ello, los últimos estudios realizados desde diversas perspectivas, sobre la violencia familiar tanto a nivel nacional como internacional, coinciden con tales apreciaciones, efectuándose desde centros comunitarios poblacionales, así como también desde centros de atención de personas violentadas.<sup>30</sup>

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2000)<sup>31</sup> encontró que el 34% de las mujeres vive o ha vivido situaciones de control, el 48% vive o ha vivido situaciones humillantes, el 25% vive o ha vivido situaciones de amenaza, 41 de cada 100 mujeres han sido empujadas, golpeadas o agredidas físicamente por su esposo o compañero. El estudio en mención añade que la mayor incidencia de maltrato infantil se registra en lugares de mayor pobreza y exclusión social. Asimismo, se relaciona con el bajo grado de instrucción de los padres, donde los factores de riesgo que propician situaciones de maltrato, no sólo están relacionados con los efectos de la difícil situación económica de las familias y el desempleo, sino también con la tolerancia que existe en nuestra cultura frente al castigo corporal.

Por otro lado, Gúezmes y col., en el 2002, reportaron que una mayoría de varones adultos, en Lima Metropolitana (51%) y en el departamento de Cusco (69%), ejercía violencia contra sus parejas. La Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia familiar en 8 ciudades del país, encontró en el año 2000 que el 84,7% de las víctimas estuvo constituido por mujeres, frente al 15,2% de varones, y que el porcentaje de niños (menores de 15 años) afectados por la violencia familiar era del 61%. En lo referente al agresor, en el 24,9% de los casos fue el esposo y, en el 34,7%, el conviviente; según grupos de edad, el 87% de los agresores estaba entre los 15 y 49 años; el 72,7% refería violencia física y el 12,6%, psicológica. Los motivos para la agresión fueron los celos en el 26,2% de los casos; problemas familiares, en el 38,9% y problemas económicos, en el 11,9%; el 4,5% reportaba agresión sexual. El 59,3% de los encuestados estaba ecuánime al momento de la agresión, 35,6% había ingerido alcohol; el 4,6%, alcohol y otras drogas. Esto confirma los reportes de estudios que han asociado el abuso de sustancias nocivas con la conducta violenta.<sup>32,33</sup> El alcohol y las otras drogas pueden estar asociados con la violencia debido a factores farmacológicos, psicológicos y sociológicos que pueden modificar la expresión de conducta intoxicada o agresiva. Las implicancias de esto en la Sierra y la Selva son notables debido al alto consumo de alcohol en dichas regiones.

\* La CVR ha estimado que la cifra más probable de víctimas fatales de la violencia es de 69 280 personas. Esta cifra supera el número de pérdidas humanas sufridas por el Perú en todas las guerras externas y civiles ocurridas en sus 182 años de vida independiente.

Con respecto a la violencia contra la mujer, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del año 2002 encontró que el 65,8% de las entrevistadas (dos de cada tres mujeres) refirió haber sido objeto de algún tipo de abuso en su vida, siendo el más frecuente el abuso psicológico. Este estudio encontró que el maltrato en la mujer está generado por celos, actitudes machistas, pareja controladora y arranques de violencia. La prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual fue de 47%. Más aún, una de cada cinco mujeres actualmente unidas es maltratada sistemáticamente, es decir, sufre diversas agresiones con una frecuencia de una a dos veces por mes. Un hallazgo importante a notar es que, en muchos casos, estas características de maltrato o violencia se habían iniciado en el periodo de enamoramiento, siendo las más prevalentes los celos de la pareja (50%), y los arranques de violencia (11,3%), y la presencia de cualquier tipo de maltrato en ese período fue del 69%. En la población de mujeres maltratadas en forma sistemática, el antecedente de algún tipo de maltrato durante el periodo de enamoramiento fue del 85,3%. Las mujeres maltratadas sistemáticamente mostraron mayor severidad de los diferentes indicadores de salud mental que se abordaron. Los indicadores suicidas son los más contrastantes y llegan a duplicarse en frecuencia relativa frente a la mujeres no maltratadas sistemáticamente. Los resultados en la Sierra confirmaron que la prevalencia global de violencia doméstica es ligeramente mayor en comparación con Lima; sin embargo, la violencia sistemática, referida a la presencia de algún tipo de maltrato por lo menos 1 ó 2 veces al mes en el último año, es mucho mayor en Lima.

En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado por el INSM “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en la Sierra (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) el 2003, se verificó que la prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra la mujer unida o alguna vez unida fue de 67,6%. En el caso de abuso por parte de la pareja actual, el 48,5% había experimentado alguna vez algún tipo de abuso, correspondiendo en orden de frecuencia a insultos (43,1%), abuso físico (35,8%), chantajes o humillaciones (21,0%), experiencias de abandono o negligencia (13,6%) y abuso sexual (11,4%). Por otro lado, el 83,6% de las mujeres violentadas se sentía poco protegido por el Estado. Se encontraron las cifras más altas en la ciudad de Ayacucho, luego seguía Cajamarca y después Huaraz.

Por otro lado, los antecedentes de algún tipo de maltrato en el periodo de enamoramiento en la población de mujeres maltratadas sistemáticamente (abusadas o maltratadas una o dos veces por mes) ascendió a un 80,5%, lo que contrasta con el 61,3% de mujeres unidas en general. Este contraste es mayor cuando se trata de algún tipo de conducta violenta, donde las frecuencias se dan en un 39,5% y 18,2% respectivamente.

Las estadísticas del MIMDES indican que el nivel de denuncias en Iquitos se ha mantenido estable en el transcurso de estos años, aun cuando esperaríamos un incremento progresivo en razón de la difusión de información sobre el tema.<sup>34</sup>

En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado por el INSM “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en la Selva el 2004 (Iquitos, Pucallpa, Tarapoto), la prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra la mujer unida o alguna vez unida es de 83,0%. Las cifras más altas de prevalencia anual de cualquier tipo de maltrato por parte de su pareja se hallaron en la ciudad de Iquitos.

Con relación al trato inadecuado en el periodo de enamoramiento de la pareja actual (o última pareja), las cifras más altas de prevalencia son los celos de la pareja (37,7%) y el tener actitudes machistas (30,2%). Aproximadamente la quinta parte dice que su pareja la descuidaba por el consumo de alcohol (18,7%), le mentía mucho y la engañaba (23,8%) y la controlaba mucho (29,0%).

En la estimación global de tratos inadecuados a mujeres unidas, en el periodo de enamoramiento, por parte de su actual pareja o última pareja, se tiene que aproximadamente dos tercios de esta muestra (61,9%) son objeto de estos tratos inadecuados, y cerca de la quinta parte (14,4%) sufre algún tipo de violencia.

A diferencia de las cifras mencionadas en relación a los tratos inadecuados durante el periodo de enamoramiento, en la población de mujeres maltratadas sistemáticamente, éstas ascienden a un 81,8%. Este contraste es mayor cuando se trata de la prevalencia de algún tipo de violencia (37,8% vs. 14,4%).

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

Según un estudio realizado por el MINSA, tanto en hombres como mujeres, las enfermedades neuropsiquiátricas ocupan el primer lugar con mayor carga de enfermedad, mayor que el resto de enfermedades físicas. Entre los desórdenes más importantes, la depresión unipolar ocupa el primer lugar entre las subcategorías.<sup>35</sup> Según estudios de la OMS, el 25% de los pacientes que acuden a servicios de atención médica general sufre de algún trastorno psiquiátrico diagnosticable según el CIE-10. Entre estos trastornos, el 10,1% corresponde a trastornos de ansiedad, siendo reconocido en promedio sólo el 50%.<sup>36</sup> Asimismo, se ha encontrado que los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos tienen implicancias económicas superiores a las generadas por la esquizofrenia.<sup>37</sup> Estos pacientes tienden a alcanzar un menor nivel educacional que la población sin dichos trastornos.<sup>38</sup> Por otro lado, se ha demostrado que los pacientes con trastornos de ansiedad no sólo realizan más visitas a los servicios de salud y pasan frecuentemente por procedimientos médicos -muchos de ellos costosos-<sup>39</sup> sino que la ansiedad en general está asociada a una mayor mortalidad cardiaca.<sup>40,41</sup> Es importante notar que los costos más altos provienen de tratamientos no psiquiátricos, lo que remarca la frecuencia con la que se incurre en tratamientos o exámenes médicos costosos antes de llegar al tratamiento apropiado.<sup>42</sup> Un estudio publicado en el 2004 da cuenta de que existe una brecha de tratamiento importante para depresión (56,3%), trastorno de pánico (55,9%), trastorno de ansiedad generalizada (57,5%) y trastorno obsesivo compulsivo (57,3%).<sup>43</sup>

Uno de los primeros estudios epidemiológicos psiquiátricos fue el realizado por Mariátegui y colaboradores en el distrito de Lince (Lima) en 1969 a través de 2 901 encuestas. Encontró una prevalencia de trastornos psiquiátricos del 18,75%, siendo para psiconeurosis como un todo el 5,48% y, para alcoholismo, el 1,76%. De estos problemas el más frecuente fue la neurosis de angustia con el 1,79% (a su vez la más frecuente de todas las patologías), la reacción ansiosa el 1,45% y la reacción depresiva del 0,97%.<sup>44</sup>

Luego, en 1983, en el distrito de Independencia (Lima), Minobe y colaboradores, sobre un total de 814 individuos, utilizando el DIS/DSM-III,<sup>45</sup> encontraron una prevalencia de vida<sup>46</sup> y a seis meses<sup>47</sup> de algún desorden psiquiátrico en un 32,1% y 22,9% respectivamente. Después de los problemas con el uso de alcohol, le seguían en frecuencia los trastornos afectivos (depresión mayor y menor) con una prevalencia de vida de 13,2% y una prevalencia a seis meses de 8,6% (2,2% varones y 6,4% mujeres), y los trastornos de ansiedad con una prevalencia de vida de 11,1% y una prevalencia a seis meses de 8,1%. Además, este estudio encontró prevalencias para el trastorno de personalidad antisocial del 3,1%; para deterioro cognitivo severo, del 1,5%; y, para esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme, del 0,6%. Después de este estudio no se realizaron investigaciones de esta naturaleza sino hasta el año 2002.

En 1993, Colareta realiza una investigación sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural (Santa Lucía de Pacaraos -Huaral) y encuentra una prevalencia global puntual de 32% de enfermedades psiquiátricas. Ocupan el primer lugar los trastornos de ansiedad (9,1% descontando síndrome de abstinencia), seguidos por los trastornos depresivos (8,0% de la muestra descontando duelo no complicado y el trastorno de adaptación), el alcoholismo (8,6% de la muestra). De los trastornos de ansiedad, el más frecuente fue el trastorno de ansiedad no especificado en otra parte (4,6% de la muestra), el trastorno de ansiedad generalizada (2,9% de la muestra), el trastorno de pánico (0,6% de la muestra) y la fobia social (0,6% de la muestra). De los trastornos depresivos, el trastorno depresivo no especificado en otra parte fue el más frecuente (3,4% de la muestra), seguido por la depresión mayor (2,3% de la muestra) y la distimia (2,3% de la muestra).<sup>48</sup>

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, realizado en el 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", en 43 distritos de Lima y Callao, sobre una población de 2 077 personas adultas, encontró una prevalencia actual y una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico de 23,5% y 37,3% respectivamente, correspondiendo una prevalencia de vida de 18,2% al episodio depresivo; 9,9%, al trastorno de ansiedad generalizada; 7,9%, a la fobia social; 6,0%, al trastorno de estrés postraumático; 3,7%, al trastorno de pánico; 3,4%, a la agorafobia sin trastorno

de pánico; 1,6%, al trastorno obsesivo-compulsivo; 1,2%, a la distimia; 1,1%, a la agorafobia con trastorno de pánico; 1,0%, a los trastornos psicóticos; y 0,1%, al trastorno bipolar.<sup>6</sup>

Pederssen y colaboradores estudiaron la salud mental de las poblaciones alto-andinas de Huanta en Ayacucho evaluando el impacto de la violencia política en la población. Los resultados mostraron 73% de prevalencia general de trastornos mentales y 24,8% de estrés post-traumático en la población mayor de 14 años. Los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental en la Sierra (2003) y la Selva (2004) encontraron una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico de un 37,3% y 39,3% respectivamente; sin embargo, esta prevalencia se halló en 50% para el caso de la ciudad de Ayacucho. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la Sierra y en la Selva han sido el episodio depresivo con 16,2% y 21,4 respectivamente, seguido del trastorno de estrés post-traumático con el 12,8% y 8,9% respectivamente.<sup>7,8</sup> El estudio epidemiológico de salud mental realizado en ciudades de fronteras encontró una elevada prevalencia de trastornos de ansiedad, particularmente en las ciudades de Tacna y Puno. Asimismo, se halló una alta prevalencia de vida de trastornos depresivos en la ciudad de Puerto Maldonado (33,2%). Estos estudios han demostrado diferencias estadísticamente significativas de prevalencia de los distintos trastornos entre las ciudades.<sup>49</sup>

Con respecto a estudios internacionales en la región, los estudios dan cuenta de una alta prevalencia de estos trastornos. Un estudio realizado en Chile entre 1992 y 1999 reportó, por un lado, una prevalencia de vida y a doce meses de depresión mayor de 9,2% y 5,7% respectivamente, y una prevalencia de vida y a doce meses de cualquier trastorno de ansiedad de 16,2% y 9,9% respectivamente.<sup>50</sup> Este estudio encontró, asimismo, diferencias regionales con respecto a la depresión mayor.<sup>51</sup> Otro estudio realizado en la República Mexicana en el año 2002 obtuvo información clínica a través de 5 826 informantes de la población urbana. Se utilizó el CIDI como instrumento en base a la CIE-10. La prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad fue del 14,3%, siendo 2,1% para el trastorno de pánico, 2,5% para la agorafobia sin trastorno de pánico, 4,7% para la fobia social, 1,2% para el trastorno de ansiedad generalizada y 2,6% para el trastorno de estrés post-traumático. La prevalencia de vida de episodio depresivo fue del 3,3%.<sup>52</sup> Con respecto al estudio de prevalencia de trastornos mentales realizado en Colombia en el año 2003, la prevalencia de vida y a doce meses de la depresión mayor utilizando criterios DSM-IV a través del CIDI encontró un 12,1% y 5,6% respectivamente, y la prevalencia de vida y anual de cualquier trastorno de ansiedad fue de 19,3% y 11,7% respectivamente.<sup>53</sup>

No se han realizado estudios epidemiológicos sobre estos trastornos en las ciudades de la costa hasta antes del presente estudio. La presente investigación evaluó la prevalencia de vida, a doce meses, a seis meses y actual de los principales trastornos clínicos según los criterios de investigación de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).<sup>54</sup>

## 2.4. ADICCIONES

Dentro de los problemas de salud pública en el mundo aparecen las adicciones como un grupo de trastornos que provocan daños de gran magnitud en el campo personal, familiar, social y económico. El Informe Mundial sobre las Drogas de la ONUDD 2007<sup>55</sup> resalta el hecho de que este último año el problema de las drogas ha empezado a ser contenido. Sin embargo, cerca de 200 millones de personas (el 5% de la población mundial entre 15 y 64 años) han usado drogas ilegales al menos una vez en los últimos 12 meses. Esto aparece estable en relación al año pasado. Mas debe resaltarse que esta cifra resulta significativamente menor frente al número de personas que usan drogas legales: aproximadamente el 30% de la población general adulta usa tabaco y cerca de la mitad consume alcohol.

Estimaciones internacionales confirman que el cannabis es la sustancia de consumo más extendida (casi 160 millones de personas), seguida por los estimulantes de tipo anfetamínico (24,9 millones de personas para las anfetaminas, principalmente metanfetamina y anfetamina y 8,6 millones para el éxtasis). Algo más de 14,3 millones de personas consumen cocaína y 15,6 millones consumen opiáceos (heroína, morfina, opio, opiáceos sintéticos), incluidos unos 11 millones que consumen heroína.

Según reportes nacionales,<sup>56,57,58</sup> el abuso y dependencia alcohólica se ha convertido en un serio problema de salud pública en nuestro país, identificándose edades cada vez más tempranas de inicio de consumo y cercana equivalencia –si no inversión– en lo que a género se refiere. Se estima que la prevalencia de vida llega al 87%, y el uso actual muestra una marcada tendencia creciente, alcanzando el 47,2% de la población urbana.

Publicaciones más recientes<sup>59</sup> indican que, en el Perú, el uso de sustancias nocivas es mayor en el área urbana que en el área rural, con más consumo en la Costa respecto de la Sierra y Selva. Sin embargo, cabe resaltar que el consumo de PBC es más alto en la Selva (0,3%) que en la Costa (0,2%) y Sierra (0,1%).

## 2.5. EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento de las poblaciones tendrá un impacto notable en las primeras décadas de este milenio. En el Perú, según el INEI-95, el 7% de la población está conformada por adultos de 60 años y más.<sup>60</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 envejecimiento es un proceso progresivo, irreversible e innato al ser humano. Por ello es necesario evaluar al adulto mayor desde una perspectiva integral, ya que en esta etapa confluyen factores biológicos, psíquicos y sociales que determinarán no sólo el alargamiento de la vida sino también la calidad de ella.<sup>61,62</sup> Asimismo, es necesario resaltar que en esta edad es frecuente la patología múltiple y la presencia de enfermedades crónicas, degenerativas. Con relación a salud mental cabe destacar el predominio de alteraciones cognitivas, depresión y suicidios consumados. En la primera Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en 1982, y en la última realizada en marzo del 2003, se resaltó la necesidad de la investigación en geriatría, para proporcionar a las autoridades, información útil en la planificación de servicios que permitan mejores condiciones de vida.

En el área de salud mental, las investigaciones van desde los aspectos sociales hasta los propiamente psiquiátricos. Así tenemos, por ejemplo, que la literatura foránea informa que la violencia es un problema frecuente en la adultez mayor. Diversos estudios señalan una prevalencia de 32/1 000 y describen que ésta ocurre física, verbalmente y por negligencia. Además, describen que dos tercios de los abusadores corresponden a la propia pareja y el tercio restante, a adultos jóvenes. Estos datos pueden ser comparados en nuestro medio con los resultados de los estudios realizados en Lima, en la Sierra, en la Selva y en fronteras. En Lima Metropolitana y Callao, se encontró una alta prevalencia anual de maltrato hacia el adulto mayor, de 24,5%. En Ayacucho, Cajamarca y Huaraz fue de 9,2%. En Iquitos, Tarapoto y Pucallpa fue de 8,8%. En Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes (fronteras) fue de 11,5%. En todas las ciudades mencionadas se encontró que los maltratos más frecuentes eran las agresiones verbales, insultos u ofensas; su prevalencia anual, más alta en Lima, era del 20,9%; en las ciudades de la Sierra, 6%. En las de la Selva, las agresiones verbales, insultos u ofensas fueron del 6,1%. En las ciudades de frontera, estas llegaron al 9,1%. Les siguieron las agresiones físicas, golpes, puñetes, o empujones con un 9,6%, en Lima; mientras que en las ciudades de la Sierra, la situación de abandono ocupó el segundo lugar, con una prevalencia anual de 2,5%. En las ciudades de la Selva, el segundo lugar también fue para la situación de abandono, con un 2,9%. En las ciudades de frontera el segundo lugar fue para chantajes, manipulaciones o humillación, con el 4,7%.

Con respecto a la patología mental, se señala que en esta etapa de la vida los trastornos mentales más frecuentes son la depresión y la demencia. Trabajos realizados en el ámbito comunitario señalan que la prevalencia de síntomas depresivos significativos en el adulto mayor fluctúa entre el 4% y 25%. Los estudios comunitarios reportan prevalencias para depresión mayor que oscilan entre el 1% al 3%. El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental en Lima y Callao arrojó una prevalencia actual de depresión mayor de 9,8%, con predominio del sexo femenino y en las personas por encima de los 75 años.<sup>6</sup> El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra 2003 encontró una prevalencia actual del episodio depresivo de 3,9%.<sup>7</sup> En las tres ciudades de la Selva fue del 2,4%<sup>8</sup> y, en las ciudades de frontera del 6,1%.<sup>49</sup>

Con respecto al deterioro cognoscitivo, se sabe que a mayor edad hay mayor riesgo de desarrollarlo. Hasta antes del Estudio Metropolitano sólo teníamos las referencias internacionales y algunos estudios limitados en su proyección en el ámbito nacional. Dicho Estudio encontró que el 21,5% de adultos mayores presentaba alteración cognoscitiva, existiendo importantes diferencias en relación al sexo, nivel educativo y presencia de depresión. En las tres ciudades de la Sierra se encontró que el 39,5% de los adultos mayores con menos de ocho años de estudios tenía deterioro cognoscitivo, medido con el Mini Mental de Folstein, y sólo el 7,7% de los que tenían ocho años de estudios o más presentó deterioro cognoscitivo. En las tres ciudades de la Selva, el deterioro cognoscitivo de los que tenían menos de ocho años de instrucción fue de 48,7%. En los que tenían ocho años o más de estudios fue del 16,1%. En las cinco ciudades de frontera, el 40,5% de los que tenían menos de ocho años de instrucción tuvo deterioro cognoscitivo, mientras que solo el 14,5% de los que tenían ocho años o más de instrucción lo presentó. Con respecto a discapacidad o inhabilidad, el 37% de los adultos mayores de Lima Metropolitana presentó al menos alguna discapacidad o inhabilidad, con predominio del género femenino (39,3%). En las ciudades de la Sierra, el 44,9% de sus adultos mayores la tuvo, con predominio del género masculino (47,4%). En la Selva, el 28,5% tuvo alguna discapacidad o inhabilidad, con predominio del género femenino (29,2%). En las ciudades de frontera, el 18,7% tuvo al menos alguna discapacidad o inhabilidad, con predominio del sexo femenino (19,7%).

En cuanto a indicadores suicidas, aunque el 27,8% de los adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao alguna vez en su vida tuvo pensamientos suicidas, el 0,3% de ellos intentó suicidarse en el último año y 0% lo intentó en el último mes. En Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, si bien el 7,3% de ellos alguna vez en su vida tuvo pensamientos suicidas, ninguno lo intentó en el último año ni en el último mes. En Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, si bien el 6,1% alguna vez en su vida tuvo pensamientos suicidas, ninguno hizo el intento en el último mes ni en el último año. En Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, si bien el 10,8% alguna vez en su vida tuvo pensamientos suicidas, el 0,6% lo intentó en el último año y el 0,5% lo intentó en el último mes.

En nuestro medio no se han realizado estudios epidemiológicos de salud mental, en el adulto mayor, en otras ciudades de la Costa. Por lo tanto, uno de los objetivos de este Estudio es conocer cómo están estas cifras en Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa. Al igual que con las otras unidades de análisis, este grupo será estudiado desde la perspectiva de la salud mental en general, la presencia de episodio depresivo, ansiedad generalizada, problemas cognoscitivos y de discapacidad, indicadores suicidas y maltrato.

## 2.6. INDICADORES SUICIDAS

Los estudios realizados por Perales y colaboradores, en 1995 y en 1996, en los distritos del Rímac<sup>9</sup> y Magdalena<sup>10</sup> respectivamente, mostraban ya cifras preocupantes, las que los resultados del EEMSM-2002<sup>6</sup> realizados en Lima y Callao sobre indicadores suicidas no sólo han confirmado, sino que han mostrado una tendencia generacional a incrementarse. La prevalencia de vida de deseos de morir en el adulto, el adolescente y el adulto mayor mostró un 30,3%, 29,1% y 27,8% respectivamente, lo que sugiere que, si en la actualidad la prevalencia de vida del adolescente es similar a la del adulto y superior a la del adulto mayor, presenciemos un incremento sustantivo de estas tendencias. Asimismo, la prevalencia anual de deseos de morir se encontró más alta en los adolescentes (15,3%) en comparación con los adultos (8,5%) y los adultos mayores (12,2%). Los adolescentes, que habían presentado deseos de morir en el último año, acusaban como motivo principal los problemas con los padres, mientras que los adultos los relacionaban principalmente con problemas de pareja. Estos hallazgos son 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%.

El estudio de la Sierra (2003) reveló que el 34,2% de la población había deseado morir alguna vez en su vida y el 12,9% lo había deseado en el último año. Un 2,9% de la población había tenido un intento suicida alguna vez en su vida. En la Sierra, los motivos más relevantes de los deseos de morir han sido, en primer lugar, problemas con la pareja y, en segundo, problemas económicos; mientras que los motivos más importantes para el intento han sido en primer lugar problemas con la pareja y, en segundo lugar, problemas con los padres.

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

Es de suponer que las cifras de estos indicadores puedan variar en los departamentos de la Costa, ya que la mayoría de las ciudades del litoral no tiene la conformación, agregación poblacional y otras circunstancias propias de la gran urbe capitalina, y por otra parte la realidad de las zonas rurales tiene otra lectura a la luz de los hallazgos tanto de la conducta suicida consumada como la de los intentos e ideación autoeliminatória.

## 2.7. CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL

El conocimiento de la calidad de vida y su evaluación a nivel individual y de grupos ha devenido en factor importante para identificar las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, comprender las causas y consecuencias de las diferencias observadas, evaluar el impacto de las condiciones sociales y ambientales, evaluar la eficiencia y eficacia de intervenciones y servicios y mejorar las decisiones políticas. Se han utilizado diferentes indicadores para evaluar la calidad de vida, entre ellos la calidad de vida relacionada con la salud que se refiere a la percepción de los efectos de las enfermedades y tratamientos y a la percepción de los aspectos positivos de la salud en el sentido de bienestar.<sup>63</sup> Utilizando el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores,<sup>64</sup> que evalúa diez áreas para determinar la calidad de vida, empleando una escala de 10 puntos, la media para el grupo adulto fue de 7,63 y de 7,80 para el estudio de Lima Metropolitana y para el estudio de la Sierra,<sup>65</sup> respectivamente. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana se encuentra una valoración consistentemente más alta en el funcionamiento ocupacional y más baja en el apoyo comunitario. Asimismo, se encuentra una relación directa y significativa entre la valoración de la calidad de vida y el nivel educativo. Las relaciones también son significativas al considerar el sexo, el estado civil, la edad y el nivel de pobreza.

## 2.8. TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD

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

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad psiquiátrica ocurre por encima de los dos quintos de toda la discapacidad en el mundo, afecta especialmente a la 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 1 500 000 - 2 000 000 de personas, de las cuales aproximadamente entre 500 000 y 600 000 serían niños y adolescentes. Esta población suele ser discriminada y excluida de determinadas esferas sociales, generando dificultades en el desarrollo personal y en la integración social.

En el campo de la salud mental, observamos la tendencia de los trastornos mentales hacia la cronicidad y a producir secuelas en las personas que los padecen, a pesar de los avances en el tratamiento. Así, por razones diversas, el avance en la rehabilitación de estos trastornos no se ha desarrollado paralelamente al tratamiento biológico.<sup>66</sup>

Según el EEMSM 2002, el EESMSP 2003 y el EESMSLP 2004, en Lima la presencia de algún grado de discapacidad o inhabilidad se encontró en un 26,5%, mientras que en la Sierra se halló en un 21,2% y en un 8,5% en la Selva.<sup>67</sup>

## 2.9. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

El acceso a la atención por problemas de salud mental presenta características que lo diferencian del acceso a la atención por problemas físicos. Esto debido, entre otras cosas, a que existe todavía mucho prejuicio en torno a la salud mental y a lo que implican los trastornos mentales.<sup>8,49</sup> Dos formas de evaluar el acceso se reporta en la literatura: una, a través de entrevistas estructuradas que conducen a un diagnóstico psiquiátrico por el cual se determinan las necesidades o conductas de atención; y la otra se basa en cuestionarios de autopercepción de problemas de salud mental definidos por el que responde, con lo que se mide la necesidad y las conductas de búsqueda de ayuda.<sup>67,68</sup> El segundo enfoque, utilizado para la presente publicación, se sustenta en que estudios internacionales confirman que sólo alrededor de la mitad de aquellos que buscan atención por problemas de salud mental tiene problemas psiquiátricos diagnosticables.<sup>69</sup>

Los estudios sobre acceso a los servicios de salud mental sostienen que éste se ve afectado principalmente en personas de menor recurso económico, cultural y lingüísticamente diferenciado y con niveles educativos bajos.<sup>70</sup> Los estudios sobre acceso a servicios de salud mental en Lima y Callao y en la Sierra han confirmado la importancia de los aspectos culturales para el acceso a los servicios de salud mental, siendo aún más importantes que los aspectos económicos.<sup>6</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, económicos.<sup>71</sup>

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana realizado en el 2003 (EESMSP 2003) encontró prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico similar a la de Lima. La prevalencia a 6 meses se encontró en 19,8% revelando un problema muy importante alrededor del consumo de alcohol. El nivel de acceso a servicios por problemas de salud mental hallado en la Sierra ha sido significativamente menor al encontrado en Lima. Del total de la población que reconoce haber padecido un problema de salud mental, sólo el 13,9% accedió a servicios de salud. Al igual que en Lima, la mayoría alude como motivo de no acceso el que “lo debía superar solo” (50,2%).<sup>72</sup>

En el caso de ciudades de la Sierra, de la Selva y de frontera, el nivel de acceso a servicios por problemas de salud mental es significativamente menor al encontrado en Lima. Del total de la población que reconoce haber padecido un problema de salud mental, sólo el 13,9%, 14,3% y 12,7% de ciudades de la Sierra, la Selva y fronteras respectivamente accedió a servicios de salud. En Ayacucho el acceso es más limitado aún, sólo el 7,5% de la población que percibió problemas de salud mental accedió a los servicios.<sup>73</sup> Al igual que en Lima la mayoría alude como motivo de no acceso el que “lo debía superar solo” (50,2%). Otra referencia con que se cuenta para evaluar este aspecto es el estudio sobre Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú realizado a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 (INEI) encontró que las poblaciones con menores ingresos, rurales, con necesidades básicas insatisfechas eran las que accedían menos; sin embargo, esta encuesta está dirigida sólo a problemas físicos y no ha considerado ninguna pregunta acerca de la salud mental.<sup>74</sup> La Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENNV-2000) encontró que la atención en salud (general) es similar entre hombres y mujeres, mayor en la zona urbana que en la rural, tendiendo a aumentar con el nivel de ingresos.<sup>75</sup> Como vamos viendo, en el caso de la salud mental intervienen otras variables socioculturales.

El acceso a servicios de salud mental será medido a través de la demanda sentida (es decir, de aquellos que han percibido en sí mismos problemas de salud mental) y de la demanda expresada en los distintos servicios de salud del Estado y privados, así como de los casos detectados e implícitamente no identificados por la persona como problemas de salud mental.

## 2.10. POBREZA Y SALUD MENTAL

Las encuestas nacionales recientes están demostrando que más de la mitad de la población peruana se encuentra en situación de pobreza, siendo para Lima cerca de un tercio de la población, 72% para la Sierra y 68,7% para la Selva.<sup>4</sup> Sin embargo, en las zonas urbanas, la Selva urbana muestra el nivel más alto del país (62,4%). Lo mismo ocurre con la extrema pobreza, la cual llega a una incidencia del 34,9%.<sup>76</sup> Es evidente, desde el punto de vista social, la importancia de estudiar los vínculos de la pobreza y la salud mental en esta región.

La relación con la salud mental se establece en este doble sentido; por un lado, la pobreza y sus condiciones afectan la salud psicológica o mental de las personas; por otro lado, los problemas de salud mental influyen en la economía de las familias –costos y producción–,<sup>77</sup> situación ejemplificada muchas veces en el concepto del *downshift* de algunas patologías mentales. Se establece, entonces, un círculo vicioso donde la pobreza crea condiciones para problemas de salud mental y los problemas de salud mental generan problemas económicos que a su vez empeoran el problema de la pobreza. 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.

En América Latina, un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales, realizado en Santiago de Chile, confirmó una mayor prevalencia de trastornos entre las personas de un nivel social bajo.<sup>78</sup> Costello y colaboradores encontraron en un re-análisis de estudios comunitarios de varias ciudades americanas que el estado socioeconómico bajo duplicaba los riesgos para la depresión en niños. Estos autores también hallaron una gran variabilidad en la asociación de pobreza y la presencia de disturbios emocionales severos en los distintos lugares estudiados,<sup>79</sup> lo que confirma la necesidad de realizar estudios por regiones.

En nuestro medio, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, realizado en la ciudad de Lima y Callao en el año 2002, encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza y trastornos ansiosos y depresivos, remarcando la importancia y necesidad de considerar la salud mental en los programas de lucha contra la pobreza.<sup>10</sup> En el caso de la Sierra, esta asociación no ha sido tan clara, por lo menos para la percepción de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares,<sup>4</sup> lo que confirma lo encontrado por Costello y colaboradores.<sup>79</sup> Es posible que la condición de pobreza en Lima contenga características distintas a las de la Sierra, como por ejemplo el nivel de estrés asociado. 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 Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en zonas de fronteras en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes en el 2005 encontró una asociación entre pobreza y salud mental en lo relativo a prevalencia actual de cualquier diagnóstico psiquiátrico, prevalencia actual de trastornos de ansiedad y prevalencia anual y actual de trastornos depresivos.<sup>49</sup>

En países pobres como el nuestro, se hace imprescindible continuar la exploración en escenarios distintos con la finalidad de identificar las variables que inciden, ya sea en la salud mental o la pobreza, de tal forma que puedan estructurarse medidas correctivas más focales, y la intervención o prevención más eficaz. El propósito del estudio en esta área fue explorar la relación existente entre el nivel socioeconómico, expresado en términos de pobreza, y la presencia de problemas de salud mental en el sentido más amplio, en la población de la Costa.

## 2.11. EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

En esta área de investigación, se indaga sobre los estilos de crianza y las experiencias adversas tempranas, cuyos resultados nos ofrecerán datos relacionados con los estilos parentales, como sobreprotección, indiferencia, trato afectuoso, etc., y con eventos adversos como abandono, abuso y violencia social experimentados durante la infancia y adolescencia. La distribución de frecuencias obtenidas, útiles por sí mismas, se relacionaron con resultados en otras áreas como violencia, depresión, ansiedad, etc., en la adultez. Diversos estudios demostrarían, por ejemplo, la hipótesis de que la separación de los padres, las

amenazas de éstos a sus niños con abandonarlos, el excesivo control y el descuido en la atención a los mismos, entre otras situaciones, provocarían disturbios emocionales en la adultez.<sup>80,81</sup> Respecto a la relación de los niños con sus padres y sus consecuencias en la adultez, Bowlby (1969, 1973, 1980), referido por Henderson,<sup>82</sup> realiza estudios que le permiten elaborar la clásica Teoría del Vínculo. Kaplan, Sadock y Grebb (1994) suponen que experiencias infantiles adversas -como abuso sexual y físico, la pobre relación entre padres e hijos, la discordia y divorcio entre los padres- son factores de riesgo para sufrir trastorno depresivo en la adultez pero el factor de riesgo más importante es la pérdida de uno o de ambos padres antes de los once años de edad.<sup>83</sup>

En los estudios realizados en tres ciudades de la Sierra también se han encontrado relaciones entre las experiencias de abuso físico y sexual, abandono, sobreprotección con una más alta probabilidad de trastornos ansiosos y depresivos.<sup>84</sup>

## 2.12. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

El Ministerio de Salud ha señalado que más de cinco millones de peruanos carecen de cobertura de atención médica, es decir, están al margen de los avances.<sup>85</sup> En el Perú, estas necesidades de salud vienen siendo, desde antaño, satisfechas por dos sistemas paralelos: el de la medicina oficial o académica, y el de la medicina popular, tradicional o folklórica.<sup>86</sup> Los estudios de morbilidad en poblaciones abiertas y las experiencias acumuladas por distintos investigadores en el mundo señalan que una significativa mayoría (del 70% al 80%) de los episodios de enfermedad reportados se maneja por fuera de los sistemas de atención médica oficial, recurriendo el resto a sistemas alternativos como los que ofrece la denominada medicina folklórica o popular.<sup>87</sup>

La bibliografía peruana es rica en calidad, cantidad y variedad en esta área, gracias a estudios realizados por científicos peruanos y extranjeros en los últimos 50 años.<sup>88</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>89</sup> que permita una sistematización de los mismos; tampoco se había realizado antes un estudio epidemiológico en el que se intentara explorar no sólo los síndromes socioculturales, sino también los agentes que los resuelven, sus estrategias diagnósticas y de tratamiento; sin embargo, 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>90</sup>

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa, realizado en el año 2006, reveló que 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. Asimismo, la población reconoce como agentes de medicina folklórica, entre otros: al brujo-curandero, al santiguador o rezador, al curioso, al yerbero, al huesero o sobador y a la partera empírica o comadrona. El síndrome folklórico de mayor prevalencia fue el “chucaque”. Por cada persona que consultó por “daño”, 5,7 personas lo hicieron por “chucaque”.

## 2.13. DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL

En la relación entre discriminación y salud mental, la primera es considerada como un estresor psicosocial secundario, generalmente asociado a estresores mayores, como la pérdida de trabajo o el sufrimiento de violencia.<sup>91</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>92</sup> el racismo,<sup>93</sup> el etnicismo,<sup>94</sup> el status social<sup>95</sup> e incluso la condición de salud mental en sí misma,<sup>96</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 y los síntomas de ansiedad o depresivos.<sup>94</sup> Según un estudio epidemiológico realizado en los EE.UU.,<sup>95</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.

En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana, en el año 2003, se introdujo el estudio de la discriminación y la salud mental, encontrándose que en las diez condiciones de discriminación exploradas, la prevalencia de vida de experiencias de discriminación fluctuó entre 2,4% para el color de la piel y 11,5% para la condición económica o social; el segundo tipo de discriminación más frecuente fue el nivel educativo. Como se aprecia en la exploración de la satisfacción personal dentro del mismo Estudio, tanto la condición económica o social como el nivel educativo son los aspectos con mayores porcentajes de insatisfacción. La experiencia de ser discriminado en el último año se reduce al 1,4% en el caso de la condición económica o social, siendo menor para los otros tipos.

## 2.14. ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

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

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

- Son violentas y peligrosas
- Pueden contagiar a otros con su enfermedad
- Están locas
- No pueden tomar decisiones
- Son impredecibles
- No pueden trabajar
- Deben permanecer hospitalizadas o presas
- No tienen esperanza de recuperación
- Son retardadas mentales
- Su mal es debido a una brujería o maleficio
- Fueron mal cuidadas en la niñez

Las consecuencias del estigma podemos resumirlas en la siguiente forma:

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

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

- Reducir los síntomas 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

Con respecto al EESMSP 2003, llama la atención que casi un 40% de la población no considera la depresión como un desorden mental, pasando inadvertida, y que sólo el 3% de la población considera los problemas

de personalidad como patología psiquiátrica. Los resultados nos muestran que un 70% de la población reacciona no aceptando a las personas con enfermedades mentales, pero en contraste están dispuestos a brindarle algún tipo de ayuda en un 47%. En el mismo sentido, tratándose de familiares con enfermedades mentales, se tiende a no aceptar la enfermedad en ellos en un 80% aproximadamente. Por otro lado, un 93% de la población general piensa que, en el caso de sufrir una enfermedad mental, no sería aceptado en su comunidad. Sin embargo, es sorprendente la expectativa de la población general de la Sierra, pues un 81% de la población piensa que las personas con enfermedades mentales pueden ser rehabilitadas y reintegradas en su comunidad.

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental de ciudades de la Costa: (Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa), se presenta en el marco del estudio del diagnóstico de la salud mental en el Perú que iniciara el INSM desde el año 2002 y que tiene proyectado cubrir las principales ciudades del país.

## 2.15. DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

El proceso de Desarrollo Humano puede enfocarse desde diferentes perspectivas. Puede referirse al proceso de desarrollo biológico del ser humano, desde su concepción hasta la muerte, pasando por el desarrollo embriológico, fetal, infantil, del adolescente, la adultez y la senectud. Puede referirse al desarrollo físico, psicomotriz y sexual del individuo; al proceso evolutivo de la humanidad, al desarrollo espiritual y trascendente del ser humano, así como al desarrollo pleno de las funciones psicológicas, cognitivas, emocionales, sociales de una persona; vale decir, el desarrollo de la salud mental de las personas.

La Organización de las Naciones Unidas ha tomado la iniciativa del Desarrollo Humano en los países miembros. El Informe sobre Desarrollo Humano 2002, encargado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ofrece un análisis oportuno y de gran impacto acerca del papel que la política desempeña en el logro del desarrollo humano. Se subraya la importancia de las libertades políticas como objetivo de desarrollo humano, y se examinan los posibles modos en que las instituciones democráticas pueden ayudar al fomento del progreso social y el crecimiento económico equitativos.

El desarrollo humano trata de las personas y de ampliar sus alternativas para que puedan tener un nivel de vida que aprecien. El crecimiento económico, el incremento del comercio y de la inversión económica internacional y los avances tecnológicos son muy importantes, pero son medios y no fines. El que puedan contribuir al desarrollo humano en el siglo XXI dependerá de que sirvan para ampliar las alternativas de las personas, de que coadyuven a crear un entorno en el que la gente pueda desarrollar sus posibilidades plenamente y vivir de modo productivo y creativo. Para ampliar la gama de alternativas humanas es fundamental desarrollar las capacidades humanas: la gama de cosas que la gente puede llegar a ser o a hacer. Las capacidades más elementales del desarrollo humano son tener una vida larga y en salud, recibir enseñanza, tener acceso a los recursos necesarios para alcanzar un nivel de vida aceptable, y poder participar en la vida de la comunidad a la que se pertenece. La dignidad de la persona también requiere que sea libre y pueda participar en la formación y la administración de las normas e instituciones que la gobiernan.

La viabilización de estas propuestas pone en relieve la necesidad impostergable de que las personas tengan la oportunidad de desarrollar todo su potencial humano, vale decir, el desarrollo de las funciones cognitivas, emocionales y sociales asociadas a las condiciones de la salud mental del individuo. La OMS ha definido la salud mental como el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias habilidades, puede afrontar el estrés normal de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La promoción de la salud mental requiere el desarrollo de las habilidades de afrontamiento de problemas, el manejo del estrés y tensión, el desarrollo de la propia identidad, la autoestima, la autonomía, habilidades para el cambio personal y el soporte social. Si bien el desarrollo humano puede ser afrontado desde diferentes perspectivas, le corresponde a la salud mental, la construcción de estilos positivos en la manera de pensar,

sentir y actuar como parte del desarrollo personal; la adquisición de recursos psicológicos y habilidades para una vida significativa, exitosa y productiva, integrada al contexto social y económico del individuo; el desarrollo de las dimensiones o condiciones propias de la salud mental a nivel individual, familiar, en la relación de pareja, y en el desempeño grupal. Desde esta perspectiva el desarrollo humano se convierte en un indicador del nivel de salud mental alcanzado, brinda los medios y recursos para el desarrollo de la salud mental a nivel individual, de pareja, grupal y familiar.

No existen estudios de esta naturaleza en poblaciones objetivo del estudio.

### III. OBJETIVOS

El presente estudio tiene el objetivo de estudiar la prevalencia de los problemas de salud mental en las ciudades de la Costa (Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa).

- Determinar la magnitud de los potenciales de la salud mental, como conductas sociopáticas, sentimientos prevalentes de la población, nivel de cohesión y soporte familiar, calidad de vida, discapacidad, discriminación, manifestaciones de distrés emocional, etc de la población de las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Determinar la prevalencia de indicadores suicidas adultos, adultos mayores y mujeres, así como en grupos específicos como mujeres maltratadas de las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Determinar la magnitud, factores de riesgo y factores asociados a los indicadores suicidas en adolescentes mayores de 12 años de las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Determinar la magnitud de los factores asociados a la violencia familiar y su vinculación al área de las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Determinar la prevalencia, aspectos clínicos, factores de riesgo y protección relacionados a las adicciones en Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Determinar las características sociodemográficas, la prevalencia de los trastornos mentales y físicos más frecuentes y los aspectos relacionados a la salud mental en general de la población mayor de 60 años de las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Determinar las actitudes y hábitos de riesgo, prevalencia y características de los trastornos de la conducta alimentaria en las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Estimar la prevalencia y la caracterización de los trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post-traumático), así como estimar su relación con la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Estimar la prevalencia de los trastornos depresivos (distimia, depresión mayor), así como aspectos relacionados con la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Estimar la prevalencia de los trastornos psicóticos (síndrome psicótico y trastorno bipolar), así como aspectos relacionados con la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- 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 las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006, tanto en forma general como en patologías psiquiátricas específicas. Se incluirán aspectos evaluativos generales sobre los procesos de atención, costos y calidad.

- Determinar la magnitud y la relación que existe entre el nivel socioeconómico, expresado en la presencia o no de pobreza y los problemas de salud mental en las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Explorar aspectos sobre medicina tradicional, como los agentes de la medicina tradicional, los síndromes clínicos populares o folklóricos, los métodos diagnósticos, los métodos terapéuticos y la correlación entre síntomas y signos clínicos de los síndromes populares o folklóricos con los síndromes clínicos psiquiátricos en las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Determinar la magnitud de la inhabilidad existente en la población, así como la discapacidad derivada de los trastornos psiquiátricos en las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Identificar el nivel de desarrollo humano alcanzado por las personas en la población de las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Identificar las actitudes del estigma contra los trastornos mentales en la población de las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Explorar la relación entre los eventos de vida infanto-juveniles y la salud mental en la población adulta de las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Estimar la prevalencia de discriminación en sus distintas formas y su relación con la salud mental en las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Estimar el nivel de calidad de vida y su relación con la salud mental en las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa en el año 2006.
- Determinar la validez de la Formulación Idiográfica Personalizada en la población de las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa en el año 2006.

## IV. METODOLOGÍA

El *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006* consta de más de 20 capítulos o temas de estudio más importantes. La sección de procedimiento incluirá, por lo tanto, los procedimientos de todas las entrevistas a realizarse en el referido proyecto.

### 4.1. TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO

Tipo descriptivo epidemiológico de corte transversal.

### 4.2. DISEÑO MUESTRAL

#### 4.2.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población a investigar comprende de manera general a las personas mayores de 12 años residentes en viviendas particulares de las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa.

Estas ciudades son consideradas prototipo para el desarrollo de la investigación por su grado de aglomeración poblacional, y complementan los estudios ya efectuados en la región costa en las ciudades de Tacna y Tumbes en la encuesta en zonas de frontera.

#### 4.2.2. NIVELES DE INFERENCIA

La muestra estuvo diseñada para dar resultados confiables para las cinco ciudades en conjunto y para otras ciudades en el caso de variables significativas.

### 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 50 y 120. El total de conglomerados para el área en estudio en el marco del INEI es de 6 508 viviendas.

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

### 4.2.5. TIPO DE MUESTRA

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

### 4.2.6. TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra ha sido determinado tomando en consideración los parámetros siguientes:

- Prevalencia de problemas de salud mental: 30% en todos los grupos de estudio, de acuerdo a experiencias encontradas en un estudio similar en Lima Metropolitana.
- Tasa de no-respuesta esperada de acuerdo a resultados observados en encuestas de hogares: 5%.
- Efecto de diseño. Se ha considerado 1.5 en general de acuerdo a resultados del estudio de Lima para magnitud regular de tensión frente a estresores cotidianos, que tiene una prevalencia de vida de 30.5.
- Error relativo: Se ha considerado 10% en torno del valor esperado del parámetro de prevalencia.
- Nivel de confianza: 95%.

Sobre la base de estos criterios y los de la organización de la operación de campo, se ha estimado una muestra de 1 404 hogares para cada ciudad de estudio.

Se ha asumido el concepto de población infinita por cuanto la cantidad de habitantes de cada grupo es bastante grande.

Este tamaño de muestra es aplicable para la selección de adultos que en promedio existe por lo menos uno por vivienda. La cantidad de observaciones de los otros grupos objetivo dependerá de las características de los hogares de las diferentes ciudades.

Siguiendo la metodología seguida para la muestra de la Sierra y de la Selva, se han considerado 4 viviendas adicionales por conglomerado para buscar en ellas a los adultos mayores y disponer de una muestra más o menos grande.

Se debe señalar que la muestra es de carácter multipropósito pues hay muchos temas y variables en estudio, por lo que los márgenes de error finales dependerán de la magnitud o prevalencia que tome cada una de tales variables y de la cantidad de casos reales encontrados en las entrevistas.

Considerando la suma de la muestra para las 5 ciudades se tendrían 7 020 viviendas, lo cual permitiría obtener estimaciones globales con mejores niveles de precisión para parámetros menores.

En cada una de las ciudades se seleccionaron 117 conglomerados, y dentro de cada uno de ellos se tomaron 2 segmentos compactos de 8 viviendas cada uno, totalizando 16 viviendas por cada conglomerado.

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

En la Tabla 1 se presenta la distribución de la muestra por ciudades.

**Tabla 1**

**Distribución de la muestra**

Ciudades	UPMs	Viviendas para la muestra	
		Adultos, Adolescentes y Mujeres unidas	Adultos mayores
Arequipa	117	1 404	1 872
Chimbote	117	1 404	1 872
Ica	117	1 404	1 872
Piura	117	1 404	1 872
Trujillo	117	1 404	1 872
<b>Total</b>	<b>585</b>	<b>7 020</b>	<b>9 360</b>

Fuente. INEI

**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 fueron las viviendas dentro de cada uno de los conglomerados elegidos en la primera etapa, y en la última se escogieron personas de cada población objetivo dentro de cada vivienda seleccionada.

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

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

La selección con saltos sistemáticos sobre la base de una enumeración de viviendas consecutivas asegura la obtención de una muestra representativa de los diferentes grupos sociales de la ciudad.

Con el fin de eliminar los sesgos por desactualización del marco muestral, el personal de campo efectuó un registro de las viviendas ocupadas en cada uno de los conglomerados seleccionados.

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

Las USM fueron seleccionadas en 2 segmentos compactos de 6 viviendas consecutivas en cada conglomerado. Los segmentos fueron seleccionados de manera sistemática sobre la base del listado de viviendas ocupadas en el conglomerado, con un arranque aleatorio definido desde el centro de operaciones de la encuesta en Lima.

Se construyó un listado con todas las viviendas, identificando la condición de utilización y se reenumeraron las viviendas ocupadas. A continuación, se determinó el número de viviendas ocupadas y, con ese valor como entrada, se determinó el orden que correspondía a la primera vivienda seleccionada de cada segmento compacto.

En primer lugar, se determinó el tamaño de cada grupo ( $G = N/2$ ), donde  $N$  es el número de viviendas ocupadas que se encontraría en el listado de viviendas. Luego, se obtiene un número aleatorio ( $A$ ) en el rango de 1 a  $G-5$ . La muestra de viviendas constará de las viviendas ocupadas que tienen los números  $A$ ,  $A+1$ ,  $A+2$  y  $A+3$ ,  $A+4$ ,  $A+5$ .  $A+G$ ,  $A+G+1$ ,  $A+G+2$  y  $A+G+3$ ,  $A+G+4$ ;  $A+G+5$

No se reemplazó ninguna de las viviendas seleccionadas.

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

- i). Determinar el número de viviendas ocupadas del conglomerado, tomado del registro elaborado por el personal de campo.
- ii). Ubicar el total de viviendas ocupadas del conglomerado en la tabla de selección
- iii). Iniciar el primer grupo o segmento compacto con la vivienda cuyo número de orden de vivienda ocupada aparece en la columna del primer grupo de la tabla, y entrevistar hasta un total de 6 viviendas.
- iv). Iniciar el segundo grupo o segmento compacto con la vivienda cuyo número de orden de vivienda ocupada aparece en la columna del segundo grupo de la tabla, y entrevistar hasta un total de 6 viviendas.

En las últimas dos viviendas de cada conglomerado (la séptima y octava) se ubicaron sólo adultos mayores, con la intención de compensar la baja proporción de ellos en estas poblaciones.

Ejemplo de selección de viviendas:

En el conglomerado 63 se encontraron 70 viviendas ocupadas. El primer grupo se inicia con la vivienda número 15; en consecuencia, se deben entrevistar las viviendas ocupadas números 15, 16, 17, 18, 19 y 20.

El segundo grupo se debe iniciar con la vivienda número 50; en consecuencia, se deben entrevistar las viviendas 50, 51, 52, 53, 54 y 55.

#### 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. En una columna de la hoja de registro de miembros del hogar se identificó a cada una de las personas elegibles dentro de cada población objetivo. Las personas a entrevistar fueron seleccionadas aleatoriamente empleando la tabla de Kish modificada, salvo la mujer unida (jefe del hogar o cónyuge del jefe del hogar sin importar la condición de casada o conviviente) que entra en la muestra con probabilidad 1. Se empleó una tabla de Kish independiente para cada población objetivo.

No se reemplazó a ninguna de las personas seleccionadas en cada población objetivo, por cuanto el tamaño de la muestra ya considera un ajuste por no respuesta esperada de acuerdo a otras encuestas.

En las 6 primeras viviendas de cada segmento se seleccionó a una persona de cada población objetivo; en las dos restantes sólo se seleccionó a un adulto mayor, con el fin de aumentar la muestra de esta población.

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

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

- Adolescentes entre 12 y 17 años, sin problemas que impidan la comunicación. Cuando había problemas mentales moderados o severos que impedían la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. Cuando la persona era quechuahablante se comunicó a través de un encuestador quechuahablante.
- Mujer casada o unida, jefa del hogar o pareja de jefe del hogar, sin problemas que impidan la comunicación. Cuando había problemas mentales moderados o severos que impedían la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. Si la persona era quechuahablante, se comunicó a través de un encuestador quechuahablante.
- Personas adultas mayores de 18 años sin problemas que impidan la comunicación. Cuando existían problemas mentales moderados o severos que impedían la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. Si la persona era quechuahablante se comunicó a través de un encuestador quechuahablante.
- Personas adultas mayores de 60 años sin problemas que impidan la comunicación. Cuando había problemas mentales moderados o severos que impedían la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. Si la persona era quechuahablante se comunicó a través de un encuestador quechuahablante.

## V. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Para el presente estudio se han acordado las siguientes definiciones operacionales, utilizándose en muchos casos el juicio del equipo multidisciplinario de investigadores del INSM, 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.-** Fue registrada como variable cuantitativa continua según unidades de análisis.

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

**Nivel de instrucción.-** Se registran las categorías: sin instrucción, inicial/preescolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato, superior no universitario, superior universitario, 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.

**Nivel socioeconómico.-** El indicador utilizado fue el nivel de ingresos, el cual fue establecido en base al promedio mensual de los últimos 3 meses (incluyendo horas extras, bonificaciones, pagos por concepto de refrigerios, movilidad o pensiones). Luego, se agrupó arbitrariamente en función a los siguientes estratos según el ingreso promedio mensual (en dólares americanos al tipo de cambio): Estrato A, ingresos mayores a \$ 340 dólares mensuales; Estrato B, ingresos entre \$ 171 y 340 dólares mensuales; Estrato C, ingresos entre \$ 86 y 170 dólares mensuales; y Estrato D, ingresos iguales o menores a \$ 85 dólares mensuales. Se decidió por esta cifra límite inferior, a pesar que el sueldo mínimo para setiembre del 2002 era S/. 415 nuevos soles (o \$ 118 dólares americanos), pues según los resultados del estudio la mediana se encontraba en esta cifra. El uso de los ingresos tiene sus limitaciones pues muchas personas no van a dar sus ingresos por temor a ser fiscalizadas, o no están ocupadas, o están ocupadas en negocios familiares no remunerados y, por lo tanto, no ingresan al análisis. En este sentido, estas limitaciones dan ventajas a los otros métodos de medición de la pobreza.

