

ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO AL

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LA SELVA PERUANA 2004 INFORME GENERAL

VOLUMEN XXI

AÑO 2005

NÚMEROS 1 Y 2

ISSN-1023-389X

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

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

Anales de Salud Mental

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

San Martín de Porres. Lima 31, Perú

Teléfono: 4820206 ; Fax: 482-9806

E-mail: inshdhn@minsa.gob.pe – oaide@yahoo.com

Se recomienda citar este documento como:

Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental* Vol. XXI. Año 2005, Número 1 y 2. Lima

ISSN - 1023-389X

ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú-2005-Volumen XXI. Nos. 1 y 2

PUBLICACIÓN OFICIAL DEL
INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
“HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI”

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTOR

Dr. Martín Nizama Valladolid

EDITOR

Dr. Javier Saavedra Castillo

SECRETARIA DE EDICIÓN

Lic. Flor de María Alburquerque Jaramillo

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Dr. Santiago Stucchi Portocarrero

MIEMBROS

Dr. Manuel Arellano Kanashiro

Dr. Eduardo Bernal García

Mg. D.Vilma Chuchón Calle

Dr. Yuri Cutipé Cárdenas

Dr. Santos González Farfán

Dr. Santiago Márquez Manrique de Lara

Lic. María Mendoza Vilca

Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

Lic. Yolanda Robles Arana

Dr. J. César Sotillo Zevallos

Lic. 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 (Alabama, U.S.A.)

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

Dr. Germán Berrios (Cambridge, Inglaterra)

Dr. Juan C. Negrete (Montreal, Canadá)

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

Dr. Pierre Pichot (París, Francia)

Dr. Carlos Castilla del Pino (Córdoba, España)

Dr. Guillermo Vidal (Buenos Aires, Argentina)

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

Dr. Moisés Gaviria(Chicago, U.S.A.)

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

DRA. PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

DR. JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA
Vice-Ministro de Salud

DIRECTORIO DEL IESM

DR. MARTÍN NIZAMA VALLADOLID
Director General del IESM

DR. NOÉ YACTAYO GUTIÉRREZ
Director Adjunto del IESM

DR. ABEL HUAMÁN AURIS
Director Administrativo del IESM

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

DR. SANTOS GONZÁLEZ FARFÁN
Director de la Oficina de Epidemiología

Participaron principalmente 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 la Srta. Milagros
Ramírez, Srta. Liliana La Rosa, Srta. Jessica Pozo, Srta. Flor Ortiz
y Srta. Shella Pérez.

AUSPICIOS

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Departamento Académico de Psiquiatría

Asociación Psiquiátrica Peruana



ÁREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO

COORDINADOR GENERAL DEL ESTUDIO

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

COORDINADOR ADJUNTO DEL ESTUDIO

Dr. Santos González Farfán

ÁREA DE ACCESO A SERVICIOS

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

ÁREA DE ADICCIONES

Dr. Martín Nizama Valladolid

Dra. Rommy Kendall Folmer

ÁREA DE CONDUCTAS SUICIDAS

Dr. Freddy Vásquez Gómez

Dr. Luis Matos Retamozo

Lic. Ysela Nicolás Hoyos

ÁREA DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA

Dr. Julio Huamán Pineda

ÁREA DE EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

Dr. Santos González Farfán

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

ÁREA DE POBREZA Y SALUD MENTAL

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

Dr. Santos González Farfán

Dr. César Arellano Kanashiro

ÁREA DE PSICOGERIATRÍA

Dra. Vilma Paz Schaeffer

ÁREA DE CALIDAD DE VIDA

Lic. Yolanda Robles Arana

ÁREA DE SALUD MENTAL GENERAL

Dr. César Arellano Kanashiro

Dr. Santos González Farfán

ÁREA SOCIOCULTURAL Y DESASTRES

Dr. Eduardo Bernal García

ÁREA DE TRASTORNOS AFECTIVOS

Dr. Abel Sagástegui Soto

Dr. Luis Matos Retamozo

Dr. Horacio Vargas Murga

ÁREA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

Dr. Víctor Cruz Campos

ÁREA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

Dr. Yuri Cutipé Cárdenas

ÁREA DE TRASTORNOS PSICÓTICOS

Dr. Santiago Stucchi Portocarrero

Dr. Ricardo Chirinos Quiroz

ÁREA DE VIOLENCIA FAMILIAR

† Dr. Raúl Díaz Sifuentes

Dr. Víctor Cruz Campos

Lic. Violeta Vargas Palomino

OTROS INVESTIGADORES COLABORADORES INVITADOS

Dr. Enrique Galli Silva

Dr. Jorge Castro Morales

Dra. Mariella Guerra Arteaga

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

Orlando Virgilio Quispe Lizarraga

Herón Arsenio Salazar Olivares

Supervisores de campo

Flora Bendezú Gamboa

Mónica De La Cruz Flores

Magali Divizzia Acosta

Mirian Esquivel Carrán

Marybel Galarreta Achahuanco

Gloria Marilú Ore Medina

Encuestadores

Doris Angulo Alfaro

Lilia Aquije Salazar

Mónica Campos Rodríguez

Gaby Cárdenas Aquino

Giovanna Cruz Campos

Catherine Espinoza Ugarte

Edgar Gómez Ordóñez

Doris Loaza Reyes

Mary Cecilia Martel Atencia

Lelis Mendoza Vilca

Diana Molina Rondan

Gloria Morote Contreras

Yrma Ochoa Jananpa

Maria Esther Panta Yman

Ana Antonia Pariahuamán Herrera

Jenny Pérez Hernando

Angélica Rodríguez Zuta

Mirian Salas Barrón

Beatriz Ubaldo Jamanca

Reina Francisca Vallejos Pereyra

AGRADECIMIENTOS

En este estudio han participado colaboradores, profesionales de las diferentes disciplinas y áreas administrativas del Instituto y personal para la ejecución de las encuestas; tanto la ejecución de éstas como la elaboración del informe, sólo se pudo haber llevado a cabo con su diligente y esmerada participación.

Empezaremos agradeciendo de manera singular a aquellas personas entrevistadas que con paciencia nos acogieron y supieron obsequiarnos su tiempo para el logro de nuestros objetivos.

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 que está permitiendo conocer la realidad de la salud mental en nuestro país. Asimismo, nuestro especial reconocimiento, al Dr. Enrique Galli, quien desde un inicio colaborara con nosotros en la validación del instrumento (MINI) y participara con sus inapreciables consejos.

Nuestra gratitud al equipo administrativo institucional por su eficiente apoyo logístico y técnico que supieron cumplir con dedicación: Lic. Irma Atalaya C., Lic. Geovanna Ballón T., Sr. Basilio Da Costa P., CPC José Chahua R., CPC Norma Machicado Z., Srta. María Mendoza J., Sra. Ruth Sales R., Sr. Enrique Ticona H., Sra. Maritza Zafra Q. y Lic. Delia Zúñiga H.

Al equipo de operación de campo: coordinadores, supervisores y encuestadores por su dedicación a un trabajo que sólo con tesón y calidez pudo culminarse.

Por las largas horas dedicadas, comprometiendo incluso sus momentos familiares, al personal secretarial representado en las personas de la Sra. Olga Rivas P., Sra. Vilma Sotelo y Srta. Alicia Revilla; igualmente a las Srtas. Milagros Ramírez, Jessica Pozo, Shella Pérez, Sra. Flor Ortiz y Srta. Liliana La Rosa, por su valiosa participación en el traslado cuidadoso de la información para la elaboración del presente informe. A la Lic. Andrea Rubini, por su valiosa y desinteresada contribución en la revisión y corrección del cuestionario y documentos de campo.

Deseamos extender nuestro reconocimiento a todos los colegas de profesión de la Institución y fuera de ella, por sus sutiles y agudas observaciones que permitieron mejorar la calidad de nuestro trabajo.

LOS AUTORES



PRESENTACIÓN

El Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, que me honro en liderar, viene cumpliendo la misión encomendada por el Estado peruano, de desarrollar por tercer año consecutivo investigaciones epidemiológicas que proporcionan datos actualizados no sólo de la prevalencia de trastornos tales como depresión, suicidio, ansiedad, adicciones, discapacidad en salud mental y violencia en sus diferentes expresiones; sino también cifras relacionadas al uso de servicios, pobreza, satisfacción personal y laboral, calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores. Estos estudios se iniciaron en el 2002 con el financiamiento del Ministerio de Salud y el apoyo efectivo de la gestión de entonces, al equipo de investigadores del Instituto. En ese año se realizaron los estudios epidemiológicos en la ciudad de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao y, en el 2003, se efectuó el mismo tipo de estudio en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz de la sierra peruana.

En esta oportunidad, se presenta el informe del ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA SELVA PERUANA - 2004 cuyas conclusiones corroboran una vez más la importancia de este tipo de estudios; sobre todo, cuando se trata de países con características como el nuestro puesto que a partir de ellas se logrará formular políticas de salud eficaces, tanto en el aspecto preventivo como de intervención; sin el costo oneroso de las acciones de buena voluntad, carentes de datos científicos que lo sustenten.

Con este estudio se incrementa el aporte científico del Instituto al conocimiento de las debilidades y fortalezas nacionales, desde la perspectiva de la salud mental, que nos aproxime al propósito compartido con los líderes y organizaciones comunales, locales y regionales, de concretar un proyecto de desarrollo nacional de largo aliento. Nos llena de satisfacción saber que el esfuerzo desplegado por nuestros investigadores está despertando interés entre los actores de la sociedad civil y mediática; y que sus resultados son una contribución para la toma de decisiones y la disposición de acciones normativas por parte de la alta dirección del Ministerio de Salud.

Esta contribución es de mayor interés, si se considera que la sociedad global demanda de sus ciudadanos capacidades para el logro del éxito, lo cual implica una adecuada salud mental y espiritual, dentro de un contexto que involucra el anhelo compartido de bienestar, en el marco de una sociedad que garantice el ejercicio de la libertad y la justicia, en aras de la sociedad ética, donde el peruano tenga acceso al bienestar y la felicidad común.

Finalmente, deseamos expresar nuestra esperanza de que estos estudios contribuyan, además, al desarrollo humano en nuestro país y nos sitúen en una posición de liderazgo en la pequeña aldea global.