**Necesidades básicas.-** Involucran las necesidades primarias como la alimentación, salud, vestido, vivienda y educación. Son medidas en escala nominal.

**Nivel de pobreza según autopercepción de capacidad de satisfacción de necesidades básicas con ingresos familiares.-** Es una evaluación subjetiva, utilizada para definir "pobreza", concepto que involucra una aproximación subjetiva sobre la base de la pregunta formulada para este fin a la esposa del jefe del hogar, sobre la capacidad de cobertura de las necesidades básicas en base a los ingresos familiares, tópico mencionado en el cuestionario de salud mental. Las familias que no podían cubrir las necesidades de alimentación eran consideradas pobres extremas, las familias que cubrían sólo las necesidades de alimentación pero no otras necesidades básicas como salud, educación, vivienda, etc., se calificaban como pobres básicas; las familias que podían cubrir sus necesidades básicas pero no otras necesidades (como diversión, distracciones, educación diferenciada) eran considerados no pobres básicas; y aquellas que podían cubrir sus necesidades básicas y otras eran consideradas no pobres. Es medida como escala nominal.

**Nivel de pobreza según NBI.-** Se refiere a la metodología de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). El método se basa en la definición de necesidades que se incluyen en la medición y el establecimiento de umbrales de satisfacción, o sea, los niveles mínimos que se consideran apropiados. Para considerar a un hogar pobre por NBI, el criterio metodológico utilizado es el de carecer de al menos una de las necesidades definidas como básicas. En caso el hogar tenga dos o más NBI, se le califica como pobre extremo. Si el hogar no tiene ninguna NBI, es calificado como no pobre. Dentro de la múltiples necesidades básicas insatisfechas que podían ser utilizadas como indicadores, las más utilizadas han sido: a) hacinamiento; b) vivienda inadecuada; c) abastecimiento inadecuado de agua; d) carencia o inconveniencia de servicios sanitarios para el desecho de excretas; e) inasistencia a escuelas primarias de los menores en edad escolar (pregunta que fue

formulada a la esposa del jefe del hogar sobre la existencia de niños menores en edad escolar que no asisten a la escuela por problemas económicos). Estos indicadores fueron utilizados para el presente estudio.

**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.

**Sexo.-** Masculino y femenino. Escala nominal.

## 5.2. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

**Calidad de vida.-** Estado de bienestar físico, emocional, social y espiritual de la persona. Es medida con la escala de índice de calidad de vida, de Mezzich, en una escala de intervalo.

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

**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 causa a la persona. Se medirá a través de una escala ordinal.

**Opinión sobre los problemas del país.-** Es la apreciación subjetiva del entrevistado 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 hacen nada o creen que, ante determinadas circunstancias difíciles, es permitido robar. Se mide en escala nominal.

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

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

**Tendencias psicopáticas.-** Son consideradas con estas características las personas que 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 del entrevistado en una religión, lo que se manifiesta en sus cogniciones, sentimientos y prácticas. Se mide en una escala nominal.

**Tendencias violentas.-** Son las que manifiestan las personas que, desde que son adultos ( $\geq 18$  años), 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 pueden generar consumo perjudicial o dependencia. Son medidos con los criterios de investigación de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Edición (CIE-10) en una escala nominal.

**Uso del tiempo libre.-** Administración del tiempo no utilizado para el trabajo o estudios, en que se desarrollan actividades recreativas o sociales. Se mide en escala nominal.

### 5.3. TRASTORNOS CLÍNICOS

**Trastornos adictivos.-** Problemas de consumo (uso perjudicial o dependencia) del alcohol, tabaco u otras sustancias adictivas legales o ilegales. 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 en base a 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 trastorno afectivos y los trastornos psicóticos. Son medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

**Trastornos de ansiedad.-** Corresponde a todos los trastornos de ansiedad clínicamente diagnosticables, como el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés post-traumático. Son medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

**Trastornos de la alimentación.-** Corresponde a la bulimia y a la anorexia nerviosa. 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.

**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 INSM, conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales) y fueron ajustadas de acuerdo al ensayo piloto antes referido. Se mide con una escala nominal.

**Morbilidad sentida.-** Se refiere a aquel grupo de personas que han percibido problemas emocionales o de nervios como excesiva depresión, pena o tristeza, ataques de nervios, excesivo miedo, tensión o ansiedad, dificultad para relacionarse socialmente, problemas con alcohol o drogas, etc., independientemente de si consideran que requieren o no atención. Se mide con una escala nominal.

**Morbilidad sentida expresada.-** Se refiere a aquellas personas que, habiendo percibido problemas emocionales o de los nervios - como excesiva depresión, pena o tristeza, ataques de nervios, excesivo miedo, tensión o ansiedad, dificultad para relacionarse socialmente, problemas con alcohol o drogas, etc.-, han acudido en busca de atención. 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 varón 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 INSM, conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales) y 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 o 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.

**Maltrato.-** Es toda aquella conducta o conjunto de conductas que ocasiona, causa o provoca en una o más personas un perjuicio, daño, sufrimiento, malestar y/o perturbación. Existen dos tipos fundamentales de maltrato, los cuales siempre deben considerarse íntimamente relacionados: maltrato físico y maltrato psíquico.

**Trato inadecuado a la mujer en el período de enamoramiento.-** Se refiere a la existencia de conductas inapropiadas por parte de los miembros 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.-** La violencia es un comportamiento deliberado que ocasiona daños físicos, psicológicos o emocionales, a través de amenazas u ofensas. Por norma general, se considera violenta a la persona irrazonable, que se niega a dialogar y se obstina en actuar pese a quien pese y caiga quien caiga.

**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 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 o la satisfacción de otras necesidades básicas. Es asumida como sinónimo de maltrato por abandono. Es evaluada en una escala ordinal que mide la frecuencia del acto. Se mide con una escala nominal.

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

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

**Violencia de pareja.-** Es un concepto que mantiene exclusividad en el ámbito marital; sin embargo, comprendería también los actos referentes a la mujer como sujeto activo de la violencia y al hombre como sujeto pasivo.

**Violencia cultural.-** Es la que se expresa desde los simbolismos, religión, ideología, lenguaje, arte, ciencia, leyes, medios de comunicación, etc. Cumple la función de legitimizar la violencia directa y estructural, así como de inhibir o reprimir la respuesta de quienes la sufren u ofrecen justificaciones.

**Violencia estructural.-** Es un tipo de violencia indirecta que provoca el que las realizaciones efectivas, somáticas y mentales de los seres humanos estén por debajo de sus realizaciones personales.

**Violencia estructural vertical.-** Es la represión política, la explotación económica o la alienación cultural que violan las necesidades de la libertad, bienestar e identidad respectivamente.

**Violencia estructural horizontal.-** Separa a la gente que quiere vivir junta, o junta a la gente que quiere vivir separada. Viola la necesidad de identidad.

## 5.7. FUNCIONES COGNOSCITIVAS

**Actividades de la vida diaria.-** Son aquellas que se realizan cotidianamente e incluyen: 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 respecto a 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.

**Funciones cognoscitivas.-** Procesos perceptuales de imaginación, habla, pensamiento y memoria que constituyen el componente intelectual de la personalidad. El estado de funcionamiento cognoscitivo, y su disturbio o deterioro, se evalúa de forma breve y rápida a través del Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein y cols. que cubre las siguientes áreas: orientación en tiempo y lugar, registro y evocación, atención y cálculo, lenguaje y construcción visual.

## 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 y psicológica. 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, según la creencia popular, cuando en la persona el espíritu abandona su cuerpo debido a una fuerte impresión, 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, según la creencia popular, por la acción mágica de la mirada de una persona sobre otra. Presenta síntomas físicos y psicológicos. Se mide con una escala nominal.

**Aire.-** En el folclor médico peruano, el aire es el supuesto agente etiológico más frecuente de un sinnúmero de enfermedades. Estas enfermedades presentan síntomas físicos y psicológicos. Se mide con una escala nominal.

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

## 5.9. OTRAS MANIFESTACIONES DEL FOLKLOR MÉDICO

Estas manifestaciones, sin llegar a constituir verdaderos síndromes folklóricos, constituyen alteraciones con componentes físicos y psicológicos atendidos generalmente por agentes del modelo folklórico.

**Ataque/mal del corazón.-** Se le llama así a la presencia de convulsiones asociadas a síntomas psicológicos. Localizan el mal en el corazón. Ha sido estudiado ampliamente en los pueblos del Callejón de Huaylas.

**Ataque de nervios.-** En cada región del Perú tiene sintomatología y significación diferente; aún nos falta saber más sobre esta manifestación.

**Abuso de consumo de bebidas alcohólicas.-** Constituye una manifestación de mala salud mental, recién en los últimos años, en la perspectiva de muchos pobladores peruanos.

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

Se han revisado los 10 módulos utilizados en el estudio de la Selva y Fronteras con los encuestadores, que cubren las distintas áreas y serán descritos más adelante. Estos cuestionarios han sido elaborados a partir de la experiencia de los equipos especializados en las distintas áreas y de la experiencia de los Estudios de Lima Metropolitana y Callao y la Sierra. Han sido elaborados a partir de los siguientes instrumentos:

- **Cuestionario de Salud Mental.**- Elaborado originalmente en Colombia\* y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la institución tanto en adultos<sup>9</sup>, como en adolescentes<sup>10</sup>. Fue inicialmente adaptado para el estudio epidemiológico en Lima, corregido y readaptado para la Sierra. Para el presente estudio se realizó una nueva revisión a partir de la experiencia en los estudios anteriores. 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>97</sup> se trata de un cuestionario compuesto de 10 ítems que recogen los aspectos de la calidad de vida más frecuentemente utilizados para el evaluar el constructo "Calidad de vida". Recoge aspectos como: bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independientes, ocupacional, e interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud, así como una valoración global. El instrumento fue adaptado en una versión para la población peruana, validado en el estudio de Lima.
- **EMBU (Egna Minnen av Bardoms Uppfostran)** (Propia memoria acerca de la crianza).- Es un instrumento aplicado en varios países de Europa para evaluar actitudes de crianza parentales en personas adultas, y deriva en cuatro factores: rechazo, calor emocional, sobreprotección y favoritismo<sup>98</sup>. Para el presente estudio se utilizaron sólo algunos ítems de carga más alta.
- **Mini Mental State Examination.**- Fue elaborado por Folstein<sup>99</sup> y es uno de los instrumentos de evaluación cognoscitiva más utilizados. Evalúa aspectos de orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva. Se utiliza la versión validada en Chile.
- **Cuestionario de Pfeffer.**- Instrumento que mide aspectos cognoscitivos a través de un informante.
- **Cuestionario de violencia familiar.**- Utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao de Anicama y colaboradores, del cual se tomaron alguna preguntas adaptadas. Para el estudio de la Sierra se realizaron adaptaciones.
- **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión española CIE-10\*\*100, 101** - Elaborado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, es un instrumento basado en la Décima Revisión Internacional de Enfermedades, que obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos. Ha sido adaptado lingüísticamente para obtener prevalencia de vida, a 12 meses, a seis meses, además de la prevalencia actual.
- **Cuestionario sobre determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú<sup>102</sup>.**- Fue desarrollado por el INEI. Se han elegido algunas preguntas adaptándolas al modelo de la salud mental. El cuestionario adaptado ha sido utilizado en los estudios realizados por el INSM.
- **Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)<sup>103</sup>.**- Elaborado por Garner y Olmed (1984, 1986). El EDI-2 es un valioso instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Es

\* 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.

\*\* El Dr. David Sheehan y T. Hergueta tuvieron la amabilidad de proporcionarnos la versión en castellano.

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 en la Costa Peruana 2006*.

### 6.1.1. TIPO DE ENCUESTA

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

### 6.1.2. COBERTURA DE LA ENCUESTA

**6.1.2.1. Cobertura geográfica.-** La encuesta se realizó a nivel urbano de las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa.

**6.1.2.2. Cobertura temporal.-** La Encuesta se desarrolló durante los meses de junio, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 2006.

**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, familiar (último mes).
  - x. Nivel de conocimiento sobre aspectos de salud mental (día de la entrevista).
  - xi. Problemas relacionados con el género (día de la entrevista).
  - xii. Discriminación (de vida, últimos 12 meses).
  - xiii. Eventos de vida.
  - xiv. Desarrollo humano (actual).
  - xv. Estigma hacia la salud mental (actual).
- c. Función cognoscitiva (día de la entrevista).

- d. Violencia familiar.
  - i. Violencia hacia la mujer (de vida, últimos 12 meses).
  - ii. Violencia hacia el niño (de vida).
- e. Trastornos clínicos psiquiátricos según la CIE-10.
  - i. Trastornos de ansiedad (de vida, 12 meses, 6 meses, actual; acceso a servicios, 12 meses).
    - 1. Agorafobia.
    - 2. Trastorno de pánico.
    - 3. Fobia social.
    - 4. Trastorno obsesivo-compulsivo.
    - 5. Trastorno de ansiedad generalizada.
    - 6. Estado de estrés post-traumático.
  - 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 la atención en servicios de salud mental (últimos 12 meses).
- g. Aspectos socioculturales.

## 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

Validez de constructo.- En el EEMSM-2002 se realizó un ensayo piloto para probar la encuesta en 100 viviendas, 20 viviendas por cada Cono. Se realizaron ensayos en conjunto con el especialista para mejorar la consistencia. A través de este procedimiento se adaptó el instrumento. Para el estudio epidemiológico de la Sierra se hicieron los ajustes necesarios y se realizó una prueba en 25 viviendas seleccionadas en áreas de la ciudad donde se encontraban personas oriundas de las ciudades que estaban involucradas en el estudio. Para el estudio de la Selva se realizaron cuatro *focus group* en la ciudad de Pucallpa, uno por cada una de las unidades de análisis para asegurar la comprensión de las preguntas e identificar las áreas más problemáticas. Para este estudio se procedió de la misma manera en una de las ciudades de estudio, habiéndose proyectado la ciudad de Piura.

### Tipos de confiabilidad

**Coefficiente de consistencia interna:** A través del estadístico Alpha de Cronbach se determinó la medición de homogeneidad de un instrumento a través de su variabilidad. Los coeficientes Alpha definitivos oscilaron entre 0,65 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 re-entrevistas en una muestra, lo que permitió hacer la comparación (altos coeficientes de sensibilidad y especificidad) de la información en cuanto a prevalencias de las diferentes patologías; es decir, se detectaron las concordancias de patologías como depresión y casos de ansiedad, entre otros.

**Coefficiente de estabilidad:** Test - Retest. Este método fue empleado para mejorar la confiabilidad de la información digitada. El proyecto de los estudios contempla un proceso de re-digitalización; de esta manera se procedió a establecer las correlaciones entre las bases de datos, logrando una alta confiabilidad de los datos 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

- **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.** Esta prueba evalúa diversos trastornos clínicos, tales como depresión, ansiedad, estrés post-traumático, fobia social, agorafobia, entre otros. Los índices de concordancia entre la evaluación de un psiquiatra y la aplicación del instrumento a la misma persona, a través de la estadística Kappa realizada en estudios pilotos, han reportado cocientes entre 0,60 y 0,87, siendo mejor para los cuadros que reportaron mayores prevalencias.
- **Cuestionario de salud mental:** División de Comportamiento Humano del MINSA Colombia. Este cuestionario fue adaptado por Perales y colaboradores en el año 1995. A través del proceso de revisión exhaustiva por el equipo multidisciplinario de investigadores del INSM, 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 mencionado y mejorado su contenido y fraseo para las poblaciones específicas. Los grados de concordancia a través del estadístico binomial tuvieron una significancia menor al 1,6% en promedio (siendo lo aceptable menor al 5%).
- **Índice de calidad de vida:** Mezzich y colaboradores. Esta escala fue procesada psicométricamente con análisis factoriales, los mismos que discriminaron la independencia de los factores que componen el constructo calidad de vida.
- **Mini Mental State Examination (MMSE):** Orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva (Folstein). El MMSE fue validado estadísticamente, realizándose correlaciones entre 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 a 0,85 fueron los indicadores metodológicos que dieron valor a la información recogida.
- **EDI-2:** Inventario de trastornos de la conducta alimentaria: Esta escala discriminó la integración de cada ítem con la prueba en general, a través del análisis de variabilidad de las respuestas.

#### 6.5. ENTRENAMIENTO EN EL USO DE INSTRUMENTOS

##### Actividades de capacitación.

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

La capacitación técnica de los supervisores y encuestadores fue responsabilidad de los investigadores del INSM. El objetivo era desarrollar el conocimiento profundo de la problemática a estudiar, orientándose a los temas de salud mental y a los posibles problemas a encontrar por la exploración de este tipo de

temas. Asimismo, se puso énfasis en la técnica de la entrevista y los cuidados en ella. La capacitación incluyó revisar detenidamente el diligenciamiento de los cuestionarios y la realización de ensayos en el campo. La capacitación tomó 90 horas distribuidas en 9 días; en los dos primeros días se revisaron aspectos conceptuales y definiciones relacionadas con el tema de estudio; el 3er y 4to día fueron dedicados al manejo de los cuestionarios; en el 5to, 6to y 7mo día se realizaron ensayos en campo y, finalmente, el 8vo día se dedicó a estandarizar los procedimientos y a discutir los aspectos operativos. Se tomaron tres evaluaciones teóricas y una evaluación permanente de las prácticas en campo.

### **Actividades de la prueba piloto.**

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

### **Actividades de la supervisión.**

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

## **6.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

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

## **VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO**

- Construcción del instrumento.- La encuesta fue ajustada y probada con cuatro *focus groups*, uno por cada unidad de análisis. Esta validación en campo se realizó a través de un médico psiquiatra, el jefe de operación de campo y un asistente. Se reunió con cada unidad de análisis a 8 personas y se revisó todo el cuestionario a través de este método. Se revisaron los resultados del estudio de la Selva, donde se entrevistaron más de 7 mil personas, lo que permitió validar la encuesta en la región, medir los tiempos, explorar la presencia de las unidades de análisis y hacer los ajustes finales a la encuesta.
- Se confeccionó un Manual del Encuestador, donde se especificaron las características de los cuestionarios, la organización del trabajo de campo, las funciones de los encuestadores, la identificación y selección de viviendas, instrucciones generales y específicas para el llenado del cuestionario. Asimismo, se elaboró una Guía del Supervisor donde se especificaron sus funciones.
- Los encuestadores seleccionados fueron egresados o bachilleres de psicología o psicólogos o trabajadores de alguna área de la salud con experiencia en realizar trabajos de campo en hogares, de preferencia con experiencia en temas de salud mental. Fueron seleccionados en la ciudad de Lima, pues en esta ciudad se puede contar con recursos humanos más apropiados a la complejidad del tema de estudio.
- Los supervisores seleccionados fueron egresados de psicología o psicólogos con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares. Los supervisores tuvieron la responsabilidad de la conducción técnica y administrativa de la Encuesta y velaron por el estricto control de calidad de la información. Los supervisores fueron seleccionados en un proceso aparte de los encuestadores.

- Se requirieron 20 encuestadores, 6 supervisores y 2 coordinadores de campo, además de un jefe de operaciones.
- La capacitación técnica de los supervisores y encuestadores estuvo bajo responsabilidad de los investigadores del INSM y fue evaluada. Tuvo como objetivo desarrollar el conocimiento profundo de la problemática a estudiar, orientándose a los temas de salud mental y a los posibles problemas a encontrar 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 el diligenciamiento de los cuestionarios y se realizaron ensayos en campo. Cada evaluador entrevistó a personas de 9 viviendas en el lapso de 3 días. 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 dedicó al manejo de los cuestionarios; el 5to, 6to y 7mo día se realizaron ensayos en campo; el 8vo día se dedicó a estandarizar los procedimientos y a discutir los aspectos operativos, y el 9no día se realizaron ensayos de registros de viviendas.
- Se consideró la encuesta-piloto con los datos recogidos la primera semana y al final de la misma se reevaluó la experiencia para realizar los ajustes necesarios. Se recogió la información de cada ciudad en un plazo de 31 días. Los encuestadores realizaron un promedio de 2 viviendas por día en un ciclo de 7 días: 5 días de trabajo efectivo, uno de recuperación y uno de descanso.
- Recopilación de los datos.- Antes del inicio de la encuesta se actualizó el marco muestral suministrado por el INEI en cada ciudad y se trabajó en base a este registro actualizado. Se empleó el método de la entrevista directa. Se definió el número de hogares por vivienda. Se entrevistó el hogar principal. Se hizo un registro de todos los miembros del hogar para identificar a las personas elegibles de acuerdo a 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. Cuando la jefa del hogar no era unida, se procedió a elegir al azar con el método de los dados entre las mujeres unidas del hogar.
- Se estructuró un programa (ISAA) para la entrada de datos, 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 4 digitadoras desde la primera semana de iniciada la encuesta. Se realizaron los análisis estadísticos en un computador Pentium IV mediante el programa estadístico de SPSS versión 13. Se hizo una redigitación del 100% de los cuestionarios para eliminar los errores de digitación.
- Se dio consistencia a los datos.- La primera consistencia se realizó en el campo a través de los supervisores, tanto por observación directa como por reentrevistas estructuradas. Después de la digitación se procedió a una consistencia mecanizada a través del programa referido, el cual detectó omisiones, inconsistencias lógicas, validación de variables, así como la identificación de valores extremos para su posterior verificación. Asimismo, se realizó la evaluación de la calidad de información de cada encuestador.

## VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

De las 9 360 viviendas que se planearon en el estudio de las cinco ciudades, se logró entrevistar a 9 212 hogares, con una tasa de respuesta de 98,42%; siendo 9 164 con entrevista completa (97,91%) y 48 incompletas (0,51%). La tasa de no respuesta fue 1,58%, constituida por 108 viviendas que rechazaron la entrevista (1,15%), 38 viviendas con ocupantes ausentes (0,41%), y 1 vivienda desocupada (0,01%).

Las tasas de no respuesta por unidad de análisis: para Mujer Unida fue 3,60%, constituida por rechazos (2,47%), ausentes (0,71%), vivienda desocupada (0,02%) y discapacidad para responder (0,40%). Para el Adulto fue 4,57%, constituida por rechazos (2,56%), ausentes (1,47%), vivienda desocupada (0,01%) y discapacidad para responder (0,52%). Para el Adolescente fue 2,91%, constituida por rechazos (1,90%), ausentes (0,40%) y discapacidad para responder (0,61%). Y para el Adulto Mayor fue 6,19%, constituida por rechazos (3,23%), ausentes (1,00%) y discapacidad para responder (1,97%).

La tasa de respuesta total de cada grupo de análisis fue: Mujer Unida (94,88%), Adulto (93,92%), Adolescente (95,56%) y Adulto Mayor (92,33%).

La tasa de no respuesta total de cada grupo de análisis fue: Mujer Unida (5,12%), Adulto (6,08%), Adolescente (4,44%) y Adulto Mayor (7,67%).

## IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Primero se presentaron las características generales de la muestra: edad promedio, grupos etarios, distribución por sexo, ocupación, educación, nivel socioeconómico según ingresos y nivel de pobreza, sistema de salud adscritos. Luego, se presentaron estas características en función de cada una de las unidades de investigación. Para ello se realizaron análisis estadísticos descriptivos como frecuencias, medidas de tendencia central; se estimaron proporciones. Luego, se procedió a caracterizar a las personas con respuestas afirmativas a la presencia de problemas de salud mental por lo que se estimaron prevalencias.

Se relacionaron los factores de corte, como las variables de edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, nivel de pobreza, nivel de ingreso, cono de residencia, dinámicas de género (variables independientes) con las variables de salud mental (variables dependientes). Si la variable dependiente era nominal (ej, acceso versus no acceso) y la variable independiente también (sexo, comunicación del problema, presencia de prejuicios, conocimientos de salud mental, actitud familiar, cono de residencia, sistema de salud adscrito), se utilizó la prueba estadística de  $\chi^2$  para comparar proporciones con un nivel de significancia de 0.05. En el caso de que la variable independiente fuera continua u ordinal (grado de instrucción, nivel de pobreza, nivel de ingresos, distancia del centro de salud más cercano), se realizó la prueba de  $\chi^2$  para tendencias (*chi-square for trends*). Estas variables se estructuraron luego -según sexo, niveles de pobreza y conos de residencia- para estudiar, por ejemplo, si en el sexo femenino existe asociación entre presencia de problemas de género, prejuicios, conocimientos de salud mental, actitud familiar y el acceso o no a la atención. En cada caso se procedió estadísticamente según los procedimientos antes descritos al tipo de variable.

Para el análisis multivariado se utilizó el análisis de regresión logística para explicar las determinantes de acceso y no acceso a atención de salud mental en las ciudades de la costa. Se utilizó como variable dependiente el acceso a servicios, refiriéndose al uso o utilización de los servicios de salud disponibles. No se han considerado como atención la intervención del boticario, farmacia, automedicación o recursos no médicos folklóricos. Estas variables se estructuraron luego según sexo, niveles de pobreza y conos de residencia. Dada la variable dependiente, siguiendo el método *Step wise*, se hallaron las variables que explican mejor el acceso. Según este método, se mantiene en la ecuación sólo aquellas variables que incrementan el R Múltiple (R<sup>2</sup>) en forma significativa ( $p < 0.05$ ), utilizándose la prueba de  $\chi^2$ .

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 LA COSTA PERUANA**





## DATOS GENERALES DE LA MUESTRA



## DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

El objetivo de la encuesta consistió en ingresar a 9 360 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 las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa.

**TABLA 2**  
**ENCUESTADOS SEGÚN UNIDADES DE ANÁLISIS DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ENCUESTADOS	FRECUENCIA
ADULTOS	6 555
MUJERES UNIDAS	5 811
ADULTOS MAYORES	2 530
ADOLESCENTES	2 400

La muestra se distribuyó tomando en cuenta el tamaño de las poblaciones en las cinco 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)**

CIUDAD	PONDERADO	%
Piura	407670	14,9
TRUJILLO	915455	33,4
CHIMBOTE	400627	14,6
ICA	222198	8,1
AREQUIPA	798361	29,1
TOTAL	397035	100,0

Con respecto a la situación socioeconómica, se decidió evaluar los niveles de pobreza a través del método de necesidades básicas insatisfechas (NBI), de modo 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 la esposa del jefe del hogar sobre si sus ingresos cubrían determinadas necesidades básicas. En la Tabla 4A observamos que, según la presencia de NBI, el 26,5% de los hogares encuestados es pobre (presencia de 1 o más NBI) y el 6,3% es pobre extremo (presencia de 2 o más NBI) y, según la percepción de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares, el 25,5% de los hogares es pobre, mientras que el 0,9% es pobre extremo (Tabla 4B).

**TABLA 4A**  
**NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS\***  
**(NBI) DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS		%
POBRES EXTREMOS	DOS Ó MÁS NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	6,3
POBRES	UNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	20,2
NO POBRES	NINGUNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	73,5

\* 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 AUTO PERCEPCIÓN DE COBERTURA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE CONSUMO		%
POBRES EXTREMOS	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	0,9
POBRES	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	24,6
NO POBRES BÁSICO	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO, ETC.	65,7
NO POBRES	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS NECESIDADES	8,8

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS





## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

El número de adultos encuestados fue de 6 555 y, acorde al diseño técnico de muestreo, otorga una inferencia a 2 753 568 habitantes (49,9% varones y 50,1% mujeres) de las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa. 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  
PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	6 555	45,0	55,0
EXPANDIDO	2 753 568	49,9	50,1

### EDAD

La edad promedio ponderada de los adultos encuestados fue de 39,4 años, siendo la distribución muy heterogénea, es decir, personas desde los 18 hasta los 94 años. De acuerdo a los grupos etarios, se aprecia que la muestra conformó una asimetría positiva, siendo el mayor porcentaje el de los grupos etarios de 25 a 44 años (Tabla 6).

**TABLA 6**  
EDAD DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	39,4	17,1
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR
18 A 24 AÑOS	24,3%	16,9%
25 A 44 AÑOS	40,4%	48,1%
45 A 64 AÑOS	25,2%	24,4%
65 A MÁS	10,2%	10,6%

### ESCOLARIDAD

El grado de analfabetismo es mayor en el grupo femenino (Tabla 7).

**TABLA 7**  
ADULTOS QUE NO SABEN LEER NI ESCRIBIR EN PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

GRADO DE ANALFABETISMO	%
TOTAL	3,6
MASCULINO	1,8
FEMENINO	5,4

De la muestra en estudio, el 41,0% tiene por lo menos educación secundaria. No se encontraron diferencias significativas entre el género masculino y femenino (Tabla 8). Las diferencias en los porcentajes que se observan entre las personas sin nivel de instrucción con aquellas que efectivamente no saben leer ni escribir denota que, a pesar de que las personas ingresan a los primeros niveles del sistema educativo, vuelven a ser analfabetas por desuso.

**TABLA 8**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
	%	%	%
SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	2,4	0,8	4,0
INICIAL / PREESCOLAR	0,1	0,0	0,1
PRIMARIA	16,2	14,8	17,6
SECUNDARIA	41,0	44,2	37,8
BACHILLERATO	0,1	0,1	0,1
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	15,0	14,0	16,0
SUPERIOR UNIVERSITARIO	24,2	25,1	23,2
POSTGRADO	1,0	1,0	1,1

## ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 54,5% de los adultos se encuentra en situación de unido (conviviente o casado) y un 7,9% está separado o divorciado. Una tercera parte de la población tiene estado civil soltero (Tabla 9).

**TABLA 9**  
**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ESTADO CIVIL	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
	%	%	%
CONVIVIENTE	19,4	19,1	19,8
SEPARADO	7,2	4,5	9,9
DIVORCIADO	0,7	0,7	0,7
VIUDO	4,9	2,6	7,2
CASADO	35,1	36,1	34,1
SOLTERO	32,7	37,0	28,3

## OCUPACIÓN

Los varones estuvieron trabajando la semana anterior en un 71,7%, en contraste con las mujeres (46,7%) (Tabla 10). Las cifras de desempleo llegan al 3,5%, siendo mayor el porcentaje para las mujeres.

**TABLA 10**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
	%	%	%
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	59,2	71,7	46,7
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	3,5	3,3	3,8

## INGRESOS ECONÓMICOS

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

**TABLA 11**  
**PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES) EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

INGRESOS (NUEVOS SOLES)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
< DE 300	31,3	22,5	43,5
301 A 600	34,4	38,2	29,2
601 A 1200	25,7	28,9	21,3
> DE 1200	8,5	10,3	6,1



# SALUD MENTAL DEL ADULTO





## SALUD MENTAL DEL ADULTO EN PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA

### ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

### ENTORNO GENERAL

En cuanto a los problemas que enfrenta el país, alrededor del 40% de la población percibe que el problema principal es el desempleo. Sigue en importancia la pobreza, percibida como el problema principal por el 17,6% de las mujeres y el 13,6% de los hombres. A continuación son considerados la falta de valores y la corrupción, aunque en porcentajes mucho menores (Tabla 12). Frente a estos problemas la mayoría de los encuestados manifiesta sentimientos como preocupación, pena o tristeza e impotencia y desilusión. Hay diferencias entre ambos sexos en tristeza o pena, la cual afecta más a las mujeres; lo mismo que en el sentimiento de amargura, rabia o cólera, que afecta más a los varones (Tabla 13).

**TABLA 12**  
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE  
PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
DESEMPLEO	40,7	41,9	39,4	MANEJO ECONÓMICO	1,8	1,8	1,8
POBREZA	15,6	13,6	17,6	FALTA DE CONFIANZA	1,1	1,1	1,2
CORRUPCIÓN	12,0	15,7	8,3	FALTA DE LIDERAZGO	1,3	1,7	0,9
VIOLENCIA	5,3	2,6	8,0	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,8	2,1	1,4
DELINCUENCIA	6,9	6,0	7,8	FALTA DE VALORES	11,0	10,5	11,4
TERRORISMO	0,6	0,8	0,4	OTROS	1,2	1,3	1,0
NARCOTRÁFICO	0,4	0,4	0,4				

**TABLA 13**  
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE  
PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

ESTADOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	ESTADOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
INDIFERENCIA	2,1	2,9	1,4	PREOCUPACIÓN	28,7	29,3	28,0
RESIGNACIÓN	1,4	1,3	1,4	IMPOTENCIA	10,7	10,0	11,3
DESILUSIÓN	10,2	12,5	7,8	FRUSTRACIÓN	3,2	4,1	2,3
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	15,2	9,9	20,3	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	2,1	1,6	2,6
RABIA	2,6	2,4	2,7	INDIGNACIÓN	7,0	7,3	6,7
CÓLERA	7,8	8,9	6,7	MIEDO O TEMOR	3,8	3,1	4,5
AMARGURA	3,8	4,0	3,7	OTROS	0,6	0,8	0,4

La falta de capital monetario y de sistemas de crédito financiero resalta la importancia de fortalecer el capital social, el cual se basa en la confianza. El grado en que confían las personas en sus autoridades y en otras personas de su entorno da una estimación del grado de confianza de las personas en el sistema. En este sentido, resalta la desconfianza en las autoridades políticas (alrededor del 90,1%), líderes de la comunidad o alcaldes, jueces, así como en las autoridades policiales y militares, tanto hombres como mujeres. Las personas en quienes más depositan su confianza las personas de la costa son los médicos y jefes de trabajo (Tabla 14).

**TABLA 14**  
**CONFIANZA EN AUTORIDADES Y PERSONAS DEL ENTORNO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS</b>			
TOTAL	38,5	38,9	22,6
MASCULINO	37,5	38,6	23,8
FEMENINO	39,4	39,2	21,4
<b>AUTORIDADES POLICIALES VARONES</b>			
TOTAL	65,1	26,7	8,2
MASCULINO	64,5	26,7	8,7
FEMENINO	65,8	26,6	7,6
<b>AUTORIDADES MILITARES</b>			
TOTAL	58,1	30,8	11,1
MASCULINO	52,5	33,1	14,4
FEMENINO	63,7	28,5	7,8
<b>RELIGIOSOS</b>			
TOTAL	30,4	33,0	36,7
MASCULINO	33,7	33,5	32,8
FEMENINO	27,0	32,5	40,5
<b>MAESTROS</b>			
TOTAL	21,6	45,0	33,4
MASCULINO	21,7	44,9	33,3
FEMENINO	21,4	45,0	33,5
<b>MÉDICOS</b>			
TOTAL	14,7	41,5	43,9
MASCULINO	15,2	41,9	42,9
FEMENINO	14,2	41,0	44,8
<b>AUTORIDADES POLÍTICAS</b>			
TOTAL	90,1	9,1	0,8
MASCULINO	90,3	8,6	1,2
FEMENINO	89,9	9,6	0,5
<b>LÍDERES DE SINDICATOS</b>			
TOTAL	52,6	36,1	11,3
MASCULINO	52,6	40,2	7,2
FEMENINO	52,6	31,8	15,6
<b>LÍDERES DE LA COMUNIDAD / ALCALDE</b>			
TOTAL	73,6	21,9	4,5
MASCULINO	74,8	20,8	4,3
FEMENINO	72,4	23,0	4,7
<b>SU JEFE EN EL TRABAJO</b>			
TOTAL	18,7	37,7	43,6
MASCULINO	17,9	38,4	43,7
FEMENINO	20,0	36,6	43,4
<b>VECINOS</b>			
TOTAL	48,2	39,3	12,5
MASCULINO	43,9	43,0	13,1
FEMENINO	52,5	35,6	11,8
<b>PERIODISTAS</b>			
TOTAL	53,6	38,2	8,2
MASCULINO	53,0	39,4	7,7
FEMENINO	54,3	37,0	8,7
<b>JUECES</b>			
TOTAL	70,3	26,6	3,0
MASCULINO	69,8	26,9	3,3
FEMENINO	70,8	26,3	2,8

Con respecto a la seguridad que las personas perciben de su entorno, la gran mayoría no se siente protegida por el Estado (74,1%). Esto contrasta con los sentimientos de protección que sí genera la familia y la creencia en Dios, que en países latinoamericanos podría representar una de sus fortalezas y factores de protección frente a los problemas de salud mental.

**TABLA 15**  
**SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>DEL ESTADO</b>			
TOTAL	74,1	23,2	2,7
MASCULINO	75,0	22,9	2,2
FEMENINO	73,2	23,6	3,2
<b>DE LA FAMILIA</b>			
TOTAL	9,7	16,8	73,5
MASCULINO	9,9	19,0	71,1
FEMENINO	9,4	14,7	75,9
<b>DEL SINDICATO</b>			
TOTAL	51,4	32,6	16,0
MASCULINO	52,8	35,9	11,3
FEMENINO	49,9	29,2	20,9
<b>DE DIOS</b>			
TOTAL	2,5	4,6	92,9
MASCULINO	3,8	6,8	89,4
FEMENINO	1,2	2,5	96,3
<b>DE LA COMUNIDAD</b>			
TOTAL	45,3	39,3	15,4
MASCULINO	46,2	39,7	14,2
FEMENINO	44,3	39,0	16,7
<b>OTROS</b>			
TOTAL	10,9	22,3	66,8
MASCULINO	16,9	25,4	57,7
FEMENINO	5,8	19,7	74,5

## ESTRESORES PSICOSOCIALES

Los estresores psicosociales y el estrés que estos generan podrían estar relacionados directamente con el desarrollo de problemas o trastornos de la salud mental y también con problemas físicos diversos. La evaluación y medición de los mismos expresan en cierta medida las condiciones sociales y económicas del país. De las cifras que aquí se presentan se concluye que una parte importante de la población presenta situaciones de alto estrés en diversas situaciones, siendo mayor la cifra en aquellas situaciones relacionadas con la delincuencia, el narcotráfico y el terrorismo. Las mujeres perciben más altos niveles de estrés en general en relación a los hombres en todos los indicadores (Tabla 16).

**TABLA 16**  
**MAGNITUD DE TENSION FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACION ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

<b>TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL</b>	<b>NADA O POCO %</b>	<b>REGULAR %</b>	<b>BASTANTE O MUCHO %</b>
<b>TRABAJO</b>			
TOTAL	45,7	29,9	24,4
MASCULINO	46,9	30,7	22,4
FEMENINO	43,8	28,6	27,5
<b>ESTUDIO</b>			
TOTAL	45,4	35,9	18,7
MASCULINO	48,3	34,7	17,1
FEMENINO	42,2	37,2	20,6
<b>HIJOS Y PARIENTES</b>			
TOTAL	57,9	20,7	21,4
MASCULINO	64,9	19,1	16,0
FEMENINO	51,0	22,3	26,7
<b>PAREJA</b>			
TOTAL	63,0	18,7	18,3
MASCULINO	67,7	17,1	15,2
FEMENINO	57,7	20,5	21,9
<b>DINERO</b>			
TOTAL	34,8	32,6	32,6
MASCULINO	37,7	34,8	27,4
FEMENINO	31,8	30,3	37,8
<b>SALUD</b>			
TOTAL	36,1	26,9	37,0
MASCULINO	41,6	28,9	29,5
FEMENINO	30,6	24,9	44,6
<b>ASUNTOS CON LA LEY</b>			
TOTAL	73,7	11,8	14,5
MASCULINO	75,6	11,8	12,6
FEMENINO	71,8	11,8	16,4
<b>TERRORISMO</b>			
TOTAL	39,6	12,2	48,2
MASCULINO	47,2	12,7	40,1
FEMENINO	32,0	11,6	56,4
<b>DELINCUENCIA</b>			
TOTAL	15,5	11,5	73,0
MASCULINO	19,6	14,0	66,5
FEMENINO	11,5	8,9	79,6
<b>NARCOTRÁFICO</b>			
TOTAL	26,0	13,8	60,2
MASCULINO	31,6	14,8	53,5
FEMENINO	20,3	12,8	66,9
<b>OTROS</b>			
TOTAL	3,4	9,7	86,8
MASCULINO	2,2	7,3	90,5
FEMENINO	4,3	11,4	84,3

El indicador de experiencias traumáticas está relacionado con haber sido testigo de acontecimientos durante los cuales han muerto personas o en los que el entrevistado ha visto gravemente amenazada su integridad física. En el caso de la población adulta, el 37,4% de la población se ha visto en situaciones semejantes, siendo la proporción algo mayor para el sexo masculino (Tabla 17).

**TABLA 17**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	%
TOTAL	37,4
MASCULINO	40,4
FEMENINO	34,9

Se encontraron también otras fuentes de estrés que tienen la categoría de estresores psicosociales: las características ambientales desfavorables donde viven las personas, tales como el ruido, la falta de ventilación, la falta de espacio y el mal olor también les producen niveles altos de estrés (Tabla 18).

**TABLA 18**  
**PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON NIVELES ALTOS DE ESTRÉS AMBIENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

POBLACIÓN CON ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	%
TOTAL	65,9
MASCULINO	61,1
FEMENINO	70,7

## DISCRIMINACIÓN

Una fuente importante de estrés se relaciona con la discriminación que pueden hacer las personas; también la medición de la discriminación existente podría dar información acerca de las representaciones sociales de un país y la necesidad o no de plantear estrategias para modificarlas. Para este fin se ha intentado cubrir todas las fuentes de discriminación, tanto en la prevalencia de vida como en el período de referencia de un año. En la Tabla 19 se pone en evidencia que la población percibe con mayor frecuencia la discriminación por la condición económica o social y por el nivel educativo. Las mujeres sienten la discriminación por sexo en un porcentaje mayor que los hombres.

**TABLA 19**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN SEGÚN TIPOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

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

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

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

**TABLA 20**  
**PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	4,2	81,5	14,3
MASCULINO	6,0	86,1	7,9
FEMENINO	2,4	77,0	20,6
<b>TENSO</b>			
TOTAL	11,1	73,5	15,4
MASCULINO	14,8	77,0	8,2
FEMENINO	7,4	70,0	22,6
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	20,9	68,2	10,8
MASCULINO	29,1	64,9	6,0
FEMENINO	12,8	71,5	15,7
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	16,7	71,4	11,9
MASCULINO	20,0	73,0	7,0
FEMENINO	13,5	69,9	16,7
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	3,8	66,5	29,7
MASCULINO	5,4	73,5	21,1
FEMENINO	2,2	59,5	38,3
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	1,9	31,4	66,7
MASCULINO	2,3	25,5	72,2
FEMENINO	1,5	37,2	61,3
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	0,6	27,0	72,4
MASCULINO	0,6	23,5	75,9
FEMENINO	0,7	30,5	68,9
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	20,8	69,7	9,6
MASCULINO	21,9	70,7	7,4
FEMENINO	19,6	68,6	11,7
<b>OTRO</b>			
TOTAL	3,6	12,7	83,7
MASCULINO	7,8	11,1	81,1
FEMENINO	0,8	13,7	85,5

## SATISFACCIÓN PERSONAL

La satisfacción personal en las distintas áreas de la vida está en directa relación entre otros con la autoestima personal. La estima personal se construye en forma muy compleja desde temprana edad a través de las experiencias con el medio. Esta interacción deriva en logros con los cuales la persona puede o no estar conforme, lo cual influye en su autovalía personal. En una escala de 5 a 20, el grado de satisfacción personal de los encuestados se encuentra en una media de 17,1 (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 que estudió o está estudiando u oficio que desempeña y sus relaciones sociales. Sin embargo, esta satisfacción es mucho menor en el nivel económico y el nivel educativo alcanzado. El grado de insatisfacción con relación al aspecto económico (23,8%) se asocia con los niveles de pobreza (Tabla 22). En general, existe una tendencia a una menor satisfacción en las mujeres en comparación con los hombres.

**TABLA 21**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL\* EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	17,1	2,4	17,5	20,0	15,5	19,0
MASCULINO	17,2	2,3	17,5	20,0	16,0	19,0
FEMENINO	16,9	2,4	17,4	19,0	15,1	18,9

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

**TABLA 22**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASPECTO FÍSICO</b>			
TOTAL	7,3	32,9	59,8
MASCULINO	5,8	31,3	62,9
FEMENINO	8,8	34,4	56,8
<b>COLOR DE PIEL</b>			
TOTAL	4,7	18,9	76,4
MASCULINO	3,9	20,0	76,1
FEMENINO	5,5	17,9	76,6
<b>INTELIGENCIA</b>			
TOTAL	5,7	24,2	70,1
MASCULINO	4,1	24,7	71,3
FEMENINO	7,4	23,7	68,9
<b>NIVEL ECONÓMICO</b>			
TOTAL	23,8	50,1	26,1
MASCULINO	21,7	50,2	28,1
FEMENINO	25,8	50,1	24,1
<b>PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)</b>			
TOTAL	8,7	19,2	72,1
MASCULINO	8,2	19,1	72,8
FEMENINO	9,3	19,4	71,3

CONTINÚA...

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO</b>			
TOTAL	26,9	32,6	40,5
MASCULINO	23,6	35,6	40,8
FEMENINO	30,3	29,5	40,2
<b>RELIGIÓN</b>			
TOTAL	7,1	17,8	75,2
MASCULINO	9,2	22,6	68,2
FEMENINO	5,0	13,0	82,0
<b>RELACIONES SOCIALES</b>			
TOTAL	11,3	29,4	59,3
MASCULINO	10,0	31,8	58,2
FEMENINO	12,6	27,1	60,3
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>			
TOTAL	12,9	31,2	55,9
MASCULINO	10,6	33,7	55,7
FEMENINO	15,2	28,7	56,1

## SATISFACCIÓN LABORAL

El desempleo y el subempleo crean condiciones desfavorables para la salud mental de las personas. Adicionalmente, la calidad del empleo puede ser fuente de condiciones anímicas negativas. Por ello, estimar el grado de satisfacción laboral es un aspecto importante de la salud mental. En el estudio en general, más de la mitad de los encuestados muestra un adecuado nivel de satisfacción laboral. El grado de satisfacción global deriva de la suma de los puntajes (del 1 al 4) de cada uno de los aspectos específicos convertidos al sistema vigesimal (Tablas 23 y 24).

**TABLA 23**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

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

**TABLA 24**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA</b>			
TOTAL	8,2	33,2	58,6
MASCULINO	8,9	35,0	56,1
FEMENINO	7,2	30,3	62,5
<b>CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA</b>			
TOTAL	10,1	37,1	52,7
MASCULINO	9,3	40,5	50,2
FEMENINO	11,5	32,0	56,5

CONTINÚA...

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>			
TOTAL	6,0	29,9	64,1
MASCULINO	5,7	31,4	62,9
FEMENINO	6,5	27,1	66,3
<b>CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO</b>			
TOTAL	12,2	42,6	45,2
MASCULINO	11,4	44,5	44,1
FEMENINO	13,4	39,7	46,9
<b>CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES</b>			
TOTAL	11,8	35,0	53,2
MASCULINO	11,9	35,9	52,2
FEMENINO	11,6	33,5	54,9
<b>CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE</b>			
TOTAL	31,9	46,8	21,3
MASCULINO	30,3	48,4	21,3
FEMENINO	34,4	44,3	21,3

## CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es una construcción conceptual que involucra áreas como el bienestar físico, psicológico, autocuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo socio-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. A continuación se presenta el resultado global correspondiente al Índice de Calidad de Vida que -en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente- en el estudio se encontró en un 7,4. El valor de este resultado será mejor apreciado como indicador comparativo en posteriores estudios. Aun así, la cifra encontrada indica un nivel aceptable de calidad de vida desde la perspectiva de la propia persona. Estudios posteriores presentarán los detalles específicos de este indicador (Tabla 25).

**TABLA 25**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

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

## 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 insuficiencia de desarrollo de habilidades.

En este informe se presentan los indicadores generales a nivel de la población adulta; posteriores reportes presentarán los resultados específicos de la población y los relacionados con la patología psiquiátrica. Se encuentra que alrededor de una décima parte de la población tiene al menos alguna discapacidad o inhabilidad (Tablas 26 y 27).

**TABLA 26**  
**NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

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

**TABLA 27**  
**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN GENERAL ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA**  
**2006 CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD**

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
TOTAL	10,7
MASCULINO	8,8
FEMENINO	12,7

## ASPECTOS PSICOPÁTICOS

El clima de paz y tranquilidad que debe existir entre los ciudadanos se ve afectado cuando la persona quiebra sistemáticamente las reglas y leyes que la sociedad establece. Si bien existe una personalidad definidamente antisocial, cuyas causas se han relacionado hasta con factores genéticos, en esta ocasión se evalúa tendencias más sutiles y sensibles a los cambios e influencias de la sociedad. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente, la violencia o el robo. La primera se encuentra en el 6,8% de la población y la segunda en el 3,5%, cifras que denotan una importante proporción de individuos en estas condiciones (Tabla 28).

**TABLA 28**  
**ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
<b>PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA</b>	
TOTAL	6,8
MASCULINO	7,4
FEMENINO	6,3
<b>PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS</b>	
TOTAL	3,5
MASCULINO	5,7
FEMENINO	1,3

## INDICADORES SUICIDAS

Se han estudiado los indicadores suicidas en una forma detallada, empezando con las formas más sutiles como los deseos de morir, pensamientos suicidas específicos, el planeamiento y el intento suicida. Estos indicadores son más sensibles, antes del suicidio consumado, y más susceptibles de acciones preventivas. No se sostiene que las causas que expliquen uno u otro, o el mismo suicidio, deban ser necesariamente las mismas; sin embargo, aparentemente existe algún tipo de vinculación importante. De primera intención

observamos que los indicadores son significativos especialmente en el sexo femenino, llegando a un 11,9% la prevalencia anual de deseos de morir en la mujer. Esto es congruente con los hallazgos de estados prevalentes y con la presencia de trastornos clínicos, como veremos más adelante. En la Tabla 29, observamos que un 30,1% de la población adulta de las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa, alguna vez en su vida ha presentado deseos de morir; un 8,7% lo ha considerado en el último año y, un 3,2%, en el último mes. Con relación a ideas suicidas más definidas, el 11,9% y el 4,3% ha tenido alguna vez en su vida pensamientos de quitarse la vida y planes suicidas, respectivamente. En cuanto a la conducta suicida, que denota un indicador más objetivo con impacto familiar y económico, el 2,5% de la población encuestada ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 0,4% lo ha intentado en el último año. Esta última cifra, debido al tamaño de muestra y al nivel de precisión, debe ser tomada con cautela; sin embargo, es clara la tendencia. Un 16% de las personas que intentó hacerse daño considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución.

**TABLA 29**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

INDICADORES SUICIDAS	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR</b>	30,1
MASCULINO	21,1
FEMENINO	39,1
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR</b>	3,2
MASCULINO	1,8
FEMENINO	4,6
<b>PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR</b>	8,7
MASCULINO	5,5
FEMENINO	11,9
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	11,9
MASCULINO	8,9
FEMENINO	15,0
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	1,0
MASCULINO	0,8
FEMENINO	1,3
<b>PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	3,4
MASCULINO	2,5
FEMENINO	4,2
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	4,3
MASCULINO	2,6
FEMENINO	5,9
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	0,4
MASCULINO	0,3
FEMENINO	0,5
<b>PREVALENCIA ANUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	1,2
MASCULINO	0,7
FEMENINO	1,7
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	2,5
MASCULINO	1,0
FEMENINO	4,0
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	0,0
MASCULINO	0,0
FEMENINO	0,1
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	0,4
MASCULINO	0,3
FEMENINO	0,5
<b>PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA</b>	0,4
	(16% DE LOS INTENTOS)
MASCULINO	0,1
FEMENINO	0,6

Se observa en la Tabla 30 que los principales motivos del deseo de morir y de pensamientos suicidas son, en orden de frecuencia: problemas con la pareja, económicos y problemas con los padres. Se aprecia también que los principales motivos de intento suicida son: problemas de pareja, con los padres y 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. Es probable que esto se deba a que los hombres resienten más que las mujeres la responsabilidad económica del hogar.

**TABLA 30**  
**MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TÓPICOS	MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS %	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %
<b>PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN</b>	1,2	0,9
MASCULINO	2,0	0,0
FEMENINO	0,8	1,2
<b>PROBLEMAS CON PADRES</b>	16,8	31,1
MASCULINO	17,4	17,2
FEMENINO	16,4	34,7
<b>PROBLEMAS CON HIJOS</b>	3,6	0,7
MASCULINO	2,0	0,0
FEMENINO	4,5	0,9
<b>PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES</b>	6,5	7,9
MASCULINO	6,3	11,1
FEMENINO	6,7	7,1
<b>PROBLEMAS CON PAREJA</b>	35,1	47,9
MASCULINO	23,3	40,9
FEMENINO	41,4	49,7
<b>PROBLEMAS CON AMISTADES</b>	0,6	0,0
MASCULINO	0,9	0,0
FEMENINO	0,4	0,0
<b>PROBLEMAS LABORALES</b>	2,4	0,0
MASCULINO	3,8	0,0
FEMENINO	1,6	0,0
<b>PROBLEMAS CON ESTUDIOS</b>	3,4	3,5
MASCULINO	4,1	4,3
FEMENINO	3,0	3,3
<b>PROBLEMAS ECONÓMICOS</b>	18,0	8,8
MASCULINO	20,6	20,5
FEMENINO	16,6	5,8
<b>PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA</b>	9,3	2,6
MASCULINO	8,6	2,7
FEMENINO	9,7	2,5
<b>SALUD FÍSICA DE ALGÚN FAMILIAR</b>	3,6	0,2
MASCULINO	4,3	0,6
FEMENINO	3,2	0,1
<b>SEPARACIÓN DE FAMILIAR</b>	2,2	3,6
MASCULINO	1,4	5,1
FEMENINO	2,7	3,2
<b>MUERTE DE PAREJA</b>	1,4	0,0
MASCULINO	1,2	0,0
FEMENINO	1,5	0,0
<b>MUERTE DE UN HIJO</b>	1,5	3,3
MASCULINO	0,6	0,6
FEMENINO	1,9	4,0

CONTINUÍA...

TÓPICOS	MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS %	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %
<b>MUERTE DE PADRE(S) O MADRE</b>	5,5	2,0
MASCULINO	8,9	4,7
FEMENINO	3,7	1,3
<b>PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA</b>	1,4	2,5
MASCULINO	0,9	0,0
FEMENINO	1,8	3,1
<b>SIN MOTIVO APARENTE</b>	2,2	0,6
MASCULINO	3,0	0,0
FEMENINO	1,7	0,7
<b>OTROS</b>	9,1	7,3
MASCULINO	10,8	9,2
FEMENINO	8,1	6,8

## TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA

La violencia es uno de los principales problemas 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, se encuentra que un 24,7% de la población se ha visto involucrada 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 PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

INDICADOR	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TENDENCIAS VIOLENTAS</b>	
TOTAL	24,7
MASCULINO	37,6
FEMENINO	11,9
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>	
TOTAL	3,2
MASCULINO	3,9
FEMENINO	2,5
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>	
TOTAL	0,4
MASCULINO	0,4
FEMENINO	0,3
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>	
TOTAL	0,9
MASCULINO	0,9
FEMENINO	0,9

## FACTORES PROTECTORES

Como se ha observado, en el área de sentimientos de protección familiar, el grado de cohesión familiar medido a través del respeto y apoyo mutuo, orgullo familiar, o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos, lo que es un factor positivo comparado con los otros factores psicosociales que atentan contra la salud mental. De la misma manera, el factor religioso es muy importante en la población, y la mayoría se apoya en el mismo para enfrentar los retos cotidianos que les presenta la vida. Sin embargo, la participación religiosa activa se encuentra a niveles relativamente bajos (Tablas 32 y 33).

**TABLA 32**  
**GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

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

**TABLA 33**  
**TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TENDENCIAS RELIGIOSAS	SIENTE PROTECCIÓN DE DIOS %	DIOS ES MUY IMPORTANTE %	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO %	PARTICIPA ACTIVAMENTE %	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS %	TRASMITE RELIGIÓN A HIJOS %	PREDICA RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS %	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIÓN DE PROBLEMAS %
TOTAL	92,9	92,8	72,8	19,4	62,3	58,0	28,3	65,4
MASCULINO	89,4	88,8	66,8	14,5	56,6	47,2	22,4	64,0
FEMENINO	96,3	96,8	78,9	24,4	68,1	68,0	34,1	66,7

## 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 más problemas por uso de sustancias nocivas. Poco más de la cuarta parte de la población de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa (27,4%) alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico; cerca de una quinta parte lo ha sufrido en los últimos 12 a seis meses (17,3 - 16,0), y un 12,8% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta. Como grupo, los trastornos de ansiedad han sido los más frecuentes; sin embargo, disminuyen considerablemente las prevalencias del último año, lo que podría estar reflejando la disminución de los estresores psicosociales en la región. Sin embargo, si consideramos las prevalencias anuales, los trastornos depresivos son los más frecuentes (5,8%), seguidos por los trastornos por abuso de sustancias nocivas (4,5%).

Las Tablas 35, 36, 37 y 38A presentan respectivamente la prevalencia de vida, anual, de seis meses y actual de los principales trastornos psiquiátricos de la población de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa, así como la distribución por sexo. En lo que concierne a prevalencia de vida, el desorden más frecuente es el episodio depresivo (14,1%), seguido por el el trastorno de ansiedad generalizada (4,2%) y el trastorno de estrés posttraumático (3,7%)(Tabla 35). Con respecto a las prevalencias anuales (Tabla 36), observamos que los principales problemas desde el punto de vista psiquiátrico que enfrentan estas ciudades son los trastornos de dependencia o abuso de alcohol (9,4%), que en los varones alcanza a la sexta parte de la población, y el episodio depresivo (5,8%), que afecta con mayor frecuencia al sexo femenino. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien las prevalencias son bajas, las conductas de riesgo reportadas son moderadas (4,6%), especialmente en las mujeres (6,5%) (Tabla 38A). La tabla 38B presenta la edad de inicio de los principales trastornos psiquiátricos. La edad de inicio más temprana se encontró para la fobia social y la más tardía para el trastorno de ansiedad generalizada. En general, la edad de inicio de la mayoría de trastornos se sitúa entre los 20 y 30 años, sin embargo, en muchos casos estos trastornos se iniciaron a edades muy tempranas.

**TABLA 34**  
**PREVALENCIA DE VIDA, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS EN GENERAL DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE TRASTORNOS	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO*</b>	
TOTAL	27,4
MASCULINO	26,5
FEMENINO	28,3
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	
TOTAL	17,3
MASCULINO	20,0
FEMENINO	14,7
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**</b>	
TOTAL	16,0
MASCULINO	19,2
FEMENINO	12,9
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO **</b>	
TOTAL	12,8
MASCULINO	18,1
FEMENINO	7,5
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL ***</b>	
TOTAL	9,3
MASCULINO	5,4
FEMENINO	13,2
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
TOTAL	3,1
MASCULINO	1,2
FEMENINO	5,0
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN GENERAL.</b>	
TOTAL	2,8
MASCULINO	1,1
FEMENINO	4,5
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
TOTAL	1,8
MASCULINO	0,7
FEMENINO	2,9
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL****</b>	
TOTAL	14,2
MASCULINO	8,1
FEMENINO	20,3
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	5,8
MASCULINO	2,7
FEMENINO	9,0
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	4,5
MASCULINO	1,7
FEMENINO	7,3
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	1,6
MASCULINO	0,4
FEMENINO	2,7
<b>PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA</b>	
TOTAL	4,5
MASCULINO	7,9
FEMENINO	1,1

\* 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 adictivas.

\*\*\* Trastornos de ansiedad: incluye agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés posttraumático y fobia social.

\*\*\*\* Trastornos depresivos en general: incluye episodio depresivo y distimia.

**TABLA 35**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,0	0,0	0,0
TRASTORNO BIPOLAR	0,0	0,0	0,0
EPISODIO DEPRESIVO	14,1	8,0	20,1
DISTIMIA	0,3	0,1	0,6
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	1,3	0,6	1,9
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	3,7	2,2	5,1
FOBIA SOCIAL	1,3	0,7	1,8
TRASTORNO DE PANICO	0,2	0,0	0,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	4,2	2,2	6,2
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,1	0,1	0,1
TRASTORNO DEPRESIVO EN GENERAL	14,2	8,1	20,3

\* 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 EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
EPISODIO DEPRESIVO	5,8	2,7	8,9
TRASTORNOS PSICÓTICOS**	0,0	0,0	0,0
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,6	0,2	0,9
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	0,8	0,2	1,3
FOBIA SOCIAL	0,7	0,3	1,1
TRASTORNO DE PÁNICO	0,1	0,0	0,2
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1,1	0,4	1,8
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,1	0,0	0,1
DEPENDENCIA O CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	9,4	16,8	2,1

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

\*\*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 37**  
**PREVALENCIA DE LOS SEIS ÚLTIMOS MESES DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

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

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

**TABLA 38A**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

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

\* 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 dos años por los criterios diagnósticos

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

**TABLA 38B**  
**EDAD DE INICIO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE TRASTORNO *	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	MIN.	MAX.	N
EDAD DE INICIO DEL EPISODIO DEPRESIVO	31,00	0,99	27,0	20,0	4,0	98,0	1 030
EDAD DE INICIO DE AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	21,28	1,63	17,0	16,0	6,0	58,0	106
EDAD DE INICIO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	23,64	1,04	21,0	20,0	4,0	76,0	271
EDAD DE INICIO DE FOBIA SOCIAL	19,03	1,21	16,0	18,0	5,0	55,0	99
EDAD DE INICIO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	33,79	1,40	32,0	30,0	5,0	75,0	316

\* Se incluyeron sólo aquellos trastornos cuyo conteo no fue mayor de 30.

**TABLA 38C**  
**DURACIÓN EN MESES DEL ÚLTIMO EPISODIO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE TRASTORNO *	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	MIN.	MAX.	N
DURACIÓN EN MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	11,23	1,35	3,0	1,0	0,0	648,0	1 033
DURACIÓN EN MESES DE AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	24,90	5,03	6,0	1,0	0,03	360,0	106
DURACIÓN EN MESES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	19,48	4,30	6,0	12,0	0,07	432,0	271
DURACIÓN EN MESES DE FOBIA SOCIAL	70,04	15,48	12,0	1,0	0,03	408,0	99
DURACIÓN EN MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	20,83	3,13	12,0	12,0	0,33	264,0	314

\* Se incluyeron sólo aquellos trastornos cuyo conteo no fue mayor de 30.

**TABLA 38D**  
**NÚMERO DE EPISODIOS DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA**  
**SEGÚN GRUPOS ETARIOS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRUPOS ETARIOS	18 - 44	45 - 60	> 60	TOTAL
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS*	PROMEDIO (ic 95%)	PROMEDIO (ic 95%)	PROMEDIO (ic 95%)	PROMEDIO (ic 95%)
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	2,16 (1,60 - 2,72)	1,91 (1,24- 2,57)	2,15 (1,46 - 2,84)	2,11 (1,67-2,56)
FOBIA SOCIAL	1,48 (1,27 - 1,70)	1,58 (0,58 - 2,59)	1,91 (1,91 - 1,91)	1,51 (1,28-1,73)
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1,19 (1,09 - 1,29)	1,15 (1,06 - 1,24)	1,59 (1,34 - 1,85)	1,25 (1,17-1,33)
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,18 (1,08 - 1,28)	1,78 (1,04 - 2,53)	1,17 (0,94 - 1,40)	1,39 (1,12-1,66)
EPISODIO DEPRESIVO	1,72 (1,47 - 1,98)	2,02 (1,76 - 2,28)	2,02 (1,75 - 2,29)	1,86 (1,70-2,02)

\* Se incluyeron sólo aquellos trastornos cuyo conteo no fue mayor de 30.

## USO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

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 78,4%, mientras que la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se halla en un 5,7%. El consumo actual (en el último mes) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 25,9% y 0,3% respectivamente. Con respecto a las sustancias específicas, la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (4,3%), seguida de la cocaína con el 1,4%; las prevalencias de consumo actual (en el último mes) siguen siendo importantes para el alcohol (56,0%) y el tabaco (22,8%) (Tabla 40).

**TABLA 39**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN**  
**GENERAL EN LA POBLACIÓN ADULTA PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	78,6	91,7	65,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	78,4	91,4	65,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHÓLICAS	5,7	10,3	1,1
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	25,9	36,9	14,9
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	25,9	36,9	14,8
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	0,3	0,5	0,0

**TABLA 40**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES**  
**E ILEGALES EN LA POBLACIÓN DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE SUSTANCIA*	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
	%	%	%
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	98,2	99,5	96,9
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	56,0	65,3	46,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	74,1	89,6	58,7
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE TABACO	22,8	35,3	10,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	2,0	1,3	2,7
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,4	0,2	0,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	3,6	2,7	4,6
PREVALENCIA MENSUAL DE PASTILLAS PARA DORMIR	0,7	0,4	0,9
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	0,4	0,4	0,4
PREVALENCIA MENSUAL DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	0,2	0,2	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,9	0,1	1,7
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,1	0,0	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	25,0	31,3	18,6
PREVALENCIA MENSUAL DE HOJA DE COCA	3,6	3,7	3,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	4,3	7,7	0,9
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,2	0,4	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHÓLICAS	5,7	10,3	1,1
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHÓLICAS	0,3	0,5	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA	1,4	2,7	0,2
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	2,1	4,0	0,2
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE PBC	0,1	0,1	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	2,8	5,3	0,4
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	0,1	0,1	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 la Tabla 41 se aprecia en la mayoría de los entrevistados que la edad de inicio de consumo, considerando todas las sustancias, se encuentra en promedio entre los 15 y 35 años, y las sustancias cuyo consumo se inicia en promedio a menor edad son los inhalantes. Sin embargo, se debe considerar que esta edad de inicio es con respecto a la población adulta, por lo que no es representativa necesariamente de los patrones de consumo actuales.

**TABLA 41**  
**EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE SUSTANCIA*	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	MIN.	MAX.
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	17,5	4,7	17,0	18,0	2,0	69,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	18,6	5,5	18,0	18,0	4,0	69,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	35,2	12,8	33,0	33,0	14,0	73,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	24,7	11,4	20,0	18,0	2,0	58,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉXTASIS	20,0	4,2	17,0	17,0	15,0	25,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	21,0	6,5	19,0	23,0	12,0	45,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	20,3	5,4	20,0	18,0	13,0	43,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	22,4	11,6	20,0	20,0	2,0	80,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	18,4	4,5	17,0	17,0	12,0	47,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	15,0	4,0	14,0	12,0	10,0	25,0

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

Con respecto a las conductas problemáticas en cuanto al uso de alcohol, se ha definido al bebedor riesgoso como aquel que durante un año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte), encontrándose una prevalencia del 16,0%. En lo que respecta al uso de sustancias, se ha considerado sólo la prevalencia en el año. Como se menciona la prevalencia más frecuente es la del abuso o dependencia del alcohol según criterios de investigación de la CIE-10, con un 9,4%, seguido por el consumo perjudicial de alcohol con el 5,5% (Tabla 42).

**TABLA 42**  
**PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS NOCIVAS EN LA POBLACIÓN DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE SUSTANCIA (PREVALENCIA ANUAL)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	16,0	27,8	4,4
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	5,5	9,7	1,3
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	3,9	7,1	0,8
ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	9,4	16,8	2,1
ABUSO O DEPENDENCIA DE TABACO	1,0	1,6	0,4
ABUSO O DEPENDENCIA DE MARIHUANA	0,1	0,2	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE PBC	0,1	0,1	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAÍNA	0,1	0,1	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS	0,0	0,0	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	10,0	17,6	2,5
DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	4,5	7,9	1,1

## TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS

La distribución de los trastornos clínicos en forma general es más frecuente entre los 18 y 44 años; sin embargo, el análisis específico revela una prevalencia más o menos uniforme en los trastornos depresivos. Asimismo, observamos diferencias estadísticamente significativas en el abuso/dependencia del alcohol, con una mayor prevalencia entre los 25 y 44 años y una menor prevalencia anual entre personas mayores de 65 años (1,3%) (Tabla 43).

**TABLA 43**  
**PREVALENCIA ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	18 A 24 AÑOS %	25 A 44 AÑOS %	45 A 64 AÑOS %	MAYOR DE 65 AÑOS %
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=4,790; DF1=2,760; DF2=1601,067; P=0,003)	17,7	18,0	19,3	9,1
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=4,596; DF1=2,677; DF2=1552,582; P=0,005)	16,2	16,7	18,0	8,3
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=3,365; DF1=2,772; DF2=1607,704; P=0,021)	12,9	13,3	14,4	6,4
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F=0,373; DF1=2,654; DF2=1539,338; P=0,748)	2,8	3,1	3,7	2,6
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F= 1,230; DF1=2,727; DF2=1581,717; P=0,297)	2,3	2,5	3,8	2,5
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F=0,557; DF1=2,532; DF2=1468,482; P=0,614)	1,5	1,6	2,4	2,1
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=1,136; DF1=2,822; DF2=1637,015; P=0,332)	5,5	5,4	7,2	5,1
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=0,783; DF1=2,663; DF2=1544,727; P=0,490)	4,1	4,2	5,6	4,3
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=3,666; DF1=2,424; DF2=1405,631; P=0,019)	0,7	1,1	2,7	2,8
PREVALENCIA ANUAL DE USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (F=8,525; DF1=2,624; DF2=1521,793; P=0,00004)	10,8	10,5	9,6	1,3

## POBREZA Y SALUD MENTAL

La relación entre la pobreza y la salud mental ha sido discutida al inicio de este informe. Uno de los aspectos más importantes a considerar en las políticas sociales es la protección de aquellos grupos humanos más vulnerables. La evaluación de la pobreza en este estudio se basó en estimaciones subjetivas de la jefa del hogar o esposa del jefe del hogar, preguntándose en qué medida los ingresos familiares satisfacían las necesidades básicas (alimentación, vestido, salud, educación) y no básicas (distracción, educación diferenciada, etc.). Aquellos miembros de una familia que no pueden satisfacer la necesidad básica de alimentación son considerados pobres extremos; si satisfacen la necesidad básica de alimentación, pero no las otras necesidades básicas, son considerados pobres; si satisfacen las necesidades básicas, pero no otras necesidades, son considerados no pobres básicos; y a los miembros de aquellas familias que satisfacen sus necesidades básicas y otras necesidades se les considera no pobres. Además, se han incluido como medida objetiva de la pobreza las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que contienen características de la vivienda, hacinamiento, deficiencia de servicios higiénicos, agua potable, electricidad, y niños en edad escolar que no estudian.

En este informe presentamos las asociaciones entre los primeros indicadores y los trastornos clínicos generales. En un reporte posterior se presentarán los análisis más detallados conjuntamente con el método de necesidades básicas insatisfechas. En la Tabla 44 podemos observar que existe una asociación estadísticamente significativa entre las prevalencias del último año, seis meses y actual 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. Esta asociación es similar en trastornos depresivos como en trastornos de ansiedad; sin embargo, no existe esa asociación con los problemas de abuso/dependencia del alcohol. Hallazgos similares fueron encontrados en Lima Metropolitana y el Callao y estuvieron ausentes en la Sierra. La pobreza en la Costa tiene características distintivas que serían importantes para el análisis de la salud mental. Así por ejemplo, es posible que el estrés asociado a la pobreza sea mayor en ciudades como Lima y las de Selva en comparación con las ciudades de frontera. 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 PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	%
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	<i>F=2,658 DF1=2,519; DF2=1460,745 P=0,057</i>
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	26,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	20,3
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	16,2
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	17,1
<b>PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	<i>F=2,972 ; DF1=2,518; DF2=1460,199; P=0,039</i>
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	26,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	19,0
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	14,8
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	15,9
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	<i>F=1,984; DF1=2,492; DF2=1445,377; P=0,126</i>
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	17,0
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	15,0
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	11,8
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	14,1

CONTINÚA...

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	%
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL*</b>	<i>F=3,631; DF1=2,676; DF2=1552,117; P=0,016</i>
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	6,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	2,5
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	3,1
<b>PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	<i>F=3,700; DF1=2,669; DF2=1547,935; P=0,015</i>
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	6,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	2,3
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,9
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	<i>F=3,156; DF1=2,277; DF2=1320,683; P=0,037</i>
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	1,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	3,0
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	1,5
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,3
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL**</b>	<i>F=4,207; DF1=2,682; DF2=1555,341; P=0,008</i>
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	11,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	5,4
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	2,6
<b>PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	<i>F=4,669; DF1=2,618; DF2=1518,495; P=0,005</i>
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,5
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	3,9
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,8
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	<i>F=7,601; DF1=1,694; DF2=982,548; P=0,001</i>
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	2,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	1,2
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	0,2
<b>PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO / DEPENDENCIA DEL ALCOHOL</b>	<i>F=0,947; DF1=2,645; DF2=1534,021; P=0,408</i>
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,8
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	8,9
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	12,2

\* Trastornos de ansiedad: incluyen agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático y fobia social. \*\* Trastornos depresivos en general: incluyen episodio depresivo y distimia.

## SALUD MENTAL POR CIUDADES

Se ha agregado un análisis de los problemas de trastornos clínicos por ciudades. En líneas generales se encuentra una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en las ciudades de la Costa, en comparación con las otras ciudades estudiadas, en la mayoría de los tiempos de referencia. En los análisis por tipo de trastornos, no se encontraron diferencias significativas con respecto a los trastornos depresivos (Tabla 45). Arequipa mantiene prevalencia más alta (en el último año) de trastornos psiquiátricos en general, y revela una tendencia en particular a problemas con el consumo de bebidas alcohólicas, al igual que Chimbote, en comparación con las otras ciudades.

**TABLA 45**  
**PREVALENCIA DE VIDA, ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**  
**GENERALES SEGÚN CIUDADES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y**  
**AREQUIPA 2006**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	PIURA %	TRUJILLO %	CHIMBOTE %	ICA %	AREQUIPA %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	27,9	23,9	25,2	29,9	31,0	27,2	F=2,407; DF1=3,246; DF2=1882,917; P=0,061
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	18,1	16,5	16,3	16,0	18,8	17,3	F=0,640; DF1=2,705; DF2=1569,083; P=0,573
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	17,2	15,5	15,1	14,2	17,1	16,0	F=0,559; DF1=2,607; DF2=1512,320; P=0,618
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	13,9	12,1	12,3	11,0	13,8	12,8	F=0,629; DF1=2,876; DF2=1667,858; P=0,590
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	7,6	8,2	8,1	12,6	10,3	9,1	F=1,653; DF1=3,186; DF2=1848,144; P=0,172
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	3,0	3,7	2,8	2,7	2,7	3,1	F=0,527; DF1=2,743; DF2=1590,866; P=0,648
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	2,9	3,3	2,5	2,4	2,4	2,8	F=0,394; DF1=2,730; DF2=1583,565; P=0,738
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	1,7	2,5	1,6	0,6	1,7	1,8	F=1,076; DF1=2,622; DF2=1520,745; P=0,353
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	15,4	12,0	12,4	16,3	16,5	14,2	F=1,743; DF1=3,205; DF2=1858,898; P=0,152
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	5,9	5,7	4,9	6,3	6,4	5,8	F=0,316; DF1=3,305; DF2=1917,005; P=0,832
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	4,8	5,0	3,2	4,3	4,6	4,5	F=0,563; DF1=3,247; DF2=1883,238; P=0,653
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	1,7	2,0	0,8	1,4	1,4	1,6	F=1,103; DF1=3,132; DF2=1816,652; P=0,348
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	10,0	8,2	10,1	8,6	10,4	9,4	F=1,021; DF1=3,463; DF2=2008,547; P=0,389

## 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 en época de terrorismo y, por otro lado, la relación de ésta con trastornos psiquiátricos. Tanto la población de Ica como la de Trujillo han padecido una mayor pérdida personal, ya sea en pérdidas humanas o bienes materiales, en forma significativa en comparación con las otras ciudades (Tabla 46A).

**TABLA 46A**  
**FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON LA**  
**VIOLENCIA EN LA ÉPOCA TERRORISTA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE,**  
**ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE PÉRDIDA	PIURA %	TRUJILLO %	CHIMBOTE %	ICA %	AREQUIPA %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
MUERTE DE FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO(A), HIJOS)	0,2	0,7	0,3	2,5	0,5	0,7	F=7,250; DF1=2,893; DF2=1677,774; P=0,00010
MUERTE DE OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	2,2	6,7	4,8	7,8	3,8	5,0	F=4,653; DF1=3,259; DF2=1890,072; P=0,002
FAMILIAR DESAPARECIDO	1,3	1,9	1,9	2,9	1,2	1,7	F=1,557; DF1=3,360; DF2=1948,708; P=0,193
TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	1,0	2,0	2,8	2,3	1,4	1,8	F=0,877; DF1=2,227; DF2=1291,867; P=0,426
FAMILIAR DETENIDO	1,0	2,8	2,6	2,3	0,7	1,8	F=2,424; DF1=1,980; DF2=1148,304; P=0,090
FAMILIAR EN PRISIÓN	1,4	1,8	0,8	1,1	0,9	1,3	F=1,399; DF1=3,466; DF2=2010,026; P=0,237
PÉRDIDA DE BIENES	0,5	1,3	0,3	2,4	0,7	1,0	F=3,083; DF1=2,872; DF2=1665,775; P=0,28
CAMBIO DE RESIDENCIA	0,4	2,4	2,8	3,4	1,5	2,0	F=1,993; DF1=2,122; DF2=1230,897; P=0,134
AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	5,6	10,7	7,7	13,7	7,1	8,7	F=6,108; DF1=3,421; DF2=1984,196; P=0,00019
ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	3,4	8,5	6,3	11,2	4,9	6,6	F=6,912; DF1=3,477; DF2=2016,621; P=0,00005

En la Tabla 46B, se observa la tendencia a que la prevalencia de vida de algún trastorno psiquiátrico en las personas que han perdido algún familiar sea más elevada (30,1%) en comparación con aquellas personas que no han presentado ninguna pérdida familiar. Esta relación parece significativa con respecto a la prevalencia de vida de trastorno de ansiedad y a la presencia actual de trastornos depresivos.

**TABLA 46B**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN PRESENCIA O AUSENCIA DE PÉRDIDAS PERSONALES POR LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA TERRORISTA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	CON ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO (%)	SIN ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO (%)	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	30,1	27,1	F=0,791; DF1=1; DF2=580; P=0,374
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	19,8	17,2	F=0,762; DF1=1; DF2=580; P=0,383
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	16,4	16,0	F=0,019; DF1=1; DF2=580; P=0,890
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	11,8	12,9	F=0,180; DF1=1; DF2=580,000; P=0,672
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	13,2	8,8	F=4,880; DF1=1; DF2=580; P=0,028
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	4,8	3,0	F=1,679; DF1=1; DF2=580,000; P=0,196
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	3,1	2,7	F=0,111; DF1=1; DF2=580; P=0,740
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	2,2	1,8	F=0,167; DF1=1; DF2=580; P=0,683
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	16,4	14,1	F=0,810; DF1=1; DF2=580; P=0,369
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	8,8	5,6	F=3,083; DF1=1; DF2=580,000; P=0,080
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	5,9	4,4	F=1,044; DF1=1; DF2=580,000; P=0,307
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	1,7	1,5	F=0,072; DF1=1; DF2=580,000; P=0,789
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	8,2	9,5	F=0,360; DF1=1; DF2=580,000; P=0,549

## ESTILOS DE CRIANZA Y SALUD MENTAL EN LA ADULTEZ

Se ha considerado para este reporte el informe de algunos estilos de crianza y su relación con la salud mental. Reportes posteriores tratarán este tema a profundidad. Se hace la advertencia de que la información sobre estilos de crianza se ha realizado en base a recuerdos de los encuestados, lo que conlleva ciertas limitaciones; sin embargo, aun así, resulta de particular importancia su consideración. En general, se observa una mayor prevalencia de estilos de crianza negativos en Chimbote y de sobreprotección en Piura. (Tabla 47A).

**TABLA 47A**  
**ALGUNOS ESTILOS DE CRIANZA REFERIDOS POR LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ESTILOS DE CRIANZA	PIURA %	TRUJILLO %	CHIMBOTE %	ICA %	AREQUIPA %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
LE DIERON MÁS CASTIGOS DE LOS QUE MERECEÍA	17,4	17,2	22,8	20,8	19,4	19,0	F=1,481 DF1=3,030 DF2=1757,425 P=0,218
LE PERMITÍAN HACER COSAS QUE A SUS HERMANOS NO	10,5	16,2	15,7	17,8	17,3	15,7	F=3,158 DF=3,266 DF2=1894,389 P=0,020
SI LAS COSAS IBAN MAL SUS PADRES TRATABAN DE CONFORTARLO Y ANIMARLO	78,5	77,3	75,5	75,6	71,6	75,4	F=2,821 DF1=3,152 DF2=1828,348 P=0,035
EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES	92,5	88,0	88,8	87,8	85,5	88,0	F=3,187 DF1=2,580 DF2=1496,237 P=0,029
LE PROHIBÍAN HACER COSAS QUE A OTROS NIÑOS SÍ LES ERAN PERMITIDAS PORQUE TEMÍAN QUE ALGO MALO LE PODÍA OCURRIR	51,7	54,9	59,6	55,0	57,3	55,8	F=1,497 DF1=3,448 DF2=1999,568 P=0,208
ERAN MUY EXIGENTES CON RESPECTO A SUS CALIFICACIONES ESCOLARES, DESEMPEÑO DEPORTIVO O ACTIVIDADES SIMILARES	56,5	56,6	58,8	52,9	47,5	54,0	F=5,754 DF1=3,168 DF2=1837,511 P=0,00050
LE PERMITÍAN TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES COMO POR EJEMPLO ELEGIR SU ROPA, ESCOGER A SUS AMISTADES, LOS ESTUDIOS, DISTRACCIONES, ETC.	61,4	56,8	51,4	51,2	54,3	55,5	F=1,717 DF1=2,784 DF2=1614,723 P=0,166
SUS PADRES SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES	70,8	66,6	64,0	62,4	61,9	65,1	F=3,424 DF1=3,442 DF2=1996,473 P=0,012
LA ANSIEDAD DE SUS PADRES DE QUE ALGO MALO PODÍA SUCEDERLE ERA EXAGERADA	38,8	35,0	38,0	30,9	31,2	34,6	F=2,111 DF1=3,300 DF2=1914,023 P=0,090

En la tabla 47B, se observa un incremento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas que han recibido estilos de crianza negativos. El maltrato infantil bajo el criterio de haber recibido más castigos de lo que se merecía tiene el impacto más notable en todos los trastornos; sin embargo, también resalta la falta de ternura entre la persona y sus padres.

**TABLA 47B**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN ALGUNOS ESTILOS DE CRIANZA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ESTILOS DE CRIANZA	PREVALENCIA DE VIDA	CUALQUIER TRASTORNO (PG :27,2%)	TRASTORNOS ANSIEDAD (PG: 9,1%)	TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 14,2%)
LE DIERON MÁS CASTIGOS DE LOS QUE MERECEÍA		38,0 (P<0,00001)	15,5 (P<0,00001)	21,5 (P<0,00001)
LE PERMITÍAN HACER COSAS QUE A SUS HERMANOS NO		31,1 (P=0,027)	12,1 (P=0,007)	14,6 (P=0,782)
SI LAS COSAS IBAN MAL SUS PADRES TRATABAN DE CONFORTARLO Y ANIMARLO		25,7 (P=0,001)	7,8 (P<0,00001)	13,1 (P=0,001)
EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES		25,9 (P=0,001)	8,3 (P<0,00001)	13,3 (P=0,00012)
LE PROHIBÍAN HACER COSAS QUE A OTROS NIÑOS SÍ LES ERAN PERMITIDAS PORQUE TEMÍAN QUE ALGO MALO LE PODÍA OCURRIR		28,5 (P=0,113)	10,2 (P=0,006)	14,6 (P=0,583)
ERAN MUY EXIGENTES CON RESPECTO A SUS CALIFICACIONES ESCOLARES, DESEMPEÑO DEPORTIVO O ACTIVIDADES SIMILARES		28,0 (P=0,342)	9,8 (P=0,108)	13,9 (P=0,847)
LE PERMITÍAN TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES COMO ELEGIR SU ROPA, ESCOGER A SUS AMISTADES, LOS ESTUDIOS, DISTRACCIONES, ETC.		24,0 (P<0,00001)	7,0 (P<0,00001)	11,6 (P<0,00001)
SUS PADRES SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES		24,4 (P<0,00001)	7,3 (P=0,00002)	11,9 (P<0,00001)
LA ANSIEDAD DE SUS PADRES DE QUE ALGO MALO PODÍA SUCEDERLE ERA EXAGERADA		33,0 (P<0,00001)	12,4 (P<0,00001)	17,6 (P=0,00003)

## ACCESO A SERVICIOS

El acceso a servicios en salud mental muestra particularidades distintas de las que presenta el 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 intervienen 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 morbilidad 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 ante la decisión de buscar o no servicios. Consideramos que, en un primer momento, en términos de satisfacer la morbilidad, es el grupo con el cual los programas sociales pueden empezar a trabajar más rápidamente; de ahí la importancia de su consideración en particular.

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o de los nervios (morbilidad sentida), un 36,5% de los pacientes respondió afirmativamente; el 12,9% del total de encuestados identificó su problema en los últimos 12 meses. Considerando este último período de referencia, se encontró que el 19,8% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (morbilidad sentida expresada), mientras que el 80,2% no recibió ningún tipo de atención en el Sistema de Salud (Tabla 48). Del 19,8% que recibió ayuda, el 9,6% acudió a los centros del MINSA, seguido del 4,9% que acudió a ESSALUD. Cabe resaltar que la mayoría de la morbilidad sentida expresada es atendida en los hospitales generales (Tabla 49). Hasta donde podemos constatar, la mayoría (72,4%) recibió algún tipo de medicamento para su problema, un 21,7% recibió psicoterapia y un 73,5% recibió consejería (Tabla 50).

**TABLA 48**  
**MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

MORBILIDAD	%
<b>MORBILIDAD SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (COMO PROBLEMAS EMOCIONALES O NERVIOS)</b>	
TOTAL	36,5
MASCULINO	31,1
FEMENINO	42,0
<b>MORBILIDAD SENTIDA A DOCE MESES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM)</b>	
TOTAL	12,9
MASCULINO	8,7
FEMENINO	17,1
<b>MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)</b>	
TOTAL	19,8
MASCULINO	16,6
FEMENINO	21,4

**TABLA 49**  
**LUGARES DE ATENCIÓN A LA MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
<b>• MINSA</b>		9,6
-- PUESTOS O CENTROS DE SALUD	2,8	(48,1% DE LO ATENDIDO)
-- HOSPITAL GENERAL	6,7	
-- INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	0,1	
<b>• ESSALUD</b>		4,9
-- POSTA O POLICLINICO	1,1	(24,9% DE LO ATENDIDO)
-- HOSPITAL GENERAL	3,2	
-- CONSULTORIO PAAD	0,6	
<b>• FFAA</b>		0,5
-- HOSPITAL FFAA Y PN	0,5	(2,4% DE LO ATENDIDO)
<b>• PRIVADA</b>		3,3
-- CLINICA PARTICULAR	0,8	(19,1% DE LO ATENDIDO)
-- CONSULTORIO PARTICULAR	2,4	
<b>• OTROS</b>		1,0
-- GRUPO DE AUTOAYUDA	0,2	(5,5% DE LO ATENDIDO)
-- Otro	0,7	

**TABLA 50**  
**TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINA %	PSICOTERAPIA %	CONSEJO %	HOSPITALIZACIÓN %	OTROS %
TOTAL	72,4	21,7	73,5	12,9	4,1

Con relación a los motivos por los cuales la persona no buscó atención alguna por su problema emocional, la mayoría (68,4%) pensaba que lo debía superar solo, seguida de un 34,1% que no acudió por no tener dinero y, en tercer lugar, un 29,0% 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 BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS QUE PERCIBIERON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	68,4	POR VERGÜENZA	17,1
NO TENIA DINERO	34,1	PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	15,1
FALTA DE CONFIANZA	29,0	LARGAS LISTAS DE ESPERA	12,4
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	21,2	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	12,1
NO SABÍA A DÓNDE IR	21,7	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	1,6
NO ME BENEFICIARÍA	24,6	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	6,6

## SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

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

**TABLA 52**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES FOLKLÓRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

SÍNDROMES FOLKLÓRICOS	TOTAL %
DAÑO	7,0
SUSTO	17,7
MAL DE OJO	11,9
AIRE	13,3
CHUCAQUE	39,8

Se muestra la evaluación de los síndromes folklóricos como factores de relación asociados para la ocurrencia de tres síndromes psiquiátricos: Trastorno de ansiedad, episodio depresivo y síntomas paranoides (Tabla 53).

**TABLA 53**  
**RELACIÓN ENTRE SÍNDROMES FOLKLÓRICOS Y TRES SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA, AREQUIPA, TACNA Y TUMBES**

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS	S. FOLKLÓRICOS EN SIETE CIUDADES DE LA COSTA DEL PERÚ		
	DAÑO OR IC 95%	SUSTO OR IC 95%	CHUCAQUE OR IC 95%
T. DE ANSIEDAD	2,6 (1,707. 3,890)	1,8 (1,323. 2,675)	-
E. DEPRESIVO	2,2 (1,540. 4,261)	1,6 (1,111. 2,337)	1,6 (1,141. 2,076)
S. PARANOIDES	-	-	-

\* No se encontró asociaciones significativas para "ojeo", "aire".

\*\* No se encontró asociaciones significativas de síndromes folklóricos con síntomas paranoides.

La población estudiada identificó además de los síndromes folklóricos clásicos, tres tipos de síntomas populares: Síntomas psicológicos, relacionados con tristeza y angustia; síntomas folklóricos relacionados con “amarres”, “mala suerte”, etc. y síntomas con connotación psicológica y folklórica como: “ataque de nervios”, “ataque-mal del corazón” etc. A continuación se muestra los sistemas médicos que resuelven estos síntomas en las ciudades de la Costa. (Tabla 54).

**TABLA 54**  
**SÍNTOMAS POPULARES Y SISTEMAS MÉDICOS DE ATENCIÓN QUE LOS RESUELVEN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA, AREQUIPA, TACNA Y TUMBES**

TIPO DE SÍNTOMAS POPULARES	SISTEMAS MÉDICOS DE ATENCIÓN			
	PROFESIONAL MÉDICO	FOLKLÓRICO	OTROS SISTEMAS	POPULAR
	%	%	%	%
PSICOLÓGICOS	40,0	1,0	6,4	52,6
FOLKLÓRICOS	3,0	7,0	9,0	81,0
PSICOLÓGICOS FOLKLÓRICOS	43,6	0,7	2,0	43,7

## ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

Un 40,9% de la población no considera la depresión como un desorden mental, la que pasa inadvertida. El 41,5% de la población considera los problemas de personalidad como patología psiquiátrica. (Tabla 55).

**TABLA 55**  
**IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS COMO TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE PROBLEMAS	IDENTIFICA COMO TRASTORNO MENTAL	
	SI	No
A) NERVIOS EXCESIVOS O FOBIAS	59,8	34,8
B) TRISTEZA EXCESIVA O DEPRESIÓN	55,1	40,9
C) PSICOSIS O LOCURA	87,4	10,1
D) CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y DROGAS	71,0	26,1
E) PROBLEMAS DEL CARÁCTER O DE LA PERSONALIDAD	41,5	54,6

La suma de porcentajes entre el “sí” y el “no” restado del 100% corresponde a las respuestas “no sabe”.

En la Tabla 56 se aprecia que un 35,1% de la población acepta a las personas con enfermedades mentales, y un 42,8% está dispuesto a brindarles algún tipo de ayuda. En el mismo sentido, tratándose de familiares con enfermedades mentales, un 22,3% aproximadamente tiende a aceptar la enfermedad en ellos. Por otro lado, un 10,9% de la población general piensa que, en el caso de sufrir una enfermedad mental, sería aceptado en su comunidad. La población en general de la costa peruana, en un 87,3%, 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**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

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...?	35,1	4,1	12,2	42,8	1,1	-	1,2
SI USTED TUVIERA (TIENE) UNO O MÁS MIEMBROS DE SU FAMILIA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿USTED...?	22,3	0,3	0,6	75,6	0,3	0,1	0,8
SI USTED TUVIERA UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿CÓMO PIENSA QUE REACCIONARÍA SU COMUNIDAD...?	10,9	24,9	10,7	21,0	8,9	-	0,6

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





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

La muestra de las mujeres unidas encuestadas estuvo conformada por 5 811 personas y, considerando el diseño técnico de muestreo, se infiere a 830 435 habitantes para las ciudades de Piura, Trujillo, Chiclayo, Ica y Arequipa (Tabla 57).

**TABLA 57**  
**NÚMERO TOTAL DE MUJERES ENCUESTADAS ACTUALMENTE UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS EN LA POBLACIÓN DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

NÚMERO DE ENCUESTADAS	Frecuencia
MUESTRA TOTAL	5 811
EXPANDIDO	830 435

### EDAD

La edad promedio de las mujeres encuestadas está alrededor de los 45,3 años. Cerca de la mitad (48,4%) corresponde a las edades entre los 25 a 44 años (Tabla 58).

**TABLA 58**  
**EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRUPO ETARIO	%
MENOR DE 18 AÑOS	0,1
18 A 24 AÑOS	4,4
25 A 44 AÑOS	48,4
45 A 64 AÑOS	35,2
MAYOR DE 65 AÑOS	11,9

### ESCOLARIDAD

El grado de analfabetismo es del 6,7%. Esta cifra es mayor si se comparara con la correspondiente al género masculino (1,8%), hallada en el módulo de adultos.

El 64,1% de las mujeres entrevistadas tiene instrucción primaria y secundaria (Tabla 59).

**TABLA 59**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE ESTUDIOS	%
GRADO DE ANALFABETISMO	6,7
SIN NIVEL/NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	4,8
INICIAL/PREESCOLAR	0,2
PRIMARIA	25,9
SECUNDARIA	38,2
BACHILLERATO	0,0
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	15,1
SUPERIOR UNIVERSITARIO	14,9
POSTGRADO	0,9

## ESTADO CIVIL

El 78,9% refiere encontrarse en situación de unidas (conviviente o casada) y cerca de la tercera parte (27,1%) corresponde a la condición de conviviente (Tabla 60).

**TABLA 60**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ESTADO CIVIL	%
CONVIVIENTE	27,1
SEPARADA	12,6
DIVORCIADA	0,7
VIUDA	7,7
CASADA	51,8
SOLTERA	0,1

## OCUPACIÓN

El 50,0% refiere haber trabajado la semana anterior, siendo este porcentaje menor con relación al género masculino (71,7%); y sólo el 2,8% ha estado buscando trabajo la semana anterior, lo cual podría indicar que hay un número importante de mujeres que estaría dedicándose a las labores del hogar (Tabla 61).

**TABLA 61**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

SITUACIÓN LABORAL	%
REALIZÓ ACTIVIDAD LABORAL EN SEMANA ANTERIOR	50,0
ESTUVO BUSCANDO TRABAJO EN SEMANA ANTERIOR	2,8

## INGRESOS ECONÓMICOS

Si se comparan las cifras con las del sexo masculino, consignadas en el módulo de adultos, las mujeres unidas tienen ingresos menores. (sexo masculino: menos de S/. 300, 22,5%; de S/. 301 a 600, 38,2%; de S/. 601 a 1 200, 28,9% y más de S/. 1 200, 10,3%) (Tabla 62).

**TABLA 62**  
**PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES (NUEVOS SOLES)**  
**EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES)	%
MENOS DE 300	45,9
301 A 600	27,2
601 A 1200	21,4
MÁS DE 1200	5,5



## 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 en el país es percibido por aproximadamente la mitad de las encuestadas como problema principal (41,8%). La pobreza es otro problema percibido de manera importante (18,4%). La cifra más baja corresponde a “falta de liderazgo” (0,2%) (Tabla 63).

**TABLA 63**

**PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

PROBLEMAS PERCIBIDOS	%
DESEMPLEO	41,8
CORRUPCIÓN	9,4
VIOLENCIA	8,8
POBREZA	18,4
FALTA DE CONFIANZA	0,8
FALTA DE LIDERAZGO	0,2
INESTABILIDAD POLÍTICA	0,6
DELINCUENCIA	8,9
TERRORISMO	0,7
NARCOTRÁFICO	0,3
MANEJO ECONÓMICO	1,5
FALTA DE VALORES	6,9
OTRO	1,1

Frente a estos problemas cerca de la tercera parte de las encuestadas (28,9%) responden con preocupación; con pena, tristeza o depresión, el 23,7% (Tabla 64).

**TABLA 64**

**SENTIMIENTOS FRENTE AL PRINCIPAL PROBLEMA NACIONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

SENTIMIENTOS	%
INDIFERENCIA	1,2
RESIGNACIÓN	1,3
DESILUSIÓN	7,2
AMARGURA	3,6
RABIA	2,7
CÓLERA	8,2
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	23,7
PREOCUPACIÓN	28,9
IMPOTENCIA	9,0
FRUSTRACIÓN	1,9
DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	3,4
INDIGNACIÓN	4,5
MIEDO O TEMOR	3,7
OTRO	0,5

Confían bastante o mucho en su jefe en el trabajo cerca de la mitad (41,8%); en cambio, las cifras más altas de poca o nula confianza corresponden las relacionadas a autoridades políticas (88,4%) y autoridades judiciales (73,0%) (Tabla 65).

**TABLA 65**  
**CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	42,7	38,6	18,7
AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	65,2	26,5	8,3
MILITARES	63,9	28,1	8,1
RELIGIOSOS	28,6	30,7	40,6
MAESTROS	22,2	44,7	33,1
MÉDICOS	18,2	41,6	40,2
AUTORIDADES POLÍTICAS	88,4	10,9	0,8
LÍDERES DE SU SINDICATO	53,5	33,0	13,5
LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDE	71,8	22,6	5,6
JEFE EN EL TRABAJO	23,0	35,2	41,8
VECINOS	52,2	35,1	12,7
PERIODISTAS	55,1	37,0	7,9
AUTORIDADES JUDICIALES	73,0	23,9	3,1

Un porcentaje alto se siente protegido por Dios (96,4%), mientras que el 74,0% siente que “nada o poco” le protege el Estado (Tabla 66).

**TABLA 66**  
**SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO	74,0	23,0	3,0
DE LA FAMILIA	10,9	16,1	73,0
DE SU SINDICATO	50,3	31,1	18,6
DE DIOS	1,0	2,6	96,4
DE LA COMUNIDAD	45,0	38,0	17,0

## ESTRESORES PSICOSOCIALES

La delincuencia viene a ser el estresor más importante en las encuestadas (82,2%). El narcotráfico, el terrorismo y la salud siguen en importancia. Por otro lado, para más de la mitad (57,4%) la pareja es nada o poco estresante (Tabla 67).

**TABLA 67**  
**ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	43,0	26,3	30,7
ESTUDIOS	49,2	23,3	27,4
HIJOS Y PARIENTES	47,6	23,1	29,2
PAREJA	57,4	18,9	23,6
DINERO	30,2	28,1	41,7
SALUD	29,1	24,9	46,1
ASUNTOS CON LA LEY	72,3	11,6	16,1
TERRORISMO	31,4	10,3	58,2
DELINCUENCIA	10,4	7,3	82,2
NARCOTRÁFICO	18,7	9,9	71,4

## ESTADOS ANÍMICOS

De manera similar a la sección de adultos, se señala que las alternativas de respuestas no son mutuamente excluyentes en la persona entrevistada. Los estados anímicos desfavorables de mayor frecuencia que se sienten “siempre o casi siempre” son la preocupación (43,8%) y tensión (27,8%). Por otro lado, un 64,4% siente alegría y el 58,9% siente tranquilidad (Tabla 68).

**TABLA 68**  
**ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	2,1	72,3	25,5
TENSA	7,1	65,1	27,8
ANGUSTIADA	14,6	66,7	18,7
IRRITABLE	13,8	68,5	17,6
PREOCUPADA	2,0	54,2	43,8
TRANQUILA	1,9	39,1	58,9
ALEGRE	0,8	34,8	64,4
ABURRIDA	20,5	67,6	11,9

## SATISFACCIÓN PERSONAL

La media del grado de satisfacción personal en las mujeres encuestadas es de 16,6 puntos en una escala de 5 a 20 puntos (Tabla 69).

**TABLA 69**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	16,6	2,4	17,0	20,0	15,0	18,6

Con relación a la satisfacción personal respecto a algunas características personales, más de la mitad se siente satisfecha -“bastante o mucho”- con su religión (82,7%), su color de piel (74,5%), su nivel intelectual (64,8%), sus estudios (63,4%) y sus relaciones sociales (55,8%). Por otro lado, aproximadamente la tercera parte de las encuestadas (38,0%) siente “nada o poco” satisfacción con relación al nivel educativo alcanzado (Tabla 70).

**TABLA 70**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	10,4	36,5	53,1
COLOR DE PIEL	5,5	19,9	74,5
INTELIGENCIA	7,9	27,3	64,8
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	28,9	48,9	22,2
ESTUDIOS	13,7	22,9	63,4
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	38,0	29,7	32,4
RELIGIÓN	5,6	11,8	82,7
RELACIONES SOCIALES	13,8	30,3	55,8
LUGAR DE RESIDENCIA	16,9	28,8	54,3

## SATISFACCIÓN LABORAL

La media de las mujeres encuestadas muestra un grado de satisfacción laboral aceptable: 16,4 en una escala de 5 a 20 (Tabla 71).

**TABLA 71**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	16,4	2,8	16,7	20,0	15,0	18,8

Más de la mitad se encuentra satisfecha con relación a los diferentes indicadores laborales; por ejemplo, el 65,5% siente satisfacción (“bastante o mucho”) con sus compañeros de trabajo y, un 60,9%, con las actividades o funciones que realiza. Cerca de la tercera parte (34,5%) siente “nada o poca satisfacción” con la remuneración que percibe (Tabla 72).

**TABLA 72**  
**CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	10,0	29,0	60,9
EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	13,5	31,4	55,1
SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	7,1	27,4	65,5
LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	14,4	41,0	44,6
EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES O PATRONES	11,6	35,1	53,3
LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	34,5	43,7	21,8

## COHESIÓN FAMILIAR

La media en el grado de cohesión familiar es de 18,5 en una escala de 5 a 20 puntos (Tabla 73).

**TABLA 73**  
**COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (escala de 5 a 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	18,5	2,1	19,2	20,0	17,5	20,0

## CALIDAD DE VIDA

En las mujeres unidas (o alguna vez unidas) se encuentra un promedio alto de calidad de vida, puesto que se obtiene un índice de 7,4 puntos (en una escala de 1 a 10 puntos) (Tabla 74).

**TABLA 74**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

CALIDAD DE VIDA GLOBAL (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	7,4	1,0	7,4	7,2	6,7	8,0

## INDICADORES SUICIDAS

Los indicadores suicidas se han explorado en un espectro amplio, desde los deseos de morir hasta el intento suicida. Los deseos de morir representan el nivel más sensible en la evaluación. En la muestra, el 38,3% de la población de mujeres unidas o alguna vez unidas ha deseado morir alguna vez en su vida. El aspecto referido al pensamiento de índole suicida explora la parte cognoscitiva de la conducta potencialmente suicida, y en las mujeres unidas ha sido mayor que en los adultos masculinos, tanto en la prevalencia de vida (15,6% vs. 8,9%), prevalencia mensual (1,1% vs. 0,8%) como en la prevalencia anual (3,3% vs. 2,5%). El intento suicida involucra también la conducta, presenta una prevalencia de vida de 3,3% y es mayor al del adulto masculino (1,0%) (Tabla 75).

**TABLA 75**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	38,3
PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR	4,0
PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR	10,7
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	15,6
PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	1,1
PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	3,3
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	5,8
PREVALENCIA MENSUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	0,4
PREVALENCIA ANUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	1,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS	3,3
PREVALENCIA MENSUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,3
PREVALENCIA ANUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,5
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,4

## TRASTORNOS CLÍNICOS

En la tabla 76A se observa una cifra importante de la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico (29,5%). Otras cifras llamativas son la prevalencia de vida del episodio depresivo (20,4%) y del trastorno de ansiedad generalizada (7,2%).

**TABLA 76A**  
**TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS EN LAS CIUDADES DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TRASTORNO CLÍNICO	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	29,5
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	13,7
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	11,5
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	6,7
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	7,2
PREVALENCIA ANUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,7
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,6
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,0
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	6,4
PREVALENCIA ANUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,2
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	0,9
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	20,4
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	8,7
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	7,1
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	3,4
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA	0,5
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	0,3

En la tabla 76B se muestran datos comparativos, de las mujeres actualmente unidas, entre las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa. Se observan cifras mayores en la mayoría de los trastornos correspondientes a la ciudad de Arequipa.

**TABLA 76B**  
**TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS EN LAS CIUDADES DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TRASTORNO SEGÚN LA CIE-10	PIURA %	TRUJILLO %	CHIMBOTE %	ICA %	AREQUIPA %	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	25,4	23,2	25,4	27,9	33,6	27,2
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	14,6	11,7	11,8	9,6	15,0	12,9
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	13,4	9,1	10,8	7,4	12,6	10,8
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	6,7	6,4	6,5	3,3	6,7	6,3
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	6,1	4,0	3,2	7,0	11,3	6,5
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,9	2,1	1,1	2,2	3,6	2,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	3,0	2,0	1,4	2,1	3,3	2,4
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,9	1,8	1,0	0,9	2,1	1,9
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	4,9	5,9	5,9	5,9	7,0	6,0
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,1	1,2	3,6	0,6	1,3	1,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	0,8	0,9	3,4	0,6	1,3	1,4
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	0,3	0,6	2,9	0,2	1,1	1,0
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	18,0	13,9	13,7	19,0	24,6	17,9
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	9,4	7,4	5,9	6,6	9,9	8,1
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	8,3	6,1	4,1	4,4	8,0	6,6
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	2,9	3,9	1,3	2,0	3,6	3,1
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA	0,7	0,5	0,1	0,4	0,5	0,5
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	0,7	1,5	0,1	0,2	0,5	0,3

## ABUSO CONTRA LA MUJER UNIDA

En el estudio realizado en la costa peruana se ha considerado también el abuso hacia la mujer unida o alguna vez unida que incluye el haber sido víctima de actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, agresiones verbales o situaciones de abandono.

## TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO

Con relación al trato inadecuado en el periodo de enamoramiento de la pareja actual (o última pareja), se indaga una variedad de comportamientos inadecuados, correspondiendo las cifras más altas a los celos desmesurados (37,1%) y las actitudes machistas (25,2%). Aproximadamente la quinta parte dice que su pareja la controlaba mucho (24,3%), le mentía mucho (15,5%), la descuidaba por el consumo de alcohol y la engañaba (cada una con 14,0%). Las prevalencias más bajas corresponden a las relaciones sexuales forzadas (2,3%), maltrato físico (4,1%) (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 PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

<b>PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)</b>	<b>%</b>
LE GRITABA MUCHO	5,9
TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	7,2
LA ENGAÑÓ	14,0
LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	4,1
LA FORZÓ A RELACIONES SEXUALES	2,3
SE MOSTRÓ INDIFERENTE	7,7
LE MENTÍA MUCHO	15,5
ERA MUY CELOSO	37,1
LA CONTROLABA MUCHO	24,3
LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	14,0
TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	25,2
OTRO	0,7

En la estimación global de tratos inadecuados a mujeres unidas, en el periodo de enamoramiento, por su actual pareja o última pareja, se tiene que aproximadamente dos tercios de esta muestra (52,7%) es objeto de estos tratos inadecuados y un poco más de la décima parte (12,2%) 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 PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

<b>TRATO INADECUADO EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO</b>	<b>TOTAL %</b>
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA (AL MENOS UN TIPO DE MALTRATO)	52,7
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	12,2

## **ABUSO HACIA LA MUJER POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL**

Se seleccionó una sub-muestra para determinar aquellas mujeres “actualmente unidas”, ya sea en matrimonio o convivencia; la sub-muestra fue del 80,3% de la muestra total que, ponderada o expandida, representa a 665 131 mujeres unidas de la población. En la Tabla 79 se observan cifras comparativas entre las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa.

**TABLA 79**

**PREVALENCIA DE VIDA Y TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDADES DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PIURA %	TRUJILLO %	CHIMBOTE %	ICA %	AREQUIPA %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE ALGÚN ABUSO	48,6	41,4	48,4	51,2	55,9	48,4	$F = 8,552$ $df1 = 2,871$ $df2 = 1676,565$ $p = 0,00002$
ABUSO SEXUAL	9,3	7,5	5,2	6,1	8,9	7,7	$F = 1,479$ $df1 = 3,235$ $df2 = 1889,466$ $p = 0,215$
ABUSO FÍSICO	31,6	24,5	25,0	31,3	39,4	30,4	$F = 9,213$ $df1 = 2,735$ $df2 = 1597,166$ $p = <0,00001$
INSULTOS	44,8	37,9	45,1	46,8	51,7	44,6	$F = 8,202$ $df1 = 2,874$ $df2 = 1678,398$ $p = 0,00003$
CHANTAJES, HUMILLACIONES	20,8	16,9	21,8	25,8	31,3	23,0	$F = 13,053$ $df1 = 2,998$ $df2 = 1750,666$ $p < 0,00001$
ABANDONO	13,1	10,5	10,4	14,1	15,9	12,7	$F = 2,299$ $df1 = 2,570$ $df2 = 1501,118$ $p = 0,086$

Con relación a la prevalencia anual de cualquier tipo de maltrato por parte de su pareja, las cifras más altas corresponden a la ciudad de Arequipa (Tabla 80).