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



ÍNDICE GENERAL

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD	5
AUSPICIOS	7
ÁREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO	9
EQUIPO DE LA ENCUESTA	10
AGRADECIMIENTOS	11
PRESENTACIÓN	13
ÍNDICE	15
IQUITOS	21
PUCALLPA	21
TARAPOTO	22

INFORME GENERAL

23

I. INTRODUCCIÓN	25
1.1 Justificación	26
II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL	26
2.1 Aspectos generales de la salud mental	26
2.2 Violencia familiar	28
2.3 Los trastornos de ansiedad, depresivos y otros trastornos	29
2.4 Adicciones	30
2.5 El adulto mayor	31
2.6 Indicadores suicidas	32
2.7 Calidad de vida y salud mental	32
2.8 Trastornos mentales y discapacidad	33
2.9 Acceso a servicios de salud mental	33
2.10 Pobreza y salud mental	34
2.11 Eventos de vida y salud mental	35
2.12 Aspectos socioculturales y salud mental	35
2.13 Discriminación y salud mental	36
2.14 Estigma contra los trastornos mentales	36
III. OBJETIVOS	37
IV. METODOLOGÍA	38
4.1 Tipo de diseño y de estudio	38
4.2 Diseño muestral	38
4.2.1 Población de estudio	38
4.2.2 Niveles de inferencia	39
4.2.3 Marco muestral de unidades de muestreo	39
4.2.4 Estratificación	39
4.2.5 Tipo de muestra	39
4.2.6 Tamaño y distribución de la muestra	39
4.2.7 Unidades de análisis	40
4.2.8 Procedimientos de selección de la muestra	40
4.2.9 Criterios de inclusión de las personas que respondieron a la encuesta	41

V. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	41
5.1 Variables sociodemográficas y asociadas	42
5.2 Aspectos generales de salud mental	42
5.3 Trastornos clínicos.....	44
5.4 Discapacidad e inhabilidad	44
5.5 Módulo de acceso a servicios	44
5.6 Relaciones intrafamiliares	45
5.7 Funciones cognoscitivas	46
5.8 Síndromes socioculturales y salud mental	47
VI. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO	47
6.1 Diseño y estructura del cuestionario sobre salud mental	49
6.2 Método de la entrevista	50
6.3 Procesos de validación y calidad	50
6.4 Obtención de indicadores de validez y confiabilidad a partir de los propios datos de estudio	51
6.5 Entrenamiento en el uso de instrumentos	51
6.6 Consideraciones éticas	51
VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO	52
VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO	53
IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	53
RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO EN LA SELVA	55
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA	57
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS	61
EDAD	63
ESCOLARIDAD	63
ESTADO CIVIL	64
OCUPACIÓN	64
INGRESOS ECONÓMICOS.....	65
SALUD MENTAL DEL ADULTO	67
SALUD MENTAL DEL ADULTO EN IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA	69
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	69
ENTORNO GENERAL	69
ESTRESORES PSICOSOCIALES	71
DISCRIMINACIÓN	73
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES	75
SATISFACCIÓN PERSONAL	76
SATISFACCIÓN LABORAL	77

CALIDAD DE VIDA	78
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	79
ASPECTOS PSICOPÁTICOS	80
INDICADORES SUICIDAS	80
TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA	83
FACTORES PROTECTORES	83
TRASTORNOS CLÍNICOS	84
USO DE SUSTANCIAS	87
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	89
POBREZA Y SALUD MENTAL	90
SALUD MENTAL POR CIUDADES.....	92
EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA	93
ACCESO A SERVICIOS	95
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN LA SELVA PERUANA	96
ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES	98

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS 101

EDAD	103
ESCOLARIDAD	103
ESTADO CIVIL	104
OCUPACIÓN	104
INGRESOS ECONÓMICOS.....	105

SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA..... 107

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	109
ENTORNO GENERAL	109
ESTRESORES PSICOSOCIALES	110
ESTADOS ANÍMICOS	110
SATISFACCIÓN PERSONAL	111
SATISFACCIÓN LABORAL	112
COHESIÓN FAMILIAR	112
CALIDAD DE VIDA	113
INDICADORES SUICIDAS	113
TRASTORNOS CLÍNICOS	113
ABUSO EN LA MUJER UNIDA	114
ABUSO HACIA LA MUJER POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL	115
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE	121

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS 123

EDAD	125
ESCOLARIDAD	125
ESTADO CIVIL	126
OCUPACIÓN	126

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE 127

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	129
--	-----

ENTORNO GENERAL	129
ESTRESORES PSICOSOCIALES	130
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES	130
SATISFACCIÓN PERSONAL	131
SATISFACCIÓN LABORAL	132
CALIDAD DE VIDA	133
ASPECTOS PSICOPÁTICOS	133
INDICADORES SUICIDAS	134
TENDENCIA A LA VIOLENCIA	135
FACTORES PROTECTORES	136
TRASTORNOS CLÍNICOS	136
ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE	139
ACCESO A SERVICIOS	139

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS 143

EDAD	145
ESCOLARIDAD	145
ESTADO CIVIL	146
OCUPACIÓN	146

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR..... 147

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	149
ESTRESORES PSICOSOCIALES	149
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES	149
SATISFACCIÓN PERSONAL	150
SATISFACCIÓN LABORAL	151
CALIDAD DE VIDA	151
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	152
INDICADORES SUICIDAS	153
FACTORES PROTECTORES	153
TRASTORNOS CLÍNICOS	154
DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR	155
MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR.....	157
ACCESO A SERVICIOS	157

CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN LA SELVA PERUANA 161

ADULTOS	163
MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS.....	165
ADOLESCENTES.....	166
ADULTO MAYOR	167

ANEXO 169

ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN	169
---	-----

BIBLIOGRAFÍA 209



IQUITOS

Es la capital del departamento de Loreto y la capital de la provincia de Maynas, ubicada en la margen izquierda del río Amazonas y a 106 msnm. Es el primer centro industrial y comercial del oriente peruano. Loreto está formado por un inmenso territorio de lluvias y ríos, de bosques y pantanos que constituye casi el 30% del territorio nacional. Con una fauna innumerable y variada, sus bosques son uno de los pulmones de la humanidad.

Iquitos tiene una población de 369 300 habitantes y Loreto una población de 849 307 habitantes. Su clima es tropical con lluvias constantes y genera crecientes en los ríos que modifican su curso muy frecuentemente. Dos grandes ríos convergen para dar lugar al Amazonas: el Marañón y el Ucayali. La riqueza forestal es la más representativa. La agricultura es escasa. Se ha iniciado la explotación de plantas medicinales como el camu camu y la uña de gato. La ganadería es reducida y deficitaria.

Otra riqueza importante es el petróleo que proviene del norte del departamento y es llevado por el oleoducto hasta la costa de Piura. También destaca la piscicultura, aunque la pesca es artesanal. La fauna presenta una amplísima variedad de especies. Muchas de ellas se pueden encontrar en la Reserva Nacional Pacaya Samiria, la más grande del país. En la selva de Loreto viven 24 etnias distintas que comprenden más de 60 000 habitantes. Destacan los chayahuítas, cocamas, quichuas, aguarunas, achuales, yahuas, ticunas y huitotos. Son atractivos turísticos de la ciudad de Iquitos: la Plaza de Armas, la Casa de Hierro, los malecones Tarapacá y Palace; las casas flotantes del mercado de Belén, el río Nanay, la laguna de Quistococha, el lago Moronacocha y el río Amazonas.

PUCALLPA

Esta ciudad, ubicada a orillas del río Ucayali, es la capital del departamento de Ucayali y capital de la provincia de Coronel Portillo; tiene una población de 247 000 habitantes, situada a 155 msnm. Casi la mitad de los habitantes reside en la capital Pucallpa. El departamento de Ucayali está situado en la selva central del Perú, formado por una inmensa llanura amazónica cubierta por densa vegetación, su clima es húmedo y cálido, con lluvias en los meses de octubre a marzo, y con una temperatura máxima de 31° C; tiene una superficie de 102 410,55 Km. cuadrados; una población de 450 693 habitantes; densidad de 4,40 hab. por Km. cuadrado. Solamente Loreto supera a Ucayali en número de comunidades indígenas, tienen presencia: los shipibos conibos, los campas asháninkas, los campas pajonalinos y los campas del Ucayali. La agricultura produce plátanos, yuca, maíz y coca. En cuanto al ganado destacan el vacuno y porcino.

En los últimos tiempos se ha iniciado la explotación de plantas medicinales como la uña de gato y el camu camu. Son atractivos turísticos del departamento de Ucayali, en la ciudad de Pucallpa, el jardín etno-botánico Chullachaqui y la playa ribereña de la Restinga, que congrega a bañistas entre mayo y octubre.

El río Ucayali es uno de los principales afluentes del Amazonas. Recorre el departamento de sur a norte, ofreciendo a los viajeros deslumbrantes paisajes. La laguna de Yarinacocha, ubicada a 7 Km. al noreste de Pucallpa, tiene 12 Km. de longitud. En sus orillas se ubica una serie de comunidades shipibas, donde es posible adquirir artesanías. También destacan, Aguaytía, la Laguna de Cashibococha, y el Boquerón del padre Abad.

TARAPOTO

Es la ciudad más importante del departamento de San Martín, y es la capital de la provincia de San Martín. Tarapoto se ubica muy cerca de la confluencia de los ríos Huallaga y Bajo Mayo; es una ciudad comercial. Su principal atractivo turístico son sus numerosas cataratas y cascadas de gran belleza. Destacan las de Aguashiyacu, Lahuarpía, Carpishoyacu, Huacamaílo, Tununtunumba y Shilcayo. Aquí se encuentra la laguna del Sauce o Laguna Azul, de aguas calmas y transparentes. El departamento de San Martín, tiene de superficie 51 253,31 Km cuadrados, una población de 746 202 habitantes, una densidad de 14,56 hab/Km cuadrado. Es un departamento fundamentalmente agropecuario. Maíz, yuca, arroz, tabaco y café son los productos agrícolas más característicos.

Entre otros atractivos turísticos del departamento de San Martín, se encuentran: el Gran Pajatén, conocido como el Dorado, se ubica a 2 850 msnm en el Parque Nacional de río Abiseo; el Parque Nacional de río Abiseo, comprende 274 520 hectáreas de bosques de neblina de alta biodiversidad. Allí se encuentra el casi extinto mono choro de cola amarilla; también se encuentran gigantescas y multicolores orquídeas, que crecen sobre la arboleda. Otros atractivos lo constituyen las ciudades de Lamas, Rioja, Bellavista y Moyabamba, la capital del departamento con 37 000 habitantes, ubicada en una meseta sobre el río Mayo, a 860 msnm, es la tierra de las orquídeas, huertas de naranjales y de frutas exóticas.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LA SELVA (IQUITOS, PUCALLPA Y TARAPOTO) - 2004

INFORME GENERAL





I. INTRODUCCIÓN

El Instituto Especializado de Salud Mental viene ejecutando un plan de estudios poblacionales con miras a alcanzar un diagnóstico general de la salud mental del país. En esta oportunidad se presentan los resultados del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004 (EESMSLP 2004) realizado, en el segundo semestre del 2004, en las ciudades de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto.