**TABLA 80**

**PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDADES DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PIURA %	TRUJILLO %	CHIMBOTE %	ICA %	AREQUIPA %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL	27,9	22,4	22,0	23,2	29,2	25,1	$F = 2,821$ $df1 = 3,009$ $df2 = 1756,977$ $p = 0,038$
ABUSO SEXUAL	4,6	2,6	1,8	1,6	2,1	2,6	$F = 2,634$ $df1 = 3,156$ $df2 = 1843,004$ $p = 0,045$
ABUSO FÍSICO	8,7	6,4	4,8	8,0	8,5	7,2	$F = 1,936$ $df1 = 3,284$ $df2 = 1917,910$ $p = 0,116$
INSULTOS	25,9	20,7	20,2	21,1	27,6	23,4	$F = 3,346$ $df1 = 3,104$ $df2 = 1812,598$ $p = 0,017$
CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	10,2	8,8	9,5	10,7	13,5	10,6	$F = 3,375$ $df1 = 3,168$ $df2 = 1850,323$ $p = 0,016$
ABANDONO	7,7	5,1	4,5	4,9	6,2	5,7	$F = 1,160$ $df1 = 3,261$ $df2 = 1904,459$ $p = 0,325$

**ABUSO SISTEMÁTICO HACIA LA MUJER UNIDA (FRECUENCIA DE AL MENOS UNO A DOS POR MES)**

En la Tabla 81 se pueden observar cifras comparativas en algunas ciudades de la costa peruana. La cifra más alta (12,0 %) de prevalencia anual de algún abuso sistemático por parte de su pareja actual corresponde a la ciudad de Arequipa.

**TABLA 81**
**PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO POR PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS EN LAS CIUDADES DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PIURA %	TRUJILLO %	CHIMBOTE %	ICA %	AREQUIPA %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	11,4	8,4	4,9	7,5	12,0	9,2	$F = 3,750$ $df1 = 3,351$ $df2 = 1956,725$ $p = 0,008$
ABUSO SEXUAL	1,0	0,8	0,4	0,3	0,6	0,7	$F = 0,751$ $df1 = 3,138$ $df2 = 1835,481$ $p = 0,527$
ABUSO FÍSICO	2,4	1,9	0,6	1,3	1,4	1,6	$F = 1,096$ $df1 = 2,795$ $df2 = 1632,134$ $p = 0,348$
INSULTOS	8,8	7,1	4,4	7,0	10,0	7,7	$F = 2,877$ $df1 = 3,277$ $df2 = 1913,677$ $p = 0,031$
CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	4,0	3,6	2,5	4,0	4,9	3,9	$F = 1,133$ $df1 = 3,204$ $df2 = 1870,858$ $p = 0,336$
ABANDONO	3,0	1,7	1,4	1,9	3,4	2,3	$F = 1,813$ $df1 = 2,557$ $df2 = 1493,283$ $p = 0,152$

Cerca de las tres cuartas partes (73,8%) presentaron trato inadecuado en el periodo de enamoramiento por parte de su pareja actual y cerca de la cuarta parte sufre de algún tipo de violencia (Tabla 82).

**TABLA 82**
**ANTECEDENTES DE TRATO INADECUADO POR LA PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE EN LAS CIUDADES DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ANTECEDENTES AL MALTRATO	%
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	73,8
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	26,2

De manera similar a la población general de mujeres unidas y adultos masculinos, aquí también se aprecia que las mujeres maltratadas sistemáticamente “no confían o confían poco” en las autoridades policiales masculinas (66,4%) y en las autoridades políticas (90,1%) (Tabla 83).

**TABLA 83**  
**CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS**  
**SISTEMÁTICAMENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	46,4	37,6	16,0
AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	66,4	22,7	11,0
AUTORIDADES POLÍTICAS	90,1	9,5	0,4
AUTORIDADES JUDICIALES	77,2	18,4	4,4

La percepción de sentirse protegida “bastante o mucho” por parte del entorno familiar es compartida por más de la mitad de la muestra (58,8%) y es menor en comparación a la población general de mujeres unidas (73,0%). Por otro lado, 73,8% “no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas por el Estado”, siendo esta cifra similar a la de las mujeres unidas en general (74,0%) (Tabla 84).

**TABLA 84**  
**SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS**  
**SISTEMÁTICAMENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO	73,8	24,2	2,0
DE LA FAMILIA	17,5	23,7	58,8

### **ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE**

El estresor psicosocial que más perturba a las mujeres maltratadas sistemáticamente es la salud (55,9%) y el menos perturbador (“nada o poco”) es el estudio (65,1%) (Tabla 85).

**TABLA 85**  
**ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS**  
**SISTEMÁTICAMENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	37,8	21,5	40,7
ESTUDIOS	65,1	21,8	13,1
HIJOS Y PARIENTES	36,3	23,5	40,2
PAREJA	24,8	20,6	54,6
DINERO	24,2	22,1	53,7
SALUD	20,9	23,2	55,9

### **SENTIMIENTOS ANÍMICOS PREVALENTES EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE**

En las mujeres unidas maltratadas sistemáticamente, las prevalencias más altas “siempre o casi siempre” corresponden a los siguientes estados anímicos negativos: preocupación (63,1%) y tensión (48,5%), siendo estas cifras mayores con relación al total de encuestadas (preocupación, 43,8% y tensión, 27,8%) (Tabla 86).

**TABLA 86**  
**SENTIMIENTOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	2,4	51,9	45,7
TENSA	6,4	45,1	48,5
ANGUSTIADA	6,4	58,1	35,4
IRRITABLE	7,7	60,0	32,3
PREOCUPADA	0,2	36,7	63,1
TRANQUILA	3,7	58,3	38,0
ALEGRE	0,4	54,0	45,7
ABURRIDA	12,7	59,8	27,6

### SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

La satisfacción personal en las mujeres maltratadas sistemáticamente (promedio 15,7) no es muy diferente al de las mujeres unidas en general (promedio 16,6) (Tablas 69 y 87).

**TABLA 87**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	15,7	2,4	16,0	15,0	14,0	17,6

### INDICADORES SUICIDAS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

Más de la mitad de las mujeres maltratadas sistemáticamente ha deseado morir alguna vez en su vida, y cerca de la tercera parte en el último año. En el caso de pensamientos suicidas, los datos son considerablemente mayores, casi el doble, con relación a la muestra total de mujeres unidas: prevalencia de vida, 30,5% vs. 15,6%; prevalencia anual, 9,5% vs. 3,3% (Tabla 88).

**TABLA 88**  
**IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

PREVALENCIAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	55,0
PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR	10,0
PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR	21,8
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	30,5
PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	4,7
PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	9,5

Acerca del intento o conducta suicida, la cifra de prevalencia de vida es mayor, si se compara con la del total de mujeres unidas encuestadas (7,5% vs. 3,3%) (Tabla 89).

**TABLA 89**  
**INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

PREVALENCIAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE INTENTO SUICIDA	7,5
PREVALENCIA MENSUAL DE INTENTO SUICIDA	0,6
PREVALENCIA ANUAL DE INTENTO SUICIDA	1,7
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	2,3

### FACTORES PROTECTORES EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

El grado de cohesión familiar en las mujeres maltratadas sistemáticamente (17,2) es ligeramente menor que 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 PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	17,2	2,6	17,5	20,0	15,0	20,0

### CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE

Las mujeres maltratadas sistemáticamente refieren una regular calidad de vida global (6,9), siendo esta cifra menor a la que arroja la mujer unida en general (7,4%) (Tablas 74 y 91).

**TABLA 91**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

CALIDAD DE VIDA GLOBAL (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	6,9	1,0	6,9	6,6	6,4	7,6

### TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

En la Tabla 92 se observa que las prevalencias de los trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente son elevadas en general, si se comparan con las de los trastornos clínicos observados en las mujeres unidas encuestadas que no son víctimas de maltrato sistemático; se pueden evidenciar diferencias importantes como, por ejemplo, la prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad generalizada (4,9% vs. 2,1%); la prevalencia actual del trastorno de estrés post-traumático (1,8% vs. 0,9%); la prevalencia a seis meses del episodio depresivo (depresión mayor) (17,9% vs. 5,4%), etc.

**TABLA 92**  
**ALGUNOS TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS**  
**SISTEMÁTICAMENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TRASTORNO CLÍNICO	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	44,3% (VERSUS 25,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 26,115$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584,000$ $P < 0,00001$
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	28,5% (VERSUS 11,3% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 45,675$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584$ $P < 0,00001$
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	26,1% (VERSUS 9,3% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 54,032$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584,000$ $P < 0,00001$
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO	13,8% (VERSUS 5,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 22,486$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584,000$ $P < 0,00001$
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	4,9% (VERSUS 2,1 % SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 7,238$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584$ $P = 0,007$
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	4,0% (VERSUS 1,6 % SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 6,174$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584$ $P = 0,013$
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	13,9% (VERSUS 5,2% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 18,748$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584,000$ $P = 0,00002$
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,8% (VERSUS 0,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 0,512$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584$ $P = 0,474$
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	32,6% (VERSUS 16,4% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 30,251$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584,000$ $P < 0,00001$
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	20,2% (VERSUS 6,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 41,265$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584,000$ $P < 0,00001$
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	17,9% (VERSUS 5,4% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 41,385$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584$ $P < 0,00001$
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	7,6% (VERSUS 2,6% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 11,975$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584,000$ $P = 0,001$
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	0,6% (VERSUS 0,7% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 0,899$ $DF1 = 1$ $DF2 = 584$ $P = 0,343$

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS





## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

El número de adolescentes encuestados fue de 2 400, cifra que, de acuerdo al diseño técnico del muestreo, otorga una inferencia para una población de 460 050 adolescentes de las ciudades de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa. En la muestra se encontró una proporción de 51,5% de varones y 48,5% de mujeres (Tabla 93).

**TABLA 93**  
**TOTAL DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS Y POBLACIÓN PONDERADA DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL	2 400	52,0	48,0
PONDERADA	460 050	51,5	48,5

### EDAD

La edad promedio de los adolescentes es de 14,4 años. Se aprecia que los grupos de 12 a 14 y 15 a 17 años guardan similar proporción respecto del total de adolescentes (Tabla 94).

**TABLA 94**  
**EDAD DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	14,4	1,8
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR
12 A 14 AÑOS	53,2%	53,2%
15 A 17 AÑOS	46,8%	46,8%

### ESCOLARIDAD

Se ha encontrado que la prevalencia de analfabetismo en la población adolescente de Piura, Trujillo, Chicbote, Ica y Arequipa, en conjunto es de 0,3%, mucho menor que en la población adulta. Esta prevalencia es semejante a la obtenida en las ciudades de la Sierra y Lima Metropolitana. El mayor porcentaje de los adolescentes que estudian o han estudiado tienen nivel secundario (72,9%) y, una pequeña proporción, nivel superior (0,9%) (Tabla 95).

**TABLA 95**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
GRADO DE ANALFABETISMO	0,3	0,3	0,4
SIN NIVEL/NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	0,0	0,1	0,0
INICIAL/PREESCOLAR	0,0	0,1	0,0
PRIMARIA	26,1	25,8	26,5
SECUNDARIA	72,9	73,7	72,2
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,3	0,1	0,4
SUPERIOR UNIVERSITARIO	0,6	0,3	0,9

## ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil, el 99,4% de los adolescentes es soltero. Se ha encontrado que el 1,9% de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo, y el 0,1% informó haber abortado.

## OCUPACIÓN

La ocupación laboral de los adolescentes suele ser uno de los indicadores de los problemas económicos familiares. El 11,6% de los adolescentes de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa se encontraba trabajando la semana anterior a la encuesta (Tabla 96), con un ingreso mensual neto promedio de 180,34 Nuevos Soles.

**TABLA 96**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADOLESCENTES DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	11,6	15,2	7,7
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	2,5	2,3	2,6

## SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE



## 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 alcanzar la adultez y que el éxito de esta etapa depende de diversos factores, individuales y contextuales, se han estudiado tanto los problemas que conllevan deterioro de su salud mental y trastornos psicopatológicos, como la ansiedad y depresión. Dichos problemas o trastornos pasan fácilmente inadvertidos por los adultos.

### ENTORNO GENERAL

Respecto a los problemas que enfrenta el país, más del 43% de los adolescentes de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa identifican como problemas principales: la pobreza, el desempleo y la corrupción, seguidos de la falta de valores, la delincuencia y la violencia (Tabla 97). Frente a estos problemas la mayoría siente preocupación y pena, tristeza o depresión (Tabla 98).

**TABLA 97**  
**PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS POR LOS ADOLESCENTES DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
DESEMPLEO	15,8	16,0	15,6	FALTA DE LIDERAZGO	3,8	4,2	3,4
CORRUPCIÓN	14,2	14,8	13,6	INESTABILIDAD POLÍTICA	2,7	1,3	4,2
VIOLENCIA	13,9	12,4	15,5	FALTA DE CONFIANZA	2,1	2,8	1,4
POBREZA	22,5	22,7	22,3	MANEJO ECONÓMICO	1,6	2,4	0,7
DELINCUENCIA	12,2	11,9	12,5	FALTA DE VALORES	0,5	0,4	0,6
TERRORISMO	0,9	1,1	0,8	OTROS	2,1	2,1	2,1
NARCOTRÁFICO	0,6	1,0	0,3				

**TABLA 98**  
**SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN ADOLESCENTES DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

SENTIMIENTOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	SENTIMIENTOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
INDIFERENCIA	4,3	5,7	2,8	PREOCUPACIÓN	25,3	23,1	27,7
RESIGNACIÓN	1,8	1,5	2,2	IMPOTENCIA	5,5	4,5	6,5
DESILUSIÓN	8,5	8,8	8,2	FRUSTRACIÓN	3,5	3,7	3,3
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	18,4	18,2	18,6	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	1,8	1,0	2,7
RABIA	2,5	3,1	1,9	INDIGNACIÓN	6,7	5,8	7,6
CÓLERA	7,3	8,6	5,9	MIEDO O TEMOR	7,0	6,8	7,3
AMARGURA	6,0	7,0	4,9	OTROS	0,1	0,2	0,0

Respecto a la confianza en las autoridades, al igual que en Lima y Callao y en las ciudades de la Sierra y Selva estudiadas, llama la atención la poca confianza de los adolescentes en las autoridades políticas (75,6%) así como en los líderes sindicales (57,8%) y comunales (60,8%); estos resultados contrastan con la confianza plena de los adolescentes en los médicos (58,3%), maestros (55,9%) y religiosos (46,8%) (Tabla 99).

**TABLA 99**  
**CONFIANZA EN LAS AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>POLICÍAS FEMENINAS</b>			
TOTAL	27,8	44,2	28,0
MASCULINO	25,9	48,5	25,6
FEMENINO	29,9	39,5	30,6
<b>POLICÍAS MASCULINAS</b>			
TOTAL	42,3	39,1	18,6
MASCULINO	35,0	39,8	25,2
FEMENINO	50,1	38,5	11,5
<b>MILITARES</b>			
TOTAL	45,7	33,2	21,1
MASCULINO	36,0	37,0	27,0
FEMENINO	56,2	29,1	14,8
<b>RELIGIOSOS</b>			
TOTAL	26,2	27,0	46,8
MASCULINO	28,4	27,5	44,1
FEMENINO	23,8	26,6	49,6
<b>MAESTROS</b>			
TOTAL	15,1	29,0	55,9
MASCULINO	14,4	26,8	58,8
FEMENINO	16,0	31,3	52,7
<b>MÉDICOS</b>			
TOTAL	11,2	30,4	58,3
MASCULINO	9,7	31,8	58,6
FEMENINO	12,9	29,0	58,1
<b>AUTORIDADES POLÍTICAS</b>			
TOTAL	75,6	20,3	4,1
MASCULINO	74,5	20,3	5,2
FEMENINO	76,7	20,4	2,9
<b>LÍDERES SINDICALES</b>			
TOTAL	57,8	42,2	0,0
MASCULINO	77,2	22,8	0,0
FEMENINO	35,7	64,3	0,0
<b>LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ALCALDES</b>			
TOTAL	60,8	29,3	9,9
MASCULINO	56,2	30,6	13,2
FEMENINO	65,8	27,8	6,4
<b>JEFE DE TRABAJO</b>			
TOTAL	9,9	22,3	67,8
MASCULINO	8,6	20,7	70,7
FEMENINO	12,4	25,7	61,9
<b>VECINOS</b>			
TOTAL	41,1	38,8	20,1
MASCULINO	34,5	38,5	27,0
FEMENINO	48,2	39,1	12,7
<b>PERIODISTAS</b>			
TOTAL	43,5	40,6	15,9
MASCULINO	39,6	41,5	18,9
FEMENINO	47,7	39,6	12,7

**ESTRESORES PSICOSOCIALES**

Con relación a los estresores psicosociales que percibe el adolescente como muy tensionantes, resaltan la delincuencia (58,4%), el narcotráfico (54,1%), el terrorismo (42,6%) y la salud (37,2%) (Tabla 100), siendo mayores los porcentajes en las adolescentes.

**TABLA 100**  
**MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>TRABAJO</b>			
TOTAL	62,4	27,9	9,8
MASCULINO	61,8	27,2	11,0
FEMENINO	63,7	29,6	6,7
<b>ESTUDIO</b>			
TOTAL	49,2	27,1	23,8
MASCULINO	52,6	26,0	21,4
FEMENINO	45,6	28,2	26,3
<b>HIJOS Y PARIENTES</b>			
TOTAL	63,3	18,1	18,6
MASCULINO	65,2	16,7	18,1
FEMENINO	61,3	19,5	19,2
<b>PAREJA</b>			
TOTAL	72,4	16,6	11,0
MASCULINO	66,2	20,5	13,4
FEMENINO	81,3	11,0	7,6
<b>DINERO</b>			
TOTAL	61,4	24,5	14,2
MASCULINO	63,6	23,7	12,7
FEMENINO	59,0	25,3	15,7
<b>LA SALUD</b>			
TOTAL	41,1	21,6	37,2
MASCULINO	43,0	22,9	34,2
FEMENINO	39,1	20,3	40,5
<b>LA LEY</b>			
TOTAL	73,0	14,2	12,8
MASCULINO	74,2	14,2	11,6
FEMENINO	71,7	14,1	14,2
<b>TERRORISMO</b>			
TOTAL	44,1	13,2	42,6
MASCULINO	49,6	11,2	39,2
FEMENINO	38,3	15,4	46,3
<b>DELINCUENCIA</b>			
TOTAL	27,5	14,1	58,4
MASCULINO	33,9	12,9	53,2
FEMENINO	20,7	15,4	63,9
<b>NARCOTRÁFICO</b>			
TOTAL	32,8	13,2	54,1
MASCULINO	37,3	12,3	50,4
FEMENINO	27,9	14,1	58,0

Respecto al estrés ambiental, el 64,1% de los adolescentes percibe un alto nivel de estrés (ruidos, ventilación, olores, espacio), cifra mayor a la que perciben los adolescentes de Lima y Callao (42,6%) (EEMSM 2002), de las ciudades de la Sierra (42,5%) (EESMSP 2003), Selva (56,5%) (EESMSLP 2004) y fronteras (56,4%) (EESMFP 2005).

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

En cuanto a los estados anímicos que, sin ser por sí mismos patológicos, pueden repercutir significativamente en la calidad de vida de los adolescentes, llaman la atención los resultados respecto a los estados negativos, donde entre el 11,1% y el 15,8% de los adolescentes refieren experimentar siempre o casi siempre sentimientos de tristeza, tensión, angustia, irritabilidad o aburrimiento, siendo mucho mayor la afectación en las adolescentes. La tendencia a la preocupación es considerable (23,5%), hallándose relación con el tener que asumir responsabilidades por algo, de manera similar que en fronteras, Selva, Sierra, Lima y Callao (Tabla 101).

**TABLA 101**  
**PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	5,4	83,2	11,4
MASCULINO	7,0	82,7	10,3
FEMENINO	3,8	83,7	12,5
<b>TENSO</b>			
TOTAL	19,4	66,2	14,4
MASCULINO	22,1	65,4	12,5
FEMENINO	16,5	67,0	16,5
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	26,0	62,8	11,1
MASCULINO	28,8	61,3	9,9
FEMENINO	23,0	64,5	12,4
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	24,3	62,9	12,8
MASCULINO	23,9	67,1	9,1
FEMENINO	24,8	58,5	16,8
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	10,5	66,0	23,5
MASCULINO	13,4	65,4	21,2
FEMENINO	7,4	66,5	26,0
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	3,6	24,8	71,6
MASCULINO	3,4	24,0	72,5
FEMENINO	3,8	25,6	70,6
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	0,2	14,6	85,2
MASCULINO	0,3	13,3	86,5
FEMENINO	0,0	16,1	83,8
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	23,6	60,6	15,8
MASCULINO	27,5	59,4	13,1
FEMENINO	19,4	61,9	18,7
<b>OTRO</b>			
TOTAL	4,5	18,5	76,9
MASCULINO	9,8	39,9	50,3
FEMENINO	0,0	0,0	100,0

## 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 17,8 semejante a la de los adolescentes de las ciudades de Lima y Callao (16,1), Sierra (16,9), Selva (17,2) y fronteras (17,5) (Tabla 102).

La mayor fuente de satisfacción hallada se encuentra en el color de la piel, profesión u oficio, las amistades e inteligencia, en 78,4%, 72,4%, 72,1% y 71,6%. El 12,6% está muy poco o nada satisfecho con su nivel económico, área que causa 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 PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	17,8	18,5	20	16,5	19,8
MASCULINO	18,0	18,6	20	16,6	19,9
FEMENINO	17,6	18,0	20	16,5	18,9

**TABLA 103**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASPECTO FÍSICO</b>			
TOTAL	5,8	26,9	67,3
MASCULINO	4,0	25,8	70,2
FEMENINO	7,7	28,1	64,1
<b>COLOR DE LA PIEL</b>			
TOTAL	5,2	16,4	78,4
MASCULINO	6,4	18,3	75,3
FEMENINO	4,0	14,4	81,7
<b>INTELIGENCIA</b>			
TOTAL	5,3	23,1	71,6
MASCULINO	4,2	21,1	74,7
FEMENINO	6,4	25,3	68,3
<b>CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA</b>			
TOTAL	12,6	38,2	49,2
MASCULINO	9,8	37,8	52,3
FEMENINO	15,6	38,6	45,8
<b>PROFESIÓN U OFICIO</b>			
TOTAL	6,5	21,2	72,4
MASCULINO	9,2	18,0	72,8
FEMENINO	3,6	24,4	72,0
<b>NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO</b>			
TOTAL	7,9	26,4	65,7
MASCULINO	8,1	26,1	65,8
FEMENINO	7,6	26,8	65,6
<b>RELIGIÓN</b>			
TOTAL	10,5	17,9	71,5
MASCULINO	11,7	23,0	65,3
FEMENINO	9,3	12,5	78,2
<b>AMISTADES O RELACIONES SOCIALES</b>			
TOTAL	8,8	19,1	72,1
MASCULINO	9,4	17,3	73,3
FEMENINO	8,2	20,9	70,9
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>			
TOTAL	9,5	21,7	68,9
MASCULINO	7,5	22,7	69,8
FEMENINO	11,6	20,5	67,9

## SATISFACCIÓN LABORAL

Partiendo del conocimiento de que muchos adolescentes tienen que trabajar para ayudar a mantener sus hogares, se consideró importante la evaluación de esta área. En lo que respecta a la evaluación del grado de satisfacción laboral global, la media es 17,0, que es mayor a la media del adolescente de las ciudades de Lima y Callao (15,2), de la Sierra (16,0), Selva (16,6) y fronteras (16,2). Las causas más frecuentes de insatisfacción laboral son la remuneración (15,4%) y la carga de trabajo (15,3%). Es importante resaltar que un 70,7% de los adolescentes encuestados señaló el trato de los jefes como fuente de satisfacción laboral (Tablas 104 y 105).

**TABLA 104**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN**  
**ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	17,0	17,0	20,0	15,8	19,2
MASCULINO	16,8	16,7	15,8	15,0	18,8
FEMENINO	17,3	18,3	18,3	16,3	19,2

**TABLA 105**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA</b>			
TOTAL	9,1	28,4	62,5
MASCULINO	8,3	26,1	65,6
FEMENINO	10,7	33,5	55,8
<b>CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA</b>			
TOTAL	8,6	46,7	44,7
MASCULINO	9,9	46,7	43,3
FEMENINO	5,8	46,5	47,6
<b>CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>			
TOTAL	19,5	14,3	66,3
MASCULINO	23,5	13,5	63,0
FEMENINO	8,9	16,4	74,8
<b>CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA</b>			
TOTAL	15,3	42,5	42,1
MASCULINO	16,3	47,6	36,1
FEMENINO	13,3	31,5	55,3
<b>CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES</b>			
TOTAL	11,8	17,6	70,7
MASCULINO	10,1	18,4	71,5
FEMENINO	15,1	15,9	69,0
<b>CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE</b>			
TOTAL	15,4	40,3	44,3
MASCULINO	14,2	50,2	35,5
FEMENINO	18,1	17,4	64,6

## CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida involucra áreas como bienestar físico, psicológico, autocuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, sentido de apoyo socio-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. El resultado global del Índice de Calidad de Vida -en una escala de 1 a 10, siendo 10

excelente- se encuentra en 7,7, cifra que indica un nivel aceptable. El valor encontrado es semejante a la media hallada en los adolescentes de las ciudades de la Selva, Sierra, fronteras y Lima y Callao (Tabla 106).

**TABLA 106**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

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

### ASPECTOS PSICOPÁTICOS

Las conductas psicopáticas pueden iniciarse desde edades tempranas y ser predictoras de problemas severos de personalidad de difícil ayuda en la adultez. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo; las tendencias psicopáticas se refieren a conductas como la mentira frecuente y la violencia; como tendencias delictivas, se considera el robo u otras conductas abiertamente en conflicto con la ley. La permisividad frente a la psicopatía, así como la prevalencia de tendencias psicopáticas y tendencias delictivas (3,4%, 36,9% y 3,3%) en la población adolescente de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa, es menos frecuente que en la población de adolescentes de las ciudades de la Selva (5,1%, 44,6% y 3,6%), fronteras (5,7%, 39,4% y 6,4%) y Sierra (9,9%, 39,4% y 9,6%) (Tabla 107).

**TABLA 107**  
**ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
<b>PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA</b>	
TOTAL	3,4
MASCULINO	4,8
FEMENINO	2,0
<b>PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS</b>	
TOTAL	36,9
MASCULINO	42,4
FEMENINO	31,0
<b>PREVALENCIA DE TENDENCIAS DELICTIVAS</b>	
TOTAL	3,3
MASCULINO	4,3
FEMENINO	2,2

### INDICADORES SUICIDAS

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

Son llamativas las cifras de estas cuatro categorías, siendo mayores en cuanto a deseos suicidas y gradualmente inferiores las de pensamiento, planeación y finalmente intento de suicidio.

En la Tabla 108, observamos que el 25,2% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 12,0% en el último año y un 4,9% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más severa, el 1,5% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, un 0,9% en el último año y un 0,2% en el último mes. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años.

Un quinto de la población adolescente que intentó hacerse daño alguna vez en su vida, considera el suicidio todavía como una posibilidad de solución de sus problemas (Tabla 108).

**TABLA 108**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL %	12 A 14 AÑOS %	15 A 17 AÑOS %
<b>DESEOS DE ÍNDOLE SUICIDA</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	25,2	22,1	28,7
PREVALENCIA MENSUAL	4,9	5,6	4,1
PREVALENCIA ANUAL	12,0	11,7	12,3
<b>PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	9,2	6,7	12,2
PREVALENCIA MENSUAL	2,3	2,6	1,9
PREVALENCIA ANUAL	5,7	5,1	6,4
<b>PLANEACIÓN SUICIDA</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	3,3	1,4	5,4
PREVALENCIA MENSUAL	0,7	0,4	1,0
PREVALENCIA ANUAL	1,8	0,9	2,9
<b>CONDUCTAS SUICIDAS</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	1,5	0,7	2,4
PREVALENCIA MENSUAL	0,2	0,0	0,4
PREVALENCIA ANUAL	0,9	0,5	1,4
<b>PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,6</b>

En cuanto a los motivos por los cuales los adolescentes desean o intentan quitarse la vida, resaltan principalmente los problemas con los padres (56,6% y 60,1%). Entre los adolescentes de 15 a 17 años también son frecuentes los problemas con otros parientes (15,1% y 22,1%) y con los estudios (8,9% y 10,9%). Entre los adolescentes de 12 a 14 años, además de los problemas con los padres y otros parientes, resaltan los problemas con los estudios (8,7%) y con los amigos (7,4%). Los problemas con los padres son referidos como motivo de deseos o intentos de suicidio con más frecuencia por los adolescentes de 15 a 17 años (64,1% y 69,4%) que por los de 12 a 14 años (47,9% y 33,0%)

Es importante remarcar que las causas principales de los indicadores suicidas en las ciudades de Costa se hallan en el mismo hogar, de manera semejante a lo encontrado en las ciudades de Lima y Callao (EEMSM 2002), de la Sierra (EESMSP 2003), Selva (EESMSLP 2004) y fronteras (EESMFP 2005).

**TABLA 109**  
**MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

<b>MOTIVOS DEL DESEO O INTENTO SUICIDA</b>	<b>MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS %</b>	<b>MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %</b>
<b>PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN</b>		
TOTAL	2,0	0,0
12 A 14	3,6	0,0
15 A 17	0,7	0,0
<b>PROBLEMAS CON LOS PADRES</b>		
TOTAL	56,6	60,1
12 A 14	47,9	33,0
15 A 17	64,1	69,4
<b>PROBLEMAS CON SUS HIJOS</b>		
TOTAL	0,6	0,0
12 A 14	1,2	0,0
15 A 17	0,1	0,0
<b>PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES</b>		
TOTAL	15,3	33,6
12 A 14	15,6	67,0
15 A 17	15,1	22,1
<b>PROBLEMAS CON TU PAREJA O ENAMORADA(O)</b>		
TOTAL	2,9	4,8
12 A 14	0,6	0,0
15 A 17	5,0	6,5
<b>PROBLEMAS CON AMIGOS(AS)</b>		
TOTAL	5,6	2,8
12 A 14	7,4	0,0
15 A 17	3,9	3,7
<b>PROBLEMAS CON EL TRABAJO</b>		
TOTAL	0,4	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	0,7	0,0
<b>PROBLEMAS CON LOS ESTUDIOS</b>		
TOTAL	8,8	8,1
12 A 14	8,7	0,0
15 A 17	8,9	10,9
<b>PROBLEMAS ECONÓMICOS</b>		
TOTAL	5,4	15,5
12 A 14	2,3	0,0
15 A 17	8,2	20,8
<b>PROBLEMAS CON LA SALUD FÍSICA</b>		
TOTAL	2,2	5,8
12 A 14	1,3	0,0
15 A 17	3,0	7,8
<b>PROBLEMAS DE SALUD DE UN FAMILIAR</b>		
TOTAL	3,2	0,0
12 A 14	5,2	0,0
15 A 17	1,5	0,0
<b>SEPARACIÓN DE FAMILIAR</b>		
TOTAL	1,9	0,0
12 A 14	1,9	0,0
15 A 17	1,9	0,0
<b>SEPARACIÓN DE PAREJA O ENAMORADA(O)</b>		
TOTAL	0,7	0,0
12 A 14	0,2	0,0
15 A 17	1,1	0,0
<b>MUERTE DE HIJO</b>		
TOTAL	0,0	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	0,0	0,0

CONTINÚA...

MOTIVOS DEL DESEO O INTENTO SUICIDA	MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS %	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %
<b>MUERTE DE PADRE O MADRE</b>		
TOTAL	1,3	0,0
12 A 14	0,7	0,0
15 A 17	1,8	0,0
<b>PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA</b>		
TOTAL	1,2	1,7
12 A 14	0,8	0,0
15 A 17	1,5	2,3
<b>SIN MOTIVO APARENTE</b>		
TOTAL	1,7	0,0
12 A 14	2,0	0,0
15 A 17	1,5	0,0
<b>OTROS</b>		
TOTAL	10,7	3,5
12 A 14	17,4	0,0
15 A 17	4,9	4,7

## TENDENCIA A LA VIOLENCIA

La violencia es uno de los principales problemas sociales que enfrenta la sociedad. En este estudio sólo se ha medido la prevalencia de vida de conductas como peleas con algún tipo de armas o abuso físico contra menores. Se encontró que un 17,1% de la población adolescente se ha visto involucrada en algún tipo de estas conductas. En cuanto al pensamiento homicida, las prevalencias también resultan llamativas, un 2,1% de la población adolescente habría tenido alguna vez en su vida pensamientos homicidas (Tabla 110). Estos indicadores son semejantes a los hallados en las ciudades de la Sierra, Selva y fronteras, pero menores a los de Lima y Callao (2,4%) (EEMSM 2002).

**TABLA 110**  
**TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

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

## FACTORES PROTECTORES

El grado de cohesión familiar, medido a través del respeto y apoyo mutuo, el orgullo familiar, o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos entre los adolescentes de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa, lo cual constituye un factor positivo frente a los otros estresores psicosociales que atentan contra la salud mental (Tabla 111). De la misma manera, el 91,3% de la población adolescente encuestada señala que el factor religioso es muy importante en su vida, cifra semejante a la hallada en las ciudades encuestadas de la Sierra, Selva, fronteras, Lima y Callao, (85,7%; 91,7%; 88,5%; 87,4%). La mayoría afirma que la religión ayuda a la solución de problemas (66,6%).

**TABLA 111**  
**GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	18,0	18,3	20	16,7	20,0
MASCULINO	18,1	19,2	20	17,5	20,0
FEMENINO	17,8	18,3	20	16,7	20,0

## TRASTORNOS CLÍNICOS

En la Tabla 112 se presentan las prevalencias actuales de diversos trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El trastorno clínico más frecuente en los adolescentes encuestados es el episodio depresivo con una prevalencia actual de 4,4%, seguido de fobia social con 2,3% y del trastorno de ansiedad generalizada con un 1,9%. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, la prevalencia actual de anorexia nerviosa es de 0,2%, de las conductas bulímicas 0,9% y la tendencia a problemas alimentarios o trasgresiones de la conducta alimentaria es de 5,4% (Tabla 112).

**TABLA 112**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	PIURA %	TRUJILLO %	CHIMBOTE %	ICA %	AREQUIPA %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
EPISODIO DEPRESIVO (DEPRESIÓN MAYOR)	4,4	4,6	3,5	4,2	3,7	5,8
DISTIMIA	0,4	0,2	0,1	0,4	0,8	1,0
FOBIA SOCIAL	2,3	1,1	2,2	2,2	3,7	3,0
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**	1,9	2,8	0,6	2,6	2,5	2,8
BULIMIA NERVIOSA	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,5
CONDUCTAS BULÍMICAS***	0,9	1,3	1,1	0,4	0,4	0,9
ANOREXIA NERVIOSA	0,2	0,9	0,1	0,0	0,3	0,1
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS****	5,4	6,5	5,5	6,0	4,9	4,4

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

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

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

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

## USO DE SUSTANCIAS

Al igual que en el adulto y el adolescente de las ciudades de Frontera, Selva, Sierra y Lima y Callao, las prevalencias de consumo de sustancias adictivas son mayores en los adolescentes de género masculino, excepto si se trata de medicación para cefalea, tos, para dormir o tranquilizantes y consumo de coca. Como es de esperar, el consumo de alcohol aventaja en frecuencia al consumo de otras sustancias, siendo su prevalencia de vida 53,4% y la prevalencia mensual de 21,7%. Con relación a conductas problemáticas por consumo de licor, se encuentra una prevalencia mensual de embriaguez alcohólica del 2,5%. Es de notar que el 10,8% de los adolescentes encuestados identifica su consumo de alcohol por lo menos con una conducta relacionada al abuso (Tabla 113).

Observamos que la prevalencia de vida del consumo de sustancias nocivas legales se encuentra en 80,6% y de ilegales en 1,0%. La sustancia no alcohólica legal más consumidas alguna vez es el tabaco (27,7%), seguida de las pastillas para dormir (1,2%) y jarabe para la tos (1,0%). Llama la atención el consumo de la hoja de coca cuya prevalencia de vida es de 7,9 (Tabla 114).

**TABLA 113**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE SEGÚN SEXO DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	53,4	57,1	49,5
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	21,7	22,7	20,5
PREVALENCIA MENSUAL DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	2,5	3,5	1,5
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	10,8	14,3	7,0
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	2,7	3,8	1,5
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	0,9	1,4	0,5

**TABLA 114**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS NOCIVAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE SUSTANCIA	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS LEGALES	80,6	86,3	74,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS ILEGALES	1,0	1,5	0,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	27,7	33,8	21,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,5	0,2	0,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	1,2	0,8	1,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	0,3	0,2	0,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	1,0	0,0	1,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,2	0,0	0,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ÉXTASIS	0,1	0,2	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,7	1,2	0,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA	0,3	0,3	0,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HEROÍNA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	7,9	7,5	8,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE INHALANTES	0,1	0,2	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA NOCIVA	80,6	86,3	74,4

A modo de comparación, se presenta la distribución de las prevalencias de consumo de sustancias nocivas por adolescentes en las cinco ciudades del estudio. Existen diferencias significativas respecto al consumo de sustancias nocivas legales en general y de alcohol en particular, evidenciándose una mayor prevalencia de vida y en el mes de consumo de alcohol en Piura (63,9% y 29,6%), seguida de Arequipa (62,9% y 20,0%) y en menor grado en Trujillo (45,4% y 21,0%) y en Chimbote (46,3% y 16,8%)(Tabla 115).

**TABLA 115**

**PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS NOCIVAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERIODO	TOTAL %	PIURA %	TRUJILLO %	CHIMBOTE %	ICA %	AREQUIPA %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	53,4	63,9	45,4	46,3	55,5	62,9
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	21,7	29,6	21,0	16,8	22,9	20,0
PREVALENCIA MENSUAL DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	2,5	3,5	1,2	3,9	2,8	3,1
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	10,8	11,4	11,7	10,8	13,2	7,9
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	2,7	3,7	2,6	3,0	3,9	1,6
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	0,9	0,9	0,9	1,1	1,6	0,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS LEGALES	80,6	83,8	75,3	79,5	84,7	85,9
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS ILEGALES	1,0	0,1	0,4	1,4	0,8	2,3

En cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias nocivas (Tabla 116), se aprecia que los adolescentes entrevistados empezaron a consumir entre los 10 y 16 años. Para el alcohol la edad más frecuente de inicio de consumo es 15 años.

**TABLA 116**

**EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS NOCIVAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE SUSTANCIA	MEDIA	MEDIANA	MODA	MIN.	MÁX.
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	12,3	13,0	15,0	2,0	17,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	13,7	14,0	15,0	5,0	17,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	14,4	15,0	15,0	12,0	16,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	13,8	15,0	16,0	8,0	17,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	11,5	11,0	10,0	9,0	15,0
EDAD DE INICIO PARA CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	10,1	8,0	8,0	8,0	14,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES (PARA BAJAR EL APETITO)	15,3	16,0	16,0	13,0	16,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉXTASIS	13,4	14,0	14,0	10,0	14,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	15,6	16,0	16,0	12,0	17,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	14,2	15,0	15,0	12,0	15,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HEROÍNA	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	12,2	12,0	12,0	5,0	17,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	13,3	12,0	12,0	12,0	16,0
EDAD DE INICIO PARA CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS NOCIVAS	16,1	17,0	17,0	7,0	17,0

## ABUSO DE ADOLESCENTES

El adolescente, al igual que el niño y la mujer, se encuentra en serias desventajas para defenderse del maltrato o abuso de personas de su entorno; al respecto, el 65,3% de la población adolescente de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa 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 57,9%, seguido del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias

desventajosas) con 37,4% (Tabla 117). Estas cifras son menores a las encontradas en las ciudades de la Selva (59,5% y 48,6%) (EESMSLP 2004) y fronteras (60,5% y 43,8%) (EESMFP 2005), semejantes a las de la Sierra (55,3% y 40,5%) (EESMSP 2003), pero superiores a las de Lima y Callao (41,7% y 27,3%) (EEMSM 2002).

**TABLA 117**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE ABUSO CONTRA EL ADOLESCENTE EN LA POBLACIÓN DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE ABUSO	%
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO O EMOCIONAL) CONTRA EL ADOLESCENTE EN ALGÚN MOMENTO	65,3
PREVALENCIA DE ALGÚN ABUSO DE TIPO SEXUAL HACIA EL ADOLESCENTE	3,2
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO FÍSICO HACIA EL ADOLESCENTE	37,4
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO PSICOLÓGICO CONTRA EL ADOLESCENTE	57,9
PREVALENCIA DEL ALGÚN ABANDONO DEL ADOLESCENTE	9,7

## ACCESO A SERVICIOS

Si los servicios de atención en salud mental para el adulto y el adolescente son insuficientes en la capital, la situación de los servicios de salud mental para los adolescentes de la Costa es aún más deficitaria. La cantidad de profesionales especializados en adolescentes es mucho menor que la de especializados en adultos, en Lima, siendo casi inexistente en el resto del país. 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, de aquellos adolescentes que han percibido en sí mismos problemas de tipo emocional o mental en algún momento en sus vidas.

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido de algún problema de tipo emocional o de los nervios, el 21,3% de los adolescentes encuestados respondió afirmativamente (demanda sentida), cifra menor a la encontrada en las ciudades de Lima y Callao (29,8%), de la Sierra (43,2%), Selva (36,7%) y frontera (28,5%). Se encontró también que sólo el 12,4% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 86,3% no solicitó ningún tipo de atención médica (Tabla 118).

El 12,4% que sí recibió ayuda, acudió a los establecimientos del MINSA (5,1%), a consultorios de atención académica (3,3%), a ESSALUD (2,3%) y a consulta privada el (1,3%). No se reportó atención alguna por los servicios de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales (Tabla 119).

**TABLA 118**  
**DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

DEMANDA	%
<b>DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM)</b>	
TOTAL	21,3
MASCULINO	15,3
FEMENINO	27,6
<b>DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)</b>	
TOTAL	12,4
MASCULINO	15,5
FEMENINO	10,4

**TABLA 119**
**LUGARES DE ATENCIÓN A LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
• <b>MINSA</b>		5,1
- PUESTOS O CENTROS DE SALUD	2,1	(37,8% DE LO ATENDIDO)
- HOSPITAL GENERAL	2,8	
- INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	0,2	
• <b>ESSALUD</b>		2,3
- POSTA O POLICLÍNICO	1,0	(17,4% DE LO ATENDIDO)
- CENTRO DE SALUD MENTAL	0,0	
- HOSPITAL GENERAL	1,3	
• <b>FFAA</b>		0,0
- HOSPITAL FFAA Y PN	0,0	(0,0% DE LO ATENDIDO)
• <b>PRIVADA</b>		1,3
- CLÍNICA PARTICULAR	0,6	(33,2% DE LO ATENDIDO)
- CONSULTORIO PARTICULAR	0,6	
- CONSULTORIO MÉDICO PARROQUIAL	0,1	
• <b>CONSULTORIO DE INSTITUCIÓN ACADÉMICA</b>	3,3	3,3
• <b>OTROS</b>		1,5
- OTROS	1,5	(11,1% DE LO ATENDIDO)

Con relación a los motivos por los cuales los adolescentes no recibieron atención alguna para su problema emocional o mental, la mayoría (66,2%) pensaba que lo debían superar solos, el 34,1% no acudió por falta de confianza, el 23,4% dijo no tener dinero y un 33,8% 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 económicos (Tabla 120).

**TABLA 120**
**MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA A LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
NO SABÍA A DÓNDE IR	33,8	POR VERGÜENZA	29,8
NO TENÍA DINERO	23,4	VECINOS HABLARÍAN MAL	13,7
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	66,2	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	11,1
NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	3,1	PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO	16,2
LARGAS LISTAS DE ESPERA	10,4	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	5,4
PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	9,3	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	7,2
FALTA DE CONFIANZA	34,1	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	4,1
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	23,6	OTROS	21,8
NO ME BENEFICIARÍA	32,4		



## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

El número de adultos mayores encuestados en Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa, fue de 2 530 y, de acuerdo al diseño muestral, la inferencia alcanza a 419 751 habitantes. Los resultados se presentan en base a la población expandida. La muestra estuvo conformada por un 48,1% de varones y un 51,9% de mujeres (Tabla 121).

**TABLA 121**  
NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS DE  
PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	2 530	46,5	53,5
PONDERADA	419 751	48,1	51,9

### EDAD

La edad promedio de los adultos mayores encuestados fue 70,5 años, encontrándose un mayor porcentaje en el grupo más joven, entre los 60 y 74 años (Tabla 122).

**TABLA 122**  
EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS DE  
PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

EDAD	MEDIA
PONDERADA (D.S)	70,5 (8,2)
<b>GRUPO ETARIO</b>	%
VIEJO JOVEN (60 A 74 AÑOS)	71,8
VIEJO VIEJO (75 A 84 AÑOS)	20,8
MUY VIEJO ( 85 AÑOS A MÁS)	7,4

### ESCOLARIDAD

En los encuestados adultos mayores el analfabetismo asciende al 16,1%, con mayor presencia en las mujeres que en los varones (Tabla 123).

**TABLA 123**  
ANALFABETISMO EN LOS ADULTOS MAYORES DE  
PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

ANALFABETISMO	%
TOTAL	16,1
MASCULINO	6,5
FEMENINO	25,1

Aproximadamente la mitad de los encuestados adultos mayores tiene instrucción primaria (48,5%). Es de notar la diferencia marcada según género en la categoría sin instrucción, siendo mayor el porcentaje entre las mujeres (Tabla 124).

**TABLA 124**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
SIN NIVEL/ NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	13,1	4,5	21,0
INICIAL / PREESCOLAR	0,5	0,5	0,5
PRIMARIA	48,5	51,8	45,4
SECUNDARIA	22,0	23,9	20,2
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	5,8	6,5	5,2
SUPERIOR UNIVERSITARIO	9,4	11,9	7,1
POSTGRADO	0,7	0,9	0,6

## ESTADO CIVIL

Los adultos mayores en situación de unidos (casados o convivientes) ascienden al 59,0%, existiendo una marcada diferencia entre géneros: mientras que en los varones este porcentaje asciende a 75,8%, en las mujeres está en 43,3%. En la condición de pérdida de una unión previa (separados, divorciados y viudos) se halla el 36,1% (20,8% de los hombres y 50,4% de las mujeres), siendo mayor el estado de viudez en las mujeres. El 4,9% de adultos mayores permaneció soltero (Tabla 125).

**TABLA 125**  
**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ESTADO CIVIL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
CONVIVIENTE	7,7	10,7	4,9
SEPARADO	10,3	7,1	13,2
DIVORCIADO	0,9	1,2	0,7
VIUDO	24,9	12,5	36,5
CASADO	51,3	65,1	38,4
SOLTERO	4,9	3,4	6,3

## OCUPACIÓN

La actividad productiva de los adultos mayores se refleja en el 30,7% que estuvo trabajando la semana anterior a la encuesta; aproximadamente cuatro de cada diez varones y dos de cada diez mujeres trabajan. Los que buscan empleo o desempleados alcanzan al 1,3% (Tabla 126).

**TABLA 126**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	30,7	42,3	20,0
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	1,3	2,2	0,4

## SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

### ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Se presentan a continuación los principales indicadores de la salud mental del adulto mayor, siguiendo el mismo patrón de las otras unidades de análisis en el presente informe.

### ESTRESORES PSICOSOCIALES

Entre los estresores explorados y generadores de un mayor nivel de tensión, el 71,7% de los adultos mayores señala a la delincuencia, el 61,4% al narcotráfico, el 47,9% al terrorismo -todos ellos condiciones del entorno social- y el 43% a la salud. Con relación a la salud, se debe considerar que la prevalencia a 6 meses de enfermedad física o accidente en los adultos mayores encuestados es de 42,4%. El dinero es reconocido como factor de bastante o mucha tensión por cerca de un tercio de los adultos mayores; los restantes estresores producen el mismo nivel de tensión en aproximadamente una quinta parte de ellos. En próximos estudios se informará sobre los estresores contenidos en la categoría Otros, asociada a alta tensión en un elevado porcentaje de los encuestados (Tabla 127).

Teniendo en cuenta el género, las mujeres muestran mayores porcentajes de alta tensión experimentada ante la mayoría de estresores; las diferencias son marcadas en cuanto a la tensión producida por los hijos, la salud y el terrorismo.

**TABLA 127**

**MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>TRABAJO</b>			
TOTAL	53,3	25,7	21,0
MASCULINO	55,4	24,5	20,2
FEMENINO	48,9	28,4	22,8
<b>ESTUDIOS</b>			
TOTAL	56,2	25,2	18,6
MASCULINO	46,0	31,1	23,0
FEMENINO	100	0,0	0,0
<b>HIJOS Y PARIENTES</b>			
TOTAL	60,1	21,3	18,6
MASCULINO	67,4	21,0	11,5
FEMENINO	53,2	21,6	25,1
<b>PAREJA</b>			
TOTAL	64,9	16,5	18,6
MASCULINO	68,8	14,9	16,3
FEMENINO	58,5	19,1	22,4
<b>DINERO</b>			
TOTAL	42,0	27,4	30,6
MASCULINO	43,2	29,7	27,1
FEMENINO	40,9	25,3	33,8
<b>SALUD</b>			
TOTAL	31,5	24,9	43,6
MASCULINO	37,0	26,6	36,5
FEMENINO	26,5	23,4	50,1

CONTINÚA...

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASUNTOS CON LA LEY</b>			
TOTAL	75,7	10,7	13,6
MASCULINO	77,2	9,2	13,6
FEMENINO	74,2	12,1	13,7
<b>TERRORISMO</b>			
TOTAL	41,1	10,9	47,9
MASCULINO	50,7	10,9	38,4
FEMENINO	32,2	11,0	56,8
<b>DELINCUENCIA</b>			
TOTAL	17,5	10,8	71,7
MASCULINO	22,4	12,4	65,3
FEMENINO	13,0	9,4	77,6
<b>NARCOTRÁFICO</b>			
TOTAL	29,0	9,6	61,4
MASCULINO	33,6	10,5	55,9
FEMENINO	24,6	8,8	66,6
<b>OTROS</b>			
TOTAL	13,5	7,8	78,6
MASCULINO	10,5	2,2	87,4
FEMENINO	16,5	13,2	70,4

## DISCRIMINACIÓN

Entre los aspectos por los que se han sentido discriminados a lo largo de la vida, los adultos mayores destacan el nivel educativo, la condición económica o social y la edad. La percepción de ser discriminado en el último año es baja, manteniéndose las mayores frecuencias en los tres aspectos señalados (Tabla 127A).

**TABLA 127A**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TIPO DE DISCRIMINACIÓN	PREVALENCIA DE VIDA %	NINGUNA VEZ %	RARA VEZ U OCASIONALMENTE %	FRECIENTE O MUY FRECUENTEMENTE %
SEXO	4,5	99,5	0,4	0,1
EDAD	8,4	94,8	4,3	0,9
PESO	2,5	98,7	1,0	0,3
COLOR DE PIEL	1,1	99,8	0,1	0,1
FORMA DE VESTIR	1,9	99,1	0,8	0,1
COND. ECONÓMICA O SOCIAL	9,5	95,3	4,2	0,5
NIVEL EDUCATIVO	11,2	96,6	3,1	0,3
RELIGIÓN	2,7	98,5	1,0	0,5
AMISTADES	1,7	99,2	0,6	0,2
LUGAR DE NACIMIENTO	1,5	99,8	0,2	0,0
TALLA	1,1	99,8	0,1	0,1

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los estados de ánimo prevalentes en los adultos mayores son la tranquilidad y la alegría, considerados positivos. Alrededor de un tercio reconoce estar preocupado la mayor parte del tiempo. Una cuarta parte de los encuestados nunca experimenta estados de angustia y aburrimiento, y una quinta parte no se siente

tenso. Entre los varones se reportan con más frecuencia los estados de ánimo positivos; los estados negativos son consistentemente más reconocidos como presentes entre las mujeres (Tabla 128).

**TABLA 128**  
**PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	7,4	71,0	21,6
MASCULINO	11,2	73,8	15,0
FEMENINO	3,8	68,4	27,8
<b>TENSO</b>			
TOTAL	19,6	64,5	15,9
MASCULINO	23,9	65,1	11,0
FEMENINO	15,6	63,9	20,4
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	26,3	61,1	12,6
MASCULINO	33,2	58,9	7,8
FEMENINO	19,9	63,0	17,1
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	22,7	66,7	10,6
MASCULINO	24,1	66,4	9,5
FEMENINO	21,5	67,0	11,6
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	5,2	63,0	31,8
MASCULINO	7,3	67,6	25,1
FEMENINO	3,3	58,7	37,9
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	1,6	31,1	67,2
MASCULINO	2,2	27,2	70,5
FEMENINO	1,1	34,7	64,2
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	1,4	35,8	62,8
MASCULINO	1,0	30,8	68,2
FEMENINO	1,7	40,4	57,8
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	26,4	60,3	13,3
MASCULINO	25,5	61,8	12,6
FEMENINO	27,1	58,9	14,0
<b>OTRO</b>			
TOTAL	7,9	23,8	68,3
MASCULINO	13,5	46,1	40,4
FEMENINO	2,6	2,6	94,8

## SATISFACCIÓN PERSONAL

La satisfacción personal de los adultos mayores, con respecto a diferentes atributos y condiciones personales, se expresa en el puntaje promedio de 16,6 considerando una escala de 5 a 20, con valores similares entre géneros (Tabla 129). La mayoría de los encuestados refiere un alto grado de satisfacción con todos los aspectos evaluados, excepto con el nivel educativo y con la condición socioeconómica, en los que la insatisfacción llega al 39,7% y 31,5%, respectivamente (Tabla 130). Los valores encontrados para hombres y mujeres son próximos, excepto en el aspecto físico y en la religión, que son percibidos con mayor satisfacción entre las mujeres.

**TABLA 129**  
**SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (D.S.)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,7 (2,6)	17,0	20,0	15,1	18,8
MASCULINO	16,7 (2,6)	17,0	20,0	15,0	18,8
FEMENINO	16,7 (2,7)	17,4	20,0	15,1	18,8

**TABLA 130**  
**SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASPECTO FÍSICO</b>			
TOTAL	10,9	35,2	53,8
MASCULINO	10,5	39,8	49,7
FEMENINO	11,3	31,0	57,7
<b>COLOR DE PIEL</b>			
TOTAL	6,7	22,5	70,9
MASCULINO	6,6	22,7	70,6
FEMENINO	6,7	22,2	71,1
<b>INTELIGENCIA</b>			
TOTAL	11,6	28,5	59,9
MASCULINO	10,6	28,5	61,0
FEMENINO	12,6	28,5	58,9
<b>CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA</b>			
TOTAL	31,5	42,8	25,7
MASCULINO	31,3	44,9	23,8
FEMENINO	31,7	40,9	27,4
<b>PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ</b>			
TOTAL	11,8	12,8	75,4
MASCULINO	10,3	15,5	74,2
FEMENINO	13,8	9,2	77,0
<b>NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO</b>			
TOTAL	39,7	27,0	33,3
MASCULINO	34,1	31,8	34,1
FEMENINO	44,9	22,7	32,5
<b>RELIGIÓN</b>			
TOTAL	4,1	9,7	86,2
MASCULINO	6,5	14,5	79,0
FEMENINO	1,9	5,3	92,8
<b>RELACIONES SOCIALES</b>			
TOTAL	11,8	24,0	64,3
MASCULINO	11,0	25,9	63,1
FEMENINO	12,5	22,2	65,4
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>			
TOTAL	9,1	24,1	66,8
MASCULINO	7,3	26,4	66,3
FEMENINO	10,7	22,0	67,3

## SATISFACCIÓN LABORAL

Considerando una escala de 5 a 20, los adultos mayores que trabajan, alrededor de un tercio, presentan una media global de 16,6 de satisfacción laboral, sin diferencias de género. Los encuestados refieren altos porcentajes de satisfacción en los aspectos evaluados, excepto con la remuneración, que es juzgada como insatisfactoria por el 36,1% (Tablas 131 y 132). Las mujeres, frente a los hombres, refieren mayores porcentajes de satisfacción en todos los aspectos evaluados, destacando el trato o reconocimiento que reciben de sus jefes.

**TABLA 131**  
SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE  
PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (D.S.)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,7 (2,8)	17,5	20,0	15,0	19,0
MASCULINO	16,6 (2,8)	17,0	20,0	15,0	19,0
FEMENINO	16,9 (2,9)	17,5	20,0	15,0	19,0

**TABLA 132**  
SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE  
PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA</b>			
TOTAL	9,0	25,7	65,3
MASCULINO	8,3	28,3	63,4
FEMENINO	10,5	20,3	69,2
<b>CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA</b>			
TOTAL	11,3	29,5	59,2
MASCULINO	12,2	30,5	57,3
FEMENINO	9,4	27,5	63,1
<b>CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>			
TOTAL	7,6	20,5	71,9
MASCULINO	8,4	22,1	69,5
FEMENINO	5,3	16,0	78,8
<b>CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO</b>			
TOTAL	10,2	38,8	51,0
MASCULINO	9,9	39,1	51,1
FEMENINO	10,9	38,3	50,8
<b>CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES</b>			
TOTAL	10,0	36,1	53,8
MASCULINO	11,7	40,3	47,9
FEMENINO	4,5	22,2	73,3
<b>CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE</b>			
TOTAL	36,1	37,6	26,2
MASCULINO	36,2	38,6	25,2
FEMENINO	36,1	35,4	28,5

## CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida evaluada a través de la satisfacción con diferentes condiciones personales y del entorno -tales como bienestar físico y bienestar psicológico, autocuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo socio-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual del Índice de Calidad de Vida- se expresa en una media global de 7,2 en una escala de 1 a 10 (Tabla 133).

**TABLA 133**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

CALIDAD DE VIDA (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	7,2	7,3	7,4	6,6	7,9
MASCULINO	7,3	7,4	7,4	6,6	7,9
FEMENINO	7,2	7,3	8,0	6,6	8,0

## DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

La probabilidad de presentar discapacidades asociadas a la presencia de alguna condición patológica aumenta con la edad, lo que puede limitar el funcionamiento y autonomía. Alrededor de una quinta parte de los adultos mayores encuestados (18,6%) tiene alguna discapacidad física (Tabla 134). El nivel global de discapacidad para la realización de actividades cotidianas -expresado en una escala de 5 a 20, en la que 5 indica ausencia de discapacidad- es bajo (Tabla 135). El 21,1% de los encuestados presenta al menos alguna discapacidad o inhabilidad, observándose una mayor prevalencia entre las mujeres (Tabla 136).

**TABLA 134**  
**DISCAPACIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

AL MENOS UNA DISCAPACIDAD FÍSICA	%
TOTAL	18,6
MASCULINO	17,7
FEMENINO	19,4

**TABLA 135**  
**NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (D.S.)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	5,8 (2,2)	5,0	5,0	5,0	5,0
MASCULINO	5,7 (2,0)	5,0	5,0	5,0	5,0
FEMENINO	5,9 (2,5)	5,0	5,0	5,0	5,0

**TABLA 136**  
**ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
TOTAL	21,1
MASCULINO	18,2
FEMENINO	23,8

## INDICADORES SUICIDAS

Se presenta la prevalencia de vida, anual y en el último mes de los indicadores suicidas: deseos, pensamientos, planes y conductas; los datos de los tres últimos deben tomarse con cuidado por el número pequeño de casos encuestados. Respecto al deseo de muerte, la cuarta parte de los encuestados lo ha tenido alguna vez en su vida, y aproximadamente 5 de cada cien adultos mayores ha deseado morir en el último mes. Entre las mujeres todos los indicadores son mayores que entre los hombres (Tabla 137).

**TABLA 137**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

INDICADORES SUICIDAS	DE VIDA %	PREVALENCIA	
		MENSUAL %	ANUAL %
<b>DESEO DE MORIR</b>			
TOTAL	25,1	4,9	8,8
MASCULINO	17,3	2,9	6,6
FEMENINO	32,4	6,8	10,9
<b>PENSAMIENTO SUICIDA</b>			
TOTAL	6,4	1,2	2,1
MASCULINO	4,6	1,3	1,9
FEMENINO	8,0	1,0	2,2
<b>PLANEACIÓN SUICIDA</b>			
TOTAL	1,3	0,1	0,4
MASCULINO	0,9	0,1	0,4
FEMENINO	1,7	0,1	0,4
<b>CONDUCTA SUICIDA</b>			
TOTAL	0,6	0,0	0,0
MASCULINO	0,5	0,0	0,1
FEMENINO	0,7	0,0	0,0

## FACTORES PROTECTORES

Como factores protectores de la salud y bienestar se toman en cuenta la cohesión familiar y las tendencias religiosas. La cohesión se refiere a la percepción de respeto, apoyo y de compartir valores y proyectos en la familia. En una escala de 5 a 20, en la que cinco indica ausencia de cohesión familiar, la media de los adultos mayores encuestados es 18,3 (Tabla 138), con valores similares en hombres y mujeres. Respecto a la religión, se exploran actitudes y prácticas, encontrándose altos porcentajes de una orientación positiva, excepto para la participación activa en la que se compromete aproximadamente solo la cuarta parte de los encuestados (Tabla 139). Se advierte que los porcentajes son mayores entre las mujeres que entre los varones.

**TABLA 138**  
**COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (D.S.)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	18,2 (2,6)	19,2	20,0	17,5	20,0
MASCULINO	18,2 (2,4)	19,2	20,0	17,0	20,0
FEMENINO	18,2 (2,8)	19,2	20,0	17,5	20,0

**TABLA 139**  
**TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS ES MUY IMPORTANTE	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	PARTICIPA ACTIVAMENTE	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	TRASMITE RELIGIÓN A HIJOS	PREDICA RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
	%	%	%	%	%	%	%
TOTAL	93,5	85,9	23,5	66,4	57,2	33,6	81,5
MASCULINO	90,1	81,2	17,5	62,8	49,5	29,6	78,0
FEMENINO	96,7	90,2	29,0	70,4	64,4	37,4	84,7

## TRASTORNOS CLÍNICOS

### EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR

Se presentan las prevalencias de vida, anual, a seis meses y actual del episodio depresivo en adultos mayores, según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Tabla 140). En la prevalencia actual del episodio depresivo, que asciende a 3,4%, se nota un mayor porcentaje entre las mujeres frente a los hombres; asimismo, entre los adultos mayores del grupo de más edad frente a los más jóvenes. Es de notar que la prevalencia de vida entre ambos géneros es mayor entre las mujeres.

**TABLA 140**  
**EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

PREVALENCIAS DEL EPISODIO DEPRESIVO	DE VIDA	ANUAL	DE 6 MESES	ACTUAL
	%	%	%	%
TOTAL	18,8	6,1	4,9	3,4
MASCULINO	10,5	2,8	2,0	1,2
FEMENINO	26,5	9,3	7,5	5,4
VIEJO JOVEN (60-74)	18,5	6,2	4,8	3,0
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO ( $\geq 75$ )	19,4	6,0	5,1	4,4

### TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

En la Tabla 141 se muestran las prevalencias de vida, anual, a seis meses y actual del trastorno de ansiedad generalizada sin depresión en la población de adultos mayores. La prevalencia actual es 1,3%; es levemente mayor en las mujeres que en los varones y levemente mayor en el grupo etario más joven en comparación con el de mayor edad (Tabla 141). Es de notar la mayor prevalencia de vida del trastorno entre las mujeres en comparación con los varones.

**TABLA 141**  
**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN) EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

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

## CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

Con respecto a las conductas problemáticas en cuanto al uso de alcohol, se ha definido al bebedor riesgoso como aquel que durante un año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte), encontrándose una prevalencia del 6,2%. En lo que respecta al uso de sustancias, se ha considerado sólo la prevalencia en el año. Como se menciona la prevalencia más frecuente es la del abuso o dependencia del alcohol según criterios de investigación de la CIE-10, con un 3,1%, siendo notablemente mayor en los varones (Tabla 142).

**TABLA 142**  
**ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

PREVALENCIA ANUAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	6,2	11,8	1,0
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	1,7	3,2	0,3
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	1,4	3,0	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	3,1	6,2	0,3

## DETERIORO EN EL ADULTO MAYOR

En el presente estudio se identifica el síndrome demencial por la presentación conjunta de deterioro cognoscitivo, detectado a través del Mini Mental State Examination (MMSE), y de deterioro de las actividades instrumentales, detectado con la Escala de Pfeffer.

Considerando un rango de puntajes de 0 a 30 del MMSE, donde el menor puntaje se asocia a la presencia de deterioro, la media del desempeño cognoscitivo de los adultos mayores fue 24,5. Los resultados se presentan en dos grupos según los años de estudio (excluyendo analfabetos), teniendo en cuenta el efecto de la educación en el desempeño. Como se aprecia, el grupo con menos años de estudios tiene una media menor y puntajes más dispersos que el grupo con mayor educación (Tabla 143).

**TABLA 143**  
**DESEMPEÑO COGNOSCITIVO EN EL MMSE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN AÑOS DE INSTRUCCIÓN DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

ASPECTOS COGNOSCITIVOS	AÑOS DE INSTRUCCIÓN	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	MÍN.	MÁX.	P25	P75
PUNTAJE MMSE (MÁX. 30 PUNTOS)	TOTAL	24,4	4,6	25,0	29,0	0,0	30,0	22,0	28,0
	8 Ó MÁS	26,4	3,5	27,0	29,0	0,0	30,0	25,0	29,0
	MENOS DE 8	22,7	4,7	24,0	26,0	2,0	30,0	20,0	26,0

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

El 27,7% de los adultos mayores muestra algún grado de deterioro cognoscitivo, indicado por el punto de corte de 22 en el MMSE, con mayor porcentaje en los hombres y en el grupo de mayor edad; es de resaltar que en este último grupo se duplica el porcentaje del grupo de menor edad. El deterioro identificado es mayor en el grupo de menor instrucción frente al grupo de más años de instrucción, notándose para ambos grupos el mismo patrón con respecto a edad y sexo (Tabla 144).

**TABLA 144**  
**DESEMPEÑO COGNOSCITIVO INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR AÑOS DE INSTRUCCIÓN\*, GRUPO ETARIO Y SEXO DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE ( $\leq 22$ )	AÑOS DE INSTRUCCIÓN		TOTAL %
	MENOS DE 8 %	8 Ó MÁS %	
TOTAL	40,0	12,3	27,7
MASCULINO	40,1	13,8	28,1
FEMENINO	40,0	10,4	27,2
VIEJO JOVEN (60-74)	32,2	8,7	21,1
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO ( $\geq 75$ )	58,1	24,7	45,8

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

\* Personas analfabetas excluidas.

Utilizando el puntaje de corte 5 en la escala de Pfeffer como indicador de la pérdida de habilidades instrumentales, se encuentra en esta condición al 19,6% de los adultos mayores. Es mayor el porcentaje en las mujeres y pronunciadamente alto en el grupo de mayor edad (Tabla 145).

**TABLA 145**  
**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES INDICATIVAS DE DETERIORO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN LA ESCALA DE PFEFFER ( $\geq 6$ )	%
TOTAL	19,6
MASCULINO	17,5
FEMENINO	21,6
VIEJO JOVEN (60-74)	10,5
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO ( $\geq 75$ )	43,5

La prevalencia de deterioro sospechoso de demencia -indicado por la presencia conjunta de deterioro cognoscitivo, a través del MMSE con un puntaje  $\leq 21$ , y de deterioro de las actividades instrumentales, mediante la Escala de Pfeffer con un puntaje  $\geq 6$ - asciende a 10,7%. La prevalencia es mayor en el grupo de menos años de instrucción (Tabla 146).

**TABLA 146**  
**ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNOSCITIVO Y FUNCIONAL SOSPECHOSO DE DEMENCIA POR AÑOS DE INSTRUCCIÓN\* DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

INDICADORES DE DETERIORO	AÑOS DE INSTRUCCIÓN		%
	8 Ó MÁS	MENOS DE 8	
PUNTAJE MMSE ( $\leq 21$ PUNTOS) Y PFEFFER ( $\geq 6$ PUNTOS)	TOTAL		10,7
	8 Ó MÁS		3,4
	MENOS DE 8		16,4

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

\* Personas analfabetas excluidas.

## MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR

El 7,6% de adultos mayores fue víctima de alguna forma de maltrato en el último año, y el 3,0% sufre maltrato sistemático. En ambas condiciones, la agresión verbal es la forma más frecuente de maltrato (Tabla 147). Del total de adultos mayores que refirió haber sido maltratado en el último año, sólo el 12,6% recibió algún tipo de ayuda.

**TABLA 147**

### PREVALENCIA ANUAL Y SISTEMÁTICA DE MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR EN LA POBLACIÓN DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

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

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

## ACCESO A SERVICIOS

Un indicador del acceso a los servicios de salud está dado por la comparación entre la morbilidad sentida, o reconocimiento de padecer algún problema de tipo emocional o mental, y la morbilidad sentida expresada, o búsqueda efectiva de atención. Considerando el periodo de los últimos doce meses, la morbilidad sentida en los adultos mayores fue de 14,3% y, de éstos, el 23,2% se constituye en morbilidad sentida expresada; el porcentaje de los que no buscan ayuda bordea el 76,8%. La morbilidad sentida y la morbilidad expresada son porcentualmente mayores en las mujeres frente a los hombres (Tabla 148).

**TABLA 148**

### MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006

MORBILIDAD SENTIDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL)	(%)
TOTAL	14,3
MASCULINO	10,3
FEMENINO	18,0
MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (% DE LA MORBILIDAD SENTIDA)	(%)
TOTAL	23,2
MASCULINO	16,3
FEMENINO	26,9

La mayor parte de la morbilidad sentida expresada es atendida por los servicios de ESSALUD; y porcentajes menores y similares en los servicios del MINSA y privados. No se registró atención alguna por los servicios de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales (Tabla 149).

**TABLA 149**  
**LUGARES DE ATENCIÓN A LA MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
<b>• MINSA</b>		<b>6,1</b>
- PUESTO O CENTRO DE SALUD	2,3	(25,9% DE LO ATENDIDO)
- HOSPITAL GENERAL	3,5	
- INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	0,3	
<b>• ESSALUD</b>		<b>10,2</b>
- POSTA O POLICLÍNICO	1,4	(43,8% DE LO ATENDIDO)
- HOSPITAL GENERAL	8,5	
- CONSULTORIO PAAD	0,3	
<b>• PRIVADA</b>		<b>6,6</b>
- CLÍNICA PARTICULAR	1,8	(28,7% DE LO ATENDIDO)
- CONSULTORIO PARTICULAR	4,7	
- CONSULTORIO DE CENTRO PARROQUIAL	0,1	
<b>• OTROS</b>		<b>0,4</b>
	0,4	(1,7% DE LO ATENDIDO)

Con relación a los motivos por los cuales la persona no buscó atención médica para su problema emocional, destacan el pensamiento del deber superar el problema sola y las limitaciones económicas (Tabla 150).

**TABLA 150**  
**MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA A LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE PIURA, TRUJILLO, CHIMBOTE, ICA Y AREQUIPA 2006**

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
NO SABÍA A DÓNDE IR	12,3	PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	14,5
NO TENÍA DINERO	45,6	POR VERGÜENZA	7,4
TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	2,2	SU ESPOSO(A) LA(O) CRITICARÍA O NO LE GUSTARÍA	2,2
NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	1,5	SU ESPOSO(A) SE BURLARÍA DE USTED	1,7
LARGAS LISTAS DE ESPERA	13,0	SU ESPOSO(A) NO LA(O) AYUDARÍA ECONÓMICAMENTE PARA LA CONSULTA	1,0
NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	3,2	SU ESPOSO(A) LO PROHIBIRÍA	0,1
FALTA DE CONFIANZA	17,5	VECINOS HABLARÍAN MAL	1,6
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	18,5	POR TEMOR A SER VISTO(A) COMO ENFERMO(A) MENTAL	1,4
NO ME BENEFICIARÍA	17,7	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	8,5
LO DEBÍA SUPERAR SOLO(A)	54,4	OTROS	29,2

## CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN LA COSTA PERUANA





## ADULTOS

1. Con respecto a los aspectos sociodemográficos, el grado de analfabetismo es mayor en el sexo femenino. El 41,0% tiene por lo menos educación secundaria. Son significativas las diferencias entre género. Casi dos terceras partes son casados o convivientes. El desempleo llega al 3,5% y cerca de la mitad de las mujeres tiene un ingreso promedio menor a 300 nuevos soles.
2. Hombres y mujeres, en un 40,7%, perciben que el problema principal del país está relacionado con el desempleo. Luego, siguen la pobreza y la corrupción.
3. Un 90,1% de la población desconfía de las autoridades políticas. Un 74,1% no se siente protegido por el Estado. Es alto el sentimiento de protección que genera la familia y la creencia en Dios.
4. Problemas de salud y económicos, en un 30% de la población, generan alto estrés.
5. Las situaciones económicas y sociales constituyen las principales situaciones de discriminación.
6. La población encuestada, entre un 10% y 30%, presentó en el último mes sentimientos negativos como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad y aburrimiento.
7. El grado de insatisfacción personal en las distintas áreas, como aspecto físico, nivel económico, nivel educativo alcanzado, relaciones sociales y lugar de residencia se encontró entre el 7,3% y 26,9% de los encuestados. El 23,8% tiene sentimientos de insatisfacción por razones económicas.
8. El índice de calidad de vida correspondió al 7,4.
9. Una quinta parte de la población tiene algún grado de discapacidad o inhabilidad leve.
10. La permisividad frente a la psicopatía fue de 6,8% y, las tendencias psicopáticas, de 3,5%.
11. Un 30,1% de la población adulta en algún momento de su vida ha tenido deseos de morir; y un 11,9% de las mujeres en el último año ha tenido ganas de morir. Los principales motivos de deseos de morir y pensamientos suicidas lo constituyen los problemas de pareja, económicos y con los padres. En la mujer, el intento suicida, que es alrededor del 50%, está relacionado con problemas con la pareja.
12. Más de un tercio de la población presentó algún trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida y cerca de un quinto lo ha sufrido en los últimos 6 a 12 meses. El desorden más frecuentemente encontrado fue el episodio depresivo, con 14,1%. La prevalencia de vida para trastornos psiquiátricos en personas que han perdido algún familiar por la violencia en la época del terrorismo fue de 30,1%.
13. La prevalencia de vida para consumo de sustancias nocivas legales fue de 78,4%. La prevalencia más alta fue para el consumo de bebidas alcohólicas, con 98,2%. La prevalencia anual de la dependencia del alcohol fue del 3,9%, correspondiendo 7,1% al sexo masculino.
14. Se encuentran hallazgos que evidencian una relación directa entre la salud mental y el nivel de pobreza, es decir, a mayor pobreza mayor problemas de salud mental. Esto se cumple con respecto a los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, pero no con el abuso o dependencia del alcohol.

15. En relación al acceso a los servicios, el 36,5% percibió algún problema de salud mental alguna vez en su vida. Un 12,9% identificó su problema en los últimos 12 meses y, de ellos, sólo un 19,8% recibió atención por el Sistema de Salud.
16. Se encontró que las personas que alguna vez consultaron por algún síndrome folklórico presentaron en algún momento de su vida un episodio depresivo, ansiedad en general o indicadores paranoides en diferentes grados.

**MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS**

1. El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas en la Costa es del 6,7%. El 64,1% de las mujeres entrevistadas refiere tener una instrucción entre primaria y secundaria. El 78,9% refiere encontrarse en situación de unida (conviviente o casada). El 2,8% ha estado buscando trabajo la semana anterior, el 41,8% considera el desempleo como el problema principal en el país y el 23,7% presenta sentimiento de tristeza frente al principal problema. El 45,9% gana menos de 300 nuevos soles al mes.
2. Confía “nada o poco” en las autoridades políticas el 88,4%; en los religiosos, el 40,6%; en su jefe de trabajo el 41,8% confía “mucho”.
3. El 82,2% considera que la delincuencia es el mayor estresor. Más de la mitad considera un estresor importante el narcotráfico, el terrorismo, la salud y la falta de dinero.
4. El 38,0% siente “poco o nada” satisfacción con su nivel educativo, y un alto porcentaje (82,7%) siente mucha satisfacción con la religión que profesa.
5. La media del índice de calidad de vida global es de 7,4 en una escala de 1 a 10.
6. La prevalencia anual de deseos de morir es de 10,7% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 21,8%; de pensamientos de quitarse la vida, 3,3% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 9,5%; de planes de quitarse la vida, 1,2%; de intentos de quitarse la vida, 0,5%.
7. La prevalencia de vida del episodio depresivo es de 20,4% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 32,6%; del trastorno de estrés post-traumático, 6,4% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 13,9%.
8. El 4,1% de las mujeres fue maltratado físicamente en el periodo de enamoramiento; 14,0% fue engañado, y el 73,8% de las mujeres maltratadas sistemáticamente recibió tratos inadecuados en la etapa de enamoramiento.
9. El 30,4% de las mujeres es víctima de abuso físico por parte de su pareja actual y, el 44,6%, de insultos. La prevalencia anual de algún tipo de abuso sistemático es de 9,2%.

## ADOLESCENTES

1. Entre siete y ocho de cada diez adolescentes de las ciudades de la Costa (Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa), de 12 a 17 años, tienen educación secundaria, y cinco de cada mil tienen condición de analfabetos.
2. Entre uno y dos de cada diez adolescentes de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa trabajan y tienen un promedio de ingreso de 180,34 nuevos soles.
3. La pobreza y la corrupción son los principales problemas personales percibidos por los adolescentes, percepción que les genera predominantemente sentimientos de preocupación y pena, tristeza o depresión.
4. Los adolescentes de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa no confían en las autoridades políticas, sindicales y comunales, pero sí confían en médicos, maestros y religiosos.
5. La delincuencia, el narcotráfico, la salud y el terrorismo son percibidos como factores muy tensionantes por la mayoría de adolescentes.
6. En lo personal, se sienten satisfechos con su inteligencia, oficio, religión, amistades y aspecto físico, e insatisfechos con su situación económica.
7. Los adolescentes que trabajan dicen estar muy satisfechos con el trato de sus jefes, y nada satisfechos con la remuneración que reciben y la carga laboral.
8. El nivel de calidad de vida de los adolescentes de Costa es aceptable, y la cohesión familiar es alta.
9. Entre cuatro y cinco de cada diez adolescentes refieren mentiras frecuentes y conductas violentas en su vida.
10. Entre uno y dos de cada diez adolescentes han tenido deseos suicidas en el último año y acusan como motivo problemas con los familiares, especialmente con los padres.
11. El trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo (Depresión Mayor); uno de cada veinticinco adolescentes reúne criterios para tal diagnóstico.
12. El alcohol y el tabaco son las sustancias nocivas de mayor consumo, al igual que en la Selva, Sierra, fronteras y Lima y Callao; este consumo se inicia generalmente alrededor de los 15 años.
13. La adolescencia es otra etapa de vida vulnerable al abuso, y el abuso psicológico es el más frecuente: Siete de cada diez 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 en ciudades de la Costa que en Lima y Callao: uno a dos de cada diez adolescentes que refieren un problema emocional fueron atendidos para ello en un Servicio de Salud, siendo motivo de tan limitado acceso las concepciones erradas sobre la naturaleza de los problemas de salud mental y su tratamiento, así como la escasa confianza en los servicios y las limitaciones económicas.

## ADULTO MAYOR

1. La edad promedio de los adultos mayores encuestados en Piura, Trujillo, Chiclayo, Ica y Arequipa fue 70,5 años, con un mayor porcentaje del grupo comprendido entre 60 y 74 años. El analfabetismo caracteriza al 16,1% de la población, correspondiendo un 25,1% a las mujeres; el 48,5% de los encuestados tiene instrucción primaria. El 59,0% se encuentra en condición de unido, casado o conviviente. El 30,7% continúa trabajando.
2. Los estresores que provocan mayor tensión son la delincuencia, seguida del narcotráfico, terrorismo y los problemas de salud. La prevalencia a seis meses de enfermedad física o accidente es de 42,4%. Las mujeres, en comparación con los hombres, refieren mayores porcentajes de alta tensión experimentada. Los estados anímicos predominantes son la tranquilidad y alegría en ambos sexos; los estados negativos, como la preocupación, tristeza, tensión, angustia, irritabilidad y aburrimiento, son reportados más frecuentemente por las mujeres.
3. La mayoría de los adultos mayores expresa alta satisfacción con diferentes características y atributos personales, excepto con los estudios y con la condición económica. Los valores en ambos géneros son similares.
4. La mayoría de los adultos mayores que trabajan experimentan un alto nivel de satisfacción con diferentes aspectos de la actividad laboral, excepto con la remuneración recibida. El porcentaje de mujeres que experimenta mayor satisfacción es mayor comparado con los varones.
5. El 18,6% de los adultos mayores tiene alguna discapacidad física y, el 21,1%, alguna discapacidad o inhabilidad, la cual es mayor en las mujeres.
6. El deseo de morir en el último mes estuvo presente en el 4,9% de los adultos mayores; en las mujeres se encuentran mayores porcentajes de los indicadores suicidas.
7. La cohesión familiar y la religión son valoradas como factores protectores por los adultos mayores.
8. La prevalencia actual del episodio depresivo en los adultos mayores es de 3,4%, y la del trastorno de ansiedad generalizada sin depresión es de 1,3%. En ambas condiciones la prevalencia es mayor en las mujeres. Mientras que el episodio depresivo es más frecuente en el grupo etario mayor, la ansiedad generalizada es más frecuente en el grupo de adultos mayores más joven.
9. La prevalencia anual del abuso/dependencia de alcohol en los adultos mayores es de 3,1%, siendo mayor en los varones.
10. El deterioro cognoscitivo es mayor en las personas con menos años de educación y en el grupo de mayor edad, sin diferencias de género. El deterioro de la capacidad de realizar actividades instrumentales es mayor en las mujeres y en el grupo de mayor edad.
11. El 10,7% de los adultos mayores muestra sospecha de demencia establecida por la presencia de deterioro cognoscitivo y funcional. El porcentaje es mayor en el grupo con menos años de educación.
12. El 7,6% de adultos mayores ha sufrido algún tipo de maltrato en el último año, siendo más frecuente el maltrato verbal. La forma sistemática de maltrato afecta al 3,0%.

13. El porcentaje de personas que identifica padecer problemas emocionales es 14,3%; de entre quienes muestran esta morbilidad sentida sólo el 23,2% busca atención, acudiendo la mayoría a los servicios de ESSALUD. Los motivos más frecuentemente reconocidos para no buscar atención fueron el pensamiento de deber superar el problema solo y las limitaciones económicas.

**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. Aquellos que se producen durante el trabajo de campo, recolección y procesamiento de información, denominados errores no muestrales, y
- b. Los que resultan del hecho de haber trabajado sólo con una muestra y no la población en su conjunto, denominados errores de muestreo.

La muestra de estudio es una de las tantas probables que pueden ser extraídas 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%.

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 DE SALUD MENTAL EN LA COSTA PERUANA - 2006

### ERRORES MUESTRALES

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: ADULTO</b>						
EDAD PROMEDIO	MEDIA ARITMÉTICA	39,4	0,4	38,6; 40,1	3,13	0,9
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	PREVALENCIA	59,2%	1,4	56,5 ; 61,9	5,05	2,3
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	PREVALENCIA	3,5%	0,5	2,6 ; 4,7	5,22	14,7
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	3,6%	0,4	2,9 ; 4,4	2,76	10,6
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL/NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	2,4%	0,3	1,9 ; 3,0	2,30	12,0
	INICIAL/PREESCOLAR	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	1,56	55,7
	PRIMARIA	16,2%	1,1	14,1 ; 18,6	6,32	7,0
	SECUNDARIA	41,0%	1,1	38,9 ; 43,2	3,34	2,7
	BACHILLERATO	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	0,91	42,4
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	15,0%	0,8	13,5 ; 16,7	3,34	5,4
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	24,2%	1,2	21,9 ; 26,6	5,19	5,0
ESTADO CIVIL	POSTGRADO	1,0%	0,2	0,7 ; 1,5	2,84	20,3
	CONVIVIENTE	19,4%	1,2	17,1 ; 22,0	6,36	6,3
	SEPARADO	7,2%	0,4	6,4 ; 8,1	1,79	5,9
	DIVORCIADO	0,7%	0,2	0,5 ; 1,1	2,12	21,2
	VIUDO	4,9%	0,4	4,2 ; 5,7	2,26	8,2
	CASADO	35,1%	0,9	33,4 ; 36,8	2,28	2,5
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL	SOLTERO	32,7%	1,3	30,2 ; 35,2	4,96	3,9
	< DE 300	31,3%	1,2	29,0 ; 33,8	3,36	3,9
	301 A 600	34,4%	1,2	32,1 ; 36,8	3,14	3,5
	601 A 1200	25,7%	1,1	23,7 ; 27,8	2,86	4,1
NIVELES DE POBREZA FAMILIAR SEGÚN AUTOPERCEPCIÓN DE CONSUMO	> DE 1200	8,5%	0,7	7,2 ; 10,0	3,24	8,4
	NO CUBRE NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	0,9%	0,2	0,7 ; 1,3	1,99	17,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	24,6%	1,4	22,0 ; 27,3	6,60	5,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	65,7%	1,3	63,1 ; 68,2	4,80	2,0
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	8,8%	0,8	7,4 ; 10,5	4,93	8,8
	DESEMPLEO	40,7%	1,3	38,2 ; 43,2	4,38	3,1
	CORRUPCIÓN	12,0%	0,7	10,6 ; 13,5	3,49	6,3
	VIOLENCIA	5,3%	0,4	4,5 ; 6,3	2,63	8,4
	POBREZA	15,6%	0,7	14,2 ; 17,0	2,53	4,6
	FALTA DE CONFIANZA	1,1%	0,2	0,8 ; 1,7	3,37	21,1
	FALTA DE LIDERAZGO	1,3%	0,2	0,9 ; 1,8	2,90	18,5
	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,8%	0,3	1,3 ; 2,4	3,41	17,0
	DELINCUENCIA	6,9%	0,7	5,7 ; 8,3	4,37	9,5
	TERRORISMO	0,6%	0,3	0,3 ; 1,4	7,53	43,6
	NARCOTRÁFICO	0,4%	0,1	0,3 ; 0,7	1,49	22,9
	MANEJO ECONÓMICO	1,8%	0,3	1,3 ; 2,4	2,91	15,5
	FALTA DE VALORES	11,0%	0,6	9,8 ; 12,3	2,76	5,8
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	OTRO	1,2%	0,2	0,8 ; 1,7	3,10	19,8
	INDIFERENCIA	2,1%	0,3	1,5 ; 2,9	3,79	16,3
	RESIGNACIÓN	1,4%	0,2	1,0 ; 1,8	1,85	14,4
	DESILUSIÓN	10,2%	0,8	8,7 ; 11,8	4,44	7,8
	AMARGURA	3,8%	0,4	3,2 ; 4,6	2,37	9,5

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	RABIA	2,6%	0,3	2,0 ; 3,3	2,97	13,1
	CÓLERA	7,8%	0,5	6,8 ; 8,9	2,66	6,9
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	15,2%	0,7	13,8 ; 16,6	2,41	4,5
	PREOCUPACIÓN	28,7%	0,8	27,0 ; 30,3	2,23	2,9
	IMPOTENCIA	10,7%	0,7	9,4 ; 12,1	3,36	6,6
	FRUSTRACIÓN	3,2%	0,4	2,6 ; 4,0	2,81	11,4
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	2,1%	0,2	1,7 ; 2,5	1,52	10,5
	INDIGNACIÓN	7,0%	0,5	6,0 ; 8,1	2,85	7,6
	MIEDO O TEMOR	3,8%	0,5	2,8 ; 5,0	5,43	14,6
	NINGUNO	1,0%	0,5	0,4 ; 2,4	13,11	44,1
	OTRO	0,6%	0,1	0,4 ; 0,9	1,76	20,9
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	38,5%	1,3	36,0 ; 41,0	4,34	3,3
	REGULAR	38,9%	0,9	37,2 ; 40,7	2,17	2,3
	BASTANTE O MUCHO	22,6%	1,0	20,8 ; 24,6	3,41	4,3
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	65,1%	1,1	63,0 ; 67,3	3,46	1,7
	REGULAR	26,7%	1,0	24,7 ; 28,8	3,59	3,9
	BASTANTE O MUCHO	8,2%	0,5	7,2 ; 9,2	2,27	6,2
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	58,1%	1,2	55,8 ; 60,4	3,71	2,0
	REGULAR	30,8%	1,1	28,7 ; 33,0	3,76	3,6
	BASTANTE O MUCHO	11,1%	0,9	9,5 ; 12,9	4,95	7,8
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	30,4%	0,9	28,6 ; 32,2	2,57	3,0
	REGULAR	33,0%	0,9	31,2 ; 34,8	2,50	2,8
	BASTANTE O MUCHO	36,7%	1,1	34,5 ; 38,8	3,34	3,0
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	21,6%	1,0	19,7 ; 23,6	3,82	4,6
	REGULAR	45,0%	1,1	42,9 ; 47,1	3,09	2,4
	BASTANTE O MUCHO	33,4%	1,0	31,4 ; 35,5	3,08	3,1
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	14,7%	0,7	13,4 ; 16,1	2,52	4,7
	REGULAR	41,5%	1,1	39,3 ; 43,7	3,27	2,7
	BASTANTE O MUCHO	43,9%	1,0	41,9 ; 45,9	2,75	2,3
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	90,1%	0,6	88,8 ; 91,2	2,82	0,7
	REGULAR	9,1%	0,6	8,0 ; 10,4	2,87	6,6
	BASTANTE O MUCHO	0,8%	0,2	0,6 ; 1,2	1,83	18,3
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	52,6%	3,8	45,2 ; 60,0	2,15	7,2
	REGULAR	36,1%	3,6	29,3 ; 43,5	2,15	10,1
	BASTANTE O MUCHO	11,3%	2,7	7,0 ; 17,8	2,72	23,9
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDES	NADA O POCO	73,6%	1,4	70,8 ; 76,2	6,47	1,9
	REGULAR	21,9%	1,3	19,5 ; 24,5	6,30	5,9
	BASTANTE O MUCHO	4,5%	0,5	3,6 ; 5,7	4,22	11,7
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	18,7%	1,2	16,5 ; 21,1	2,06	6,3
	REGULAR	37,7%	1,7	34,4 ; 41,1	2,72	4,5
	BASTANTE O MUCHO	43,6%	1,8	40,1 ; 47,2	3,01	4,2
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	48,2%	1,2	45,9 ; 50,5	3,73	2,5
	REGULAR	39,3%	1,2	37,0 ; 41,7	3,95	3,1
	BASTANTE O MUCHO	12,5%	0,7	11,2 ; 13,9	2,93	5,6
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	53,6%	1,0	51,8 ; 55,5	2,39	1,8
	REGULAR	38,2%	1,0	36,3 ; 40,1	2,65	2,6
	BASTANTE O MUCHO	8,2%	0,6	7,1 ; 9,3	2,70	6,8
CONFIANZA EN LOS JUECES	NADA O POCO	70,3%	1,0	68,4 ; 72,2	2,84	1,4
	REGULAR	26,6%	1,0	24,8 ; 28,6	3,15	3,7
	BASTANTE O MUCHO	3,0%	0,3	2,5 ; 3,7	2,26	10,5
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	74,1%	1,0	72,0 ; 76,1	3,68	1,4
	REGULAR	23,2%	0,9	21,5 ; 25,1	3,11	4,0
	BASTANTE O MUCHO	2,7%	0,3	2,1 ; 3,4	2,92	12,7
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	9,7%	0,7	8,4 ; 11,1	3,50	7,1
	REGULAR	16,8%	1,0	14,9 ; 19,0	5,06	6,2
	BASTANTE O MUCHO	73,5%	1,0	71,5 ; 75,4	3,28	1,3

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	51,4%	4,0	43,5 ; 59,2	2,37	7,9
	REGULAR	32,6%	3,7	25,9 ; 40,2	2,21	11,2
	BASTANTE O MUCHO	16,0%	3,1	10,8 ; 23,0	2,58	19,3
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	2,5%	0,3	1,9 ; 3,2	2,81	13,0
	REGULAR	4,6%	0,7	3,5 ; 6,1	6,60	14,4
	BASTANTE O MUCHO	92,9%	0,8	91,2 ; 94,2	5,74	0,8
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD	NADA O POCO	45,3%	1,2	43,0 ; 47,5	3,54	2,6
	REGULAR	39,3%	1,2	36,9 ; 41,8	4,25	3,2
	BASTANTE O MUCHO	15,4%	0,8	13,9 ; 17,1	3,36	5,3
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE OTRA PERSONA NO MENCIONADA	NADA O POCO	10,9%	3,6	5,6 ; 20,2	3,25	32,8
	REGULAR	22,3%	3,6	16,0 ; 30,3	1,89	16,3
	BASTANTE O MUCHO	66,8%	5,0	56,4 ; 75,8	2,77	7,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	45,7%	1,4	43,0 ; 48,4	3,21	3,0
	REGULAR	29,9%	1,6	26,8 ; 33,1	5,24	5,4
	BASTANTE O MUCHO	24,4%	1,4	21,7 ; 27,3	4,59	5,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	45,4%	3,2	39,3 ; 51,7	3,37	7,0
	REGULAR	35,9%	2,8	30,6 ; 41,5	2,83	7,8
	BASTANTE O MUCHO	18,7%	1,9	15,3 ; 22,7	1,94	10,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	57,9%	1,1	55,7 ; 60,0	3,26	1,9
	REGULAR	20,7%	0,9	18,9 ; 22,6	3,51	4,6
	BASTANTE O MUCHO	21,4%	1,0	19,5 ; 23,5	4,06	4,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	63,0%	1,5	60,0 ; 65,9	4,45	2,4
	REGULAR	18,7%	1,0	16,9 ; 20,6	2,76	5,1
	BASTANTE O MUCHO	18,3%	1,2	16,0 ; 20,9	4,64	6,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	34,8%	1,0	32,8 ; 36,9	3,16	3,0
	REGULAR	32,6%	1,0	30,6 ; 34,6	3,18	3,2
	BASTANTE O MUCHO	32,6%	1,0	30,7 ; 34,6	2,98	3,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	36,1%	1,0	34,0 ; 38,2	3,15	2,9
	REGULAR	26,9%	1,2	24,6 ; 29,3	4,70	4,4
	BASTANTE O MUCHO	37,0%	1,1	35,0 ; 39,1	3,20	2,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	73,7%	1,2	71,3 ; 76,0	4,73	1,6
	REGULAR	11,8%	0,9	10,1 ; 13,8	5,47	7,9
	BASTANTE O MUCHO	14,5%	0,9	12,8 ; 16,3	4,08	6,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	39,6%	1,5	36,7 ; 42,6	6,17	3,8
	REGULAR	12,2%	0,7	10,9 ; 13,5	2,71	5,5
	BASTANTE O MUCHO	48,2%	1,7	44,9 ; 51,6	7,59	3,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	15,5%	1,3	13,1 ; 18,3	8,84	8,6
	REGULAR	11,5%	0,8	10,0 ; 13,1	4,01	6,9
	BASTANTE O MUCHO	73,0%	1,4	70,3 ; 75,6	6,26	1,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	26,0%	1,3	23,4 ; 28,7	6,12	5,2
	REGULAR	13,8%	0,8	12,2 ; 15,5	3,92	6,1
	BASTANTE O MUCHO	60,2%	1,4	57,5 ; 62,9	5,08	2,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	3,4%	1,4	1,6 ; 7,5	1,25	40,1
	REGULAR	9,7%	2,9	5,3 ; 17,3	2,14	30,3
	BASTANTE O MUCHO	86,8%	3,2	79,3 ; 91,9	1,91	3,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: TRISTE	NUNCA	4,2%	0,4	3,4 ; 5,1	3,12	10,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	81,5%	0,9	79,7 ; 83,2	3,57	1,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	14,3%	0,8	12,8 ; 15,8	3,12	5,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: TENSO	NUNCA	11,1%	0,7	9,7 ; 12,7	3,68	6,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	73,5%	1,3	71,0 ; 75,9	5,30	1,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,4%	0,8	13,9 ; 17,0	3,05	5,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: ANGUSTIADO	NUNCA	20,9%	0,8	19,3 ; 22,6	2,77	4,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	68,2%	1,0	66,2 ; 70,2	3,05	1,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	10,8%	0,6	9,7 ; 12,1	2,71	5,8

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: IRRITABLE	NUNCA	16,7%	1,0	14,8 ; 18,8	4,74	6,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	71,4%	1,1	69,3 ; 73,5	3,62	1,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	11,9%	0,6	10,8 ; 13,1	2,15	4,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: PREOCUPADO	NUNCA	3,8%	0,6	2,8 ; 5,1	6,01	15,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	66,5%	1,0	64,4 ; 68,5	3,23	1,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	29,7%	1,0	27,9 ; 31,7	3,10	3,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: TRANQUILO	NUNCA	1,9%	0,3	1,4 ; 2,6	3,54	16,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	31,4%	1,1	27,2 ; 33,6	3,79	3,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	66,7%	1,2	64,4 ; 69,0	3,98	1,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: ALEGRE	NUNCA	0,6%	0,2	0,3 ; 1,2	4,76	33,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	27,0%	0,9	25,1 ; 28,8	2,96	3,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	72,4%	1,0	70,4 ; 74,3	3,28	1,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: ABURRIDO	NUNCA	20,8%	1,0	18,9 ; 22,8	3,79	4,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	69,7%	1,1	67,4 ; 71,8	3,83	1,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	9,6%	0,6	8,4 ; 10,8	2,75	6,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: OTRO	NUNCA	3,6%	2,6	0,8 ; 14,1	1,51	72,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	12,7%	6,1	4,7 ; 30,0	2,57	48,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	83,7%	6,5	66,9 ; 92,9	2,35	7,7
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	37,4%	1,3	34,8 ; 40,1	5,09	3,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL	MEDIA ARITMÉTICA	17,1	0,1	16,9 ; 17,2	6,98	0,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	7,3%	0,6	6,3 ; 8,5	2,98	7,6
	REGULAR	32,9%	1,2	30,5 ; 35,3	4,54	3,8
	BASTANTE O MUCHO	59,8%	1,4	57,1 ; 62,5	5,06	2,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	4,7%	0,6	3,6 ; 6,1	6,11	13,8
	REGULAR	18,9%	0,9	17,3 ; 20,7	3,20	4,6
	BASTANTE O MUCHO	76,4%	1,0	74,3 ; 78,3	3,86	1,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	5,7%	0,7	4,5 ; 7,3	6,13	12,4
	REGULAR	24,2%	0,9	22,5 ; 25,9	2,69	3,6
	BASTANTE O MUCHO	70,1%	1,2	67,7 ; 72,4	4,30	1,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	23,8%	0,9	22,0 ; 25,6	3,08	3,9
	REGULAR	50,1%	1,0	48,2 ; 52,1	2,63	2,0
	BASTANTE O MUCHO	26,1%	1,2	23,9 ; 28,5	4,57	4,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ (ESTUDIA)	NADA O POCO	8,7%	0,8	7,2 ; 10,5	2,46	9,5
	REGULAR	19,2%	1,1	17,1 ; 21,6	2,36	5,9
	BASTANTE O MUCHO	72,1%	1,4	69,2 ; 74,8	2,95	2,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	26,9%	1,1	24,8 ; 29,2	4,25	4,2
	REGULAR	32,6%	1,1	30,4 ; 34,8	3,66	3,4
	BASTANTE O MUCHO	40,5%	1,4	37,8 ; 43,3	5,28	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	7,1%	0,6	5,9 ; 8,4	3,90	8,9
	REGULAR	17,8%	0,9	16,1 ; 19,6	3,48	5,0
	BASTANTE O MUCHO	75,2%	1,3	72,6 ; 77,6	5,58	1,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	11,3%	0,7	10,0 ; 12,7	3,25	6,2
	REGULAR	29,4%	1,1	27,4 ; 31,6	3,66	3,7
	BASTANTE O MUCHO	59,3%	1,3	56,7 ; 61,8	4,48	2,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	12,9%	0,9	11,2 ; 14,8	5,02	7,2
	REGULAR	31,2%	1,2	28,9 ; 33,7	4,52	3,9
	BASTANTE O MUCHO	55,9%	1,5	52,9 ; 58,8	6,03	2,7
DISCRIMINACIÓN POR SEXO	PREVALENCIA DE VIDA	8,3%	0,7	7,1 ; 9,7	3,66	7,8
DISCRIMINACIÓN POR: EDAD	PREVALENCIA DE VIDA	8,8%	0,6	7,7 ; 10,0	2,83	6,7
DISCRIMINACIÓN POR PESO	PREVALENCIA DE VIDA	5,5%	0,5	4,6 ; 6,6	3,30	9,3
DISCRIMINACIÓN POR COLOR DE PIEL	PREVALENCIA DE VIDA	3,1%	0,5	2,3 ; 4,2	4,62	14,7
DISCRIMINACIÓN POR FORMA DE VESTIR	PREVALENCIA DE VIDA	4,9%	0,5	4,0 ; 6,0	3,67	10,4
DISCRIMINACIÓN POR CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	11,0%	0,7	9,6 ; 12,5	3,63	6,7

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DISCRIMINACIÓN POR NIVEL EDUCATIVO	PREVALENCIA DE VIDA	8,7%	0,8	7,3 ; 10,4	5,17	9,1
DISCRIMINACIÓN POR RELIGIÓN	PREVALENCIA DE VIDA	3,8%	0,4	3,0 ; 4,6	2,97	10,8
DISCRIMINACIÓN POR AMISTADES	PREVALENCIA DE VIDA	3,7%	0,4	3,0 ; 4,6	2,72	10,3
DISCRIMINACIÓN POR LUGAR DE NACIMIENTO	PREVALENCIA DE VIDA	2,3%	0,4	1,7 ; 3,2	3,78	15,5
DISCRIMINACIÓN POR SU TALLA	PREVALENCIA DE VIDA	3,4%	0,3	2,8 ; 4,1	2,24	9,8
DISCRIMINACIÓN POR OTROS	PREVALENCIA DE VIDA	1,5%	0,2	1,2 ; 2,0	1,96	13,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,5	0,1	16,4 ; 16,6	2,44	0,4
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	8,2%	0,7	7,0 ; 9,6	2,57	8,2
	REGULAR	33,2%	1,5	30,2 ; 36,2	4,50	4,6
	BASTANTE O MUCHO	58,6%	1,4	55,9 ; 61,4	3,41	2,4
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	10,1%	0,8	8,7 ; 11,9	3,04	8,0
	REGULAR	37,1%	1,6	34,1 ; 40,3	4,56	4,3
	BASTANTE O MUCHO	52,7%	1,5	49,8 ; 55,6	3,73	2,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	6,0%	0,7	4,8 ; 7,4	2,06	10,9
	REGULAR	29,9%	1,4	27,1 ; 32,8	2,66	4,8
	BASTANTE O MUCHO	64,1%	1,5	61,1 ; 67,0	2,61	2,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	12,2%	0,9	10,6 ; 14,1	3,07	7,2
	REGULAR	42,6%	1,3	40,1 ; 45,1	2,79	3,0
	BASTANTE O MUCHO	45,2%	1,3	42,7 ; 47,8	2,91	2,9
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	11,8%	1,0	10,0 ; 13,9	2,10	8,3
	REGULAR	35,0%	1,6	31,8 ; 38,3	2,74	4,7
	BASTANTE O MUCHO	53,2%	1,5	50,3 ; 56,1	2,04	2,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	31,9%	1,2	29,6 ; 34,4	2,91	3,8
	REGULAR	46,8%	1,3	44,2 ; 49,4	2,95	2,8
	BASTANTE O MUCHO	21,3%	1,1	19,3 ; 23,4	2,83	5,0
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	6,8%	0,5	6,0 ; 7,8	2,25	6,8
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA ACTUAL	3,5%	0,3	2,9 ; 4,2	2,34	9,9
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	30,1%	0,8	28,5 ; 31,8	2,17	2,8
	PREVALENCIA MENSUAL	3,2%	0,3	2,6 ; 3,9	2,22	10,1
	PREVALENCIA ANUAL	8,7%	0,5	7,8 ; 9,8	2,10	5,8
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	11,9%	0,7	10,6 ; 13,4	3,04	5,8
	PREVALENCIA MENSUAL	1,0%	0,1	0,8 ; 1,4	1,38	14,3
	PREVALENCIA ANUAL	3,4%	0,3	2,8 ; 4,1	2,33	10,1
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	4,3%	0,4	3,6 ; 5,0	2,14	8,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,4%	0,1	0,3 ; 0,6	1,37	22,7
	PREVALENCIA ANUAL	1,2%	0,2	0,9 ; 1,6	1,62	14,2
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	2,5%	0,3	2,0 ; 3,1	2,02	11,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,47	48,5
	PREVALENCIA ANUAL	0,4%	0,1	0,2 ; 0,7	2,32	29,9
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	24,7%	1,1	22,7 ; 26,9	3,93	4,3
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA ACTUAL	0,4%	0,1	0,2 ; 0,6	1,33	23,8
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	3,2%	0,3	2,6 ; 3,9	2,47	10,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,4%	0,1	0,2 ; 0,6	1,48	25,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,9%	0,1	0,7 ; 1,2	1,47	15,8
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	1,2%	0,4	0,6 ; 2,4	3,38	36,2
	PADRES	16,8%	1,4	14,1 ; 19,8	3,13	8,5
	HIJOS	3,6%	0,5	2,7 ; 4,8	1,73	14,8
	OTROS PARIENTES	6,5%	0,8	5,1 ; 8,4	2,48	12,9
	PAREJA	35,1%	1,4	32,3 ; 37,9	1,90	4,1
	AMIGOS	0,6%	0,2	0,3 ; 1,2	1,50	34,2
	LABORALES	2,4%	0,6	1,5 ; 3,8	3,07	24,4
	ESTUDIOS	3,4%	0,7	2,2 ; 5,2	3,52	21,7
	ECONÓMICOS	18,0%	1,1	15,9 ; 20,3	1,86	6,3
SALUD FÍSICA	9,3%	1,1	7,4 ; 11,7	2,88	11,4	

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	SALUD FAMILIAR	3,6%	0,9	2,1 ; 6,0	5,52	26,4
	SEPARACIÓN DE UN FAMILIAR	2,2%	0,5	1,4 ; 3,4	2,28	21,7
	MUERTE DE PAREJA	1,4%	0,3	0,9 ; 2,1	1,40	21,8
	MUERTE DE UN HIJO	1,5%	0,4	0,9 ; 2,5	2,21	26,2
	MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES	5,5%	1,0	3,8 ; 7,9	4,31	18,6
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	1,4%	0,4	0,9 ; 2,3	1,91	24,6
	SIN MOTIVO	2,2%	0,5	1,4 ; 3,4	2,45	22,7
OTROS	9,1%	1,0	7,3 ; 11,2	2,56	11,0	
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	18,4	0,1	18,3 ; 18,6	4,45	0,3
TENDENCIAS RELIGIOSAS	SIENTE BASTANTE O MUCHA PROTECCIÓN DE DIOS	92,9%	0,8	91,2 ; 94,2	5,74	0,8
	DIOS ES BASTANTE O MUY IMPORTANTE	92,8%	0,6	91,5 ; 93,9	3,60	0,7
	ASISTE A LA IGLESIA O TEMPLO	72,8%	0,9	71,1 ; 74,5	2,45	1,2
	PARTICIPA ACTIVAMENTE	19,4%	1,0	17,6 ; 21,4	3,85	4,9
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	62,3%	1,1	60,0 ; 64,4	3,42	1,8
	TRANSMITE RELIGIÓN A SUS HIJOS O NIETOS	58,0%	1,2	55,6 ; 60,4	3,31	2,1
	TRANSMITE RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	28,3%	1,1	26,1 ; 30,6	4,16	4,0
RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	65,4%	1,0	63,3 ; 67,4	3,04	1,6	
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	PREVALENCIA	65,9	1,2	63,5 ; 68,3	4,53	1,9
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	MEDIA ARITMÉTICA	7,4	0,0	7,4 ; 7,5	4,15	0,4
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD	MEDIA ARITMÉTICA	5,3	0,0	5,2 ; 5,3	2,80	0,4
POBLACIÓN GENERAL ADULTA CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA	10,7%	0,8	9,3 ; 12,4	4,25	7,3
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS COMO TRASTORNOS MENTALES	NERVIOS EXCESIVOS O FOBIAS	59,8%	1,2	57,5 ; 62,1	3,75	2,0
	TRISTEZA EXCESIVA O DEPRESIÓN	55,1%	1,2	52,8 ; 57,3	3,55	2,1
	PSICOSIS O LOCURA	87,4%	0,8	85,8 ; 88,8	3,50	0,9
	CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y DROGAS	71,0%	1,0	68,9 ; 73,0	3,48	1,5
	PROBLEMAS DEL CARÁCTER O DE LA PERSONALIDAD	41,5%	1,0	39,6 ; 43,5	2,62	2,4
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	27,4%	1,1	25,2 ; 29,7	4,29	4,2
	PREVALENCIA ANUAL	17,3%	0,8	15,7 ; 19,1	3,27	4,9
	PREVALENCIA A 6 MESES	16,0%	0,8	14,5 ; 17,7	3,33	5,2
	PREVALENCIA ACTUAL	12,8%	0,7	11,4 ; 14,3	3,13	5,7
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	9,3%	0,6	8,1 ; 10,6	3,19	6,9
	PREVALENCIA ANUAL	3,1%	0,4	2,4 ; 4,0	3,59	13,1
	PREVALENCIA A 6 MESES	2,8%	0,4	2,1 ; 3,6	3,53	13,7
	PREVALENCIA ACTUAL	1,8%	0,4	1,2 ; 2,7	4,70	19,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	4,2%	0,4	3,4 ; 5,1	3,01	10,2
	PREVALENCIA ANUAL	1,1%	0,2	0,8 ; 1,7	3,02	20,1
	PREVALENCIA A 6 MESES	1,1%	0,2	0,7 ; 1,6	3,05	20,6
	PREVALENCIA ACTUAL	0,8%	0,2	0,5 ; 1,3	3,51	25,7
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,0	0,1 ; 0,2	0,68	30,3
	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,1 ; 0,3	1,33	40,0
	PREVALENCIA A 6 MESES	0,1%	0,1	0,1 ; 0,3	1,37	41,3
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,3	1,60	51,6
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	0,2	0,9 ; 1,7	1,76	14,5
	PREVALENCIA ANUAL	0,6%	0,1	0,4 ; 0,9	1,88	22,5
	PREVALENCIA A 6 MESES	0,4%	0,1	0,3 ; 0,7	1,42	22,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	1,21	29,5