Con respecto al área urbana del país, la selva muestra los indicadores económicos más deprimidos del país y ha sido fundamental conocer la situación de salud mental de estas poblaciones.¹ El enfoque regional de los estudios de los problemas de salud mental se sustenta en la multiculturalidad de las poblaciones, en la multifactorialidad de los problemas de salud mental y en la naturaleza biopsicosocial de los trastornos.

Los resultados del estudio realizado en Lima y Callao en el año 2002 (EEMSM)² y en la Sierra³, en el año 2003, han permitido conocer importantes aspectos de la salud mental de adultos, mujeres, adolescentes y adultos mayores, entre ellos la alta prevalencia de depresión y ansiedad, y su vinculación con variables socioeconómicas; condiciones desfavorables de la salud mental de la mujer y en especial de la mujer maltratada; niveles importantes de deterioro cognoscitivo del adulto mayor; significativos indicadores suicidas en adultos y en especial en adolescentes; importante desconfianza en autoridades por parte de la población, entre otros. Asimismo, se van identificando áreas problemáticas particulares a cada región como el problema con el uso de alcohol en la Sierra y particularmente en Ayacucho.

La OMS ha llamado la atención sobre la brecha en el tratamiento de problemas de salud mental y la necesidad de reducirla.⁴ Para el año 2020 se ha pronosticado que la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo, seguida sólo por la enfermedad isquémica cardíaca. Para los países en desarrollo la perspectiva es aún peor y se estima que la depresión mayor será la primera causa de discapacidad para el año 2020.^{5,6} El estudio en Lima confirmó el vínculo que se desarrolla entre la salud mental y los aspectos económicos, ratificando las observaciones realizadas en reportes internacionales.^{7,8} Sin embargo, tal asociación no ha podido ser ratificada en los estudios de la sierra, lo que resalta la complejidad de la interacción de los diversos factores que inciden en la salud mental.

No ha habido estudios epidemiológicos nacionales de salud mental en la selva del Perú de la envergadura de la presente investigación. La presente publicación tiene por objetivo presentar los resultados generales de las tres ciudades estudiadas, replicando la investigación realizada en Lima Metropolitana y el Callao y la Sierra. Se han estudiado los temas planteados en el estudio de Lima y la Sierra, es decir, el estudio de los trastornos psiquiátricos propiamente dichos, los factores asociados a los mismos y aquellos problemas vinculados a las relaciones humanas individuales o grupales y a patrones de comportamiento del individuo en la sociedad que tienen influencia sobre la salud y el bienestar. Para este propósito se realizaron las adaptaciones necesarias al instrumento utilizado en Lima y la Sierra. Se investigaron los trastornos psiquiátricos más prevalentes, la violencia familiar y su vinculación con la salud mental, la salud mental del adulto mayor, así como problemas generales de salud mental del adulto y del adolescente, poniéndose especial énfasis en los hallazgos de indicadores suicidas, como en la investigación de Lima. Además de los temas propuestos se consideró estudiar otros aspectos vinculados a la salud mental, tales como la calidad de vida, funcionamiento y discapacidad, aspectos económicos, acceso a servicios, discriminación, y un capítulo especial sobre síndromes culturales. Asimismo, se incluyeron los temas de violencia relacionados al terrorismo aplicados en la sierra.

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

1.1 JUSTIFICACIÓN

Un estudio epidemiológico de salud mental en la Selva con metodología científica, no tiene precedentes en el país. De esta manera, se ha pretendido obtener información contundente para la toma de decisiones en las políticas públicas así como sentar bases para la evaluación de los programas de intervención.

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

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

II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL

El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental² realizado en Lima en el 2002 y el estudio epidemiológico realizado en la Sierra³ reveló importante información que ha puesto en evidencia tendencias observadas en estudios previos en el área de salud mental,^{9,10} confirmándose observaciones internacionales con respecto a los trastornos afectivos, indicadores suicidas, problemas con el uso de alcohol, violencia intrafamiliar. Con respecto a la intervención de aspectos socioeconómicos en los trastornos mentales, si bien la asociación hallada en Lima es contundente, no ha sucedido lo mismo con lo encontrado en el estudio en la sierra. Esto pondría de manifiesto la intervención de aspectos los socioculturales en la interacción de la pobreza y la salud mental.⁴

2.1 ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL

El concepto de salud mental incluye no sólo aquellos aspectos relacionados con los trastornos psiquiátricos específicos, sino también a diversos problemas psicosociales que perturban la vida cotidiana, producen sufrimiento, menor calidad de vida y bienestar, lo cual con frecuencia

afecta la productividad del individuo. Esto involucra comportamientos desviados o desadaptados, no necesariamente ubicables como categorías diagnósticas en las clasificaciones psiquiátricas vigentes".⁹ Estudios internacionales confirman que sólo alrededor de la mitad de aquellos que buscan atención por problemas de salud mental tienen problemas psiquiátricos.¹¹ Por lo tanto, al hablar de los aspectos generales de salud mental, nos referimos a estos problemas psicosociales desprovistos de los problemas psiquiátricos propiamente dichos. Corin señala que el lugar de partida del estudio de los problemas de salud mental ya no se sitúa en el individuo solamente, sino en la interacción constante entre la persona y su entorno.¹² Así, la epidemiología ha permitido identificar determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental.^{13,14} La epidemiología social apoya especialmente la comprensión de la influencia de procesos sociales como la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el ingreso económico, la clase y la exclusión social (étnica, racial, de género, generacional, por discapacidad, por clase social o por sexualidad), el desarrollo del niño, los estilos de vida, las redes sociales y los entornos físicos entre otros, en la salud de las personas y las poblaciones.^{15,16,17}

Desde esta perspectiva, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental realizado en Lima y Callao en el año 2002² mostró que el principal problema del país percibido por la población, tanto hombres como mujeres, en Lima Metropolitana, era el desempleo (58,1%). Significativamente, en menor proporción, se percibía la pobreza (16,4%). Seguía la corrupción, la violencia y la inestabilidad política, pero en cantidades menores. Sin embargo, la población mostraba gran desconfianza hacia las autoridades políticas (91,7%) y las autoridades policiales (62,5%), y experimentaba sentimientos de desprotección del Estado (76,0%). Tal situación generaba en la población con mayor frecuencia desilusión (26,6%), amargura y rabia (25,8%). Este mismo estudio encontró que las situaciones que generaban los niveles más altos de estrés, tanto en hombres como en mujeres, estaban relacionadas con el aspecto económico (39,7%), la salud de la familia y el estrés ambiental (45,7%). Este resultado ha sido mayor que el encontrado en la población de adolescentes por los estudios de Perales y col., en 1996.¹⁰ Asimismo era significativa la proporción de personas insatisfechas con sus estudios (29,5%) y con sus relaciones sociales (16,2%), con la remuneración que percibe (46,3%) y con el reconocimiento que recibía en su centro laboral (23,2%). Respecto a los factores protectores de la salud mental de la población de Lima Metropolitana, la familia es la principal fuente de soporte psicosocial (70,0%). También se observó que para la población, la religión constituye un recurso importante para enfrentar los problemas cotidianos.

Por su parte, el estudio Epidemiológico de Salud mental en la Sierra, realizado en el año 2003, encontró que entre el 31,3% y el 60,4% de las personas percibía un alto nivel de tensión debido a estresores psicosociales, siendo mayor la relacionada a la delincuencia y la salud, pero también en niveles importantes al narcotráfico, los estudios, el terrorismo, los factores económicos y la familia. La percepción de discriminación más importante fue sobre el aspecto socioeconómico y el nivel educativo: un 11,5% y 9,7% respectivamente, de la población se ha sentido discriminada en estas áreas, alguna vez en su vida. En el último mes, entre el 10,8% y el 30,8% de la población había percibido significativamente sentimientos anímicos negativos.³

La violencia política, que afectó al Perú en el periodo 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 las poblaciones rurales y alto andinas. Así, Pederssen y colaboradores¹⁸ 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 el 73% de prevalencia general de trastornos mentales y el 24,8% de estrés post traumático en la población mayor de 14 años. Se señala, sin embargo, que estas secuelas se expresan en formas más amplias y diversas de aflicción y sufrimiento como el *llaky* y el *ñakary*. Los estresores relacionados con estos resultados no sólo se derivan de la exposición diferencial a la violencia política, sino de la estructura de la sociedad, como la desigualdad social y la

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

exclusión, la extrema pobreza, y la discriminación racial y étnica. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra, realizado en el 2003, encontró que en la ciudad de Ayacucho el 52,8% de la población había perdido al menos un familiar en situaciones directamente relacionadas con la violencia política, ya sea por fallecimiento o por desaparición. En el caso de Huaraz y Cajamarca, esta cifra de pérdidas personales se encontró en 12,2% y 7,1% respectivamente. Estas experiencias se han asociado con un incremento en la morbilidad psiquiátrica de estas personas.³

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, 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.¹⁹

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2000) ²⁰ encontró que el 34% de las mujeres viven o han vivido situaciones de control, el 48% viven o han vivido situaciones humillantes, el 25% viven o han vivido situaciones de amenaza, el 41% de mujeres ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su esposo o compañero. El estudio en mención añade que la mayor incidencia de maltrato infantil se registra en lugares de mayor pobreza y exclusión social. 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.²¹ La Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia familiar en 8 ciudades del país, encontró en el año 2000 que el 84,7% de las víctimas fueron mujeres, frente al 15,2% en 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% fue 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, y los motivos para la agresión fueron los celos en el 26,2%, problemas familiares en el 38,9% y problemas económicos en el 11,9%; el 4,5% reportaba agresión sexual. El 59,3% de los encuestados estaba ecuánime al momento de la agresión, 35,6% había ingerido alcohol y el 4,6% alcohol y otras drogas. Esto confirma los reportes de estudios que han asociado el abuso de sustancias con la conducta violenta.^{22,23} 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.

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%), 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%.² Las mujeres maltratadas sistemáticamente mostraron mayor severidad de los diferentes indicadores de salud mental que se abordaron, siendo los indicadores suicidas los más contrastantes, llegando 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.^{2,3}

En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado por el IESM “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en la Sierra Peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) 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 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 protegida 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 contrastaba 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 MINDES indican que el nivel de denuncias en Iquitos se ha mantenido estable en el transcurso de estos años, aún cuando esperaríamos un incremento progresivo en razón de la difusión sobre el tema.²⁴

2.3 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y OTROS TRASTORNOS

Como se mencionó antes, Pedersen reportó una elevada prevalencia de trastornos mentales en personas víctimas de la violencia política en Ayacucho.¹⁸ No existen antecedentes de estudios epidemiológicos de salud mental a gran escala realizados en Iquitos, Pucallpa y Tarapoto.

En general, la mayoría de los estudios se han realizado en la ciudad de Lima, reportándose altas prevalencias de trastornos psiquiátricos. En 1983, en el distrito de Independencia (Lima), Minobe y colaboradores, sobre un total de 814 individuos, utilizando el DIS/DSM-III,²⁵ encontraron una prevalencia de vida²⁶ y a seis meses²⁷ de algún desorden psiquiátrico, del 32,1% y 22,9% respectivamente. Después de los problemas con el uso de alcohol, le seguían en frecuencia los trastornos afectivos (depresión mayor y menor) con una prevalencia de vida de 13,2% y una prevalencia a seis meses de 8,6% (2,2% varones y 6,4% mujeres), y los trastornos de ansiedad con una prevalencia de vida de 11,1% y una prevalencia a seis meses de 8,1%.

En 1993, Colareta realizó una investigación sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural (Santa Lucía de Pacaraos - Huaral) y encontró una prevalencia global puntual de 32% de enfermedades psiquiátricas, ocupando el primer lugar los trastornos de ansiedad (9,1% descontando síndrome de abstinencia), seguido por los trastornos depresivos (8,0% de la muestra, descontando duelo no complicado y trastorno de adaptación), y por alcoholismo (8,6% de la muestra). De los trastornos de ansiedad, el más frecuente fue el trastorno de ansiedad no especificado (4,6% de la muestra), el trastorno de ansiedad generalizada (2,9% de la muestra) de los casos, el trastorno de pánico (0,6% de la muestra), y la fobia social (0,6% de la muestra). De los trastornos depresivos, el trastorno depresivo no especificado fue el más frecuente (3,4% de la muestra), seguido por la depresión mayor (2,3% de la muestra) y la distimia (2,3% de la muestra).²⁸

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, realizado en el 2002 por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, en 43 distritos de Lima y Callao, en una población de 2077 personas adultas, encontró una prevalencia actual y una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico, del 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.²

En el caso de la sierra, la prevalencia de vida de cualquier trastorno fue de 37,3%. Para los trastornos de ansiedad, la prevalencia de vida y 6 meses se encontró en un 21,1% y 5,6% respectivamente. Para el episodio depresivo la prevalencia de vida y 6 meses se reportó en 16,2% y 5,8% respectivamente.³ En el caso particular de Ayacucho, la prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad llegó al 33,7%, siendo el trastorno de estrés postraumático el responsable de estos resultados. En esta ciudad, la prevalencia de vida del trastorno de estrés postraumático se sitúa en un 21,4%, siendo aún más frecuente que el episodio depresivo. Estos datos resaltan la repercusión de los problemas psicosociales en la salud mental de las personas.

El presente estudio evaluó la prevalencia de vida, a doce meses, a seis meses y actual de los principales trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).²⁹

2.4 ADICCIONES

Una visión panorámica internacional de las adicciones señala que más de 130 países notifican tener problemas de uso de sustancias psicoactivas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tendencias en la sociedad global reflejan un incremento general del uso de drogas ilícitas, principalmente en los sectores más jóvenes. Los estudios epidemiológicos indican que la mayor proliferación del consumo de sustancias está ligada al Cannabis y derivados. Del mismo modo, se ha producido un aumento significativo del consumo de estimulantes anfetamínicos (Ej. éxtasis).

El estudio en el distrito de Independencia, realizado en 1983, encontró que el problema más importante era el relacionado al abuso y dependencia de alcohol, especialmente en el género masculino, con una prevalencia de vida en la población del 18,6% y una prevalencia a seis meses del 6,9%.^{26,27} Tal situación ha sido confirmada ampliamente en los estudios nacionales realizados desde 1988 hasta 1998, siendo los últimos generados por el mismo gobierno peruano.³⁰ En el estudio de 1998, la cifra de dependientes a 30 días oscilaba en alrededor del millón de peruanos. La sierra ha sido particularmente afectada por el problema del alcohol.

En el 2002, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, reveló que la prevalencia de vida del consumo de sustancias no alcohólicas legales se encontraba en 71,6%, mientras que el de las sustancias no alcohólicas ilegales se encontraba en un 7,8%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (69,5%), mientras que la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (6,3%), seguida de la cocaína con el 3,9%. El consumo actual (en la última semana) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se halló en 22,0% y 0,2% respectivamente.² Según la II Encuesta Nacional sobre la Prevención y Consumo de Drogas 2002, por DEVIDA, la prevalencia de vida de consumo de alcohol y tabaco era de 94,2% y 68% respectivamente, por lo que se concluía que más de once millones de peruanos habían probado alcohol y más de ocho millones habían consumido tabaco.³¹

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra 2003 reveló cifras alarmantes con

relación a problemas vinculados al uso de alcohol, habiéndose encontrado que, en el último año, el 10% de la población había presentado problemas de abuso o dependencia al alcohol. En el caso de la ciudad de Ayacucho, esta cifra se elevaba al 15%.

El presente estudio evaluó la prevalencia de vida del consumo y prevalencia en el último año de abuso, así como la dependencia de sustancias según los criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).²⁹

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.³² 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.^{33,34} 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 cognoscitivas, 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, necesaria 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 y en la sierra peruana. En Lima Metropolitana y Callao, al igual que en la sierra, se encontró que el tipo más frecuente de violencia eran las agresiones verbales, insultos y ofensas; con una prevalencia anual, más alta en Lima, del 20,9 % y en la sierra, 6%. Les siguen las agresiones físicas, golpes, puñetes, o empujones con un 9,6 %, en Lima; mientras que en la sierra, la situación de abandono ocupa el segundo lugar, con una prevalencia anual de 2,5%.

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, considerados ambos trastornos como las epidemias de este siglo. Trabajos realizados en el ámbito comunitario señalan que la prevalencia de síntomas depresivos significativos en adulto mayor fluctúa entre el 4% y 25%. Los estudios comunitarios reportan prevalencias para depresión mayor que van 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.² El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la sierra 2003 encontró una prevalencia anual del episodio depresivo de 5,0%.³

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% presentaba alteración cognoscitiva, existiendo importantes diferencias en relación al sexo, nivel educativo y a la presencia de depresión. En la sierra se encontró que el 39,5% de los adultos mayores con menos de ocho años de estudios tenían deterioro cognoscitivo,

medido con el Mini Mental de Folstein, y el 7,7 % de los que tenían ocho años de estudios o más, presentaron deterioro cognitivo. Con respecto a alguna discapacidad o inhabilidad, el 44,9% de los adultos mayores de la sierra poseen alguna, con predominio del género masculino (47,4 %). En Lima, el 37% presenta alguna discapacidad o inhabilidad, con predominio del género femenino (39,3%).

En nuestro medio no se han realizado estudios epidemiológicos de salud mental en este grupo poblacional en la selva, y poco o nada se conoce acerca del deterioro cognoscitivo en esta región. Por lo tanto, uno de los objetivos de este estudio ha sido conocer cómo están estas cifras en tales regiones del Perú, como es el caso de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto. Al igual que con las otras unidades de análisis, este grupo será estudiado desde la perspectiva de la salud mental en general, la presencia de depresión mayor, la existencia de problemas cognoscitivos y de discapacidad.

2.6 INDICADORES SUICIDAS

No se ha reportado estudios epidemiológicos de estos indicadores en la selva. Los estudios realizados por Perales y colaboradores, en 1995 y en 1996, en los distritos del Rímac⁹ y Magdalena¹⁰ respectivamente, mostraban cifras preocupantes, las que los resultados del EEMSM-2002² 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 se encontró en un 30,3%, 29,1% y 27,8% respectivamente, lo que sugiere que, si en la actualidad la prevalencia de vida del adolescente es similar a la del adulto y superior a la del adulto mayor, estamos ante un incremento sustantivo de estas tendencias. Asimismo, la prevalencia anual de deseos de morir se 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 a 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 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.^{2,3}

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

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.³⁵ Utilizando el Índice de Calidad de

Vida de Mezzich y colaboradores,³⁶ 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 peruana,³ 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, la valoración de la calidad de vida está relacionada con el sexo, el nivel educativo, el estado civil 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.³⁷ 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.³⁸

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, mostrando así mismo el más bajo porcentaje para la recuperación de la total capacidad social y del trabajo.³⁹ Según esta misma información la población discapacitada en el Perú ascendería alrededor de 1'500 000 a 2'000 000 de personas, de las cuales aproximadamente 500 000 a 600 000 serían niños y adolescentes. Esta población suele ser discriminada y excluida de determinadas esferas sociales, generando dificultades en el desarrollo personal y en la integración social.

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002 (EEMSM 2002) del IESM "HD-HN", reporta que el 26,5 % de la población general adulta presenta algún grado de discapacidad o inhabilidad, además de una prevalencia de discapacidad del 22,5 % en la población con presencia actual de algún trastorno mental. Del mismo modo, se señala que el 37,0 % de la población general mayor de Lima Metropolitana y el Callao presenta al menos algún grado de discapacidad o inhabilidad, siendo superior para el género femenino (39,3 %) en comparación con el género masculino (33,9 %).²

Los hallazgos sobre discapacidad e inhabilidad en el Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003 nos muestra que en la población adulta de la sierra peruana, el 21,2 % (IC 19,3 - 23,2) presenta algún grado de discapacidad/inhabilidad, distribuyéndose para el sexo masculino en 19,8% y para el sexo femenino en 22,5%.³ De la misma manera, la discapacidad / inhabilidad en las ciudades representativas de la sierra peruana fueron las siguientes: Ayacucho con 37,4%, Cajamarca con 6,8% y Huaraz con 24,7%.^{40,41,42}

En el campo de la salud mental, observamos la tendencia de los trastornos mentales hacia la cronicidad y a la producción de secuelas en las personas que los padecen, a pesar de los avances en el tratamiento. Así, por razones diversas, no se le ha dado importancia al avance de la rehabilitación de estos trastornos de la misma manera que al tratamiento biológico.⁴³

2.9 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Existen dos formas de evaluar el acceso, uno a través de entrevistas estructuradas, que conducen a un diagnóstico y a través de éste se determina las necesidades o conductas de atención, y la otra se basa en cuestionarios de auto-percepción de problemas de salud mental, definidos por el que responde, en determinado tiempo, con lo que se mide la necesidad y las conductas de búsqueda de ayuda.^{44,45} El segundo enfoque, utilizado para la presente publicación, se sustenta en que algunos estudios han encontrado que sólo alrededor de la mitad de

aquellos que reciben atención por problemas de salud mental tiene problemas psiquiátricos diagnosticables.¹¹

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.⁴⁶ En la selva peruana, la influencia cultural y su interrelación con el nivel educativo son especialmente importantes en problemas de salud, debido a que los mitos y prejuicios están muy extendidos y la medicina folklórica podría jugar un importante papel. Los estudios sobre acceso a servicios de salud mental en Lima y Callao y en la sierra peruana 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.²

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

En el caso de la sierra peruana, el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana realizado en el 2003 (EESMSP 2003), la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico fue similar la de Lima, y 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 debería superar solo” (50,2%).³ 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.⁴⁰

No hay estudios nacionales con respecto al acceso a servicios para la atención de problemas de salud mental en la selva peruana. El acceso a servicios de salud mental ha sido medido tanto a través de la morbilidad sentida (es decir, aquellos que han percibido en sí mismos problemas de salud mental) y la demanda expresada en los distintos servicios de salud del Estado y privados.