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	0,2	0,9 ; 1,7	2,15	16,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,7%	0,2	0,4 ; 1,1	2,60	23,5
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,6%	0,2	0,3 ; 1,0	2,83	27,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,5%	0,1	0,2 ; 0,9	3,19	32,3
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,1 ; 0,3	1,41	39,1
	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	1,93	75,2
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	1,93	75,2
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	2,01	78,3
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	3,7%	0,3	3,0 ; 4,4	2,28	9,6
	PREVALENCIA ANUAL	0,8%	0,2	0,5 ; 1,3	2,89	23,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,7%	0,2	0,4 ; 1,1	3,00	26,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,1	0,1 ; 0,8	4,34	43,9
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	14,2%	0,9	12,6 ; 16,0	3,92	6,0
	PREVALENCIA ANUAL	5,8%	0,5	5,0 ; 6,9	2,84	8,3
	PREVALENCIA DE 6 MESES	4,5%	0,5	3,7 ; 5,5	3,09	10,0
	PREVALENCIA ACTUAL	1,6%	0,3	1,1 ; 2,1	2,68	16,1
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	14,1%	0,9	12,5 ; 15,8	3,93	6,0
	PREVALENCIA ANUAL	5,8%	0,5	4,9 ; 6,8	2,84	8,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	4,5%	0,4	3,7 ; 5,4	3,11	10,1
	PREVALENCIA ACTUAL	1,5%	0,2	1,1 ; 2,1	2,74	16,5
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,1	0,2 ; 0,6	1,83	28,7
	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,5	1,86	33,8
ANOREXIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
BULIMIA NERVIOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,3	1,53	38,1
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PREVALENCIA ACTUAL	4,6%	0,4	3,9 ; 5,4	2,11	8,2
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,78	63,8
	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,78	63,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,78	63,8
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	1,06	100
EDAD DE INICIO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	AGORAFOBIA	21,3%	1,6	18,0 ; 24,5	2,1	7,67
	FOBIA SOCIAL	19,0%	1,2	16,6 ; 21,4	1,4	6,35
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	33,8%	1,4	31,0 ; 36,5	3,1	4,15
	TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	23,6%	1,0	21,6 ; 25,7	1,9	4,38
	EPISODIO DEPRESIVO	31,0%	1,0	29,1 ; 32,9	3,6	3,18
DURACIÓN EN MESES DEL ÚLTIMO EPISODIO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	AGORAFOBIA	24,9%	5,0	14,9 ; 34,9	0,9	20,20
	FOBIA SOCIAL	70,0%	15,5	39,3 ; 100,8	2,0	22,10
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	20,8%	3,1	14,7 ; 27,0	2,5	15,04
	TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	19,5%	4,3	11,0 ; 28,0	2,0	22,10
	EPISODIO DEPRESIVO	11,2%	1,4	8,6 ; 13,9	2,0	12,05
NÚMERO DE EPISODIOS DE AGORAFOBIA; SEGÚN GRUPO ETARIO	18 - 44 AÑOS	2,2%	0,3	1,6 ; 2,7	1,4	12,93
	45 - 59 AÑOS	1,9%	0,3	1,2 ; 2,6	1,8	17,49
	> 60 AÑOS	2,1%	0,3	1,5 ; 2,8	0,9	16,15
NÚMERO DE EPISODIOS DE FOBIA SOCIAL; SEGÚN GRUPO ETARIO	18 - 44 AÑOS	1,5%	0,1	1,3 ; 1,7	1,1	7,15
	45 - 59 AÑOS	1,6%	0,5	0,6 ; 2,6	2,8	31,91
	> 60 AÑOS	1,9%	0,0	1,9 ; 1,9	0,0	0,00
NÚMERO DE EPISODIOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA; SEGÚN GRUPO ETARIO	18 - 44 AÑOS	1,2%	0,1	1,1 ; 1,3	2,1	4,37
	45 - 59 AÑOS	1,2%	0,0	1,1 ; 1,2	1,9	4,15
	> 60 AÑOS	1,6%	0,1	1,3 ; 1,8	1,2	8,11
NÚMERO DE EPISODIOS DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO; SEGÚN GRUPO ETARIO	18 - 44 AÑOS	1,2%	0,1	1,1 ; 1,3	1,1	4,44
	45 - 59 AÑOS	1,8%	0,4	1,0 ; 2,5	4,0	21,15
	> 60 AÑOS	1,2%	0,1	0,9 ; 1,4	0,7	9,83
NÚMERO DE EPISODIOS DEL EPISODIO DEPRESIVO; SEGÚN GRUPO ETARIO	18 - 44 AÑOS	1,7%	0,1	1,5 ; 2,0	2,6	7,45
	45 - 59 AÑOS	2,0%	0,1	1,8 ; 2,3	2,2	6,53
	> 60 AÑOS	2,0%	0,1	1,7 ; 2,3	1,8	6,83

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNO BIPOLAR	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,83	68,2
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	16,0%	0,8	14,6 ; 17,6	2,97	4,9
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	3,9%	0,4	3,3 ; 4,7	2,37	9,4
CONSUMO PERJUICIAL DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	5,5%	0,4	4,7 ; 6,4	2,47	8,1
DEPENDENCIA O ABUSO DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	9,4%	0,6	8,4 ; 10,6	2,34	5,9
DEPENDENCIA DE TABACO	PREVALENCIA ANUAL	0,7%	0,2	0,5 ; 1,1	2,03	20,5
DEPENDENCIA DE MARIHUANA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,3	2,43	87,4
DEPENDENCIA DE CLORHIDRATO DE COCAINA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE PBC	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	1,99	68,1
DEPENDENCIA DE COCAÍNA	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	1,99	68,1
DEPENDENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	4,5%	0,4	3,8 ; 5,3	2,30	8,7
ABUSO DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	5,7%	0,5	4,9 ; 6,6	2,50	7,9
CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	78,6%	0,9	76,7 ; 80,4	3,49	1,2
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	PREVALENCIA DE VIDA	78,4%	1,0	76,4 ; 80,3	3,87	1,3
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	98,2%	0,3	97,5 ; 98,7	3,45	0,3
	PREVALENCIA MENSUAL	56,0%	1,2	53,6 ; 58,4	3,91	2,2
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	74,1%	1,0	72,1 ; 76,0	3,30	1,3
	PREVALENCIA MENSUAL	22,8%	0,8	21,2 ; 24,4	2,44	3,6
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA DE VIDA	2,0%	0,3	1,5 ; 2,6	2,29	13,1
	PREVALENCIA MENSUAL	0,4%	0,1	0,2 ; 0,6	1,78	27,3
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	PREVALENCIA DE VIDA	3,6%	0,3	3,0 ; 4,3	2,03	9,1
	PREVALENCIA MENSUAL	0,7%	0,1	0,5 ; 0,9	1,34	17,6
CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,1	0,2 ; 0,8	2,98	33,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	2,17	44,1
CONSUMO DE ESTIMULANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,9%	0,2	0,7 ; 1,3	1,90	17,5
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,1	0,64	43,8
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	25,0%	1,3	22,4 ; 27,7	6,35	5,4
	PREVALENCIA MENSUAL	3,6%	0,4	2,8 ; 4,5	3,49	11,9
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA DE VIDA	4,3%	0,4	3,5 ; 5,2	2,99	10,1
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,5	2,24	39,1
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	5,7%	0,6	4,6 ; 7,1	4,71	10,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,3%	0,1	0,1 ; 0,5	2,04	34,3
CONSUMO DE COCAÍNA (CLORH.)	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,61	70,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,61	70,9
CONSUMO DE PBC	PREVALENCIA DE VIDA	2,1%	0,5	1,3 ; 3,4	8,74	24,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	1,82	61,6
CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	2,8%	0,5	1,9 ; 4,1	6,78	18,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,3	1,58	51,3
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	MEDIA ARITMÉTICA	18,6	0,1	18,3 ; 18,8	2,61	0,7
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	MEDIA ARITMÉTICA	35,2	1,6	32,0 ; 38,3	2,21	4,5
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	MEDIA ARITMÉTICA	24,7	2,1	20,5 ; 28,9	2,42	8,5
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉXTASIS	MEDIA ARITMÉTICA	20,0	0,0	20,0 ; 20,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	MEDIA ARITMÉTICA	21,0	0,8	19,4 ; 22,7	1,71	3,9
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	20,2	1,1	18,1 ; 22,4	2,52	5,3
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	MEDIA ARITMÉTICA	22,4	0,5	21,3 ; 23,4	2,80	2,4
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	18,4	0,4	17,6 ; 19,2	2,01	2,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	MEDIA ARITMÉTICA	15,0	1,0	12,7 ; 17,2	0,68	6,6
MORBILIDAD SENTIDA DE PROBLEMAS EMOCIONALES O "DE LOS NERVIOS"	PREVALENCIA DE VIDA	26,4%	1,0	24,6 ; 28,4	3,18	3,7

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	D <sub>EFF</sub>	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MORBILIDAD SENTIDA A PARTIR DE PROBLEMAS EMOCIONALES ESPECÍFICOS	PREVALENCIA DE VIDA	36,5%	0,9	34,7 ; 38,4	2,46	2,5
MORBILIDAD SENTIDA DE "PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS"	PREVALENCIA DE 6 MESES	9,9%	0,7	8,6 ; 11,4	3,82	7,3
MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD	PREVALENCIA DE 6 MESES	6,4%	0,5	5,5 ; 7,4	2,67	7,7
PREVALENCIA PROPORCIÓN DE LA MORBILIDAD SENTIDA ATENDIDA EN	PUESTOS O CENTROS DE SALUD	14,1%	3,9	8,0 ; 23,7	2,00	28,0
	POSTA O POLICLÍNICO ESSALUD	5,4%	2,4	2,2 ; 12,5	1,72	44,0
	CONSULTORIO PAAD-ESSALUD	3,2%	3,1	0,5 ; 19,4	4,93	97,7
	INSITITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	0,3%	0,3	0,0 ; 2,5	0,55	100
	HOSPITAL GENERAL DE MINSA	33,7%	9,4	18,1 ; 53,7	6,17	28,0
	HOSPITAL GENERAL DE ESSALUD	16,2%	4,5	9,2 ; 27,0	2,28	27,5
	HOSPITAL DE LA FFAA Y PNP	2,4%	1,5	0,6 ; 8,3	1,60	65,3
	CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR	12,3%	3,3	7,2 ; 20,3	1,54	26,6
	CLÍNICA PARTICULAR	4,3%	1,7	1,9 ; 9,4	1,16	40,8
	GRUPOS DE AUTO-AYUDA	1,7%	1,3	0,4 ; 7,0	1,43	71,9
	CONSULTORIO DE INSTITUCION ACADEMICA	2,3%	2,0	0,4 ; 12,2	2,87	88,9
	CONSULTORIO DE CENTRO LABORAL	0,3%	0,3	0,0 ; 2,1	0,47	100
	OTROS	3,8%	1,4	1,9 ; 7,6	0,79	36,0
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA MORBILIDAD ATENDIDA	PSQUIATRA	20,8%	7,5	9,8 ; 39,0	5,21	35,8
	PSICÓLOGO	32,7%	6,2	21,8 ; 45,8	2,70	19,0
	MÉDICO GENERAL	38,9%	8,4	24,1 ; 56,0	4,56	21,6
	NEURÓLOGO	3,0%	1,9	0,8 ; 10,0	1,93	63,8
	TRABAJADORA SOCIAL	0,2%	0,2	0,0 ; 1,5	0,34	100
	PROMOTOR DE SALUD	1,7%	1,3	0,4 ; 7,0	1,44	72,5
	FAMILIAR/ AMIGO (NO MEDICO)	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	0,12	100
	OTROS	2,6%	1,2	1,0 ; 6,4	0,90	46,9
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA MORBILIDAD ATENDIDA	MEDICINAS	72,4%	5,8	59,8 ; 82,3	2,62	8,0
	PSICOTERAPIA	21,7%	7,2	10,8 ; 38,8	4,68	33,0
	CONSEJERÍA	73,5%	5,8	60,8 ; 83,3	2,68	7,9
	HOSPITALIZACIÓN	12,9%	7,3	4,0 ; 34,7	7,40	56,8
	OTROS	4,1%	2,3	1,3 ; 11,9	2,08	56,2
<b>SALUD MENTAL POR CONOS GEOGRÁFICOS</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	27,9%	1,9	27,3 ; 31,8	1,78	6,9
	TRUJILLO	23,9%	2,3	19,8 ; 28,6	6,10	9,4
	CHIMBOTE	25,2%	2,7	20,2 ; 30,9	3,77	10,8
	ICA	29,9%	2,1	26,0 ; 34,2	1,11	7,0
	AREQUIPA	31,0%	2,0	27,2 ; 35,2	3,71	6,6
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	18,1%	1,6	15,2 ; 21,4	1,65	8,8
	TRUJILLO	16,5%	2,0	12,9 ; 20,7	6,22	12,0
	CHIMBOTE	16,3%	1,3	14,0 ; 19,1	1,19	8,0
	ICA	16,0%	1,4	13,5 ; 18,9	0,73	8,4
	AREQUIPA	18,8%	1,4	16,2 ; 21,7	2,42	7,4
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	17,2%	1,5	14,4 ; 20,4	1,56	8,8
	TRUJILLO	15,5%	2,0	12,0 ; 19,7	6,35	12,6
	CHIMBOTE	15,1%	1,2	12,9 ; 17,5	1,01	7,7
	ICA	14,2%	1,2	11,9 ; 16,8	0,68	8,8
	AREQUIPA	17,1%	1,4	14,5 ; 20,0	2,61	8,1
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	13,9%	1,6	11,0 ; 17,3	2,05	11,4
	TRUJILLO	12,1%	1,6	9,3 ; 15,5	5,13	13,1
	CHIMBOTE	12,3%	0,9	10,6 ; 14,2	0,71	7,3
	ICA	11,0%	1,2	8,8 ; 13,6	0,82	11,2
	AREQUIPA	13,8%	1,4	11,3 ; 16,8	3,19	10,2

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	D <sub>EFF</sub>	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	7,6%	0,9	6,0 ; 9,5	1,05	11,4
	TRUJILLO	8,2%	1,2	6,1 ; 10,9	4,24	14,7
	CHIMBOTE	8,1%	1,8	5,3 ; 12,4	4,04	21,8
	ICA	12,6%	1,4	10,0 ; 15,6	0,97	11,2
	AREQUIPA	10,3%	1,2	8,2 ; 13,0	3,13	11,9
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	3,0%	0,6	2,0 ; 4,4	1,20	20,0
	TRUJILLO	3,7%	1,0	2,2 ; 6,4	6,50	27,7
	CHIMBOTE	2,8%	0,8	1,6 ; 4,9	2,32	28,9
	ICA	2,7%	0,5	1,9 ; 3,9	0,53	19,0
	AREQUIPA	2,7%	0,5	1,9 ; 3,8	1,77	18,3
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	2,9%	0,6	1,9 ; 4,3	1,26	20,8
	TRUJILLO	3,3%	1,0	1,8 ; 5,8	6,46	29,7
	CHIMBOTE	2,5%	0,7	1,4 ; 4,3	1,89	27,8
	ICA	2,4%	0,5	1,6 ; 3,6	0,58	21,0
	AREQUIPA	2,4%	0,5	1,6 ; 3,6	1,96	20,3
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	1,7%	0,6	0,8 ; 3,3	2,12	36,0
	TRUJILLO	2,5%	0,9	1,2 ; 5,2	7,89	37,7
	CHIMBOTE	1,6%	0,5	0,9 ; 2,9	1,51	31,1
	ICA	0,6%	0,2	4,9 ; 8,2	0,47	38,4
	AREQUIPA	1,7%	0,4	0,3 ; 1,3	2,30	26,8
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	15,4%	1,6	12,6 ; 18,8	1,86	10,2
	TRUJILLO	12,0%	1,5	9,3 ; 15,3	4,69	12,6
	CHIMBOTE	12,4%	2,5	8,2 ; 18,3	5,71	20,5
	ICA	16,3%	1,7	13,3 ; 19,8	1,07	10,2
	AREQUIPA	16,5%	1,6	13,7 ; 19,9	3,43	9,5
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	5,9%	1,0	4,3 ; 8,0	1,60	16,2
	TRUJILLO	5,7%	1,0	4,0 ; 8,1	4,37	18,2
	CHIMBOTE	4,9%	1,2	3,0 ; 7,8	2,96	24,6
	ICA	6,3%	0,9	4,7 ; 8,4	0,78	14,7
	AREQUIPA	6,4%	0,8	5,0 ; 8,2	2,10	12,7
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	4,8%	0,9	3,3 ; 6,8	1,63	18,3
	TRUJILLO	5,0%	1,0	3,3 ; 7,4	4,88	20,7
	CHIMBOTE	3,2%	0,9	1,9 ; 5,5	2,39	27,4
	ICA	4,3%	0,8	3,0 ; 6,1	0,77	17,9
	AREQUIPA	4,6%	0,7	3,4 ; 6,2	2,19	15,4
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	1,7%	0,4	1,1 ; 2,8	0,96	23,6
	TRUJILLO	2,0%	0,6	1,1 ; 3,6	3,97	29,6
	CHIMBOTE	0,8%	0,4	0,3 ; 2,0	1,62	45,9
	ICA	1,4%	0,4	0,8 ; 2,4	0,58	27,9
	AREQUIPA	1,4%	0,4	0,7 ; 2,5	2,42	30,3
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL SEGÚN DEPARTAMENTOS	PIURA	10,0%	1,3	7,6 ; 13,0	1,96	13,4
	TRUJILLO	8,2%	1,0	6,4 ; 10,4	3,01	12,5
	CHIMBOTE	10,1%	1,0	8,4 ; 12,2	0,98	9,5
	ICA	8,6%	1,2	6,5 ; 11,4	1,02	14,2
	AREQUIPA	10,4%	1,1	8,4 ; 12,9	2,69	11,0
<b>POBREZA Y SALUD MENTAL</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	36,6%	6,4	25,1 ; 49,9	1,10	17,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	32,2%	1,9	28,6 ; 36,1	2,67	5,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	25,9%	1,3	23,5 ; 28,5	3,51	4,8
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	22,4%	3,3	16,6 ; 29,4	3,56	14,6

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	D <sub>EFF</sub>	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	26,9%	6,2	16,5 ; 40,6	1,21	23,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	20,3%	1,6	17,4 ; 23,6	2,48	7,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	16,2%	0,9	14,4 ; 18,0	2,71	5,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	17,1%	3,0	12,0 ; 23,8	3,66	17,5
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	26,2%	6,2	15,9 ; 40,0	1,23	23,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	19,0%	1,6	16,1 ; 22,3	2,58	8,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	14,8%	0,9	13,2 ; 16,6	2,65	5,9
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	15,9%	2,9	11,0 ; 22,4	3,65	18,2
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	17,0%	4,7	9,7 ; 28,2	0,95	27,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	15,0%	1,5	12,3 ; 18,1	2,78	9,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	11,8%	0,8	10,3 ; 13,4	2,55	6,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	14,1%	2,6	9,6 ; 20,1	3,36	18,8
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	11,2%	3,8	5,6 ; 21,1	0,90	34,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	12,3%	1,3	10,0 ; 15,1	2,45	10,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	8,3%	0,6	7,1 ; 9,6	2,33	7,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,7%	1,4	3,5 ; 9,0	2,00	23,9
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	6,1%	2,7	2,5 ; 14,2	0,79	44,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,6%	0,8	3,2 ; 6,6	2,61	18,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	2,5%	0,4	1,8 ; 3,5	3,26	17,1
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	3,1%	1,0	1,6 ; 5,8	2,01	33,2
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	6,1%	2,7	2,5 ; 14,2	0,79	44,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,1%	0,8	2,8 ; 6,0	2,59	19,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	2,3%	0,4	1,7 ; 3,3	2,91	16,8
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,9%	0,8	0,8 ; 4,4	2,11	43,9
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	1,9%	1,0	0,7 ; 5,2	0,32	52,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	3,0%	0,7	1,8 ; 4,8	3,14	25,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	1,5%	0,4	0,9 ; 2,4	3,71	23,9
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,3%	0,7	0,5 ; 3,8	2,31	53,9

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	21,2%	5,6	12,2 ; 34,3	1,16	26,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	18,4%	1,7	15,2 ; 22,0	3,24	9,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	13,4%	0,9	11,7 ; 15,4	3,13	6,8
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	8,1%	1,8	5,1 ; 12,4	2,59	22,6
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	11,9%	5,1	4,9 ; 25,8	1,51	42,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,1%	1,3	5,9 ; 11,0	3,60	15,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	5,4%	0,5	4,4 ; 6,4	2,20	9,5
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	2,6%	1,2	1,1 ; 6,3	3,15	44,9
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,5%	5,1	3,9 ; 25,3	1,68	48,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,9%	1,3	4,8 ; 9,8	3,92	18,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	3,9%	0,4	3,1 ; 4,9	2,25	11,3
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,8%	1,1	0,5 ; 5,8	3,85	60,2
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,2%	2,2	1,5 ; 11,2	0,72	51,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	2,9%	0,9	1,6 ; 5,3	4,46	30,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	1,2%	0,2	0,9 ; 1,7	1,49	16,9
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	0,2%	0,1	0,1 ; 0,6	0,36	54,4
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,9%	4,6	4,6 ; 23,8	1,35	42,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,8%	1,2	7,7 ; 12,5	2,75	12,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	8,9%	0,7	7,6 ; 10,3	2,51	7,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	12,2%	2,5	8,1 ; 18,1	3,43	20,6
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	24,3%	1,8	21,0 ; 28,0	2,76	7,3
	25 A 44 AÑOS	26,2%	1,6	23,3 ; 29,5	3,40	6,0
	45 A 64 AÑOS	33,8%	1,9	30,2 ; 37,5	2,55	5,5
	>65 AÑOS	22,2%	2,7	17,3 ; 28,0	2,86	12,3
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	17,7%	1,6	14,8 ; 20,9	2,64	8,8
	25 A 44 AÑOS	18,0%	1,2	15,8 ; 20,5	2,57	6,6
	45 A 64 AÑOS	19,3%	1,6	16,3 ; 22,7	2,83	8,5
	>65 AÑOS	9,1%	1,9	5,9 ; 13,6	3,02	21,3
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	16,2%	1,5	13,5 ; 19,4	2,59	9,2
	25 A 44 AÑOS	16,7%	1,1	14,6 ; 19,0	2,43	6,8
	45 A 64 AÑOS	18,0%	1,6	15,1 ; 21,4	2,87	8,9
	>65 AÑOS	8,3%	1,9	5,2 ; 12,8	3,18	23,0
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	12,9%	1,4	10,4 ; 15,9	2,73	10,7
	25 A 44 AÑOS	13,3%	1,0	11,4 ; 15,4	2,38	7,7
	45 A 64 AÑOS	14,4%	1,5	11,8 ; 17,6	2,97	10,3
	>65 AÑOS	6,4%	1,8	3,7 ; 11,1	3,66	28,2

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	7,6%	114	5,6 ; 10,1	2,96	15,1
	25 A 44 AÑOS	8,37%	0,8	6,9 ; 10,0	2,06	9,3
	45 A 64 AÑOS	12,8%	1,2	10,6 ; 15,4	2,21	9,6
	>65 AÑOS	6,5%	1,4	4,2 ; 9,9	2,24	21,9
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	2,8%	0,7	1,7 ; 4,6	3,01	25,5
	25 A 44 AÑOS	3,1%	0,5	2,3 ; 4,1	1,88	15,0
	45 A 64 AÑOS	3,7%	0,8	2,4 ; 5,5	2,85	21,3
	>65 AÑOS	2,6%	1,1	1,1 ; 5,8	3,18	42,5
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	2,3%	0,6	1,3 ; 4,0	2,87	27,5
	25 A 44 AÑOS	2,5%	0,4	1,8 ; 3,4	1,74	16,1
	45 A 64 AÑOS	3,8%	0,8	2,5 ; 5,7	2,82	20,8
	>65 AÑOS	2,5%	1,1	1,1 ; 5,8	3,20	42,8
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	1,5%	0,6	0,7 ; 3,2	3,82	39,7
	25 A 44 AÑOS	1,6%	0,4	1,1 ; 2,5	2,20	22,3
	45 A 64 AÑOS	2,4%	0,7	1,4 ; 4,2	3,31	28,7
	>65 AÑOS	2,1%	1,1	0,8 ; 5,6	3,70	50,8
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	9,7%	1,1	7,8 ; 12,1	2,19	11,3
	25 A 44 AÑOS	13,0%	1,1	10,9 ; 15,3	2,93	8,6
	45 A 64 AÑOS	19,4%	1,4	16,7 ; 22,4	2,19	7,4
	>65 AÑOS	17,3%	2,4	13,0 ; 22,5	2,73	14,0
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	5,5%	0,9	4,0 ; 7,5	2,33	15,8
	25 A 44 AÑOS	5,4%	0,6	4,3 ; 6,7	1,94	11,4
	45 A 64 AÑOS	7,2%	1,0	5,6 ; 9,4	2,28	13,3
	>65 AÑOS	5,1%	1,5	2,8 ; 9,1	3,24	29,9
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	4,1%	0,8	2,8 ; 5,9	2,41	18,9
	25 A 44 AÑOS	4,2%	0,5	3,3 ; 5,3	1,79	12,5
	45 A 64 AÑOS	5,6%	0,9	4,0 ; 7,6	2,50	16,1
	>65 AÑOS	4,3%	1,5	2,2 ; 8,4	3,60	34,6
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	0,7%	0,3	0,3 ; 1,4	1,50	37,1
	25 A 44 AÑOS	1,1%	0,2	0,7 ; 1,7	1,36	21,4
	45 A 64 AÑOS	2,7%	0,7	1,5 ; 4,5	3,34	27,2
	>65 AÑOS	2,8%	1,4	1,0 ; 7,3	4,88	50,6
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	10,8%	1,3	8,5 ; 13,5	2,66	11,7
	25 A 44 AÑOS	10,5%	0,9	8,8 ; 12,4	2,42	8,8
	45 A 64 AÑOS	9,6%	1,3	7,4 ; 12,4	3,03	13,1
	>65 AÑOS	1,3%	0,5	0,7 ; 2,7	1,16	35,8
<b>EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA</b>						
FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA DEL TERRORISMO EN LOS ENCUESTADOS	FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO(A), HIJOS)	0,7%	0,1	0,4 ; 1,0	1,81	20,4
	OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	5,0%	0,5	4,2 ; 6,0	2,86	9,1
	FAMILIAR DESAPARECIDO	1,7%	0,2	1,3 ; 2,2	2,08	13,6
	TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	1,8%	0,4	1,3 ; 2,7	4,58	19,3
	FAMILIAR DETENIDO	1,8%	0,4	1,2 ; 2,7	5,15	20,5
	FAMILIAR EN PRISIÓN	1,3%	0,2	0,9 ; 1,7	2,22	16,2
	PÉRDIDA DE BIENES	1,0%	0,2	0,6 ; 1,5	2,92	21,3
	CAMBIO DE RESIDENCIA	2,0%	0,4	1,4 ; 2,8	4,23	17,9
	AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	8,7%	0,6	7,7 ; 9,9	2,57	6,4
	ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO Ó DESAPARECIDO	6,6%	0,5	5,7 ; 7,7	2,73	7,7
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	30,1%	3,6	23,5 ; 37,5	2,63	11,9
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	27,1%	1,1	24,9 ; 29,3	3,97	4,2
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	13,2%	2,4	9,2 ; 18,6	2,12	18,0
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	8,8%	0,6	7,6 ; 10,1	3,11	7,3

ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
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	16,4%	2,7	11,7 ; 22,4	2,32	16,6
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	14,1%	0,9	12,5 ; 15,9	3,76	6,1
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	8,2%	1,9	5,1 ; 12,9	2,14	23,5
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	9,5%	0,6	8,4 ; 10,7	2,43	6,1
<b>SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL</b>						
PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES CULTURALES	DAÑO	7,0%	0,5	6,1 ; 8,2	2,87	7,6
	SUSTO	17,7%	1,0	15,9 ; 19,7	4,15	5,4
	MAL DE OJO	11,9%	0,7	10,6 ; 13,4	3,29	6,1
	AIRE	13,3%	1,0	11,5 ; 15,4	5,52	7,4
	CHUCAQUE	39,8%	1,8	36,4 ; 43,4	8,74	4,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD	DAÑO	20,6%	3,0	15,4 ; 27,0	2,47	14,4
	SUSTO	16,1%	2,0	12,5 ; 20,4	3,45	12,4
	MAL DE OJO	15,3%	2,1	11,7 ; 19,8	2,58	13,5
	AIRE	15,7%	2,1	12,1 ; 20,2	2,82	13,1
	CHUCAQUE	9,9%	1,1	7,9 ; 12,3	3,60	11,2
PREVALENCIA DE VIDA EPISODIO DEPRESIVO	DAÑO	22,2%	3,0	16,9 ; 28,5	2,34	13,3
	SUSTO	21,3%	1,7	18,1 ; 24,9	2,08	8,1
	MAL DE OJO	17,6%	1,9	14,2 ; 21,7	2,00	10,9
	AIRE	23,7%	2,9	18,5 ; 29,8	4,03	12,2
	CHUCAQUE	14,6%	1,4	12,0 ; 17,5	4,01	9,5
PREVALENCIA DE VIDA SÍNTOMAS PARANOIDES (2 SÍNTOMAS)	DAÑO	8,1%	2,3	4,6 ; 13,9	3,32	28,6
	SUSTO	3,3%	0,9	1,9 ; 5,8	3,22	28,3
	MAL DE OJO	2,5%	1,0	1,1 ; 5,5	3,41	41,5
	AIRE	4,6%	1,5	2,4 ; 8,8	4,75	33,5
	CHUCAQUE	1,8%	0,4	1,2 ; 2,9	2,72	23,5

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: MUJER UNIDA</b>						
EDAD PROMEDIO	MEDIA ARITMÉTICA	45,3	0,5	44,4; 46,3	6,67	1,1
EDAD POR GRUPO ETARIO DE LA MUESTRA	< 18 AÑOS	0,1%	0,0	0,1; 0,3	1,22	42,5
	18 A 24 AÑOS	4,4%	0,4	3,6; 5,3	2,65	9,9
	25 A 44 AÑOS	48,4%	1,5	45,6; 51,3	4,95	3,0
	45 A 64 AÑOS	35,2%	1,2	32,9; 37,6	3,75	3,4
	>65 AÑOS	11,9%	0,8	10,4; 13,6	3,64	6,8
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	27,1%	1,3	24,7; 29,6	4,66	4,6
	SEPARADA	12,6%	0,8	11,1; 14,2	3,21	6,2
	DIVORCIADA	0,7%	0,1	0,4; 1,0	1,61	20,4
	VIUDA	7,7%	0,5	6,7; 8,8	2,47	7,1
	CASADA	51,8%	1,1	49,7; 54,0	2,84	2,1
	SOLTERA	0,1%	0,1	0,1; 0,3	1,52	41,8
REALIZA ACTIVIDAD LABORAL	EN SEMANA ANTERIOR	50,0%	1,0	48,1; 52,0	2,25	2,0
	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	2,8%	0,7	1,7; 4,4	9,47	23,7
GRADO DE ESTUDIOS	GRADO DE ANALFABETISMO	6,7%	0,6	5,7; 7,9	2,90	8,3
	SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	4,8%	0,5	3,9; 5,8	3,07	10,2
	INICIAL / PREESCOLAR	0,2%	0,1	0,1; 0,5	1,98	39,3
	PRIMARIA	25,9%	1,1	23,8; 28,2	3,78	4,3
	SECUNDARIA	38,2%	1,2	35,9; 40,6	3,51	3,1
	BACHILLERATO	0,0%	0,0	0,0; 0,1	1,03	71,2
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	15,1%	0,7	13,7; 16,6	2,49	4,9
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	14,9%	1,1	12,8; 17,2	5,62	7,4
POSTGRADO	0,9%	0,2	0,6; 1,3	1,90	19,4	

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
INGRESO MENSUAL EN NIVELES	MENOS DE S/300	45,9%	1,6	42,8; 49,0	3,61	3,5
	301 A 600	27,2%	1,5	24,4; 30,2	3,95	5,5
	601 A 1 200	21,4%	1,3	18,9; 24,2	3,82	6,3
	MÁS DE 1 200	5,5%	0,6	4,4; 6,9	2,61	11,2
<b>SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA</b>						
PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS	DESEMPLEO	41,8%	1,0	39,8; 43,8	2,51	2,4
	CORRUPCIÓN	9,4%	0,6	8,3; 10,8	2,74	6,7
	VIOLENCIA	8,8%	0,7	7,5; 10,2	3,44	7,8
	POBREZA	18,4%	0,9	16,7; 20,3	3,37	5,0
	FALTA DE CONFIANZA	0,8%	0,2	0,4; 1,3	3,60	28,5
	FALTA DE LIDERAZGO	0,2%	0,1	0,1; 0,4	1,79	39,6
	INESTABILIDAD POLÍTICA	0,6%	0,1	0,4; 0,9	1,47	19,7
	DELINCUENCIA	8,9%	0,9	7,3; 10,7	5,26	9,6
	TERRORISMO	0,7%	0,2	0,4; 1,1	2,74	26,7
	NARCOTRÁFICO	0,3%	0,1	0,2; 0,5	0,99	23,0
	MANEJO ECONÓMICO	1,5%	0,2	1,2; 2,0	1,93	14,5
	FALTA DE VALORES	6,9%	0,6	5,8; 8,3	3,53	9,0
OTRO	1,1%	0,2	0,8; 1,5	1,65	16,2	
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	INDIFERENCIA	1,2%	0,2	0,8; 1,7	2,40	18,5
	RESIGNACIÓN	1,3%	0,2	0,9; 1,8	2,26	17,4
	DESILUSIÓN	7,2%	0,6	6,1; 8,4	2,95	8,1
	AMARGURA	3,6%	0,4	2,9; 4,5	2,96	11,7
	RABIA	2,7%	0,4	2,0; 3,6	3,73	15,3
	CÓLERA	8,2%	0,5	7,2; 9,3	2,31	6,7
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	23,7%	0,9	22,0; 25,5	2,62	3,8
	PREOCUPACIÓN	28,9%	1,1	26,9; 31,1	3,24	3,7
	IMPOTENCIA	9,0%	0,5	8,0; 10,2	2,13	6,1
	FRUSTRACIÓN	1,9%	0,2	1,5; 2,5	1,90	12,9
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	3,4%	0,3	2,8; 4,2	1,95	9,7
	INDIGNACIÓN	4,5%	0,5	3,7; 5,6	3,17	10,7
	MIEDO O TEMOR	3,7%	0,4	3,0; 4,5	2,38	10,3
	OTRO	0,5%	0,1	0,3; 0,9	2,54	29,2
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	42,7%	1,0	40,8; 44,6	2,12	2,2
	REGULAR	38,6%	0,9	36,8; 40,5	2,15	2,5
	BASTANTE O MUCHO	18,7%	0,8	17,2; 20,3	2,25	4,2
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	65,2%	1,1	63,0; 67,3	3,05	1,7
	REGULAR	26,5%	1,0	24,5; 28,6	3,19	3,9
	BASTANTE O MUCHO	8,3%	0,7	7,0; 9,9	3,94	8,6
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	63,9%	1,5	61,0; 66,7	5,24	2,3
	REGULAR	28,1%	1,1	25,9; 30,3	3,56	4,0
	BASTANTE O MUCHO	8,1%	0,7	6,8; 9,5	3,55	8,4
CONFIANZA EN AUTORIDADES RELIGIOSAS	NADA O POCO	28,6%	1,0	26,8; 30,5	2,58	3,3
	REGULAR	30,7%	0,9	29,1; 32,5	2,05	2,8
	BASTANTE O MUCHO	40,6%	1,0	38,7; 42,6	2,40	2,5
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	22,2%	1,1	20,1; 24,4	4,08	5,0
	REGULAR	44,7%	0,8	43,1; 46,3	1,53	1,8
	BASTANTE O MUCHO	33,1%	1,1	31,0; 35,4	3,32	3,4
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	18,2%	0,8	16,8; 19,8	2,26	4,2
	REGULAR	41,6%	1,1	39,5; 43,7	2,70	2,5
	BASTANTE O MUCHO	40,2%	1,1	38,1; 42,3	2,75	2,6
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	88,4%	0,7	86,8; 89,8	3,16	0,8
	REGULAR	10,9%	0,6	9,7; 12,2	2,46	5,9
	BASTANTE O MUCHO	0,8%	0,2	0,5; 1,3	2,98	25,8
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU SINDICATO	NADA O POCO	53,5%	4,0	45,6; 61,2	2,01	7,5
	REGULAR	33,0%	4,2	25,3; 41,7	2,51	12,8
	BASTANTE O MUCHO	13,5%	2,6	9,2; 19,4	1,76	19,1

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONFIANZA EN LÍDERES DE LA COMUNIDAD	NADA O POCO	71,8%	1,9	67,9; 75,5	10,71	2,7
	REGULAR	22,6%	1,7	19,4; 26,1	9,57	7,5
	BASTANTE O MUCHO	5,6%	0,6	4,6; 6,9	3,68	10,3
CONFIANZA EN SU JEFE EN EL TRABAJO	NADA O POCO	23,0%	2,0	19,3; 27,1	2,84	8,6
	REGULAR	35,2%	2,1	31,1; 39,5	2,55	6,1
	BASTANTE O MUCHO	41,8%	2,3	37,3; 46,5	2,90	5,6
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	52,2%	1,0	50,2; 54,2	2,54	2,0
	REGULAR	35,1%	1,2	32,8; 37,4	3,51	3,3
	BASTANTE O MUCHO	12,7%	0,8	11,3; 14,4	3,24	6,2
CONFIANZA EN LOS PERIODISTAS	NADA O POCO	55,1%	1,4	52,4; 57,8	4,39	2,5
	REGULAR	37,0%	1,5	34,0; 40,0	5,75	4,1
	BASTANTE O MUCHO	7,9%	0,6	6,8; 9,1	2,80	7,5
CONFIANZA EN AUTORIDADES JUDICIALES	NADA O POCO	73,0%	1,1	70,8; 75,1	3,56	1,5
	REGULAR	23,9%	1,2	21,7; 26,3	4,40	4,9
	BASTANTE O MUCHO	3,1%	0,3	2,5; 3,8	2,08	10,6
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	74,0%	0,9	72,3; 75,7	2,22	1,2
	REGULAR	23,0%	0,7	21,7; 24,5	1,72	3,1
	BASTANTE O MUCHO	3,0%	0,4	2,3; 3,8	3,25	13,5
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	10,9%	0,6	9,8; 12,1	2,04	5,3
	REGULAR	16,1%	0,7	14,7; 17,5	2,18	4,4
	BASTANTE O MUCHO	73,0%	0,9	71,2; 74,8	2,56	1,3
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	50,3%	4,0	42,5; 58,1	2,00	8,0
	REGULAR	31,1%	3,6	24,5; 38,6	1,87	11,6
	BASTANTE O MUCHO	18,6%	3,0	13,4; 25,2	1,84	16,1
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	1,0%	0,2	0,7; 1,3	1,43	15,9
	REGULAR	2,6%	0,4	1,9; 3,5	3,62	15,2
	BASTANTE O MUCHO	96,4%	0,4	95,5; 97,1	2,86	0,4
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU COMUNIDAD	NADA O POCO	45,0%	1,5	42,1; 48,0	5,24	3,3
	REGULAR	38,0%	1,2	35,7; 40,4	3,53	3,1
	BASTANTE O MUCHO	17,0%	0,7	15,5; 18,5	2,31	4,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	43,0%	1,8	39,5; 46,5	3,75	4,1
	REGULAR	26,3%	1,6	23,4; 29,4	3,64	5,9
	BASTANTE O MUCHO	30,7%	2,0	26,9; 34,9	5,75	6,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIO	NADA O POCO	49,2%	5,2	39,1; 59,4	1,70	10,7
	REGULAR	23,3%	4,8	15,2; 34,1	2,00	20,7
	BASTANTE O MUCHO	27,4%	4,8	19,0; 37,8	1,79	17,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	47,6%	1,1	45,5; 49,8	2,73	2,3
	REGULAR	23,1%	0,9	21,4; 25,0	2,64	3,9
	BASTANTE O MUCHO	29,2%	1,3	26,7; 31,9	4,89	4,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	57,4%	1,3	54,8; 60,0	3,29	2,3
	REGULAR	18,9%	0,9	17,2; 20,8	2,43	4,7
	BASTANTE O MUCHO	23,6%	1,2	21,4; 26,0	3,55	5,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	30,2%	0,9	28,6; 31,9	2,01	2,8
	REGULAR	28,1%	0,9	26,5; 29,8	2,12	3,0
	BASTANTE O MUCHO	41,7%	1,1	39,5; 43,8	2,93	2,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	29,1%	1,0	27,2; 31,0	2,69	3,4
	REGULAR	24,9%	0,9	23,2; 26,6	2,36	3,5
	BASTANTE O MUCHO	46,1%	1,3	43,5; 48,8	4,29	2,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	72,3%	1,3	69,6; 74,8	5,19	1,9
	REGULAR	11,6%	0,8	10,1; 13,2	3,40	6,7
	BASTANTE O MUCHO	16,1%	1,2	13,9; 18,6	6,00	7,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	31,4%	1,7	28,3; 34,8	7,41	5,3
	REGULAR	10,3%	0,6	9,2; 11,6	2,30	5,9
	BASTANTE O MUCHO	58,2%	1,7	55,0; 61,5	6,57	2,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	10,4%	1,2	8,3; 13,1	9,22	11,6
	REGULAR	7,3%	0,5	6,4; 8,4	2,25	7,0
	BASTANTE O MUCHO	82,2%	1,3	79,6; 84,6	6,55	1,6

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MAGNITUD DE TENSION FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	18,7%	1,3	16,2; 21,4	6,58	7,0
	REGULAR	9,9%	0,7	8,6; 11,3	3,15	7,0
	BASTANTE O MUCHO	71,4%	1,4	68,6; 74,1	5,53	2,0
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: TRISTE	NUNCA	2,1%	0,5	1,4; 3,3	6,21	22,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	72,3%	1,0	70,4; 74,2	2,71	1,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	25,5%	0,9	23,9; 27,3	2,24	3,3
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: TENSA	NUNCA	7,1%	0,7	5,9; 8,5	3,78	9,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	65,1%	1,3	62,6; 67,5	4,02	1,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	27,8%	1,2	25,6; 30,3	4,14	4,3
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: ANGUISTIADA	NUNCA	14,6%	0,8	13,0; 16,3	3,21	5,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	66,7%	1,2	64,4; 68,9	3,51	1,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	18,7%	1,1	16,6; 20,9	4,62	5,9
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: IRRITABLE	NUNCA	13,8%	0,9	12,1; 15,8	4,13	6,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	68,5%	1,0	66,5; 70,5	2,84	1,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	17,6%	0,7	16,3; 19,1	2,14	4,1
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: PREOCUPADA	NUNCA	2,0%	0,4	1,4; 3,0	4,70	19,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	54,2%	1,2	51,8; 56,5	3,40	2,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	43,8%	1,2	41,5; 46,1	3,17	2,6
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: TRANQUILA	NUNCA	1,9%	0,4	1,3; 2,9	4,87	20,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	39,1%	1,4	36,4; 42,0	4,96	3,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	58,9%	1,3	56,4; 61,4	3,99	2,2
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: ALEGRE	NUNCA	0,8%	0,2	0,4; 1,4	4,61	31,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	34,8%	1,3	32,3; 37,4	4,50	3,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	64,4%	1,3	61,9; 66,9	4,14	2,0
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: ABURRIDA	NUNCA	20,5%	0,9	18,8; 22,4	3,09	4,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	67,6%	1,1	65,3; 69,7	3,34	1,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	11,9%	0,7	10,6; 13,4	2,81	6,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,6	0,1	16,5; 16,7	4,49	0,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	10,4%	0,5	9,4; 11,5	1,72	5,0
	REGULAR	36,5%	1,3	33,9; 39,2	4,52	3,7
	BASTANTE O MUCHO	53,1%	1,4	50,3; 55,9	4,79	2,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	5,5%	0,4	4,8; 6,5	2,11	7,9
	REGULAR	19,9%	1,0	18,1; 21,9	3,55	4,9
	BASTANTE O MUCHO	74,5%	1,1	72,4; 76,6	3,54	1,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	7,9%	0,6	6,8; 9,1	2,62	7,2
	REGULAR	27,3%	1,5	24,4; 30,3	6,67	5,5
	BASTANTE O MUCHO	64,8%	1,5	61,9; 67,7	5,56	2,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL ECONÓMICO	NADA O POCO	28,9%	1,1	26,8; 31,1	3,29	3,7
	REGULAR	48,9%	1,1	46,7; 51,2	2,97	2,3
	BASTANTE O MUCHO	22,2%	1,0	20,3; 24,1	3,22	4,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ESTUDIOS	NADA O POCO	13,7%	1,3	11,4; 16,4	2,53	9,2
	REGULAR	22,9%	1,7	19,7; 26,4	3,08	7,4
	BASTANTE O MUCHO	63,4%	1,8	59,9; 66,9	2,60	2,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	38,0%	1,4	35,3; 40,7	4,66	3,6
	REGULAR	29,7%	1,2	27,3; 32,2	4,29	4,2
	BASTANTE O MUCHO	32,4%	1,1	30,3; 34,5	3,09	3,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	5,6%	0,9	4,0; 7,8	9,78	16,9
	REGULAR	11,8%	0,7	10,4; 13,2	2,86	6,1
	BASTANTE O MUCHO	82,7%	1,2	80,1; 84,9	6,02	1,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	13,8%	0,7	12,5; 15,2	2,36	5,0
	REGULAR	30,3%	1,7	27,2; 33,7	7,57	5,5
	BASTANTE O MUCHO	55,8%	1,9	52,0; 59,6	8,72	3,4

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	16,9%	0,9	15,3; 18,6	3,09	5,1
	REGULAR	28,8%	1,1	26,7; 31,2	3,74	4,0
	BASTANTE O MUCHO	54,3%	1,3	51,8; 56,7	3,72	2,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,4	0,1	16,2; 16,6	3,70	0,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	10,0%	0,9	8,3; 12,0	2,86	9,3
	REGULAR	29,0%	1,6	26,0; 32,2	3,55	5,4
	BASTANTE O MUCHO	60,9%	1,9	57,1; 64,6	4,54	3,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	13,5%	1,8	10,3; 17,4	8,03	13,3
	REGULAR	31,4%	1,6	28,3; 34,7	3,63	5,2
	BASTANTE O MUCHO	55,1%	2,5	50,1; 60,0	7,63	4,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	7,1%	0,9	5,5; 9,2	2,05	13,3
	REGULAR	27,4%	1,5	24,6; 30,4	1,68	5,4
	BASTANTE O MUCHO	65,5%	1,6	62,3; 68,6	1,76	2,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	14,4%	1,1	12,3; 16,7	2,90	7,7
	REGULAR	41,0%	2,1	37,0; 45,1	5,16	5,0
	BASTANTE O MUCHO	44,6%	1,9	41,0; 48,4	4,20	4,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES	NADA O POCO	11,6%	1,4	9,2; 14,6	2,42	11,8
	REGULAR	35,1%	2,3	30,8; 39,7	2,99	6,5
	BASTANTE O MUCHO	53,3%	2,0	49,2; 57,2	2,21	3,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	34,5%	1,5	31,6; 37,4	2,78	4,3
	REGULAR	43,7%	1,6	40,7; 46,9	2,96	3,6
	BASTANTE O MUCHO	21,8%	1,7	18,7; 25,2	4,67	7,6
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	18,5	0,1	18,4; 18,6	3,95	0,3
GRADO DE CALIDAD DE VIDA	MEDIA ARITMÉTICA	7,4	0,0	7,3; 7,4	4,24	0,4
DESEO DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	38,3%	1,1	36,2; 40,4	2,83	2,8
	PREVALENCIA MENSUAL	4,0%	0,4	3,3; 4,7	2,04	9,2
	PREVALENCIA ANUAL	10,7%	0,5	9,8; 11,8	1,60	4,8
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	15,6%	0,9	14,0; 17,3	3,25	5,5
	PREVALENCIA MENSUAL	1,1%	0,2	0,8; 1,4	1,25	13,9
	PREVALENCIA ANUAL	3,3%	0,3	2,7; 4,0	1,91	9,8
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	5,8%	0,4	5,0; 6,7	2,06	7,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,4%	0,1	0,2; 0,6	1,14	22,6
	PREVALENCIA ANUAL	1,2%	0,2	0,9; 1,7	2,10	17,2
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	3,3%	0,3	2,8; 4,0	1,85	9,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,3%	0,2	0,1; 0,8	5,13	57,8
	PREVALENCIA ANUAL	0,5%	0,2	0,2; 0,9	3,32	35,3
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,1	0,3; 0,7	1,45	24,0
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	0,8%	0,5	0,2; 2,9	0,74	65,1
	PADRES	19,7%	3,5	13,7; 27,6	1,69	18,0
	HIJOS	4,4%	2,0	1,8 ; 10,4	1,99	44,8
	OTROS PARIENTES	3,5%	1,2	1,8 ; 6,7	0,88	33,7
	PAREJA	61,2%	4,5	52,0 ; 69,6	1,85	7,4
	AMISTADES	0,3%	0,3	0,0; 2,2	0,66	100
	LABORALES	0,2%	0,2	0,0 ; 1,5	0,46	100
	ESTUDIOS	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	ECONÓMICOS	6,8%	2,0	3,8 ; 12,0	1,35	29,3
	SALUD FÍSICA	3,4%	1,4	1,6 ; 7,4	1,19	39,4
	SALUD FAMILIAR	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,00	0,0
	SEPARACIÓN DE UN FAMILIAR	0,7%	0,4	0,2 ; 2,4	0,61	63,4
	MUERTE DE PAREJA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	MUERTE DE UN HIJO	0,7%	0,7	0,1; 4,5	1,40	99,3
	MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES	0,4%	0,4	0,1; 2,6	0,80	99,9
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	1,3%	0,8	0,4; 4,5	1,16	63,2
	SIN MOTIVO	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,16	100
	OTROS	8,5%	3,0	4,2; 16,4	2,41	34,8

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>TRASTORNOS CLINICOS EN LA MUJER UNIDA</b>						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	29,5%	1,0	27,7; 31,3	2,91	3,5
	PREVALENCIA ANUAL	13,7%	0,7	12,4 ; 15,3	2,68	5,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	11,5%	0,7	10,3 ; 12,9	2,47	5,7
	PREVALENCIA ACTUAL	6,7%	0,5	5,7 ; 7,8	2,63	7,9
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	16,0%	0,9	14,4; 17,8	3,24	5,4
	PREVALENCIA ANUAL	6,0%	0,6	5,0; 7,3	3,63	9,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,2%	0,5	4,3; 6,4	3,12	9,8
	PREVALENCIA ACTUAL	3,8%	0,5	2,9; 5,0	4,26	13,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	7,2%	0,7	6,0; 8,6	3,82	9,2
	PREVALENCIA ANUAL	2,7%	0,4	2,0; 3,6	3,81	15,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,6%	0,4	2,0; 3,4	3,05	14,0
	PREVALENCIA ACTUAL	2,0%	0,3	1,4 ; 2,8	3,43	17,1
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,1	0,2; 0,6	1,42	25,8
	PREVALENCIA ANUAL	0,2%	0,1	0,1; 0,4	1,47	38,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,2%	0,1	0,1; 0,3	1,56	42,1
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,3	1,98	59,5
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	2,4%	0,4	1,7; 3,2	3,62	16,0
	PREVALENCIA ANUAL	1,0%	0,2	0,7; 1,5	2,74	21,5
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,6%	0,1	0,4; 0,9	1,37	19,2
	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,1	0,2; 0,5	1,30	26,3
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	2,2%	0,4	1,5; 3,1	4,24	18,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,9%	0,2	0,5; 1,5	3,78	27,2
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,8%	0,2	0,5; 1,4	3,97	29,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,7%	0,2	0,3; 1,3	4,78	35,4
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	6,4%	0,6	5,2 ; 7,8	4,02	10,1
	PREVALENCIA ANUAL	1,5%	0,4	0,9 ; 2,5	5,51	24,7
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,2%	0,4	0,7 ; 2,2	6,10	28,8
	PREVALENCIA ACTUAL	0,9%	0,4	0,4; 2,0	8,43	39,9
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	20,7%	1,1	18,7; 22,9	4,16	5,2
	PREVALENCIA ANUAL	8,9%	0,6	7,7; 10,1	2,75	7,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	7,2%	0,6	6,1; 8,4	3,04	8,2
	PREVALENCIA ACTUAL	3,6%	0,4	2,9; 4,3	2,16	10,0
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	20,4%	1,1	18,4; 22,6	4,14	5,3
	PREVALENCIA ANUAL	8,7%	0,6	7,6 ; 10,0	2,77	7,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	7,1%	0,6	6,0; 8,3	3,07	8,3
	PREVALENCIA ACTUAL	3,4%	0,4	2,8; 4,2	2,21	10,4
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,5%	0,1	0,3 ; 0,8	1,57	22,5
	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,1	0,2 ; 0,6	1,63	29,9
TRASTORNOS PSICOTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0; 0,1	0,51	71,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,1	0,51	71,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,0%	0,0	0,0; 0,1	0,51	71,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,1	0,53	100
<b>TRASTORNOS CLINICOS POR CIUDAD</b>						
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	PIURA	25,4%	1,9	21,9; 29,3	1,29	7,4
	TRUJILLO	23,2%	1,4	20,5; 26,2	1,85	6,2
	CHIMBOTE	25,4%	1,5	22,6; 28,5	0,85	5,9
	ICA	27,9%	2,1	23,9; 32,2	0,79	7,6
	AREQUIPA	33,6%	2,6	28,7; 38,9	3,95	7,7
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	PIURA	14,6%	1,8	11,5; 18,4	1,71	12,0
	TRUJILLO	11,7%	1,2	9,5; 14,4	2,36	10,6
	CHIMBOTE	11,8%	0,9	10,1; 13,7	0,59	7,9
	ICA	9,6%	1,1	7,6; 12,1	0,53	11,9
	AREQUIPA	15,0%	1,7	12,0; 18,6	2,89	11,2