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.⁴⁷ 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, llegando a una incidencia del 34,9%.⁴⁸ 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, y por otro lado, los problemas de salud mental influyen en la economía de las familias –costos y producción,⁴ 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.⁴

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.⁴⁹ 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,⁵⁰ 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 a la salud mental en los programas de lucha contra la pobreza.² 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.³, lo que confirma lo encontrado por Costello y colaboradores.⁵⁰ 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 sea mucho menor.

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 selva.

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 a estilos parentales, como sobreprotección, indiferencia, trato afectuoso, etc., y a 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 la hipótesis 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.^{51, 52} Respecto a la relación de los niños con sus padres y sus consecuencias en la adultez, Bowlby (1969, 1973, 1980), referido por Henderson,⁵³ realiza estudios que le permiten elaborar la clásica Teoría del Vínculo. En los estudios realizados en tres ciudades de la sierra peruana 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.⁵⁴

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.⁵⁵ 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 o tradicional.⁵⁶ Los estudios de morbilidad en poblaciones abiertas y las experiencias acumuladas por distintos investigadores en el mundo, señalan que una significativa mayoría (del 70% al 80%) de los episodios de enfermedad reportados, se manejan por fuera de los sistemas de atención médica oficial, recurriendo el resto a sistemas alternativos como los que ofrece la denominada medicina tradicional o popular.⁵⁷

La bibliografía peruana es rica en calidad, cantidad y variedad en ésta área, gracias a estudios realizados por científicos peruanos y extranjeros en los últimos 50 años.⁵⁸ Por otro lado, los estudios de orden social, médico y folklórico sobre medicina tradicional o popular no han sido programados con un rigor metodológico⁵⁹ que permita una sistematización de los mismos; así tampoco se había realizado antes un estudio epidemiológico en el que se intentara explorar no sólo los síndromes socioculturales, sino también los agentes que los resuelven, sus estrategias diagnósticas y de tratamiento; 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.⁶⁰

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra, realizado en el año 2003, 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 tradicional, entre otros al brujo - curandero, santiguador, rezador, curioso, yerbero, huesero, sobador, partera empírica, comadrona. Alrededor de una quinta parte de la población encuestada reportó que por lo menos una vez en su vida "consultó" por alguno de los siguientes síndromes: "susto", "chucaque" y "aire".

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.⁶¹ Entre los motivos de discriminación, para los cuales se ha hallado relación con la salud mental, se encuentran el género, la orientación sexual,⁶² el racismo,⁶³ el etnicismo,⁶⁴ el status social⁶⁵ e incluso la condición de salud mental en sí misma,⁶⁶ 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.⁶⁴ Según un estudio epidemiológico, realizado en los EE.UU.⁶⁵, 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. 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.³

2.14 ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

A través del mundo hay programas que luchan contra las actitudes adoptadas por la gente contra las personas con problemas de salud mental y las conductas discriminatorias asociadas, pero hay evidencia de que el trabajo, en la práctica, es todavía insuficiente.^{67,68} El estigma afecta no sólo a la gente con enfermedad mental, sino también a sus familiares. El entendimiento de cómo afecta a los miembros de la familia, en términos de su respuesta psicológica a la persona enferma y su contacto con los servicios psiquiátricos, podría mejorar el contacto con los familiares. Se necesitan intervenciones para reducir los efectos negativos de los factores psicológicos relacionados al estigma por asociación en familiares de gente con enfermedad mental.^{69,70}

El estigma en esquizofrenia va dirigido no sólo a los pacientes, también a los familiares, profesionales de la salud, hospitales psiquiátricos, medicamentos antipsicóticos y otras terapias.

El estigma contra las personas con esquizofrenia se sustenta en una serie de mitos:

- Son violentas y peligrosas.
- Pueden contagiar a otros con su enfermedad.
- Están locos.
- No pueden tomar decisiones.
- Son impredecibles.
- No pueden trabajar.
- Deben permanecer hospitalizados o presos.
- No tienen esperanza de recuperación.
- Son retardados mentales.
- Es debido a una brujería o maleficio.
- Fueron mal cuidados en la 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 recreación⁷¹.

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

III. OBJETIVOS

Presentamos los objetivos generales de cada uno de los 15 sub-proyectos principales.

- Conocer la magnitud de los potenciales de la salud mental, tales como sentimientos prevalentes de la población, conductas sociopáticas, nivel de cohesión y soporte familiar, calidad de vida, discapacidad, discriminación, manifestaciones de distrés emocional, etc. de la población de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Determinar la prevalencia de indicadores suicidas en adultos, adultos mayores y mujeres, así como en grupos específicos, tales como mujeres maltratadas, en la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Conocer la magnitud de los factores asociados a la violencia familiar y vinculación al área de la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Determinar la prevalencia, aspectos clínicos, factores de riesgo y protección relacionados a la conducta adictiva en la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Conocer las características sociodemográficas, la prevalencia de los trastornos mentales y

físicos más frecuentes, y los aspectos relacionados con la salud mental en general de la población mayor de 60 años en la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.

- Determinar la magnitud, factores de riesgo y factores asociados al trastorno depresivo, ansiedad e indicadores suicidas en adolescentes mayores de 12 años, en la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Determinar la prevalencia y características de los trastornos de la alimentación, y sus factores de riesgo y protección, en la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Estimar la prevalencia de los trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales, en la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Estimar la prevalencia de los trastornos depresivos (distimia, depresión mayor), así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales, en la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Estimar la prevalencia de los trastornos psicóticos (síndrome psicótico y trastorno bipolar), así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales, en la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Determinar la magnitud y los factores que se asocian, influyen o interfieren en el acceso equitativo de personas con problemas de salud mental a la atención de salud (tanto en forma general como en patologías psiquiátricas específicas), en la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Determinar la magnitud y la relación que existe entre el nivel socioeconómico, expresado en la presencia o no de pobreza, y los problemas de salud mental en la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Explorar aspectos sobre medicina tradicional, tales como agentes de la medicina tradicional, síndromes clínicos populares o folklóricos, métodos diagnósticos, métodos terapéuticos y correlación entre síntomas y signos clínicos de los síndromes populares o folklóricos con los síndromes clínicos psiquiátricos, en la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Identificar el nivel de desarrollo humano alcanzado por las personas en la población de la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.
- Identificar las actitudes del estigma contra los trastornos mentales en la población de la ciudad de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el 2004.

IV. METODOLOGÍA

El Estudio Epidemiológico en Salud Mental de la Selva Peruana 2004 consta de diversos temas, y como se mencionó, involucró a las ciudades de Pucallpa, Iquitos y Tarapoto. En la sección de procedimiento se incluirá por lo tanto los procedimientos generales para todas las ciudades mencionadas, con la intención de mantener el concepto general del estudio.

4.1 TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO

Tipo descriptivo epidemiológico de corte transversal.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

4.2.1 Población de estudio

La población investigada comprende de manera general a las personas mayores de 12 años, residentes en viviendas particulares de las ciudades de Pucallpa, Iquitos y Tarapoto.

Estas tres ciudades fueron consideradas prototipo para el desarrollo de la investigación, considerándolas como representativas de la región.

4.2.2 Niveles de inferencia

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

4.2.3 Marco muestral de unidades de muestreo

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

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

Unidades primarias de muestreo:

Son los conglomerados o agrupamientos de viviendas contiguas organizadas en cuadriláteros espaciales en las áreas consolidadas, y conjuntos contiguos de viviendas separadas por espacios determinados, en los asentamientos no regulados, del área urbana de los distritos que conforman las ciudades. Los conglomerados constan de 80 viviendas en promedio, con una variación entre 40 y 151.

Unidades secundarias de muestreo:

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

Unidades finales de muestreo:

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

4.2.4 Estratificación

No se efectuó una estratificación explícita, pues no se disponía de información que permitiera identificar factores diferenciales de la salud mental asociados con la distribución de la población en las ciudades en estudio. En este sentido, una muestra sistemática hubo de permitir la mayor dispersión y cobertura espacial de la población, y ha posibilitado efectuar post estratificaciones en función de los resultados.

4.2.5 Tipo de muestra

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

4.2.6 Tamaño y distribución de la muestra

La muestra constó de 4212 hogares para adultos, adolescentes y mujer unida, y de 5616 hogares en total para los adultos mayores las tres ciudades en estudio.

Con el fin de asegurar un nivel de precisión más o menos constante en cada una de las ciudades en investigación, se optó por distribuir la muestra en 3 partes iguales, correspondiendo 1404 para adultos, adolescentes y mujer unidad y 1872 hogares para los adultos mayores en cada una de ellas.

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

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

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

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

Ciudad y distrito	Número de conglomerados	Número de viviendas	
		General	Adultos Mayores
Iquitos	117	1404	1872
Iquitos	59	708	944
Punchana	21	252	336
Belen	16	192	256
San Juan Bautista	21	252	336
Pucallpa	117	1404	1872
Callería	95	1140	1520
Yarinacocha	22	264	352
Tarapoto	117	1404	1872
Tarapoto	77	924	1232
La Banda de Shilcayo	18	216	288
Morales	22	264	352
Total	351	4212	5616

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 al azar personas de cada población objetivo dentro de cada vivienda seleccionada por el método de la Tabla de Kish.

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

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

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

Las unidades secundarias de muestreo fueron seleccionadas en 2 segmentos compactos de 8 viviendas consecutivas en cada conglomerado. Los segmentos fueron seleccionados de manera sistemática sobre la base de la cantidad de viviendas ocupadas registradas en el conglomerado, con un arranque aleatorio definido en la tabla de selección adhoc, generada de manera aleatoria de acuerdo a una distribución uniforme de probabilidades. No se reemplazó ninguna de las viviendas seleccionadas.

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

- i) Se determinó el número de viviendas ocupadas del conglomerado, tomado del registro elaborado por el personal de campo.
- ii) Se ubicó el total de viviendas ocupadas del conglomerado en la tabla de selección.
- iii) Se inició el primer grupo o segmento compacto con la vivienda cuyo número de orden de vivienda ocupada aparece en la columna del primer grupo de la tabla, y se entrevistó hasta un total de 8 viviendas.
- iv) Se inició el segundo grupo o segmento compacto con la vivienda cuyo número de orden de vivienda ocupada aparecía en la columna del segundo grupo de la tabla, y se entrevistó hasta un total de 8 viviendas.

En las últimas 2 viviendas de cada conglomerado (la 7ma y 8va) se ubicaron sólo a adultos mayores con la intención de compensar con la baja proporción de adultos mayores en estas poblaciones.

4.2.8.3 Selección de las unidades finales de muestreo (UFM) o personas

En cada una de las viviendas seleccionadas se determinó el número de personas residentes habituales que satisfacían los diferentes criterios de inclusión. Se organizó una columna en la hoja de registro de miembros del hogar, donde se identificó a cada una de las personas elegibles dentro de cada población objetivo. Las personas a entrevistar fueron seleccionadas aleatoriamente, empleando la tabla de Kish tanto para los adultos, adolescentes como adultos mayores. La mujer unida elegida fue aquella considerada jefe del hogar o cónyuge del jefe del hogar, sin importar la condición de casada o conviviente. En las viviendas donde hubo más de un hogar, sólo se consideró a las personas integrantes del hogar principal. No se reemplazó ninguna de las personas seleccionadas en cada población objetivo.

4.2.9 Criterios de inclusión de las personas que respondieron a la encuesta

- Adolescentes entre 12 y 17 años sin problemas que impidieran la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. En caso de que la persona fuera quechua hablante se comunicó a través de un encuestador quechua hablante.
- Mujer casada o unida, jefa del hogar o pareja de jefe del hogar, sin problemas que impidieran la comunicación.
- Personas adultas mayores de 18 años, sin problemas que impidieran la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar.
- Personas adultas mayores de 60 años, sin problemas que impidieran la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar.

V. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

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

5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS

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

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

Sexo.- Masculino y femenino. Escala nominal.

Nivel de instrucción.- Se registran las categorías: sin instrucción, inicial/preescolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato, superior no universitario, superior, postgrado. Se presentan como alternativas múltiples y se miden como escala ordinal. Para efectos del número de años de instrucción se ha considerado el inicial/preescolar como un año.

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

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

Nivel de pobreza según auto-percepción de capacidad de satisfacción de necesidades básicas con ingresos familiares.- Es una evaluación subjetiva, en función a percibir si los ingresos familiares permiten la cobertura de las necesidades básicas de la persona, tales como alimentación, vivienda, salud, educación, vestido (necesidades básicas) y otras necesidades no básicas como la distracción, pasatiempos, educación diferenciada, etc. Si la persona responde que los ingresos familiares no alcanzan ni para las necesidades básicas de alimentación se le considera pobre extremo; si los ingresos cubren las necesidades básicas de alimentación, pero no permiten cubrir otras necesidades básicas como vestido y vivienda, se le considera pobre; si cubre todas las necesidades básicas se le considera no pobre, igual como aquel que puede cubrir todas sus necesidades básicas y otras no básicas como diversión y esparcimiento. Es medida como escala nominal.

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

5.2 ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3 TRASTORNOS CLÍNICOS

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

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

Trastornos clínicos.- Son los trastornos psiquiátricos, como por ejemplo los trastornos de ansiedad, los 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 nervosa. Son medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal. A su vez se ha utilizado el cuestionario de EDI-2.

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

5.4 DISCAPACIDAD E INHABILIDAD

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

Discapacidad psiquiátrica.- Disminución o pérdida de la capacidad para funcionar como persona en el medio familiar social y del trabajo, a consecuencia de un trastorno mental. Se mide con una escala ordinal.

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

5.5 MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS

Acceso a servicios de salud mental.- Se refiere a la utilización de servicios de salud, basándose en la percepción de problemas de salud mental por parte del entrevistado y en la exploración de las características de la búsqueda de ayuda. Se consideró presente si el entrevistado respondía afirmativamente a haber recibido atención en cualquier establecimiento de salud, es decir, posta, centro de salud, policlínico, hospital general o centro especializado. Es medida a través de una escala nominal.

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

Demanda sentida.- Se refiere a la autopercepción de problemas emocionales o nerviosos que requieren o no atención. Se mide con una escala nominal.

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

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

Roles de género.- Son las tareas o actividades que una cultura asigna a cada sexo. Los términos género y sexo se utilizan a menudo indistintamente, aunque sexo se refiere de forma específica a las características biológicas y físicas que convierten a una persona en hombre o mujer en el momento de su nacimiento, en tanto que género se refiere a las conductas de identificación sexual asociadas a miembros de una sociedad. La relación entre las diferentes variables es evaluada en una escala nominal.

Prejuicios sobre la salud mental.- Son aquellos mitos, conceptos populares y suposiciones que se encuentran en el ámbito de las representaciones sociales y que influyen en la percepción y conductas de los individuos. En la confección y elección de estas preguntas participó el equipo multidisciplinario de investigadores del IESM, conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales) 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 ó 2 veces al mes en un período de tiempo. Se mide con una escala ordinal.

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

Estilos de crianza.- Son aquellas formas y actitudes que demuestran los padres hacia sus hijos y que devienen en formas de crianza que pueden o no generar problemas emocionales futuros. Se mide con una escala nominal.

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

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

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

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

5.7 FUNCIONES COGNOSCITIVAS

Actividades de la vida diaria.- Son aquellas que se realizan cotidianamente 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 con los acontecimientos que ocurren en la comunidad, en el vecindario y en la familia, poder seguir y discutir un acontecimiento difundido en algún medio de comunicación, manejar los propios medicamentos, recordar compromisos, pasear solo(a) por el vecindario y encontrar el camino de regreso a casa, y poder quedarse solo(a) en casa. Las actividades de la vida diaria se miden con la escala de Pfeffer.

Agnosia.- Alteración de la percepción que incapacita a alguien para reconocer personas, objetos o sensaciones que antes le eran familiares. Es evaluada en una escala nominal, empleando la prueba de Folstein.

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

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

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

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

Memoria.- Facultad psíquica por medio de la cual se retiene y recuerda el pasado, hechos, datos o motivos referentes a determinado asunto. Es evaluada en una escala nominal, empleando la prueba de Folstein.

Orientación.- Facultad de ubicarse en tiempo, espacio y persona. Es evaluada en una escala nominal, empleando la prueba de Folstein.

5.8 SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

Daño, brujería.- Es un síndrome folklórico muy común en las tres regiones del Perú, de variada sintomatología y evolución crónica. El resultado del daño puede ser de sintomatología física, mental o moral. El tratamiento propuesto es a base de rituales mágico-religiosos asociados a rezos, oraciones y cantos. Se mide con una escala nominal.

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

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

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

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

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

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

- **Cuestionario de Salud Mental.-** Elaborado originalmente en Colombia* y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la Institución, tanto en adultos,⁹ como en adolescentes.¹⁰ La adaptación original y utilización de este instrumento tuvo el propósito de contar con una herramienta práctica que permita evaluar el nivel de salud mental de una población. Su rango de aplicabilidad se estableció a poblaciones grandes o pequeñas; nacionales, regionales, departamentales, provinciales o distritales, resaltándose su adecuación cultural. Su aplicación resulta sencilla y no requiere de experiencia clínica experta. 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 española⁷², 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, auto-cuidado y funcionamiento independiente, ocupacional, e interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud, así como una valoración global. El instrumento fue adaptado en una versión para la población peruana.

* 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.

- **EMBU** (Egna Minnen av Bardoms Uppfostran) (Propia memoria acerca de la crianza).- Es un instrumento aplicado en varios países de Europa para evaluar actitudes de crianza de los padres en personas adultas y deriva en cuatro factores: rechazo, calor emocional, sobreprotección y favoritismo. Para el presente estudio se utilizaron sólo algunos ítems de carga más alta de cada uno de los factores identificados por Someya y colaboradores.⁷³
- **Mini Mental State Examination (MMSE)**.- elaborado por Folstein⁷⁴, es una de los instrumentos de evaluación cognoscitiva más utilizados; evalúa aspectos de orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva.
- **Cuestionario de Pfeffer**.- Instrumento que mide aspectos cognoscitivos a través de un informante. Mide las actividades instrumentales de la vida diaria. Al usarla junto con el MMSE, detecta deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia. Ambos tests, usados conjuntamente, han mostrado una alta sensibilidad (95%) y especificidad (84%).
- **Cuestionario de violencia familiar**.- Se elaboró un cuestionario en el que intervinieron expertos de la institución en esta área y que tuvieron como punto de partida otros cuestionarios como el utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y comportamientos asociados, en Lima Metropolitana y Callao, de Anicama y colaboradores y el de la Encuesta Nacional de Hogares del INEL. Asimismo, se introdujo modificaciones derivadas de las experiencias de Lima y la sierra.
- **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10^{*.75}**.- Elaborado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, es un instrumento basado en la CIE 10, y obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos. Ha sido validado por sus autores, habiendo mostrado una adecuada concordancia con instrumentos de evaluación importantes⁷⁶, con la ventaja de ser de fácil aplicación (15 minutos en promedio) y no requerir entrenamiento tan intenso como otros instrumentos. Para el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Lima fue adaptado lingüísticamente a través del ensayo piloto en personas residentes de cien viviendas provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. El instrumento fue adaptado para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis meses, además de la prevalencia actual de los principales desórdenes psiquiátricos. En la sierra y en la selva, fue nuevamente validado lingüísticamente a través de pruebas en campo.
- **Cuestionario sobre determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. Adaptado y modificado**.- El Instituto Nacional de Estadística e Informática introdujo preguntas sobre acceso a servicios de salud para la Encuesta Nacional de Hogares 1998;⁷⁷ algunas de estas preguntas fueron adaptadas para el modelo de la salud mental y agregándose otras más en base a la revisión de la literatura. La identificación del grupo de estudio se realizó a través de la pregunta: "¿Alguna vez en su vida ha tenido algún problema con sus nervios o de tipo emocional, como por ejemplo excesiva ansiedad, depresión o preocupación, dificultad para relacionarse socialmente o para controlar sus pensamientos o problemas relacionados al consumo de alcohol o drogas?" Si la respuesta era positiva se ubicaba el último periodo en el que se había padecido el problema para establecer el tiempo de referencia de 6 meses e indagar sólo en ellos, sobre la temática del acceso y sus características. A través de esta pregunta de auto-percepción se evalúa la demanda tal y como se comporta naturalmente.
- **Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)**.- Elaborado por Garner y Olmsted.⁷⁸ El EDI-2 es un valioso instrumento muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Es un instrumento de tipo auto-informe, 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.