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	PIURA	13,4%	1,8	10,3; 17,3	1,89	13,3
	TRUJILLO	9,1%	1,3	6,8; 12,0	3,27	14,4
	CHIMBOTE	10,8%	0,8	9,3; 12,4	0,48	7,5
	ICA	7,4%	1,0	5,6; 9,7	0,56	14,1
	AREQUIPA	12,6%	1,3	10,2; 15,3	2,01	10,3
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	PIURA	6,7%	1,0	5,0; 9,0	1,15	15,2
	TRUJILLO	6,4%	1,3	4,2; 9,6	4,60	20,7
	CHIMBOTE	6,5%	1,4	4,2; 9,8	2,27	21,5
	ICA	3,3%	0,8	2,1; 5,2	0,64	23,1
	AREQUIPA	6,7%	0,9	5,1; 8,8	1,78	13,7
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PIURA	14,0%	1,5	11,3; 17,1	1,23	10,4
	TRUJILLO	13,7%	1,5	10,9; 17,0	3,18	11,3
	CHIMBOTE	14,8%	2,1	11,2; 19,3	2,41	13,9
	ICA	14,4%	1,4	11,9; 17,2	0,53	9,5
	AREQUIPA	18,4%	1,8	15,2; 22,3	2,85	9,8
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PIURA	6,3%	1,0	4,7; 8,6	1,15	15,6
	TRUJILLO	5,7%	1,3	3,6; 9,0	5,24	23,4
	CHIMBOTE	6,9%	1,2	4,8; 9,8	1,72	18,0
	ICA	3,5%	0,7	2,4; 5,2	0,51	19,9
	AREQUIPA	5,8%	1,2	3,8; 8,6	3,44	20,7
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PIURA	5,8%	1,0	4,1; 8,1	1,23	17,0
	TRUJILLO	4,3%	1,3	2,4; 7,6	6,32	30,0
	CHIMBOTE	6,9%	1,2	4,9; 9,7	1,64	17,6
	ICA	3,4%	0,7	2,3; 5,1	0,53	20,6
	AREQUIPA	5,2%	0,8	3,8; 7,1	1,81	15,9
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PIURA	4,3%	0,8	3,0; 6,1	0,99	17,8
	TRUJILLO	3,6%	1,3	1,8; 7,2	7,33	35,1
	CHIMBOTE	5,3%	1,6	2,9; 9,4	3,62	30,2
	ICA	1,5%	0,5	0,8; 2,8	0,51	30,5
	AREQUIPA	3,5%	0,7	2,4; 5,2	1,89	19,9
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PIURA	6,1%	1,1	4,3; 8,6	1,40	17,7
	TRUJILLO	4,0%	1,0	2,5; 6,4	3,78	23,9
	CHIMBOTE	3,2%	1,0	1,8; 5,8	2,16	30,2
	ICA	7,0%	0,9	5,4; 9,1	0,49	13,5
	AREQUIPA	11,3%	1,6	8,6; 14,8	3,16	13,7
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PIURA	2,9%	1,0	1,5; 5,6	2,32	33,3
	TRUJILLO	2,1%	0,8	1,0; 4,4	4,96	38,3
	CHIMBOTE	1,1%	0,4	0,5; 2,3	1,17	39,2
	ICA	2,2%	0,6	1,3; 3,6	0,51	25,4
	AREQUIPA	3,6%	1,1	2,0; 6,5	4,39	29,8
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PIURA	3,0%	1,0	1,5; 5,6	2,30	33,0
	TRUJILLO	2,0%	0,8	0,9; 4,3	5,16	40,4
	CHIMBOTE	1,4%	0,5	0,7; 2,8	1,31	35,8
	ICA	2,1%	0,6	1,2; 3,5	0,54	26,9
	AREQUIPA	3,3%	0,7	2,2; 4,8	1,77	19,9
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PIURA	2,9%	0,7	1,8; 4,7	1,24	24,5
	TRUJILLO	1,8%	0,8	0,8; 4,2	5,51	43,6
	CHIMBOTE	1,0%	0,5	0,4; 2,7	1,75	48,5
	ICA	0,9%	0,4	0,4; 2,0	0,49	38,0
	AREQUIPA	2,1%	0,5	1,3; 3,3	1,63	24,4
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE PANICO SIN AGORAFOBIA	PIURA	0,2%	0,1	0,1; 0,6	0,49	58,2
	TRUJILLO	0,2%	0,1	0,1; 0,7	1,20	62,5
	CHIMBOTE	0,8%	0,4	0,3; 2,2	1,58	53,6
	ICA	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,20	71,9
	AREQUIPA	0,3%	0,1	0,1; 0,8	0,96	50,9

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE PANICO SIN AGORAFOBIA	PIURA	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,51	100
	TRUJILLO	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,75	71,5
	CHIMBOTE	0,2%	0,1	0,1; 0,8	0,69	65,4
	ICA	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,23	99,9
	AREQUIPA	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,70	100
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE PANICO SIN AGORAFOBIA	PIURA	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,51	100
	TRUJILLO	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,75	71,5
	CHIMBOTE	0,2%	0,1	0,0; 0,8	0,74	73,1
	ICA	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,23	99,9
	AREQUIPA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE PANICO SIN AGORAFOBIA	PIURA	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,51	100
	TRUJILLO	0,0%	0,0	0,0; 0,3	0,72	100
	CHIMBOTE	0,0%	0,0	0,0; 0,3	0,25	100
	ICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	AREQUIPA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE AGORAFOBIA	PIURA	3,4%	0,6	2,4; 4,9	0,84	18,5
	TRUJILLO	2,7%	0,8	1,5; 4,8	3,79	29,5
	CHIMBOTE	5,0%	1,6	2,8; 9,3	3,65	30,8
	ICA	1,3%	0,4	0,7; 2,4	0,45	31,3
	AREQUIPA	0,6%	0,2	0,3; 1,3	1,10	36,5
PREVALENCIA ANUAL DE AGORAFOBIA	PIURA	2,1%	0,5	1,3; 3,4	0,93	25,2
	TRUJILLO	1,3%	0,7	0,4; 3,6	5,69	53,3
	CHIMBOTE	1,3%	0,5	0,6; 2,6	1,27	37,2
	ICA	0,4%	0,2	0,1; 1,1	0,42	57,5
	AREQUIPA	0,2%	0,1	0,1; 0,6	0,91	60,6
PREVALENCIA DE 6 MESES DE AGORAFOBIA	PIURA	1,6%	0,5	0,9; 2,9	1,07	30,7
	TRUJILLO	0,2%	0,1	0,1; 0,6	1,07	60,0
	CHIMBOTE	1,1%	0,4	0,5; 2,4	1,24	39,3
	ICA	0,4%	0,2	0,1; 1,1	0,42	57,5
	AREQUIPA	0,2%	0,1	0,0; 0,6	1,01	70,9
PREVALENCIA ACTUAL DE AGORAFOBIA	PIURA	1,0%	0,5	0,4; 2,4	1,40	44,0
	TRUJILLO	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,82	71,3
	CHIMBOTE	0,7%	0,3	0,3; 1,6	0,96	43,9
	ICA	0,2%	0,2	0,1; 0,9	0,41	71,5
	AREQUIPA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE FOBIA SOCIAL	PIURA	2,0%	0,5	1,2; 3,4	0,96	26,0
	TRUJILLO	2,3%	0,8	1,1; 4,6	4,77	36,1
	CHIMBOTE	4,6%	1,7	2,2; 9,4	4,84	37,6
	ICA	1,2%	0,4	0,6; 2,2	0,43	31,7
	AREQUIPA	1,4%	0,4	0,8; 2,4	1,54	28,8
PREVALENCIA ANUAL DE FOBIA SOCIAL	PIURA	0,4%	0,2	0,2; 1,0	0,48	39,2
	TRUJILLO	1,2%	0,8	0,4; 4,1	7,59	62,3
	CHIMBOTE	1,3%	0,5	0,6; 2,8	1,47	39,8
	ICA	0,3%	0,2	0,1; 1,3	0,57	70,5
	AREQUIPA	0,5%	0,2	0,2; 1,1	1,08	40,6
PREVALENCIA DE 6 MESES DE FOBIA SOCIAL	PIURA	0,4%	0,2	0,2; 0,9	0,49	42,1
	TRUJILLO	1,1%	0,8	0,3; 4,2	8,15	67,0
	CHIMBOTE	1,2%	0,5	0,6; 2,7	1,44	40,3
	ICA	0,3%	0,2	0,1; 1,3	0,57	70,5
	AREQUIPA	0,4%	0,2	0,1; 0,9	1,11	48,8
PREVALENCIA ACTUAL DE FOBIA SOCIAL	PIURA	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,60	99,9
	TRUJILLO	1,1%	0,8	0,3; 4,2	8,15	67,0
	CHIMBOTE	0,9%	0,4	0,4; 2,2	1,41	47,0
	ICA	0,2%	0,2	0,0; 1,2	0,62	99,4
	AREQUIPA	0,3%	0,2	0,1; 0,9	1,29	61,2

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO	PIURA	4,9%	1,0	3,3; 7,3	1,45	20,1
	TRUJILLO	5,9%	1,0	4,2; 8,1	2,76	16,8
	CHIMBOTE	5,9%	1,4	3,6; 9,3	2,59	24,2
	ICA	5,9%	0,9	4,4; 8,0	0,52	15,3
	AREQUIPA	7,0%	1,0	5,3; 9,2	1,96	14,1
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO	PIURA	1,1%	0,3	0,6; 1,9	0,64	29,2
	TRUJILLO	1,2%	0,5	0,5; 2,5	2,80	38,7
	CHIMBOTE	3,6%	1,9	1,3; 10,0	7,60	53,3
	ICA	0,6%	0,3	0,2; 1,7	0,64	56,3
	AREQUIPA	1,3%	0,4	0,7; 2,5	2,04	34,4
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO	PIURA	0,8%	0,3	0,4; 1,6	0,60	31,9
	TRUJILLO	0,9%	0,4	0,4; 2,3	3,18	46,9
	CHIMBOTE	3,4%	2,0	1,1; 10,3	8,57	58,6
	ICA	0,6%	0,3	0,2; 1,7	0,64	56,3
	AREQUIPA	1,3%	0,4	0,7; 2,5	2,04	34,4
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO	PIURA	0,3%	0,1	0,1; 0,8	0,52	52,4
	TRUJILLO	0,6%	0,4	0,2; 2,1	4,09	66,9
	CHIMBOTE	2,9%	2,1	0,7; 11,4	11,09	72,3
	ICA	0,2%	0,2	0,0; 1,2	0,62	99,4
	AREQUIPA	1,1%	0,4	0,5; 2,3	2,21	39,3
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	PIURA	18,5%	1,5	15,7; 21,7	1,06	8,2
	TRUJILLO	14,1%	1,3	11,8; 16,8	2,04	8,9
	CHIMBOTE	13,7%	3,7	8,0; 22,7	8,19	26,8
	ICA	19,4%	1,9	15,9; 23,4	0,82	9,9
	AREQUIPA	24,6%	2,1	20,8; 28,9	3,00	8,4
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	PIURA	9,7%	1,3	7,4; 12,6	1,35	13,5
	TRUJILLO	7,5%	0,9	5,9; 9,6	2,00	12,5
	CHIMBOTE	5,9%	1,7	3,3; 10,4	3,82	29,2
	ICA	6,7%	1,0	4,9; 9,0	0,62	15,7
	AREQUIPA	9,9%	1,1	8,0; 12,3	1,74	11,0
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	PIURA	8,6%	1,3	6,4; 11,5	1,49	15,1
	TRUJILLO	6,3%	0,9	4,7; 8,3	2,30	14,8
	CHIMBOTE	4,2%	1,2	2,3; 7,4	2,71	29,5
	ICA	4,5%	0,9	3,1; 6,5	0,60	19,0
	AREQUIPA	8,0%	1,0	6,3; 10,2	1,77	12,4
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	PIURA	3,2%	0,7	2,0; 4,9	1,16	22,6
	TRUJILLO	4,0%	0,9	2,6; 6,4	3,58	23,3
	CHIMBOTE	1,4%	0,5	0,6; 2,9	1,49	38,7
	ICA	2,2%	0,5	1,3; 3,5	0,45	24,1
	AREQUIPA	3,6%	0,6	2,6; 5,1	1,57	17,8
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	PIURA	18,0%	1,6	15,1; 21,3	1,15	8,7
	TRUJILLO	13,9%	1,2	11,6; 16,5	2,04	9,0
	CHIMBOTE	13,7%	3,7	7,9; 22,6	8,14	26,9
	ICA	19,0%	1,9	15,5; 23,1	0,84	10,1
	AREQUIPA	24,6%	2,1	20,8; 28,9	3,00	8,4
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	PIURA	9,4%	1,3	7,1; 12,4	1,41	14,0
	TRUJILLO	7,4%	0,9	5,8; 9,5	2,04	12,7
	CHIMBOTE	5,9%	1,7	3,3; 10,3	3,79	29,2
	ICA	6,6%	1,0	4,8; 8,9	0,61	15,8
	AREQUIPA	9,9%	1,1	8,0; 12,3	1,74	11,0
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	PIURA	8,3%	1,3	6,1; 11,3	1,55	15,7
	TRUJILLO	6,1%	0,9	4,5; 8,2	2,35	15,1
	CHIMBOTE	4,1%	1,2	2,3; 7,3	2,68	29,6
	ICA	4,4%	0,8	3,0; 6,4	0,60	19,1
	AREQUIPA	8,0%	1,0	6,3; 10,2	1,77	12,4

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	PIURA	2,9%	0,7	1,8; 4,6	1,19	23,9
	TRUJILLO	3,9%	0,9	2,4; 6,2	3,75	24,3
	CHIMBOTE	1,3%	0,5	0,6; 2,8	1,49	39,6
	ICA	2,0%	0,5	1,2; 3,3	0,47	25,6
	AREQUIPA	3,6%	0,6	2,6; 5,1	1,57	17,8
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA	PIURA	0,7%	0,4	0,3; 2,0	1,28	49,6
	TRUJILLO	0,5%	0,2	0,2; 1,2	1,43	42,5
	CHIMBOTE	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,41	78,9
	ICA	0,4%	0,2	0,2; 0,9	0,24	42,2
	AREQUIPA	0,5%	0,3	0,1; 1,6	2,58	65,1
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	PIURA	0,7%	0,3	0,3; 1,8	1,13	48,0
	TRUJILLO	1,5%	0,8	0,6; 4,1	6,42	51,4
	CHIMBOTE	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,53	74,8
	ICA	0,2%	0,1	0,0; 0,6	0,28	70,8
	AREQUIPA	0,5%	0,3	0,1; 1,6	2,44	62,7
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PIURA	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,48	100
	TRUJILLO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	CHIMBOTE	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,55	100
	ICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	AREQUIPA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PIURA	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,48	100
	TRUJILLO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	CHIMBOTE	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,55	100
	ICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	AREQUIPA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PIURA	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,48	100
	TRUJILLO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	CHIMBOTE	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,55	100
	ICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	AREQUIPA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PIURA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	TRUJILLO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	CHIMBOTE	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,55	100
	ICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	AREQUIPA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
<b>LA MUJER UNIDA MALTRATADA</b>						
RELACIÓN DE MATRIMONIO O CONVIVENCIA	PREVALENCIA ACTUAL	80,3%	1,0	78,3; 82,1	3,47	1,2
PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	LE GRITABA MUCHO	5,9%	0,5	5,1; 6,9	2,10	7,7
	TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	7,2%	0,5	6,3; 8,2	1,91	6,6
	LA ENGAÑÓ	14,0%	1,1	11,8; 16,4	6,22	8,2
	LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	4,1%	0,4	3,3; 5,0	2,78	10,8
	FORZÓ A TENER RELACIONES SEXUALES	2,3%	0,3	1,8; 3,0	2,13	12,5
	SE MOSTRÓ INDIFERENTE	7,7%	0,7	6,5; 9,2	3,59	8,7
	LE MENTÍA MUCHO	15,5%	0,8	13,9; 17,2	3,10	5,5
	ERA MUY CELOSO	37,1%	1,5	34,2; 40,1	5,50	4,0
	LA CONTROLABA MUCHO	24,3%	1,4	21,7; 27,2	6,21	5,8
	LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	14,0%	1,0	12,2; 16,2	4,93	7,3
	TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	25,2%	1,0	23,2; 27,3	3,26	4,1
	OTRO	0,7%	0,1	0,5; 1,0	1,47	19,5
	EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL	52,7%	1,6	49,6; 55,7	5,54
PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA		12,2%	0,9	10,6; 14,1	4,28	7,3
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER MALTRATO O VIOLENCIA	48,4%	1,2	46,0; 50,8	2,73	2,5

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	7,7%	0,7	6,5; 9,1	2,87	8,6
	ABUSO FÍSICO	30,4%	1,2	28,0; 32,8	3,27	4,0
	INSULTOS	44,6%	1,2	42,4; 46,9	2,49	2,6
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	23,0%	1,0	21,1; 25,0	2,59	4,3
PREVALENCIA DE VIDA DE ALGÚN ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL POR CIUDADES	ABANDONO	12,7%	0,8	11,1; 14,4	2,92	6,6
	PIURA	48,6%	2,3	44,0; 53,1	1,47	4,8
	TRUJILLO	41,4%	2,7	36,3; 46,8	4,63	6,5
	CHIMBOTE	48,4%	1,9	44,8; 52,1	0,98	3,8
	ICA	51,2%	2,0	47,2; 55,1	0,57	3,9
PREVALENCIA DE VIDA DE ABUSO SEXUAL POR CIUDADES	AREQUIPA	55,9%	2,0	52,0; 59,8	2,10	3,6
	PIURA	9,3%	1,2	7,2; 11,9	1,15	12,8
	TRUJILLO	7,5%	1,3	5,4; 10,4	3,69	17,0
	CHIMBOTE	5,2%	1,5	2,9; 9,2	3,43	29,7
	ICA	6,1%	1,1	4,2; 8,7	0,81	18,9
PREVALENCIA DE VIDA DE ABUSO FÍSICO POR CIUDADES	AREQUIPA	8,9%	1,2	6,9; 11,5	2,16	13,0
	PIURA	31,6%	2,0	27,9; 35,6	1,24	6,2
	TRUJILLO	24,5%	1,8	21,2; 28,1	2,60	7,2
	CHIMBOTE	25,0%	3,7	18,4; 33,1	5,33	15,0
	ICA	31,3%	1,9	27,8; 35,1	0,57	6,0
PREVALENCIA DE VIDA DE INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS POR CIUDADES	AREQUIPA	39,4%	1,9	35,7; 43,2	1,98	4,8
	PIURA	44,8%	2,2	40,5; 49,2	1,37	5,0
	TRUJILLO	37,9%	2,5	33,1; 42,9	4,15	6,6
	CHIMBOTE	45,1%	1,6	42,1; 48,2	0,71	3,5
	ICA	46,8%	2,1	42,8; 50,9	0,61	4,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CHANTAJES, HUMILLACIONES POR CIUDADES	AREQUIPA	51,7%	2,1	47,5; 55,9	2,37	4,1
	PIURA	20,8%	1,7	17,7; 24,2	1,15	8,0
	TRUJILLO	16,9%	1,8	13,6; 20,7	3,63	10,7
	CHIMBOTE	21,8%	1,4	19,2; 24,7	0,82	6,4
	ICA	25,8%	2,0	22,1; 30,0	0,75	7,8
PREVALENCIA DE VIDA DE ABANDONO POR CIUDADES	AREQUIPA	31,3%	2,1	27,3; 35,6	2,68	6,7
	PIURA	13,1%	1,5	10,4; 16,5	1,43	11,7
	TRUJILLO	10,5%	1,2	8,5; 13,0	2,21	10,9
	CHIMBOTE	10,4%	2,8	6,0; 17,4	6,15	27,3
	ICA	14,1%	1,2	11,9; 16,6	0,42	8,5
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	AREQUIPA	15,9%	1,6	13,1; 19,3	2,48	10,0
PREVALENCIA EN EL AÑO DE TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA EN EL AÑO DE CUALQUIER VIOLENCIA O MALTRATO	25,1%	1,1	23,1; 27,3	2,90	4,3
	ABUSO SEXUAL	2,6%	0,3	2,0; 3,3	2,14	13,3
	ABUSO FÍSICO	7,2%	0,6	6,2; 8,4	2,14	7,7
	INSULTOS	23,4%	1,0	21,4; 25,4	2,65	4,3
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	10,6%	0,6	9,5; 11,8	1,81	5,8
	ABANDONO	5,7%	0,5	4,7; 6,8	2,44	9,3
PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL POR CIUDADES	PIURA	27,9%	1,9	24,4; 31,8	1,24	6,8
	TRUJILLO	22,4%	2,1	18,5; 26,7	3,89	9,3
	CHIMBOTE	22,0%	3,1	16,6; 28,6	3,90	13,9
	ICA	23,2%	1,6	20,3; 26,4	0,47	6,7
	AREQUIPA	29,2%	1,8	25,8; 32,9	2,04	6,2
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SEXUAL POR CIUDADES	PIURA	4,6%	0,9	3,1; 6,6	1,20	19,1
	TRUJILLO	2,6%	0,7	1,5; 4,6	3,31	27,9
	CHIMBOTE	1,8%	0,6	0,9; 3,4	1,46	33,7
	ICA	1,6%	0,4	0,9; 2,7	0,43	27,6
	AREQUIPA	2,1%	0,5	1,3; 3,3	1,43	22,6
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO FÍSICO POR CIUDADES	PIURA	8,7%	1,3	6,5; 11,6	1,45	14,8
	TRUJILLO	6,4%	0,9	4,8; 8,5	2,30	14,7
	CHIMBOTE	4,8%	1,4	2,7; 8,3	2,98	28,9
	ICA	8,0%	1,0	6,2; 10,2	0,50	12,8
	AREQUIPA	8,5%	1,0	6,7; 10,6	1,66	11,7

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA ANUAL DE INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS POR CIUDADES	PIURA	25,9%	1,8	22,5; 29,6	1,20	7,1
	TRUJILLO	20,7%	2,0	17,1; 24,8	3,71	9,5
	CHIMBOTE	20,2%	2,6	15,6; 25,9	3,01	12,9
	ICA	21,1%	1,5	18,4; 24,1	0,45	7,0
	AREQUIPA	27,6%	1,7	24,3; 31,1	1,94	6,2
PREVALENCIA ANUAL DE CHANTAJES, HUMILLACIONES POR CIUDADES	PIURA	10,2%	1,3	8,0; 13,0	1,21	12,5
	TRUJILLO	8,8%	1,2	6,8; 11,4	2,67	13,3
	CHIMBOTE	9,5%	1,0	7,6; 11,6	0,87	10,8
	ICA	10,7%	1,1	8,7; 13,1	0,46	10,5
	AREQUIPA	13,5%	1,3	11,1; 16,4	1,98	9,8
PREVALENCIA ANUAL DE ABANDONO POR CIUDADES	PIURA	7,7%	1,4	5,5; 10,9	1,77	17,5
	TRUJILLO	5,1%	1,0	3,5; 7,5	3,19	19,4
	CHIMBOTE	4,5%	1,3	2,5; 8,0	2,94	29,6
	ICA	4,9%	0,7	3,7; 6,6	0,41	15,1
	AREQUIPA	6,2%	0,9	4,6; 8,2	1,85	14,7
<b>LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 o 2 VECES AL MES)</b>						
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA EN EL AÑO DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO	9,2%	0,8	7,8; 10,9	3,36	8,5
PREVALENCIA EN EL AÑO DE TIPOS DE ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	0,7%	0,1	0,4; 1,0	1,57	22,7
	ABUSO FÍSICO	1,6%	0,3	1,0; 2,4	3,31	21,1
	INSULTOS	7,7%	0,7	6,5; 9,1	2,83	8,5
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	3,9%	0,4	3,1; 4,9	2,36	11,2
	ABANDONO	2,3%	0,3	1,7; 3,1	2,48	15,0
PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL POR CIUDADES	PIURA	11,4%	1,8	8,3; 15,4	2,24	15,9
	TRUJILLO	8,4%	1,1	6,4; 10,8	2,50	13,3
	CHIMBOTE	4,9%	1,4	2,7; 8,6	3,18	29,5
	ICA	7,5%	1,0	5,7; 9,7	0,50	13,3
	AREQUIPA	12,0%	1,7	9,1; 15,7	3,48	14,0
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO: ABUSO SEXUAL POR CIUDADES	PIURA	1,0%	0,4	0,4; 2,4	1,37	44,5
	TRUJILLO	0,8%	0,3	0,3; 1,8	2,14	42,0
	CHIMBOTE	0,4%	0,2	0,1; 1,0	0,72	52,0
	ICA	0,3%	0,2	0,1; 0,8	0,28	49,9
	AREQUIPA	0,6%	0,2	0,3; 1,3	1,18	39,0
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO: ABUSO FÍSICO POR CIUDADES	PIURA	2,4%	0,7	1,4; 4,1	1,35	28,4
	TRUJILLO	1,9%	0,8	0,8; 4,3	5,28	41,9
	CHIMBOTE	0,6%	0,3	0,2; 1,7	1,09	48,6
	ICA	1,3%	0,5	0,7; 2,6	0,55	33,9
	AREQUIPA	1,4%	0,5	0,6; 2,8	2,51	37,4
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS POR CIUDADES	PIURA	8,8%	1,2	6,6; 11,5	1,30	14,1
	TRUJILLO	7,1%	1,1	5,3; 9,5	2,61	14,8
	CHIMBOTE	4,4%	1,3	2,4; 7,9	3,00	30,3
	ICA	7,0%	1,0	5,3; 9,2	0,53	14,2
	AREQUIPA	10,0%	1,4	7,6; 13,1	2,79	13,9
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO: CHANTAJES, HUMILLACIONES POR CIUDADES	PIURA	4,0%	0,7	2,8; 5,7	0,95	18,2
	TRUJILLO	3,6%	0,9	2,3; 5,8	3,38	24,0
	CHIMBOTE	2,5%	0,8	1,3; 4,8	2,08	33,8
	ICA	4,0%	0,8	2,7; 5,9	0,57	19,7
	AREQUIPA	4,9%	0,9	3,5; 6,9	2,03	17,3
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO: ABANDONO POR CIUDADES	PIURA	3,0%	0,6	2,0; 4,4	0,91	20,8
	TRUJILLO	1,7%	0,7	0,7; 3,9	5,00	42,8
	CHIMBOTE	1,4%	0,5	0,7; 2,7	1,27	36,1
	ICA	1,9%	0,5	1,1; 3,3	0,55	28,3
	AREQUIPA	3,4%	0,7	2,2; 5,0	1,92	20,5
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL	73,8%	4,2	64,7; 81,2	3,75	5,7
	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA	26,2%	3,3	20,1; 33,3	2,34	12,8

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	46,4%	3,5	39,7; 53,2	1,99	7,4
	REGULAR	37,6%	3,6	30,8; 45,0	2,35	9,7
	BASTANTE O MUCHO	16,0%	2,4	11,7; 21,4	1,84	15,3
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	66,4%	3,3	59,5; 72,6	2,13	5,0
	REGULAR	22,7%	3,0	17,3; 29,2	2,23	13,4
	BASTANTE O MUCHO	11,0%	3,3	6,0; 19,3	4,68	29,9
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	90,1%	1,9	85,7; 93,2	1,67	2,1
	REGULAR	9,5%	1,9	6,4; 13,8	1,71	19,6
	BASTANTE O MUCHO	0,4%	0,3	0,1; 1,6	0,81	66,6
CONFIANZA EN AUTORIDADES JUDICIALES	NADA O POCO	77,2%	3,0	70,7; 82,6	2,23	3,9
	REGULAR	18,4%	2,9	13,4; 24,6	2,33	15,6
	BASTANTE O MUCHO	4,4%	1,5	2,3; 8,4	2,12	32,7
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	73,8%	3,8	65,8; 80,5	3,14	5,1
	REGULAR	24,2%	3,7	17,6; 32,2	3,22	15,4
	BASTANTE O MUCHO	2,0%	0,7	1,0; 4,0	1,08	35,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	17,5%	2,9	12,6; 23,9	2,44	16,4
	REGULAR	23,7%	3,3	17,8; 30,9	2,63	14,1
	BASTANTE O MUCHO	58,8%	3,3	52,1; 65,1	1,94	5,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	37,8%	4,6	29,3; 47,1	1,99	12,1
	REGULAR	21,5%	3,9	14,8; 30,3	2,07	18,4
	BASTANTE O MUCHO	40,7%	4,7	31,9; 50,1	2,03	11,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	65,1%	17,0	30,0; 89,1	0,78	26,2
	REGULAR	21,8%	15,3	4,6; 61,9	0,83	70,2
	BASTANTE O MUCHO	13,1%	10,3	2,5; 47,0	0,56	78,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	36,3%	3,5	29,7; 43,4	2,29	9,7
	REGULAR	23,5%	3,4	17,5; 30,9	2,76	14,5
	BASTANTE O MUCHO	40,2%	3,6	33,3; 47,5	2,33	9,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	24,8%	3,0	19,4; 31,1	1,92	12,0
	REGULAR	20,6%	2,9	15,5; 26,9	2,06	14,1
	BASTANTE O MUCHO	54,6%	3,8	47,0; 62,0	2,40	7,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	24,2%	2,9	19,0; 30,4	1,95	12,0
	REGULAR	22,1%	2,6	17,5; 27,5	1,63	11,6
	BASTANTE O MUCHO	53,7%	3,8	46,2; 61,0	2,47	7,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	20,9%	2,7	16,1; 26,6	1,85	12,8
	REGULAR	23,2%	3,0	17,9; 29,6	2,11	12,8
	BASTANTE O MUCHO	55,9%	3,6	48,7; 62,9	2,28	6,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	2,4%	1,3	0,8; 6,8	3,04	54,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	51,9%	3,5	45,1; 58,7	2,08	6,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	45,7%	3,7	38,6; 52,9	2,31	8,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSA	NUNCA	6,4%	2,5	2,9; 13,6	4,48	39,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	45,1%	3,6	38,1; 52,3	2,26	8,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	48,5%	3,9	41,0; 56,0	2,52	8,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADA	NUNCA	6,4%	1,6	3,9; 10,4	1,82	25,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	58,1%	3,9	50,3; 65,6	2,67	6,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	35,4%	4,1	27,8; 43,9	3,17	11,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	7,7%	1,8	4,9; 11,9	1,83	22,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	60,0%	3,8	52,4; 67,1	2,54	6,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	32,3%	4,2	24,7; 41,0	3,38	12,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADA	NUNCA	0,2%	0,2	0,0; 1,0	0,59	80,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	36,7%	3,2	30,6; 43,2	1,92	8,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	63,1%	3,2	56,6; 69,2	1,91	5,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILA	NUNCA	3,7%	1,2	2,0; 6,8	1,60	31,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	58,3%	3,8	50,8; 65,4	2,49	6,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	38,0%	3,8	30,9; 45,7	2,59	10,0

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,4%	0,2	0,1; 1,2	0,61	63,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	54,0%	3,7	46,6; 61,1	2,34	6,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	45,7%	3,7	38,5; 53,0	2,35	8,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDA	NUNCA	12,7%	2,4	8,6; 18,3	2,28	19,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	59,8%	3,8	52,2; 66,9	2,50	6,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	27,6%	3,8	20,7; 35,6	3,11	13,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL	MEDIA ARITMÉTICA	15,7	0,2	15,4; 16,1	2,25	1,2
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	55,0%	4,3	46,5; 63,2	3,17	7,8
	PREVALENCIA MENSUAL	10,0%	1,8	7,1; 14,1	1,47	17,6
	PREVALENCIA ANUAL	21,8%	2,7	17,0; 27,6	1,82	12,3
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	30,5%	3,6	23,9; 38,0	2,63	11,9
	PREVALENCIA MENSUAL	4,7%	1,2	2,9; 7,6	1,31	24,9
	PREVALENCIA ANUAL	9,5%	1,8	6,5; 13,7	1,64	19,2
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	11,8%	1,9	8,5; 16,1	1,52	16,3
	PREVALENCIA MENSUAL	2,3%	0,9	1,1; 4,8	1,41	37,2
	PREVALENCIA ANUAL	3,9%	1,1	2,3; 6,6	1,28	27,4
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	7,5%	1,6	4,9; 11,3	1,56	21,2
	PREVALENCIA MENSUAL	0,6%	0,4	0,2; 2,5	1,30	69,2
	PREVALENCIA ANUAL	1,7%	0,7	0,8; 3,7	1,20	40,6
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	2,3%	0,9	1,0; 4,9	1,55	39,7
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	17,2	0,2	16,8; 17,6	2,21	1,1
GRADO DE CALIDAD DE VIDA	MEDIA ARITMÉTICA	6,9	0,1	6,8; 7,0	1,67	0,9
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 o 2 VECES AL MES)</b>						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	44,3%	4,1	36,5 ; 52,4	2,87	9,2
	PREVALENCIA ANUAL	28,5%	3,3	22,5 ; 35,4	2,29	11,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	26,1%	3,2	20,2 ; 33,0	2,33	12,4
	PREVALENCIA ACTUAL	13,8%	2,4	9,7 ; 19,2	2,07	17,4
TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	25,6%	3,3	19,6 ; 32,7	2,50	13,0
	PREVALENCIA ANUAL	12,1%	2,2	8,4 ; 17,0	1,89	17,9
	PREVALENCIA DE 6 MESES	11,5%	2,1	7,9 ; 16,4	1,93	18,7
	PREVALENCIA ACTUAL	8,3%	2,0	5,1 ; 13,2	2,23	24,0
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	10,6%	1,9	7,3 ; 15,0	1,68	18,3
	PREVALENCIA ANUAL	5,2%	1,3	3,2 ; 8,3	1,37	24,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	4,9%	1,2	3,0 ; 8,0	1,39	25,2
	PREVALENCIA ACTUAL	4,0%	1,2	2,2 ; 7,2	1,63	30,1
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,3	0,1 ; 1,8	1,00	72,8
	PREVALENCIA ANUAL	0,2%	0,2	0,0 ; 1,2	0,71	100
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,2%	0,2	0,0 ; 1,2	0,71	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,2	0,0 ; 1,2	0,71	100
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	2,2%	0,8	1,0 ; 4,6	1,38	37,9
	PREVALENCIA ANUAL	1,6%	0,8	0,6 ; 4,2	1,63	47,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,6%	0,8	0,6 ; 4,2	1,63	47,8
	PREVALENCIA ACTUAL	0,8%	0,7	0,1 ; 4,1	2,47	85,0
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	5,4%	1,4	3,2 ; 8,9	1,63	26,0
	PREVALENCIA ANUAL	2,2%	0,8	1,1 ; 4,4	1,20	35,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,9%	0,7	0,9 ; 4,0	1,16	37,2
	PREVALENCIA ACTUAL	1,5%	0,7	0,6 ; 3,6	1,31	44,7
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	13,9%	2,7	9,4 ; 19,9	2,51	19,1
	PREVALENCIA ANUAL	3,2%	1,5	1,2 ; 8,0	3,23	47,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,9%	1,5	1,0 ; 7,9	3,50	52,8
	PREVALENCIA ACTUAL	1,8%	1,4	0,4 ; 8,2	4,86	79,0
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	32,8%	3,5	26,3 ; 39,9	2,33	10,6
	PREVALENCIA ANUAL	20,2%	2,8	15,3 ; 26,1	2,00	13,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	17,9%	2,7	13,2 ; 23,8	2,11	15,1
	PREVALENCIA ACTUAL	7,7%	1,9	4,7 ; 12,5	2,25	25,1

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	32,6%	3,5	26,2; 39,7	2,32	10,6
	PREVALENCIA ANUAL	20,2%	2,8	15,3 ; 26,1	2,00	13,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	17,9%	2,7	13,2; 23,8	2,11	15,1
	PREVALENCIA ACTUAL	7,6%	1,9	4,6; 12,4	2,26	25,3
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,7%	0,3	0,3; 1,8	1,09	48,8
	PREVALENCIA ACTUAL	0,6%	0,3	0,2; 1,7	1,21	57,9
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,8	0,48	100
	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,8	0,48	100
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,8	0,48	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0

ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: ADOLESCENTES</b>						
EDAD (D.S.)	MEDIA ARITMÉTICA	14,4	0,0	14,3 ; 14,6	5,16	00,6
SITUACIÓN LABORAL	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	2,5%	1,3	0,9 ; 6,6	15,95	51,2
	TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	11,6%	1,4	9,1 ; 14,6	4,50	11,9
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	1,28	40,2
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	0,0%	0,0	0,0; 0,3	0,91	100
	INICIAL / PREESCOLAR	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,34	71,1
	PRIMARIA	26,1%	2,2	22,0 ; 30,7	6,19	8,5
	SECUNDARIA	72,9%	2,2	68,4 ; 77,1	6,04	3,0
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	1,80	53,5
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	0,6%	0,2	0,3 ; 1,1	1,48	31,3
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL EN 4 NIVELES	< S/. 300	82,4%	4,9	70,6 ; 90,2	6,35	6,0
	S/. 301 A 600	15,6%	4,9	8,2 ; 27,6	6,78	31,3
	S/. 600 A 1 200	2,0%	1,1	0,7 ; 5,8	2,31	55,1
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL EN 4 NIVELES SEGÚN INGRESO MÍNIMO VITAL	< S/. 410	93,2%	1,7	89,0 ; 95,9	1,74	1,8
	S/. 410 A 819	5,5%	1,4	3,4 ; 8,9	1,33	24,6
	S/. 820 A 1 230	1,2%	1,0	0,2 ; 5,9	3,07	81,0
<b>SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE</b>						
PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS	DESEMPLEO	15,8%	1,2	13,5 ; 18,3	2,71	7,8
	CORRUPCIÓN	14,2%	1,3	11,9 ; 16,9	3,20	9,0
	VIOLENCIA	13,9%	1,1	11,8 ; 16,3	2,60	8,2
	POBREZA	22,5%	1,5	19,7 ; 25,6	3,13	6,7
	FALTA DE CONFIANZA	1,0%	0,3	0,5 ; 1,9	2,56	32,3
	FALTA DE LIDERAZGO	2,1%	0,7	1,2 ; 3,9	4,97	30,8
	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,8%	0,3	1,3 ; 2,5	1,25	17,1
	DELINCUENCIA	12,2%	1,0	10,4 ; 14,3	2,21	8,1
	TERRORISMO	0,9%	0,3	0,5 ; 1,6	1,75	28,1
	NARCOTRÁFICO	0,6%	0,2	0,4 ; 1,1	1,16	27,2
	MANEJO ECONÓMICO	1,9%	0,4	1,3 ; 2,9	1,92	20,1
	FALTA DE VALORES	12,7%	1,2	10,6 ; 15,2	3,01	9,3
	OTRO	0,1%	0,1	0,0 ; 1,0	3,37	99,8
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	INDIFERENCIA	4,3%	0,6	3,2 ; 5,7	2,37	14,9
	RESIGNACIÓN	1,8%	0,4	1,2 ; 2,8	1,97	21,0
	DESILUSIÓN	8,5%	0,9	7,0 ; 10,4	2,33	10,2
	AMARGURA	6,0%	1,0	4,3 ; 8,2	4,08	16,4
	RABIA	2,5%	0,4	1,8 ; 3,5	1,85	17,3
	CÓLERA	7,3%	0,8	5,9 ; 9,0	2,07	10,5
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	18,4%	1,2	16,2 ; 20,8	2,13	6,3
	PREOCUPACIÓN	25,3%	1,7	22,1 ; 28,8	3,78	6,8
	IMPOTENCIA	5,5%	1,0	3,9 ; 7,7	4,23	17,5
FRUSTRACIÓN	3,5%	0,3	1,7 ; 7,0	11,24	35,9	

ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	DESPERACIÓN O ANGUSTIA	1,8%	0,3	1,3 ; 2,6	1,47	18,2
	INDIGNACIÓN	6,7%	0,8	5,3 ; 8,4	2,31	11,6
	MIEDO O TEMOR	7,0%	1,2	5,0 ; 3,3	7,61	50,3
	OTRO	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	0,99	58,1
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	27,8%	2,2	23,8 ; 32,3	5,66	7,8
	REGULAR	44,2%	1,7	40,9 ; 47,5	2,78	3,8
	BASTANTE O MUCHO	28,0%	1,6	24,9 ; 31,3	3,13	5,8
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	42,3%	1,9	38,5 ; 46,2	3,72	4,6
	REGULAR	39,1%	1,8	35,7 ; 42,7	3,21	4,6
	BASTANTE O MUCHO	18,6%	1,1	16,5 ; 20,8	1,87	5,8
CONFIANZA EN MILITARES	NADA O POCO	45,7%	1,7	42,5 ; 49,0	2,71	3,7
	REGULAR	33,2%	1,7	30,0 ; 36,6	3,30	5,0
	BASTANTE O MUCHO	21,1%	1,3	18,7 ; 23,7	2,31	6,0
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	26,2%	1,5	23,4 ; 29,2	2,64	5,6
	REGULAR	27,0%	1,3	24,6 ; 29,7	2,05	4,8
	BASTANTE O MUCHO	46,8%	1,7	43,5 ; 50,1	2,67	3,6
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	15,1%	1,9	11,8 ; 19,2	6,61	12,4
	REGULAR	29,0%	1,6	26,0 ; 32,2	2,89	5,4
	BASTANTE O MUCHO	55,9%	1,9	52,0 ; 59,6	3,67	3,5
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	11,2%	1,1	9,2 ; 13,6	3,09	10,1
	REGULAR	30,4%	1,8	27,0 ; 34,1	3,71	5,9
	BASTANTE O MUCHO	58,3%	2,0	54,3 ; 62,2	3,99	3,4
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	75,6%	2,1	71,2 ; 79,5	5,85	2,8
	REGULAR	20,3%	1,7	17,3 ; 23,8	4,06	8,1
	BASTANTE O MUCHO	4,1%	1,2	2,3 ; 7,2	8,90	29,5
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	57,8%	18,4	23,7 ; 85,8	0,98	31,9
	REGULAR	42,2%	18,4	14,2 ; 76,3	0,98	43,7
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDES	NADA O POCO	60,8%	1,9	57,0 ; 64,5	3,74	3,2
	REGULAR	29,3%	1,7	26,0 ; 32,8	3,51	6,0
	BASTANTE O MUCHO	9,9%	1,5	7,3 ; 13,3	6,21	15,4
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	9,9%	2,7	5,7 ; 16,7	1,74	27,6
	REGULAR	22,3%	4,6	14,6 ; 32,7	2,56	20,7
	BASTANTE O MUCHO	67,8%	6,0	55,1 ; 78,3	3,43	8,8
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	41,1%	1,6	38,1 ; 44,2	2,39	3,8
	REGULAR	38,8%	1,3	36,3 ; 41,4	1,71	3,4
	BASTANTE O MUCHO	20,1%	1,3	17,7 ; 22,7	2,36	6,3
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	43,5%	2,1	39,5 ; 47,6	4,20	4,8
	REGULAR	40,6%	2,0	36,8 ; 44,5	3,83	4,8
	BASTANTE O MUCHO	15,9%	1,7	12,8 ; 19,6	5,38	10,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	62,4%	7,9	46,1 ; 76,3	7,08	12,7
	REGULAR	27,9%	7,9	15,1 ; 45,5	8,22	28,4
	BASTANTE O MUCHO	9,8%	2,5	5,9 ; 15,7	1,80	25,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIO	NADA O POCO	49,2%	1,9	45,5 ; 52,9	3,18	3,8
	REGULAR	27,1%	1,3	24,6 ; 29,7	1,96	4,9
	BASTANTE O MUCHO	23,8%	1,8	20,5 ; 27,4	3,80	7,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	63,3%	1,9	59,5 ; 67,0	3,75	3,0
	REGULAR	18,1%	1,3	15,6 ; 20,9	2,92	7,5
	BASTANTE O MUCHO	18,6%	1,6	15,7 ; 21,9	3,79	8,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	72,4%	3,5	65,0 ; 78,8	3,24	4,9
	REGULAR	16,6%	2,4	12,4 ; 21,7	2,10	14,2
	BASTANTE O MUCHO	11,0%	2,1	7,4 ; 16,0	2,46	19,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	61,4%	2,1	57,2 ; 65,3	4,31	3,4
	REGULAR	24,5%	1,3	22,0 ; 27,2	2,31	5,4
	BASTANTE O MUCHO	14,2%	1,4	11,6 ; 17,2	4,03	10,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: LA SALUD	NADA O POCO	41,1%	1,9	37,5 ; 44,8	3,43	4,5
	REGULAR	21,6%	1,6	18,7 ; 24,9	3,50	7,3
	BASTANTE O MUCHO	37,2%	1,5	34,4 ; 40,1	2,16	3,9

ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	73,0%	1,8	69,3 ; 76,5	4,11	2,5
	REGULAR	14,2%	1,1	12,1 ; 16,5	2,53	8,0
	BASTANTE O MUCHO	12,8%	1,4	10,3 ; 15,8	4,09	10,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	44,1%	2,2	39,8 ; 48,6	4,89	5,1
	REGULAR	13,2%	1,0	11,4 ; 15,3	2,12	7,6
	BASTANTE O MUCHO	42,6%	2,2	38,4 ; 47,0	4,73	5,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	27,5%	2,2	23,4 ; 32,1	5,83	8,0
	REGULAR	14,1%	1,1	12,1 ; 16,4	2,34	7,7
	BASTANTE O MUCHO	58,4%	2,4	53,5 ; 63,1	5,91	4,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	32,8%	1,9	29,1 ; 36,7	4,11	5,9
	REGULAR	13,2%	1,1	11,2 ; 15,4	2,38	8,1
	BASTANTE O MUCHO	54,1%	2,1	50,0 ; 58,1	4,11	3,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	5,4%	0,6	4,3 ; 6,8	1,82	11,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	83,2%	1,5	80,1 ; 85,9	3,75	1,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	11,4%	1,3	9,0 ; 14,3	4,28	11,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	19,4%	1,3	17,0 ; 22,0	2,47	6,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	66,2%	1,6	63,0 ; 69,2	2,72	2,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	14,4%	1,3	12,0 ; 17,2	3,39	9,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	26,0%	2,1	22,1 ; 30,4	5,56	8,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	62,8%	2,1	58,5 ; 67,0	4,74	3,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	11,1%	1,0	9,3 ; 13,3	2,44	9,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	24,3%	1,4	21,6 ; 27,3	2,73	5,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	62,9%	1,6	59,7 ; 66,0	2,61	2,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,8%	1,1	10,8 ; 15,1	2,55	8,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	10,5%	1,3	8,2 ; 13,3	4,25	12,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	66,0%	1,4	63,1 ; 68,7	2,14	2,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	23,5%	1,3	21,1 ; 26,2	2,28	5,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	3,6%	1,0	2,1 ; 6,2	7,16	28,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	24,8%	1,5	21,9 ; 27,9	3,00	6,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	71,6%	1,7	68,2 ; 74,8	3,29	2,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	0,67	41,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	14,6%	1,4	12,0 ; 17,7	3,96	9,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	85,2%	1,4	82,2 ; 87,8	3,91	1,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	23,6%	2,2	19,6 ; 28,2	6,44	9,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	60,6%	2,2	56,1 ; 64,9	5,05	3,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,8%	1,2	13,6 ; 18,3	2,52	7,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTRO	NUNCA	4,5%	4,5	0,6 ; 26,6	1,17	98,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	18,5%	11,1	5,1 ; 48,9	2,04	59,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	76,9%	11,4	48,6 ; 92,2	1,84	14,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	5,8%	0,9	4,3 ; 7,8	3,31	14,9
	REGULAR	26,9%	1,6	24,0 ; 30,1	2,96	5,8
	BASTANTE O MUCHO	67,3%	1,9	63,4 ; 70,9	4,06	2,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE LA PIEL	NADA O POCO	5,2%	1,2	3,3 ; 8,2	7,27	23,4
	REGULAR	16,4%	1,3	14,0 ; 19,1	3,01	8,0
	BASTANTE O MUCHO	78,4%	1,9	74,4 ; 81,9	5,22	2,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	5,3%	0,7	4,0 ; 6,9	2,50	13,7
	REGULAR	23,1%	1,7	19,9 ; 26,7	4,02	7,5
	BASTANTE O MUCHO	71,6%	1,7	68,1 ; 74,8	3,42	2,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	12,6%	1,2	10,5 ; 15,1	3,03	9,4
	REGULAR	38,2%	2,1	34,1 ; 42,5	4,57	5,6
	BASTANTE O MUCHO	49,2%	1,9	45,4 ; 52,9	3,49	3,9

ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)	NADA O POCO	6,5%	3,2	2,4 ; 16,4	3,50	49,9
	REGULAR	21,2%	4,9	13,1 ; 32,4	2,98	23,3
	BASTANTE O MUCHO	72,4%	5,1	61,4 ; 81,2	2,64	7,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	7,9%	1,4	5,5 ; 11,2	6,59	17,9
	REGULAR	26,4%	1,5	23,5 ; 29,6	2,92	5,8
	BASTANTE O MUCHO	65,7%	2,0	61,6 ; 69,5	4,29	3,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	10,5%	1,0	8,8 ; 12,6	2,36	9,2
	REGULAR	17,9%	2,0	14,4 ; 22,1	6,15	10,9
	BASTANTE O MUCHO	71,5%	1,9	67,6 ; 75,2	4,25	2,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: AMISTADES O RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	8,8%	1,8	5,9 ; 13,0	9,65	20,4
	REGULAR	19,1%	1,3	16,7 ; 21,7	2,54	6,7
	BASTANTE O MUCHO	72,1%	2,0	68,1 ; 75,8	4,57	2,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	9,5%	0,9	7,8 ; 11,4	2,38	9,7
	REGULAR	21,7%	1,5	18,9 ; 24,7	3,00	6,7
	BASTANTE O MUCHO	68,9%	1,4	66,0 ; 71,6	2,27	2,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	9,1%	2,4	5,3 ; 15,0	1,80	26,4
	REGULAR	28,4%	5,0	19,7 ; 39,1	3,17	17,6
	BASTANTE O MUCHO	62,5%	5,4	51,4 ; 72,4	3,26	8,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	8,6%	2,3	5,1 ; 14,2	1,65	26,3
	REGULAR	46,7%	6,9	33,7 ; 60,1	4,84	14,7
	BASTANTE O MUCHO	44,7%	6,3	32,9 ; 57,1	4,04	14,0
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	19,5%	10,1	6,4 ; 46,0	12,83	51,7
	REGULAR	14,3%	3,2	9,1 ; 21,7	1,63	22,1
	BASTANTE O MUCHO	66,3%	9,1	46,8 ; 81,4	7,41	13,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA QUE DESARROLLA	NADA O POCO	15,3%	3,4	9,7 ; 23,3	2,32	22,4
	REGULAR	42,5%	7,6	28,7 ; 57,6	6,00	17,8
	BASTANTE O MUCHO	42,1%	6,8	29,6 ; 55,7	4,84	16,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES	NADA O POCO	11,8%	3,1	7,0 ; 19,3	1,93	26,1
	REGULAR	17,6%	3,8	11,2 ; 26,4	2,18	21,9
	BASTANTE O MUCHO	70,7%	5,5	58,7 ; 80,3	3,16	7,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN O PAGO QUE RECIBE	NADA O POCO	15,4%	3,3	9,9 ; 23,0	2,08	21,5
	REGULAR	40,3%	7,6	26,7 ; 55,6	5,68	18,8
	BASTANTE O MUCHO	44,3%	6,6	32,0 ; 57,4	4,22	14,9
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	3,4%	0,7	2,3 ; 5,1	3,40	19,9
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA	36,9%	2,3	32,5 ; 41,5	5,44	6,2
TENDENCIAS DELICTIVAS	PREVALENCIA	3,3%	0,4	2,5 ; 4,3	1,48	13,4
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	25,2%	1,6	22,1 ; 28,5	3,34	6,4
	PREVALENCIA MENSUAL	4,9%	0,6	3,9 ; 6,3	1,94	12,5
	PREVALENCIA ANUAL	12,0%	1,0	10,1 ; 14,2	2,50	8,7
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	9,2%	0,9	7,6 ; 11,1	2,29	9,7
	PREVALENCIA MENSUAL	2,3%	0,7	1,2 ; 4,1	5,14	30,4
	PREVALENCIA ANUAL	5,7%	0,8	4,3 ; 7,6	3,05	14,4
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	3,3%	0,4	2,5 ; 4,2	1,39	13,1
	PREVALENCIA MENSUAL	0,7%	0,2	0,4 ; 1,3	1,57	30,4
	PREVALENCIA ANUAL	1,8%	0,3	1,3 ; 2,6	1,39	17,5
MOTIVOS QUE LE LLEVARON A DESEAR MORIR O PENSAR EN QUITARSE LA VIDA	APARIENCIA FÍSICA	2,0%	0,8	0,9 ; 4,5	2,22	41,0
	PADRES	56,6%	3,2	50,2 ; 62,7	2,68	5,7
	HIJOS	0,6%	0,5	0,1 ; 2,8	2,43	78,1
	OTROS PARIENTES	15,3%	2,0	11,9 ; 19,6	1,87	12,7
	PAREJA O ENAMORADA(O)	2,9%	0,6	1,9 ; 4,5	0,90	21,6
	AMIGOS	5,6%	1,2	3,6 ; 8,6	1,89	22,4
	TRABAJO	0,4%	0,3	0,1 ; 1,7	1,47	77,2
	ESTUDIOS	8,8%	1,6	6,1 ; 12,5	2,00	18,0
	PROBLEMAS ECONÓMICOS	5,4%	1,1	3,6 ; 8,0	1,49	20,2
	PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA	2,2%	0,6	1,2 ; 3,9	1,25	29,8
PREOCUPACIONES SALUD DE UN FAMILIAR	3,2%	1,1	1,6 ; 6,3	2,51	34,5	

ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MOTIVOS QUE LE LLEVARON A DESEAR MORIR O PENSAR EN QUITARSE LA VIDA	SEPARACIÓN DE FAMILIAR	1,9%	0,7	1,0 ; 3,7	1,45	34,3
	SEPARACIÓN DE PAREJA O ENAMORADA(O)	0,7%	0,4	0,2 ; 1,9	1,19	52,0
	MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES	1,3%	0,5	0,6 ; 2,6	1,09	36,4
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	1,2%	0,5	0,5 ; 2,6	1,27	41,2
	OTROS	10,7%	2,8	6,3 ; 17,6	5,22	26,2
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	1,5%	0,3	1,0 ; 2,2	1,48	20,2
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,5	1,07	46,8
	PREVALENCIA ANUAL	0,9%	0,2	0,5 ; 1,5	1,52	26,3
TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	17,1%	1,2	14,8 ; 19,7	2,64	7,3
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	1,55	47,9
MOTIVOS QUE LE LLEVARON A INTENTAR QUITARSE LA VIDA	PADRES	60,1%	10,3	39,3 ; 77,8	1,92	17,1
	OTROS PARIENTES	33,6%	10,3	17,0 ; 55,6	2,05	30,6
	PAREJA O ENAMORADA(O)	4,8%	3,1	1,3 ; 16,1	0,92	64,6
	AMIGOS	2,8%	2,7	0,4 ; 17,4	1,21	99,3
	ESTUDIOS	8,1%	5,0	2,3 ; 25,0	1,47	61,9
	PROBLEMAS ECONÓMICOS	15,5%	6,2	6,7 ; 31,7	1,27	40,0
	PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA	5,8%	4,4	1,3 ; 23,1	1,54	75,9
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	1,7%	1,7	0,2 ; 11,4	0,75	100
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	OTROS	3,5%	3,1	0,6 ; 17,6	1,19	86,9
	PREVALENCIA DE VIDA	2,1%	0,6	1,3 ; 3,6	3,67	26,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,4%	0,2	0,2 ; 0,9	1,44	36,6
	PREVALENCIA ANUAL	1,0%	0,3	0,6 ; 1,7	1,80	27,0
DÍOS ES MUY IMPORTANTE EN SU VIDA	NADA O POCO	2,5%	0,5	1,8 ; 3,6	2,11	18,4
	REGULAR	6,2%	1,0	4,5 ; 8,4	3,92	15,7
	BASTANTE O MUCHO	91,3%	1,0	89,0 ; 93,1	3,27	1,1
QUE RELIGIÓN TIENE	CATÓLICA	72,1%	2,0	68,0 ; 75,9	4,83	2,8
	EVANGÉLICA	13,4%	1,5	10,7 ; 16,5	4,54	11,1
	TESTIGO DE JEHOVÁ	2,6%	0,7	1,6 ; 4,3	4,12	25,3
	ADVENTISTA	2,3%	0,4	1,6 ; 3,1	1,62	17,1
	MORMONA	1,1%	0,3	0,6 ; 2,0	2,35	29,2
	NINGUNA	6,9%	1,2	4,9 ; 9,5	5,11	17,0
	OTRO	1,6%	0,5	0,9 ; 3,0	4,05	32,0
TENDENCIAS RELIGIOSAS	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	68,0%	1,4	65,2 ; 70,8	2,24	2,1
	PARTICIPA ACTIVAMENTE EN ALGÚN GRUPO RELIGIOSO	20,8%	1,3	18,4 ; 23,5	2,44	6,2
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	65,1%	1,6	61,9 ; 68,1	2,68	2,5
	TRANSMITE RELIGIÓN A LOS HIJOS O NIETOS	20,7%	1,5	18,0 ; 23,8	3,25	7,2
	TRANSMITE RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	17,5%	1,2	15,3 ; 19,9	2,27	6,7
	HA CAMBIADO DE RELIGIÓN	7,4%	1,1	5,5 ; 10,0	4,47	15,3
	CREE QUE PRACTICAR UNA RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS	66,6%	1,6	63,5 ; 69,6	2,63	2,3
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL (RUIDO, VENTILACIÓN, ESPACIO, OLORES)	PREVALENCIA	64,1%	1,8	60,5 ; 67,5	3,42	2,8
CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE	MEDIA ARITMÉTICA	7,7	0,0	7,7 ; 7,8	2,59	0,5
POR LO MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA ACTUAL	15,2%	1,2	12,9 ; 17,8	2,88	8,2
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA PURA SIN DEPRESIÓN	PREVALENCIA ACTUAL	2,1%	0,4	1,5 ; 3,0	1,58	17,4
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA PURA SIN DEPRESIÓN AJUSTADA CON D5DD Y D5EE	PREVALENCIA ACTUAL	1,9%	0,3	1,4 ; 2,7	1,45	17,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMÓRBIDO	PREVALENCIA ACTUAL	3,9%	0,6	3,0 ; 5,2	1,95	14,1
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	2,3%	0,4	1,6 ; 3,3	1,74	17,5
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	4,4%	0,7	3,2 ; 5,9	2,66	15,6

ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,4%	0,2	0,2 ; 1,0	1,78	41,8
ANOREXIA NERVOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,7	1,74	54,7
IMC INFERIOR AL UMBRAL CRÍTICO PARA LA TALLA Y PESO	PREVALENCIA	24,6%	1,7	21,5 ; 28,1	3,68	6,8
BULIMIA NERVOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,7	1,78	58,4
CRISIS DE BULIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	2,7%	0,6	1,8 ; 4,1	2,97	21,0
CONDUCTA BULÍMICA	PREVALENCIA ACTUAL	0,9%	0,3	0,5 ; 1,6	1,86	28,8
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PREVALENCIA	4,5%	0,7	3,3 ; 6,1	2,69	15,4
AL MENOS 5 CRITERIOS DE PSICOSIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	1,65	100
AL MENOS 4 CRITERIOS DE PSICOSIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	1,17	65,6
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	MEDIA ARITMÉTICA	12,3	0,1	12,1 ; 12,6	3,97	1,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	MEDIA ARITMÉTICA	13,7	0,2	13,3 ; 14,1	4,39	1,4
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	MEDIA ARITMÉTICA	14,4	0,4	13,5 ; 15,2	1,55	2,7
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLA PARA DORMIR	MEDIA ARITMÉTICA	13,8	0,4	13,0 ; 14,7	1,43	3,1
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	MEDIA ARITMÉTICA	11,5	0,7	9,9 ; 13,1	1,06	5,8
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	MEDIA ARITMÉTICA	10,1	1,2	6,7 ; 13,6	0,93	12,1
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES (PARA BAJAR EL APETITO)	MEDIA ARITMÉTICA	15,3	0,5	14,0 ; 16,5	1,17	3,3
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉSTAXIS	MEDIA ARITMÉTICA	13,4	1,0	0,3 ; 26,5	0,52	7,7
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	15,6	0,3	15,0 ; 16,3	1,30	1,9
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	14,2	0,5	12,9 ; 15,5	0,84	3,3
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	MEDIA ARITMÉTICA	16,0	0,0	16,0 ; 16,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HEROÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	16,0	0,0	16,0 ; 16,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	MEDIA ARITMÉTICA	12,2	0,5	11,2 ; 13,2	4,31	4,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	MEDIA ARITMÉTICA	13,3	1,1	9,5 ; 16,8	1,17	8,3
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	53,4%	2,1	49,3 ; 57,5	4,26	3,9
	PREVALENCIA MENSUAL	21,7%	1,4	19,0 ; 24,6	2,96	6,7
EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	PREVALENCIA MENSUAL	2,5%	0,4	1,8 ; 3,5	1,72	16,5
ALGUNA CONDUCTA VINCULADA AL ABUSO DE ALCOHOL	POR LO MENOS 1 CRITERIO	10,8%	0,9	9,1 ; 12,7	2,19	8,7
	POR LO MENOS 2 CRITERIOS	2,7%	0,4	1,9 ; 3,7	1,77	16,4
	POR LO MENOS 3 CRITERIOS	0,9%	0,2	0,5 ; 1,6	1,61	26,7
CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA (INCL. ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	80,6%	1,5	77,5 ; 83,2	3,24	1,8
	PREVALENCIA MENSUAL	25,6%	1,5	22,8 ; 28,7	2,85	5,9
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES (INCL. ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	80,6%	1,5	77,5 ; 83,2	3,24	1,8
	PREVALENCIA MENSUAL	25,6%	1,5	22,8 ; 28,7	2,85	5,9
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	1,0%	0,3	0,6 ; 1,7	1,72	26,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,3%	0,1	0,1 ; 0,8	1,74	48,5
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	27,7%	1,6	24,7 ; 31,0	3,04	5,7
	PREVALENCIA MENSUAL	9,6%	1,6	6,9 ; 13,2	7,08	16,7
	PREVALENCIA ACTUAL	3,7%	0,5	2,8 ; 4,9	1,77	13,8
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,5%	0,2	0,2 ; 1,0	1,53	35,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,3	1,06	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,3	1,06	100
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	PREVALENCIA DE VIDA	1,2%	0,2	0,8 ; 1,8	1,25	20,8
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,5	1,09	46,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	1,34	67,0

ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DOLOR DE CABEZA	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,1	0,1 ; 0,6	1,19	42,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,33	72,1
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,38	100
CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	0,39	46,5
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,24	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE ESTIMULANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,1	0,1 ; 0,5	0,84	40,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,3	0,85	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE ÉXTASIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	2,01	86,3
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA DE VIDA	0,7%	0,2	0,4 ; 1,3	1,56	30,2
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,8	1,98	57,8
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,8	2,62	86,1
CONSUMO DE COCAÍNA	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	2,16	55,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	0,61	70,9
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE PASTA BÁSICA(PBC)	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,30	100
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE HEROÍNA	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	7,9%	1,1	5,9 ; 10,4	4,16	14,2
	PREVALENCIA MENSUAL	1,5%	0,9	0,5 ; 4,6	12,45	59,3
	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	1,34	46,0
CONSUMO DE INHALANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	0,88	52,4
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,3	0,87	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,3	0,87	100
CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,1	0,1 ; 0,8	2,07	60,1
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,43	100
EMBARAZO ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	1,9%	0,5	1,2 ; 3,1	1,44	25,3
ABORTO ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	0,85	79,0
ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL	PREVALENCIA	0,2%	0,1	0,0 ; 0,8	2,48	81,2
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO O EMOCIONAL) DEL ADOLESCENTE EN ALGÚN MOMENTO	PREVALENCIA DE VIDA	65,3%	1,9	61,6 ; 68,9	3,70	2,9
ABUSO DE TIPO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	3,2%	0,5	2,3 ; 4,3	1,97	15,8
ABUSO FÍSICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	37,4%	2,1	33,4 ; 41,5	4,32	5,5
ABUSO PSICOLÓGICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	57,9%	1,8	54,4 ; 61,4	3,15	3,1
ABANDONO DEL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE ALGÚN	9,7%	1,1	7,7 ; 12,1	3,42	11,5
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (EN ADOLESCENTE)	PREVALENCIA DE VIDA	21,3%	1,3	18,8 ; 24,0	2,51	6,2
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL (EN ADOLESCENTES)	PREVALENCIA DE VIDA	12,4%	2,1	8,8 ; 17,1	2,38	17,0
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN PUESTOS O CENTROS DE SALUD (EN ADOLESCENTES)	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	15,7%	4,8	8,3 ; 27,6	1,52	30,8
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN POSTA O POLICLÍNICO ESSALUD (EN ADOLESCENTES)	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	7,5%	3,5	2,9 ; 18,1	1,56	47,1

ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN HOSPITAL GENERAL MINSA (EN ADOLESCENTES)	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	20,4%	5,8	11,3 ; 34,0	1,78	28,3
MOTIVOS DE NO ATENCIÓN MÉDICA	NO SABÍA DONDE IR	33,8%	3,4	27,5 ; 40,8	2,60	10,0
	NO TENÍA DINERO	23,4%	3,4	17,3 ; 30,8	3,33	14,7
	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	5,4%	1,3	3,3 ; 8,7	1,72	24,3
	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	3,1%	0,9	1,7 ; 5,5	1,44	30,0
	LARGAS LISTAS DE ESPERA	10,4%	1,8	7,4 ; 14,4	1,70	17,0
	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	7,2%	1,4	4,9 ; 10,4	1,45	19,2
	FALTA DE CONFIANZA	34,1%	3,5	27,6 ; 41,2	2,76	10,3
	DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	23,6%	2,8	18,5 ; 29,5	2,18	11,8
	NO ME BENEFICIARÍA	32,4%	3,6	25,8 ; 39,8	3,01	11,1
	LO DEBÍA SUPERAR SOLO	66,2%	4,0	58,0 ; 73,6	3,63	6,0
	PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	9,3%	1,7	6,5 ; 13,2	1,73	18,3
	POR VERGÜENZA	29,8%	3,7	23,0 ; 37,6	3,36	12,5
	VECINOS HABLARÍAN MAL	13,7%	2,8	9,0 ; 20,2	3,42	20,7
	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	11,1%	1,9	7,8 ; 15,4	1,91	17,4
	PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO	16,2%	2,2	12,3 ; 21,1	1,85	13,7
MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	4,1%	1,0	2,6 ; 6,4	1,18	23,4	
OTRO	21,8%	2,6	17,1 ; 27,3	1,96	11,8	
<b>CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES POR CIUDADES</b>						
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	PIURA	63,9%	3,1	57,7 ; 69,8	1,57	4,8
	TRUJILLO	45,4%	3,2	39,2 ; 51,7	3,84	7,1
	CHIMBOTE	46,3%	6,5	34, ; 59,0	5,76	14,1
	ICA	55,5%	3,4	48,7 ; 62,1	0,94	6,2
	AREQUIPA	62,9%	3,2	56,3 ; 68,9	2,58	5,1
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	PIURA	29,6%	3,3	23,6 ; 36,3	1,93	11,0
	TRUJILLO	21,0%	2,8	15,9 ; 27,1	4,46	1,93
	CHIMBOTE	16,8%	2,7	12,2 ; 22,8	1,72	15,9
	ICA	22,9%	2,2	18,8 ; 27,5	0,55	9,8
	AREQUIPA	20,0%	2,5	15,5 ; 25,4	2,28	12,6
PREVALENCIA MENSUAL DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	PIURA	3,5%	1,3	1,7 ; 7,2	1,87	36,7
	TRUJILLO	1,2%	0,5	0,5 ; 2,9	2,30	45,0
	CHIMBOTE	3,9%	1,0	2,4 ; 6,5	0,90	25,5
	ICA	2,8%	0,9	1,5 ; 5,3	0,60	32,5
	AREQUIPA	3,1%	1,0	1,7 ; 5,7	1,80	31,2
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	PIURA	11,4%	1,8	8,3 ; 15,5	1,24	15,9
	TRUJILLO	11,7%	1,9	8,5 ; 15,9	3,10	15,9
	CHIMBOTE	10,8%	2,2	7,2 ; 15,9	1,67	20,2
	ICA	13,2%	1,9	10,0 ; 17,3	0,59	14,1
	AREQUIPA	7,9%	1,7	5,2 ; 11,8	2,22	21,2
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	PIURA	3,7%	1,1	2,1 ; 6,5	1,27	29,5
	TRUJILLO	2,6%	0,9	1,3 ; 5,0	2,88	34,4
	CHIMBOTE	3,0%	1,0	1,5 ; 5,8	1,22	34,3
	ICA	3,9%	1,1	2,2 ; 6,9	0,68	29,3
	AREQUIPA	1,6%	0,5	0,8 ; 3,0	1,02	33,3
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	PIURA	0,9%	0,4	0,3 ; 2,2	0,78	48,2
	TRUJILLO	0,9%	0,5	0,3 ; 2,9	2,86	57,4
	CHIMBOTE	1,1%	0,5	0,5 ; 2,7	0,78	45,2
	ICA	1,6%	0,8	0,6 ; 4,1	0,77	49,4
	AREQUIPA	0,6%	0,3	0,2 ; 1,7	0,94	52,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	PIURA	83,8%	2,3	78,9 ; 87,8	1,45	2,7
	TRUJILLO	75,3%	3,1	68,8 ; 80,9	4,65	4,1
	CHIMBOTE	79,5%	2,6	73,8 ; 84,2	1,44	3,3
	ICA	84,7%	2,4	79,3 ; 88,9	0,89	2,9
	AREQUIPA	85,9%	2,2	80,9 ; 89,7	2,41	2,6

ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PIURA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	0,27	100
	TRUJILLO	0,4%	0,3	0,1 ; 1,6	1,79	65,9
	CHIMBOTE	1,4%	0,5	0,7 ; 2,9	0,62	35,7
	ICA	0,8%	0,5	0,2 ; 2,6	0,57	60,2
	AREQUIPA	2,3%	0,9	1,1 ; 4,9	2,08	39,1
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS POR CIUDADES</b>						
TRASTORNOS PSICÓTICOS	PIURA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	TRUJILLO	0,2%	0,2	0,0 ; 1,3	1,68	100
	CHIMBOTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	ICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	AREQUIPA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EPISODIO DEPRESIVO	PIURA	4,6%	1,1	2,9 ; 7,3	1,00	23,5
	TRUJILLO	3,5%	1,3	1,7 ; 7,1	4,37	36,1
	CHIMBOTE	4,2%	1,1	2,5 ; 6,8	0,96	25,6
	ICA	3,7%	1,1	2,1 ; 6,5	0,61	28,5
	AREQUIPA	5,8%	1,8	3,2 ; 6,5	0,61	28,5
DISTIMIA	PIURA	0,2%	0,2	0,1 ; 0,9	0,43	71,2
	TRUJILLO	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	0,70	100
	CHIMBOTE	0,4%	0,2	0,2 ; 1,2	0,39	52,2
	ICA	0,8%	0,4	0,3 ; 2,1	0,41	52,3
	AREQUIPA	1,0%	0,7	0,3 ; 3,8	2,69	68,3
FOBIA SOCIAL	PIURA	1,1%	0,4	0,5 ; 2,1	0,50	35,0
	TRUJILLO	2,2%	0,8	1,0 ; 4,5	2,88	37,5
	CHIMBOTE	2,2%	0,8	1,1 ; 4,4	0,97	35,9
	ICA	3,7%	1,1	2,1 ; 6,5	0,64	29,1
	AREQUIPA	3,0%	0,8	1,7 ; 5,1	1,43	28,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PIURA	2,8%	1,1	1,3 ; 5,8	1,57	38,3
	TRUJILLO	0,6%	0,3	0,2 ; 1,7	1,42	49,6
	CHIMBOTE	2,6%	0,8	1,4 ; 4,5	0,76	29,3
	ICA	2,5%	0,6	1,5 ; 4,1	0,32	25,1
	AREQUIPA	2,8%	0,9	1,5 ; 5,3	1,71	32,0
BULIMIA NERVOSA	PIURA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	TRUJILLO	0,3%	0,3	0,0 ; 2,0	2,61	100
	CHIMBOTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	ICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	AREQUIPA	0,5%	0,3	0,1 ; 1,5	0,99	61,1
CONDUCTAS BULÍMICAS	PIURA	1,3%	0,7	0,4 ; 4,0	1,66	57,7
	TRUJILLO	1,1%	0,6	0,4 ; 3,0	2,75	51,9
	CHIMBOTE	0,4%	0,2	0,1 ; 1,1	0,39	53,1
	ICA	0,4%	0,2	0,1 ; 1,4	0,34	69,2
	AREQUIPA	0,9%	0,4	0,4 ; 2,1	0,96	42,7
ANOREXIA NERVOSA	PIURA	0,9%	0,7	0,2 ; 4,2	2,24	82,7
	TRUJILLO	0,1%	0,1	0,0 ; 0,9	1,16	100
	CHIMBOTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	ICA	0,3%	0,3	0,0 ; 2,2	0,62	99,7
	AREQUIPA	0,1%	0,1	0,0 ; 1,0	0,81	99,9
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PIURA	6,5%	1,3	4,3 ; 9,7	1,12	20,5
	TRUJILLO	5,5%	1,6	3,1 ; 9,6	4,49	29,0
	CHIMBOTE	6,0%	1,3	3,8 ; 9,2	1,07	22,4
	ICA	4,9%	1,0	3,3 ; 7,2	0,39	19,6
	AREQUIPA	4,4%	1,5	2,2 ; 8,7	3,26	35,0

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: ADULTO MAYOR</b>						
EDAD	MEDIA ARITMÉTICA (DS)	70,5	0,3	69,9; 71,4	3,64	0,4
EDAD POR GRUPOS ETÁREOS (15 AÑOS)	VIEJO JOVEN (60-74 AÑOS)	71,8%	1,6	68,6; 74,8	3,17	2,2
	VIEJO VIEJO (75- 84 AÑOS)	20,8%	1,3	18,4; 23,4	2,45	6,1
	MUY VIEJO (>= 85)	7,4%	1,1	5,4; 10,0	4,89	15,5
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	7,7%	1,3	5,6; 10,6	5,71	16,4
	SEPARADO	10,3%	0,8	8,7; 12,0	1,96	8,2
	DIVORCIADO	0,9%	0,3	0,5; 1,6	1,78	27,2
	VIUDO	24,9%	1,4	22,4; 27,7	2,50	5,4
	CASADO	51,3%	1,7	47,9; 54,6	3,01	3,4
	SOLTERO	4,9%	0,6	3,8; 6,3	2,17	12,9
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	PREVALENCIA	30,7%	1,4	28,0; 33,6	2,47	4,7
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	PREVALENCIA	1,3%	0,6	0,5; 3,1	6,71	45,0
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	16,1%	1,3	13,7; 18,9	3,22	8,2
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL/NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	13,1%	1,2	10,9; 15,6	3,19	9,1
	INICIAL/PREESCOLAR	0,5%	0,2	0,2; 1,0	1,73	36,7
	PRIMARIA	48,5%	2,1	44,4; 52,6	4,47	4,3
	SECUNDARIA	22,0%	1,7	18,9; 25,4	4,06	7,5
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	5,8%	0,8	4,4; 7,7	3,30	14,5
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	9,4%	1,1	7,5; 11,8	3,47	11,4
	POSTGRADO	0,7%	0,2	0,4; 1,4	2,04	32,9
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR</b>						
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	53,3%	2,8	47,7; 58,8	2,70	5,3
	REGULAR	25,7%	2,7	20,8; 31,3	3,08	10,3
	BASTANTE O MUCHO	21,0%	2,2	17,1; 25,5	2,33	10,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	56,2%	15,5	27,1; 81,6	1,39	27,6
	REGULAR	25,2%	14,4	7,0; 60,1	1,55	57,2
	BASTANTE O MUCHO	18,6%	13,1	4,0; 55,6	1,60	70,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	60,1%	1,4	57,2; 62,9	2,20	2,4
	REGULAR	21,3%	1,2	19,0; 23,9	2,30	5,8
	BASTANTE O MUCHO	18,6%	1,5	15,8; 21,6	3,63	8,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	64,9%	2,9	59,0; 70,4	4,83	4,5
	REGULAR	16,5%	2,3	12,5; 21,5	4,82	13,8
	BASTANTE O MUCHO	18,6%	2,8	13,8; 24,6	6,44	14,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	42,0%	1,4	39,2; 44,8	2,11	3,4
	REGULAR	27,4%	1,6	24,3; 30,8	3,39	6,0
	BASTANTE O MUCHO	30,6%	1,7	27,4; 34,0	3,37	5,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	31,5%	1,6	28,5; 34,7	2,92	5,0
	REGULAR	24,9%	1,3	22,4; 27,6	2,42	5,4
	BASTANTE O MUCHO	43,6%	1,8	40,0; 47,1	3,38	4,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	75,7%	1,8	71,9; 79,1	4,50	2,4
	REGULAR	10,7%	1,2	8,6; 13,3	3,68	11,1
	BASTANTE O MUCHO	13,6%	1,4	11,2; 16,5	3,89	10,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	41,1%	2,4	36,5; 46,0	6,04	5,9
	REGULAR	10,9%	1,3	8,7; 13,7	4,24	11,8
	BASTANTE O MUCHO	47,9%	2,3	43,5; 52,4	5,15	4,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	17,5%	2,0	13,9; 21,7	6,83	11,3
	REGULAR	10,8%	1,2	8,7; 13,4	3,77	11,1
	BASTANTE O MUCHO	71,7%	2,1	67,5; 75,6	5,26	2,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	29,0%	2,2	24,9; 33,4	5,69	7,5
	REGULAR	9,6%	0,8	8,1; 11,4	1,99	8,7
	BASTANTE O MUCHO	61,4%	2,2	56,9; 65,7	5,15	3,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	13,5%	6,6	4,9; 32,2	2,74	48,8
	REGULAR	7,8%	3,7	3,0; 18,8	1,38	47,1
	BASTANTE O MUCHO	78,6%	7,0	61,8; 89,4	2,17	9,0

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	7,4%	0,9	5,8; 9,4	3,07	12,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	71,0%	1,3	68,5; 73,4	1,98	1,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	21,6%	1,2	19,3; 24,1	2,22	5,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	19,6%	1,4	16,9; 22,6	3,25	7,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	64,5%	1,6	61,3; 67,6	2,79	2,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,9%	1,3	13,5; 18,6	3,10	8,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	26,3%	1,6	23,3; 29,6	3,32	6,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	61,1%	1,6	57,9; 64,1	2,66	2,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,6%	1,1	10,7; 14,8	2,55	8,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	22,7%	1,5	19,9; 25,8	3,18	6,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	66,7%	1,7	63,2; 70,1	3,46	2,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	10,6%	1,0	8,7; 12,7	2,73	9,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	5,2%	0,6	4,1; 6,6	2,12	12,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	63,0%	1,5	60,1; 65,9	2,35	2,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	31,8%	1,5	28,9; 34,8	2,63	4,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	1,6%	0,7	0,7; 3,8	7,91	43,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	31,1%	1,8	27,8; 34,6	3,62	5,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	67,2%	1,7	63,7; 70,6	3,47	2,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	1,4%	0,4	0,8; 2,4	2,94	28,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	35,8%	1,6	32,7; 39,0	2,82	4,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	62,8%	1,6	59,6; 66,0	2,87	2,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	26,4%	1,6	23,4; 29,5	3,12	5,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	60,3%	2,1	56,2; 64,3	4,55	3,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,3%	1,4	10,8; 16,3	4,23	10,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTRO	NUNCA	7,9%	5,1	2,1; 25,4	0,90	64,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	23,8%	11,2	8,5; 51,2	1,74	47,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	68,3%	11,6	42,9; 86,0	1,56	17,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	16,7	0,1	16,5; 16,9	4,27	0,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	10,9%	1,0	9,1; 13,0	2,52	9,0
	REGULAR	35,2%	2,0	31,3; 39,4	4,60	5,8
	BASTANTE O MUCHO	53,8%	2,0	50,0; 57,7	3,88	3,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	6,7%	0,9	5,2; 8,6	3,02	13,0
	REGULAR	22,5%	1,5	19,7; 25,5	3,22	6,7
	BASTANTE O MUCHO	70,9%	1,8	67,3; 74,2	3,76	2,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	11,6%	1,2	9,4; 14,2	3,62	10,5
	REGULAR	28,5%	1,6	25,5; 31,7	3,05	5,5
	BASTANTE O MUCHO	59,9%	2,1	55,7; 63,9	4,58	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	31,5%	1,7	28,2; 35,0	3,40	5,4
	REGULAR	42,8%	1,7	39,4; 46,2	3,06	4,0
	BASTANTE O MUCHO	25,7%	1,4	23,0; 28,6	2,64	5,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LA PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)	NADA O POCO	11,8%	2,6	7,6; 18,0	3,28	22,0
	REGULAR	12,8%	2,1	9,2; 17,4	1,94	16,2
	BASTANTE O MUCHO	75,4%	3,3	68,5; 81,2	2,87	4,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	39,7%	1,8	36,3; 43,2	3,17	4,4
	REGULAR	27,0%	1,3	24,5; 29,7	2,15	4,9
	BASTANTE O MUCHO	33,3%	1,7	30,0; 36,7	3,18	5,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	4,1%	0,9	2,7; 6,1	4,65	20,9
	REGULAR	9,7%	1,3	7,5; 12,6	4,79	13,3
	BASTANTE O MUCHO	86,2%	1,8	82,2; 89,4	6,93	2,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	11,8%	1,4	9,3; 14,8	4,74	11,9
	REGULAR	24,0%	1,8	20,6; 27,6	4,35	7,4
	BASTANTE O MUCHO	64,3%	2,2	59,9; 68,4	5,11	3,4

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	9,1%	1,1	7,1; 11,5	3,85	12,4
	REGULAR	24,1%	2,3	19,8; 29,0	7,45	9,6
	BASTANTE O MUCHO	66,8%	2,1	62,5; 70,9	5,25	3,2
PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN	SEXO	4,5%	0,7	3,3; 6,1	3,06	16,0
	EDAD	8,4%	0,9	6,9; 10,4	2,61	10,5
	PESO	2,5%	0,4	1,9; 3,4	1,57	15,4
	COLOR DE PIEL	1,1%	0,3	0,7; 1,9	1,84	25,1
	FORMA DE VESTIR	1,9%	0,3	1,4; 2,6	1,43	17,1
	CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	9,5%	1,7	6,6; 13,3	8,37	17,7
	NIVEL EDUCATIVO	11,2%	2,7	6,9; 17,5	18,09	23,8
	RELIGIÓN	2,7%	0,4	1,9; 3,7	1,89	16,4
	AMISTADES	1,7%	0,3	1,2; 2,4	1,48	18,3
	LUGAR DE NACIMIENTO	1,5%	0,4	0,9; 2,4	2,38	24,8
	TALLA	1,1%	0,3	0,7; 1,9	2,02	26,4
	OTRA	1,3%	0,3	0,8; 2,1	1,97	23,8
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: SEXO	NINGUNA VEZ	99,5%	0,1	99,1; 99,7	1,19	0,1
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,4%	0,1	0,2; 0,8	1,24	35,6
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,1%	0,1	0,0; 0,3	0,92	63,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: EDAD	NINGUNA VEZ	94,8%	0,8	93,1; 96,1	3,06	0,8
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	4,3%	0,8	3,1; 6,1	3,57	17,6
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,9%	0,2	0,5; 1,4	1,30	24,3
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: PESO	NINGUNA VEZ	98,7%	0,3	98,0; 99,2	1,60	0,3
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,0%	0,2	0,6; 1,6	1,58	25,2
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,3%	0,1	0,1; 0,8	1,64	45,1
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: COLOR DE PIEL	NINGUNA VEZ	99,8%	0,1	99,6; 99,9	0,68	0,1
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,1%	0,1	0,1; 0,3	0,58	40,7
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,1%	0,0	0,0; 0,3	0,88	76,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: FORMA DE VESTIR	NINGUNA VEZ	99,1%	0,2	98,5; 99,5	1,48	0,2
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,8%	0,2	0,5; 1,4	1,53	26,8
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,1%	0,0	0,0; 0,2	0,61	60,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: SOCIOECONÓMICA	NINGUNA VEZ	95,3%	1,1	92,6; 97,0	6,77	1,1
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	4,2%	1,1	2,5; 6,9	7,53	26,1
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,5%	0,1	0,3; 0,9	0,97	26,8
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: NIVEL EDUCATIVO	NINGUNA VEZ	96,6%	1,0	93,8; 98,2	8,50	1,1
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	3,1%	1,0	1,6; 6,0	9,27	33,8
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,3%	0,1	0,1; 0,6	1,12	39,9
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: RELIGIÓN	NINGUNA VEZ	98,5%	0,3	97,8; 99,0	1,44	0,3
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,0%	0,2	0,7; 1,5	1,15	21,0
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,5%	0,2	0,2; 1,1	2,04	40,5
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: AMISTADES	NINGUNA VEZ	99,2%	0,2	98,6; 99,5	1,63	0,2
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,6%	0,2	0,3; 1,2	1,61	31,9
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,2%	0,1	0,1; 0,6	1,69	55,2
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: LUGAR DE NACIMIENTO	NINGUNA VEZ	99,8%	0,1	99,4; 99,9	1,17	0,1
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,2%	0,1	0,1; 0,6	1,17	43,9
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	00,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: TALLA	NINGUNA VEZ	99,8%	0,1	99,5; 99,9	1,01	0,1
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,1%	0,1	0,1; 0,3	0,59	42,3
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,1%	0,1	0,0; 0,5	1,78	100
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	16,7	0,2	16,4; 17,0	2,50	0,9

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	9,0%	1,4	6,7; 12,2	1,94	15,3
	REGULAR	25,7%	2,7	20,8; 31,3	3,11	10,4
	BASTANTE O MUCHO	65,3%	2,8	59,6; 70,6	2,88	4,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	11,3%	2,1	7,7; 16,2	3,71	18,9
	REGULAR	29,5%	2,6	24,7; 34,8	2,64	8,8
	BASTANTE O MUCHO	59,2%	2,5	54,1; 64,1	2,17	4,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	7,6%	1,9	4,6; 12,2	1,91	24,7
	REGULAR	20,5%	4,1	13,6; 29,9	4,02	20,2
	BASTANTE O MUCHO	71,9%	4,1	63,3; 79,2	3,13	5,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	10,2%	1,4	7,8; 13,3	1,78	13,8
	REGULAR	38,8%	2,9	33,3; 44,6	2,91	7,4
	BASTANTE O MUCHO	51,0%	3,0	45,2; 56,7	2,90	5,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	10,0%	3,1	5,4; 18,0	2,48	30,9
	REGULAR	36,1%	8,6	21,4; 54,0	7,39	23,7
	BASTANTE O MUCHO	53,8%	7,9	38,4; 68,6	5,87	14,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	36,1%	2,6	31,2; 41,4	2,43	7,2
	REGULAR	37,6%	2,5	32,9; 42,6	2,12	6,6
	BASTANTE O MUCHO	26,2%	2,6	21,5; 31,6	2,79	9,8
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	25,1%	1,5	22,3; 28,2	3,06	6,0
	PREVALENCIA MENSUAL	4,9%	1,0	3,3; 7,3	5,43	20,3
	PREVALENCIA ANUAL	8,8%	1,1	6,9; 11,2	3,76	12,4
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	6,4%	0,7	5,2; 7,9	1,99	10,7
	PREVALENCIA MENSUAL	1,2%	0,3	0,7; 2,0	2,35	27,9
	PREVALENCIA ANUAL	2,1%	0,4	1,4; 3,0	1,96	19,1
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	0,3	0,9; 1,9	1,23	18,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,1	0,1; 0,3	0,58	42,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,4%	0,1	0,2; 0,8	1,29	35,7
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,2	0,4; 1,1	1,24	28,1
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,2	0,61	100
TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS MUY IMPORTANTE	93,5%	0,8	91,7; 95,0	2,88	0,9
	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	85,9%	1,1	83,7; 87,8	2,31	1,2
	PARTICIPA ACTIVAMENTE	23,5%	1,3	21,0; 26,2	2,52	5,7
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	66,4%	1,7	63,0; 69,6	2,72	2,5
	TRANSMITE RELIGIÓN A HIJOS	57,2%	2,0	53,2; 61,1	4,10	3,5
	PREDICA O ENSEÑA LA RELIGIÓN A OTROS	33,6%	1,9	30,0; 37,5	4,12	5,7
	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	81,5%	1,4	78,5; 84,2	3,48	1,8
COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	18,2	0,2	17,9; 18,5	8,50	0,8
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA ARITMÉTICA	7,2	0,0	7,1; 7,3	3,84	0,6
NÍVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	5,8	0,1	5,6; 6,0	5,77	1,8
ALGUNA DISCAPACIDAD FUNCIONAL O INHABILIDAD PRESENTE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	PREVALENCIA ACTUAL	21,1%	1,4	18,5; 24,0	2,99	6,6
PRESENCIA DE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA SEGÚN INFORMANTE	PREVALENCIA DE VIDA	18,6%	1,4	15,9; 21,6	3,47	7,7
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	18,8%	1,4	16,3; 21,6	3,07	7,2
	PREVALENCIA ANUAL	6,1%	0,7	4,9; 7,7	2,19	11,5
	PREVALENCIA DE 6 MESES	4,9%	0,6	3,8; 6,3	2,24	13,1
	PREVALENCIA ACTUAL	3,4%	0,5	2,5; 4,6	2,30	16,1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	PREVALENCIA DE VIDA	5,2%	0,7	4,0; 6,8	2,56	13,5
	PREVALENCIA ANUAL	1,6%	0,4	1,0; 2,5	2,20	23,3
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,3%	0,3	0,8; 2,0	1,66	22,2
	PREVALENCIA ACTUAL	1,3%	0,3	0,8; 2,0	1,71	23,0
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	6,2%	0,8	4,9; 7,9	2,56	12,3
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	1,7%	0,4	1,0; 2,8	2,77	25,0

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	1,4%	0,5	0,7; 2,9	4,89	36,6
ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	3,1%	0,6	2,1; 4,6	3,32	20,1
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (AUTOPERCEPCIÓN)	PREVALENCIA DE 12 MESES	14,3%	1,6	11,4; 17,8	5,32	11,2
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA (ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL)	PREVALENCIA DE 12 MESES	23,2%	4,1	16,1; 32,3	3,74	17,8
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN PUESTO O CENTRO DE SALUD MINSA	PREVALENCIA	9,8%	5,1	3,4; 25,1	2,64	51,9
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN POSTA O POLICLÍNICO DE ESSALUD	PREVALENCIA	6,0%	2,9	2,3; 14,8	1,33	48,1
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DEL MINSA	PREVALENCIA	14,9%	4,5	8,0; 26,1	1,46	30,3
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CENTRO DE SALUD MENTAL ESSALUD	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DE ESSALUD	PREVALENCIA	36,6%	7,1	24,0; 51,2	1,96	19,4
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIO PAAD DE ESSALUD	PREVALENCIA	1,2%	1,2	0,2; 8,1	1,10	99,1
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR	PREVALENCIA	20,5%	5,3	11,9; 32,8	1,57	25,9
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CLÍNICA PARTICULAR	PREVALENCIA	7,8%	3,2	3,5; 16,7	1,25	40,3
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	PREVALENCIA	1,2%	1,2	0,2; 8,2	1,10	100
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL DE LA FFAA Y POLICÍA NACIONAL	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIO DE CENTRO PARROQUIAL	PREVALENCIA	0,4%	0,4	0,0; 2,5	0,33	100
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN OTROS	PREVALENCIA	1,7%	1,1	0,5; 5,7	0,62	62,9
MOTIVOS POR LOS QUE NO ASISTIÓ A UN CENTRO DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE SU PROBLEMA EMOCIONAL	NO SABÍA A DÓNDE IR	12,3%	3,3	7,2; 20,3	2,92	26,5
	NO TENÍA DINERO	45,6%	3,5	38,8; 52,5	1,46	7,7
	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	2,2%	0,8	1,1; 4,4	0,87	36,3
	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	1,5%	0,8	0,5; 4,2	0,92	55,2
	LARGAS LISTAS DE ESPERA	13,0%	3,3	7,8; 21,0	2,81	25,4
	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	3,2%	1,7	1,1; 8,7	2,71	52,6
	FALTA DE CONFIANZA	17,5%	3,8	11,2; 26,2	3,00	21,8
	DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	18,5%	4,4	11,3; 28,7	3,79	23,9
	NO ME BENEFICIARÍA	17,7%	3,8	11,4; 26,4	2,95	21,5
	LO DEBÍA SUPERAR SOLO	54,4%	3,7	47,2; 61,4	1,60	6,7
	PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	14,5%	3,4	8,9; 22,5	2,79	23,6
	POR VERGÜENZA	7,4%	1,8	4,5; 11,8	1,42	24,5
	SU ESPOSO(A) LA(O) CRITICARÍA O NO LE GUSTARÍA	2,2%	1,5	0,6; 7,9	1,99	66,6
	SU ESPOSO(A) SE BURLARÍA	1,7%	1,3	0,3; 7,7	2,11	80,0
	SU ESPOSO(A) NO LA (O) AYUDARÍA ECONÓMICAMENTE	1,0%	0,8	0,2; 4,7	1,24	78,7
	SU ESPOSO(A) LO PROHIBIRÍA	0,1%	0,1	0,0; 0,7	0,18	100
	VECINOS HABLARÍAN MAL	1,6%	0,8	0,6; 4,2	1,17	50,9
	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO(A) MENTAL	1,4%	0,8	0,4; 4,0	1,23	55,7
	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	8,5%	2,2	5,0; 14,1	1,92	26,4
	OTROS	29,2%	4,0	22,0; 37,7	1,64	13,7
PROBLEMAS FÍSICOS O ACCIDENTE	PREVALENCIA DE 6 MESES	42,4%	1,7	39,1; 45,8	3,09	4,1
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO O VIOLENCIA	PREVALENCIA ANUAL	7,6%	0,9	6,0; 9,5	2,76	11,5
PREVALENCIA DE MALTRATO: INTENTOS O DE ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,4	1,11	62,4
PREVALENCIA DE MALTRATO: GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	PREVALENCIA ANUAL	0,9%	0,2	0,6; 1,5	1,37	24,4

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE MALTRATO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	PREVALENCIA ANUAL	6,1%	0,8	4,7; 8,0	3,07	13,6
PREVALENCIA DE MALTRATO: CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	PREVALENCIA ANUAL	1,6%	0,3	1,0; 2,4	1,90	21,7
PREVALENCIA DE MALTRATO: SITUACIÓN DE ABANDONO	PREVALENCIA ANUAL	1,1%	0,2	0,7; 1,7	1,41	22,1
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO O VIOLENCIA	MALTRATO SISTEMÁTICO	3,0%	0,7	1,8; 4,9	4,94	25,2
PREVALENCIA DE MALTRATO: INTENTOS O DE ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	MALTRATO SISTEMÁTICO	0,1%	0,1	0,0; 0,4	1,24	73,6
PREVALENCIA DE MALTRATO: GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	MALTRATO SISTEMÁTICO	0,0%	0,0	0,0; 0,2	0,61	75,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	MALTRATO SISTEMÁTICO	2,5%	0,7	1,4; 4,4	5,80	30,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	MALTRATO SISTEMÁTICO	0,9%	0,3	0,5; 1,6	1,80	27,7
PREVALENCIA DE MALTRATO: SITUACIÓN DE ABANDONO	MALTRATO SISTEMÁTICO	0,7%	0,2	0,4; 1,2	1,49	29,8
RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE AYUDA COMO CONSECUENCIA DE ESTAS SITUACIONES	PREVALENCIA ANUAL	12,6%	4,0	6,6; 22,9	2,11	32,0
<b>NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO</b>						
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) (0-30 PUNTOS)	MEDIA ARITMÉTICA	24,4	0,2	24,0; 24,8	4,62	0,9
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) EN GRUPO DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN (CON DISYUNTIVA ENTRE 12 Y 13)	MEDIA ARITMÉTICA	26,4	0,2	26,1; 26,8	2,68	0,7
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) EN GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN (12 Ó 13, 18 Ó 19, 22AA O 22BB)	MEDIA ARITMÉTICA	22,7	0,3	22,1; 23,3	4,41	1,3
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (<= 22)	PREVALENCIA TOTAL	27,7%	2,0	23,9; 31,8	4,24	7,3
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (<= 22) PARA GRUPOS DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	12,3%	1,6	9,4; 15,9	2,38	13,2
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (<= 22) PARA GRUPOS DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	40,0%	3,0	34,3; 46,1	4,24	7,5
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES INDICATIVAS DE DETERIORO	PREVALENCIA TOTAL	19,6%	1,7	16,6; 23,1	3,80	8,5
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE<=21 Y PFEFFER>=6)	PREVALENCIA TOTAL	10,7%	1,7	7,9; 14,5	5,19	15,6
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE<=21 Y PFEFFER>=6) PARA GRUPOS DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	3,4%	0,8	2,1; 5,5	1,68	24,0
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE<=21 Y PFEFFER>=6) PARA GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	16,4%	2,7	11,7; 22,5	5,24	16,7

## BIBLIOGRAFÍA





## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> MINSA. Dirección General de Epidemiología. Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú - 2004. Lima: OGE, 2006.
- <sup>2</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, pp 1-31
- <sup>3</sup> Instituto Cuánto. Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENNIV 2000). Lima: Instituto Cuánto; 2000.
- <sup>4</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico No 002-Abril 2002. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) - IV Trimestre 2001. Lima; 2002. Disponible en: <http://www.inei.go.pe>.
- <sup>5</sup> Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion á l'équité. Montreal: Gaëtan Morin Editeur, 1994: 93-98.
- <sup>6</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>7</sup> Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2003; XIX (1-2): 1-216
- <sup>8</sup> Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2005; XXI (1-2): 1-212.
- <sup>9</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>10</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>11</sup> World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO, 2001.
- <sup>12</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001 *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas Cap1* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
- <sup>13</sup> Rutter M. Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*. 1995;147:598-561
- <sup>14</sup> WHOQOL Group The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, N° 10, 1995. pp. 1.403-1.409.
- <sup>15</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>16</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>17</sup> Perales A. Salud mental en el Perú variables socioeconómicas, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental*. 1993; IX: 83-107.
- <sup>18</sup> Corin E, Bibeau G, Matin J-C, Lapaplane R. Comprendre pour soigner autrement. Canada: Les presses de l'Université de Montréal de Montréal, 1990.
- <sup>19</sup> Organización Panamericana de La Salud. Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las Políticas públicas Saludables. Washington DC: OPS, 2000.
- <sup>20</sup> Breilh J. Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, 2003.
- <sup>21</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>22</sup> Putnam R. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of democracy*. 1995; 6(1): 65 - 68. Mencionado por: Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la salud mental. En: Promoción de la Salud Mental. Conceptos. Evidencia Emergente - Práctica. Informe compendiado. Departamento de Salud Mental y Abusos de Sustancias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
- <sup>23</sup> Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2004; XIX (1-2)
- <sup>24</sup> Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2005; XXI (1-2)
- <sup>25</sup> Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2006; XXII (1-2)

- 26 Juan A. del Pozo Iribarría, Miguel A. Ruiz\*, Antonio Pardo\* y Rafael San Martín Efectos de la duración del desempleo entre los desempleados Universidad de La Rioja y \* Universidad Autónoma de Madrid *Psicothema* 2002. Vol. 14, nº 2, pp. 440-443 disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/745.pdf>
- 27 Jin, R.L., Shah, C.P., Svoboda, T.J. The impact of Unemployment on Health. A Review of the evidence. *Journal of Public Health Policy*, 1997 18, 3, 275-301.
- 28 PROETICA. La IV Encuesta Nacional sobre Corrupción 2006. Lima: Proética-Consejo Nacional para la Ética Pública (Capítulo Peruano de Transparency International) Abril 2007 consultado en Julio 2008 y disponible en: <http://www.proetica.org.pe/Descargas/Libro%204ta%20encuesta%20.pdf>
- 29 Pedersen D, Gamarra J, Planas M, Errázuriz C. Violencia Política y salud en las comunidades alto andinas de Ayacucho, Perú. En: La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003: 289-307.
- 30 Baca E, Castro A, García A, Alencastre L, Bianchi E, Alvarado S. Violencia intrafamiliar: los caminos de las mujeres que rompieron el silencio. Un estudio cualitativo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Lima: OPS; 1998.
- 31 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2000.
- 32 Johnson E, Belfer M. Substance abuse and violence: cause and consequence. *J Health Care Poor Underserved* 1995;6(2):113-21.
- 33 Johns A. Substance misuse: a primary risk and a major problem of comorbidity. *International Review of Psychiatry* 1997; 9 (2-3):233-242.
- 34 MIMDES. Estadísticas. Centro de Emergencia Mujer Huaraz. [MIMDES web site] Junio 2005. Disponible en: <http://www.mimdes.gob.pe/pncvfs/estadisticas.htm>. Acceso el 30 de agosto del 2005.
- 35 Velásquez A. Análisis del Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú, MINSA-2004 y Propuesta Metodológica para el Ajuste con Datos Nacionales de Morbilidad. Lima: Promoviendo Alianzas y estrategias, ABt Associates Inc. 2006.
- 36 Costa e Silva JA.: The public health impact of anxiety disorders: a WHO perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98 (Suppl. 393): 2-5
- 37 Rice DP, Miller LS. Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *Br J Psychiatry* 1998; 173(suppl. 34): 4-9.
- 38 Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social Consequences of Psychiatric Disorders, I: Educational Attainment. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1026-1032.
- 39 Katon W, Von Korff M, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E, Polk E: Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:355-62.
- 40 Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation*. 1994; 90:2225-9.
- 41 Kawachi I, Colditz GA, Ascheiro A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, Willett WC. Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation*. 1994; 89:1992-7.
- 42 Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JRT, Ballenger JC, Abby J. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry* 1999;60: 427-35.
- 43 Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82:858-866.
- 44 Mariátegui J, Alva V, León O. "Epidemiología psiquiátrica de un distrito urbano de Lima. Un estudio de prevalencia en Lince". Lima: Ed. de la *Revista de Neuropsiquiatría*, 1969
- 45 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition (DSM-III). Washington D.C: American Psychiatric Press, 1980.
- 46 Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Lanos R, Sato T. "Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia". *Anales de Salud Mental* 1990;VI: 9-20
- 47 Perales A, Sogi C. "Epidemiología psiquiátrica en el Perú". *Anales de Salud Mental* 1995; XI: 9-29.
- 48 Colareta JR. *Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural*. Tesis para optar el título de médico cirujano. Lima: UPCH, 1993.
- 49 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. *Anales de Salud Mental* 2006; Vol. XXII, Nº 1 y 2:(1-227).
- 50 Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1362-1370.
- 51 Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Navarrete G, Levav I, Veloso P, Torres S. Regional differences in psychiatric disorders in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:935-942.
- 52 Medina -Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco J, Blanco Jaimes J, Fliez Bautista C, Villatoro Velásquez J, Rojas Guiot E, Zambrano Ruiz J, Casanova Rodas L, Aguilar-Gaxiola S. Prevalencia de Trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de -Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26: 1-16.

- <sup>53</sup> Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2004; 23:241-262.
- <sup>54</sup> World Health Organization (1992). International Clasification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Autor Geneva
- <sup>55</sup> United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug report 2007. (En línea) [http://www.ivz.si/javne\\_datoteke/datoteke/1322-ExecutivesSummary\\_expanded\\_LOWcRes.pdf](http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1322-ExecutivesSummary_expanded_LOWcRes.pdf) (Consulta 12 mayo 2008)
- <sup>56</sup> CEDRO. El problema de las Drogas en el Perú. Junio 2007. Lima. Perú.
- <sup>57</sup> CEDRO. Opinión Sobre Drogas en Estudiantes Universitarios 2005. Lima. Perú.
- <sup>58</sup> CEDRO. Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2003 Encuesta de Hogares. Lima. Perú.
- <sup>59</sup> DEVIDA. Drogas y Delitos en el Perú. Informe 2007. Lima. Perú.
- <sup>60</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática. Proyecciones del Censo de Población 1993. Lima, 1995.
- <sup>61</sup> Belloch FA. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: Anzola Pérez E, Galinsky D, Morales Martínez F, Salas Aquiles R, Sánchez Ayéndez M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación científica No. 546, Organización Panamericana de la Salud. Washington; 1994:67-75.
- <sup>62</sup> Morales F. Evaluación integral del anciano. En: Anzola Pérez E, Galinsky D, Morales Martínez F, Salas Aquiles R, Sánchez Ayéndez M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación científica No. 546, Organización Panamericana de la Salud. Washington; 1994: 74-77.
- <sup>63</sup> Gómez-Vela M, Sabe E.: Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Disponible en: <http://campus.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. Obtenido en Junio 2003
- <sup>64</sup> Lorente E, Ibáñez I, Moro M, y col: Índice de Calidad de Vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española. *Psiquiatría y Salud Integral*. 2002; 2(2):45-50.
- <sup>65</sup> Lorente E, Ibáñez I, Moro M, y col: "Índice de Calidad de Vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española". *Psiquiatría y Salud Integral* 2002; 2(2):45-50.
- <sup>66</sup> Huamán J. Programa de Rehabilitación Integral en Salud Mental: Sub programa de Rehabilitación psicosocial. *Anales de Salud Mental* 1996; XII: 271-284.
- <sup>67</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>68</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>69</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>70</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, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
- <sup>71</sup> Saavedra JE. *Factores asociados al acceso a la atención en salud mental en Lima Metropolitana y Callao* 2002. Tesis para optar el grado de magíster. Lima: UPCH, 2006.
- <sup>72</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>73</sup> Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". "Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho". *Anales de Salud Mental* 2004; XX (1-2): 1-199
- <sup>74</sup> Lama A. *Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú*. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL. Lima: INEI; 2000. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.HTM>. Acceso el 12 de septiembre del 2005.
- <sup>75</sup> OPS. *Hoja Resumen sobre desigualdades en salud Perú, División de Salud y Desarrollo Humano*. Programa de Políticas Públicas y Salud. [Alianza para la Equidad en Salud en Perú Web site]. Febrero 2002. Disponible en: <http://www.aes.org.pe/docs/resumenperu.pdf>. Acceso el 20 de agosto del 2005.
- <sup>76</sup> Herrera J. La pobreza en el Perú 2001. Una visión departamental. Lima: INEI; 2002.
- <sup>77</sup> World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO, 2001.
- <sup>78</sup> Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178:228-233.
- <sup>79</sup> Costello EJ, Messer SC, Bird HR, Cohen P, Reinherz HZ. The Prevalence of Serious Emotional Disturbance: a Re-analysis of Community Studies. *Journal of Child and Family Studies* 1998; 7: 411-432.
- <sup>80</sup> Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties. And risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59:741-9.

- <sup>81</sup> Shahr G, Chinman M, Sells D, Davidson L. An action model of socially disruptive behaviors committed by persons with severe mental illness: the role of self-reported childhood abuse and suspiciousness-hostility, *Psychiatry* 2003; 66: 42-54.
- <sup>82</sup> Henderson, AS. Life experiences as causes of mental disorders: the main hypotheses. En *An Introduction to Social Psychiatry*. New York: Oxford Medical Publications; 1988, pp 69-105.
- <sup>83</sup> Kaplan, Harold; Sadock, Benjamin; Grebb, Jack (1994) Sinopsis de psiquiatría, Bs. As., Ed. Panamericana, 1996.
- <sup>84</sup> González S, Saavedra J, Aliaga K. Relación entre estilos de crianza y experiencias adversas tempranas con el desarrollo de trastornos mentales en la adultez en la Sierra Peruana. Manuscrito no publicado. 2005.
- <sup>85</sup> Colin C. Las Regiones Costeñas del Perú Septentrional. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica/ Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA); 1984.
- <sup>86</sup> Bernal E. Estudio psicopatológico en brujos del pueblo de Salas (Lambayeque). *Anales de Salud Mental* 1985; 1(1-2): 162-179.
- <sup>87</sup> Medina E. La medicina tradicional o popular. *Revista de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Doctor José Horwitz Barak* 1984; 1: 155-156.
- <sup>88</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>89</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>90</sup> Tejada D, Sánchez F, Mella C. Religiosidad popular y psiquiatría. Santo Domingo: Editora Corripio, 1995.
- <sup>91</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>92</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>93</sup> Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethn Health* 2000; 5(3-4): 243-268.
- <sup>94</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>95</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>96</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>97</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>98</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>99</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>100</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>101</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>102</sup> Lama A. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL. Lima: INEI, 2000. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/Est/Lib0387/indice.htm>. Obtenido el 12 de setiembre del 2005.
- <sup>103</sup> Garner DM, Olmsted MP, & Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.

# ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LA COSTA PERUANA 2006

PRESENTACIÓN.....	11
1. INTRODUCCIÓN.....	23
2. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL.....	26
3. OBJETIVOS.....	40
4. METODOLOGÍA .....	41
5. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	46
6. INSTRUMENTOS CON QUE SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO.....	52
7. PROCEDIMIENTO DE LA OPERACIÓN DE CAMPO.....	56
8. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO.....	57
9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	58
RESULTADOS DE LA ENCUESTA.....	59
CARACTERÍSTICAS DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS.....	65
CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS ACTUALMENTE UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS.....	105
CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS.....	127
CARACTERÍSTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS.....	149
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.....	167
ANEXO.....	175
BIBLIOGRAFIA.....	221