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

6.1 DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL

La presente descripción del cuestionario incluye todos los capítulos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Selva Peruana 2004.

6.1.1 TIPO DE ENCUESTA

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

6.1.2 COBERTURA DE LA ENCUESTA

6.1.2.1 Cobertura Geográfica.- La encuesta se realizó a nivel urbano de las ciudades de Pucallpa, Iquitos y Tarapoto.

6.1.2.2 Cobertura Temporal.- La Encuesta se desarrolló durante los meses de julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 2004.

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

- a. Variables demográficas y socioeconómicas.
 - i. Características de la vivienda (día de la entrevista).
 - ii. Educación (día de la entrevista).
 - iii. Empleo e ingreso familiar (3 últimos meses).
 - iv. Gasto familiar (mes anterior).
- b. Aspectos de Salud mental general.
 - i. Autoestima (últimos 3 meses).
 - ii. Rasgos psicopáticos (día de entrevista, últimos 12 meses, de vida).
 - iii. Problemas de la conducta alimentaria (últimos 12 meses).
 - iv. Confianza (día de la entrevista).
 - v. Cohesión familiar (últimos 12 meses).
 - vi. Sensación soporte social (día de la entrevista).
 - vii. Sensación de seguridad ciudadana (día de la entrevista).
 - viii. Calidad de vida (último mes).
 - ix. Funcionamiento personal, laboral, social, familiar (último mes).
 - x. Nivel de conocimiento sobre aspectos de salud mental (día de la entrevista).
 - xi. Problemas relacionados con el género (día de la entrevista).
 - xii. Discriminación (de vida, últimos 12 meses).
 - xiii. Desarrollo humano (actual).
 - xiv. Estigma hacia la salud mental (actual).
- c. Función cognoscitiva (día de la entrevista).
- d. Violencia familiar.
 - i. Violencia hacia la mujer (de vida, últimos 12 meses).
 - ii. Violencia hacia el niño (de vida).
- e. Trastornos clínicos psiquiátricos según la CIE-10.
 - i. Trastornos de ansiedad (de vida, 12 meses, 6 meses, actual; acceso a servicios 12 meses).
 1. Agorafobia.
 2. Trastorno de pánico.
 3. Fobia social.
 4. Trastorno obsesivo-compulsivo.
 5. Trastorno de ansiedad generalizada.
 6. Trastorno de estrés postraumático.
 - ii. Trastornos afectivos (de vida, 12 meses, 6 meses, actual; acceso a servicios 12 meses).
 1. Episodio depresivo.

- 2. Distimia.
- 3. Episodio maníaco.
- iii. Trastornos de la conducta alimentaria (actual).
 - 1. Bulimia .
 - 2. Anorexia nerviosa.
- iv. Trastornos adictivos (últimos 12 meses).
 - 1. Alcohol (dependencia/abuso).
 - 2. Otras drogas (dependencia/abuso).
- v. Episodio psicótico (de vida, anual, 6 meses, actual).
- f. Acceso general a la atención en servicios de salud mental (últimos 6 meses).

6.2 MÉTODO DE LA ENTREVISTA

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

6.3 PROCESOS DE VALIDACIÓN Y CALIDAD

En el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental-2002 (EEMSM) se realizó un ensayo piloto para probar toda la encuesta en 100 viviendas, 20 viviendas de cada cono. Intervino un especialista en estudios de población para mejorar la consistencia. A través de este procedimiento, se adaptó minuciosamente el instrumento con el criterio de los expertos en las distintas áreas. Para el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra (EESMSP 2003) se realizaron los ajustes necesarios y se realizó una prueba en 25 viviendas seleccionadas de áreas de la ciudad donde se encontraban personas oriundas de la ciudades que estuvieron involucradas en el estudio. Para el presente estudio se efectuaron 4 *focus groups* en la ciudad de Pucallpa. A través de anuncios, se reunieron grupos de 8 personas con cada una de las unidades de análisis con la participación de uno de los investigadores de la Institución (S.G.F.) y un psicólogo contratado para este fin. Se revisó exhaustivamente todo el cuestionario, pregunta por pregunta, indagando sobre comprensión, dificultades o necesidad de re-fraseo.

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 reentrevistas en una muestra que permitió hacer la comparación (altos coeficientes de sensibilidad y especificidad) de la información en cuanto a prevalencias de las diferentes patologías. Es decir, se detectaron las concordancias de patologías como depresión y casos de ansiedad, entre otros.

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

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

- **M.I.N.I.: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.** Esta prueba evalúa diversos trastornos clínicos, tales como depresión, ansiedad, estrés postraumático, fobia social, agorafobia, entre otros. Los índices de concordancia, a través de estadístico Kappa en estudios pilotos, han reportado cocientes entre 0,60 y 0,87 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 IESM, conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales), fue reajustado de acuerdo al ensayo piloto antes referido, mejoraron su contenido y fraseo para las poblaciones específicas. Los grados de concordancia a través del estadístico binomial tuvieron una significancia menor al 1,6% en promedio (siendo lo aceptable menor al 5%).
- **Índice de Calidad de Vida: Mezzich y 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, correlaciones entre preguntas de la prueba y criterios diagnósticos a través de otros instrumentos afines.
- **Cuestionario Violencia Familiar:** La validación de contenido y el análisis de confiabilidad mayor a 0,85 fueron los indicadores metodológicos que dan valor a la información recogida.
- **EDI-2:** Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Esta escala discriminó la integración de cada ítem con la prueba en general, a través del análisis de variabilidad de las respuestas.

6.5 ENTRENAMIENTO EN EL USO DE INSTRUMENTOS

Actividades de capacitación.

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

Actividades del piloto.

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

Actividades de la supervisión.

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

6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

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

VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

- Se confeccionó un Manual del Encuestador, en el cual se especificaron las características de los cuestionarios, la organización del trabajo de campo, las funciones de los encuestadores, la identificación y selección de viviendas, e instrucciones generales y específicas para el llenado del cuestionario. Se incluyó en él la Guía del Supervisor, en donde se especificaron sus funciones.
- Los encuestadores seleccionados fueron bachilleres de psicología, psicólogos o personas de alguna otra área de la salud, con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares, de preferencia en temas de salud mental.
- Los supervisores seleccionados fueron bachilleres de psicología, psicólogos o personas de alguna otra área de la salud, con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares o que habían participado en el proceso de validación del instrumento. Los supervisores tuvieron la responsabilidad de la conducción técnica y administrativa de la encuesta y velaron por el control de calidad de la información. Los supervisores fueron seleccionados en proceso de capacitación entre los que habían obtenido las mejores evaluaciones.
- Se requirieron 20 encuestadores, 6 supervisores, un coordinador y un sub-coordinador de campo que trabajaron como equipo en cada ciudad.
- La capacitación técnica de los supervisores y encuestadores fue responsabilidad de los investigadores del IESM. 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 hizo 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 9 días; en los dos primeros días se revisaron aspectos conceptuales y definiciones relacionadas al tema de estudio; el 3er y 4to día se dedicaron 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.
- Recopilación de los datos.- Se empleó el método de la entrevista directa. Se entrevistó el hogar principal. Se hizo un registro de todos los miembros del hogar para determinar los criterios de inclusión de las cuatro unidades de análisis: una mujer unida, un adulto, un adolescente y un adulto mayor. Se eligió a la mujer unida, jefa del hogar o esposa del jefe del hogar. Si la jefa del hogar no fuese mujer unida se procedió a elegir al azar a través de una tabla suministrada.
- En un plazo de 6 semanas los encuestadores recogieron toda la información, considerándose un promedio de 2,5 viviendas por día.
- La supervisión fue constante tanto en el recojo de información como en la calidad de la información, a través de seguimientos presenciales, de análisis de gabinete y análisis cuantitativos.
- Se estructuró un programa para la consistencia y el control de calidad de los datos a ingresar en la base de datos, codificando los resultados. Los resultados de las encuestas fueron ingresados por 4 digitadoras desde la primera semana de iniciada la encuesta.
- Se dio consistencia a los datos. La primera consistencia se realizó en el campo a través de los supervisores. Después de la digitación se procedió a una consistencia mecanizada a través del programa referido, el cual detectó omisiones e inconsistencias lógicas; se validaron variables, así como se identificaron valores extremos para su posterior verificación.

VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

De las 5 616 viviendas que se planearon en el estudio de las tres ciudades se logró ingresar a 5 494 hogares, siendo 5 180 ingresos completos (92,23%) y 314 incompletos (5,59%). El rechazo se presentó en 42 viviendas (0,74%), las ausencias en 55 (0,97%), las desocupadas 25 (0,44 %). El grado de apertura exitosa fue del 97,82%. No existieron problemas mayores y la colaboración de los entrevistados fue muy satisfactoria.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

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

En este primer reporte se han relacionado en forma general algunos factores de corte como las variables de edad, género, nivel de pobreza y ciudad de residencia, con variables de salud mental. Cuando las variables de salud mental fueron nominales (ejemplo: depresión *versus* no depresión) y las variables relacionadas también (genero, edad, condición de cobertura de necesidades básicas, cono de residencia), se realizaron pruebas χ^2 convertidas al estadístico F para considerar el diseño de la encuesta (a través del paquete estadístico para muestras complejas del SPSS V13), considerando un nivel de significancia de $\alpha=0.05$. En cada caso se utilizaron análisis estadísticos según los procedimientos antes descritos, de acuerdo al tipo de variable. Asimismo, se han descrito en la mayoría de los estimados, el error estándar, los intervalos de confianza, el efecto de diseño ($deff$) y el coeficiente de variación. Se ha asumido que un índice del coeficiente de variación es aceptable hasta en un 15,0%. Por lo tanto, se sugiere al lector la consulta de dichos coeficientes en el anexo respectivo.

Se realizaron los análisis estadísticos en un computador Pentium IV mediante el programa estadístico de SPSS versión 13 para muestras complejas.



RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO EN LA SELVA





DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

El objetivo de la encuesta consistió en ingresar a 5 616 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 Iquitos, Tarapoto y Pucallpa.

TABLA 2
ENCUESTADOS SEGÚN UNIDADES DE ANÁLISIS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA - 2004

ENCUESTADOS	FRECUENCIA
Adulto	3 909
Mujeres Unidas	3 572
Adultos Mayores	1 187
Adolescentes	1 861

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

TABLA 3
POBLACIÓN TOTAL PONDERADA Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN CIUDAD
(POBLACIÓN ADULTA)

CIUDAD	PONDERADO	%
Iquitos	241 022	55,1
Tarapoto	67 381	15,4
Pucallpa	129 247	29,5
Total	437 650	100,0

Con respecto a la situación socioeconómica, se decidió evaluar los niveles de pobreza a través del método de necesidades básicas insatisfechas (NBIs), similar al utilizado por el INEI, y un estimado subjetivo de la percepción de capacidad de cobertura de las necesidades básicas. En este sentido, se realizó una pregunta directa a la jefa del hogar o la esposa del jefe del hogar sobre si sus ingresos cubrían determinadas necesidades básicas. En la Tabla 4a observamos que, según la presencia de NBIs, el 31,6% de los hogares encuestados son pobres y el 31,6% son pobres extremos, y según la percepción de cobertura de las necesidades básicas, el 33,9% de los hogares son pobres mientras que el 3,6% son pobres extremos (Tabla 4b).

TABLA 4A
NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS*
(NBI) EESMSLP - 2004

	NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	%
POBRES EXTREMOS	DOS Ó MÁS NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	31,6
POBRES	UNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	31,6
NO POBRES	NINGUNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	36,8

* 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, DEL EESMSLP - 2004

NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE CONSUMO		%
POBRES EXTREMOS	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	3,6
POBRES	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	33,9
NO POBRES BÁSICO	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO, ETC.	57,2
NO POBRES	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS NECESIDADES	5,4

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS





CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

El número de adultos encuestados fue de 3 909 personas, y acorde al diseño técnico de muestreo otorgan una inferencia a 437 649 habitantes de las ciudades de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa; en la muestra éstas se encontraron distribuidas en 46,9% de varones y 53,1% de mujeres. Los resultados se presentan en base a la población expandida y balanceada con relación al género (Tabla 5).

TABLA 5.
NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	3 909	46,9	53,1
Expandido	437 649	46,8	53,2

EDAD

La edad promedio ponderada de los adultos encuestados fue de 37,6 años, siendo la distribución muy heterogénea, es decir personas desde los 18 años hasta los 94 años. De acuerdo a los grupos etarios se aprecia que la muestra conformó una asimetría positiva, siendo el mayor porcentaje en los grupos etarios de 25 a 44 años. (Tabla 6).

TABLA 6
EDAD DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Ponderada	37,6	15,5
Grupo Etario	Ponderado(%)	Sin Ponderar(%)
18 a 24 años	24,5%	19,8%
25 a 44 años	46,4%	51,0%
45 a 64 años	22,2%	21,7%
65 a más	6,9%	7,5%

ESCOLARIDAD

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

TABLA 7
ADULTOS QUE NO SABEN LEER NI ESCRIBIR EN IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE ANALFABETISMO	%
Total	2,3
Masculino	1,1
Femenino	3,4

De la muestra en estudio, el 46% tiene por lo menos educación secundaria. No se hacen 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 IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Sin nivel	1,5	0,4	2,6
Inicial / preescolar	0,0	0,0	0,1
Primaria	22,6	19,4	25,5
Secundaria	46,6	47,9	45,5
Bachillerato	0,0	0,0	0,0
Superior no universitario	15,9	15,8	16,0
Superior Universitario	12,8	15,8	10,2
Postgrado	0,4	0,7	0,2

ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 62,2% de los adultos se encuentran en situación de unido (conviviente o casado) y un 9,5% está separado o divorciado. Una cuarta parte es soltero (Tabla 9).

TABLA 9
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ESTADO CIVIL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Conviviente	34,6	34,5	34,7
Separado	9,1	5,0	12,7
Divorciado	0,4	0,2	0,6
Viudo	3,4	1,6	5,0
Casado	27,6	27,7	27,4
Soltero	24,9	31,0	19,6

OCUPACIÓN

Un 21,5% de los varones estuvo sin trabajar la semana anterior, frente a un 47,3% de las mujeres (Tabla 10). Las cifras de desempleo llegan al 10,5%, siendo un mayor porcentaje para las mujeres.

TABLA 10
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Trabajó la semana anterior	64,8	78,5	52,7
Está buscando trabajo	10,5	22,1	6,2

INGRESOS ECONÓMICOS

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

TABLA 11
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES (NUEVOS SOLES), DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

INGRESOS (NUEVOS SOLES)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
< de 300	38,3	26,9	52,6
301 a 600	30,0	37,4	20,6
601 a 1200	25,2	27,5	22,4
> de 1200	6,5	8,2	4,3



SALUD MENTAL DEL ADULTO

SALUD MENTAL DEL ADULTO EN IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA

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, motivacional y en sus expectativas y proyectos hacia el futuro. Por ello se ha planteado una serie de preguntas que cubren diversos aspectos contextuales de la vida de la persona, tanto a nivel macro, como a nivel de su desenvolvimiento social próximo.

ENTORNO GENERAL

En cuanto a los problemas que enfrenta el país, tanto el hombre como la mujer perciben que el problema principal es el desempleo, con un 58,2% y 50,5% respectivamente. Sigue en importancia la pobreza, percibida más importante por las mujeres (20,5%) que por los hombres (11,3%). A continuación han sido considerados el manejo económico y la corrupción, aunque en porcentajes mucho menores (Tabla 12). Frente a estos problemas la mayoría de los encuestados se manifiestan con preocupación, pena o tristeza y amargura o rabia. Hay diferencias entre ambos géneros en el sentimiento de tristeza o pena, la cual afecta más a las mujeres; 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 IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PROBLEMAS PERCIBIDOS	MANEJO						
	DESEMPLEO %	POBREZA %	ECONÓMICO %	CORRUPCIÓN %	DELINCUENCIA %	VIOLENCIA %	OTROS %
Total	54,1	16,2	3,9	9,3	4,1	3,6	8,2
Masculino	58,2	11,3	3,9	12,0	2,7	1,4	10,2
Femenino	50,5	20,5	4,0	6,9	5,3	5,6	6,4

TABLA 13
ESTADOS EMOCIONALES FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ESTADOS	AMARGURA, IMPOTENCIA					
	PREOCUPACIÓN %	PENA, TRISTEZA %	O DEPRESIÓN %	RABIA O CÓLERA %	DESILUSIÓN %	OTROS %
Total	31,8	20,5	19,7	5,7	8,1	12,4
Masculino	32,3	12,8	22,7	6,6	9,4	14,1
Femenino	31,4	27,4	16,8	5,0	6,9	11,0

La falta de capital monetario y de sistemas de crédito financiero resalta la importancia de fortalecer el capital social, el cual se basa en la confianza. Esto es más importante en zonas menos favorecidas económicamente, como la selva del país. La medida en que las personas confían en sus autoridades y en las personas de su entorno nos da una referencia de estimación sobre el grado de confianza de la persona en el sistema. En este sentido, resalta la desconfianza en las autoridades políticas (alrededor del 90%), líderes de la comunidad o alcaldes, jueces, así

como en las autoridades policiales y militares, tanto hombres como mujeres. Existe más confianza en religiosos y maestros (Tabla 14).

TABLA 14
CONFIANZA EN AUTORIDADES Y PERSONAS DEL ENTORNO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLICIALES			
Total	61,3	31,0	7,7
Masculino	60,6	31,7	7,7
Femenino	62,0	30,3	7,7
AUTORIDADES MILITARES			
Total	56,9	31,7	11,4
Masculino	53,1	32,9	14,0
Femenino	60,3	30,6	9,1
RELIGIOSOS			
Total	33,3	28,7	38,1
Masculino	36,8	30,4	32,8
Femenino	30,1	27,1	42,8
MAESTROS			
Total	23,0	40,8	36,2
Masculino	24,1	41,9	34,0
Femenino	21,9	39,9	38,2
MEDICOS			
Total	16,9	38,6	44,6
Masculino	16,2	39,0	44,8
Femenino	17,5	38,1	44,3
AUTORIDADES POLÍTICAS			
Total	90,7	8,4	0,9
Masculino	91,2	8,1	0,8
Femenino	90,4	8,6	1,0
LIDERES DE SINDICATOS			
Total	64,4	25,1	10,5
Masculino	64,8	25,1	10,2
Femenino	63,9	25,1	11,0
LÍDERES DE LA COMUNIDAD/ALCALDE			
Total	71,4	24,7	3,9
Masculino	68,8	26,6	4,6
Femenino	73,6	23,0	3,4
SU JEFE EN EL TRABAJO			
Total	21,8	33,0	45,2
Masculino	20,5	35,8	43,7
Femenino	23,7	28,7	47,5
VECINOS			
Total	63,1	26,4	10,5
Masculino	56,6	31,5	11,9
Femenino	68,9	21,9	9,3
PERIODISTAS			
Total	59,7	31,5	8,7
Masculino	60,6	31,7	7,7
Femenino	58,9	31,4	9,7
JUECES			
Total	64,5	27,2	8,4
Masculino	66,5	25,9	7,5
Femenino	62,6	28,2	9,2

Con respecto a la seguridad que las personas perciben en su entorno, la gran mayoría no se siente protegido por el Estado, (72,4%), y algo menos protegidas las mujeres en comparación con los hombres. Esto contrasta enormemente con los sentimientos de protección que genera la familia y la creencia en Dios, 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
IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO			
Total	72,4	23,8	3,8
Masculino	72,7	23,6	3,6
Femenino	72,1	23,9	4,0
DE LA FAMILIA			
Total	12,4	15,5	72,2
Masculino	11,9	17,1	71,0
Femenino	12,8	14,1	73,2
DEL SINDICATO			
Total	45,8	40,1	14,2
Masculino	50,5	39,4	10,1
Femenino	40,8	40,8	18,4
DE DIOS			
Total	3,1	3,2	93,7
Masculino	4,7	4,3	91,0
Femenino	1,7	2,2	96,1
DE LA COMUNIDAD			
Total	51,0	32,5	16,5
Masculino	48,5	33,9	17,6
Femenino	53,2	31,2	15,6
OTROS			
Total	13,0	19,8	67,2
Masculino	14,2	24,8	60,9
Femenino	11,9	15,6	72,5

ESTRESORES PSICOSOCIALES

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

TABLA 16
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO			
Total	52,8	22,2	25,1
Masculino	52,4	25,0	22,6
Femenino	53,3	18,4	28,3
ESTUDIO			
Total	48,2	23,9	27,9
Masculino	50,8	22,2	27,0
Femenino	45,6	25,6	28,8
HIJOS Y PARIENTES			
Total	54,9	14,8	30,3
Masculino	59,9	14,2	25,9
Femenino	50,5	15,3	34,2
PAREJA			
Total	62,9	13,3	23,8
Masculino	69,4	10,6	20,1
Femenino	56,7	16,0	27,4
DINERO			
Total	37,3	27,5	35,2
Masculino	40,2	27,9	31,9
Femenino	34,8	27,2	38,0
SALUD			
Total	35,4	20,2	44,4
Masculino	38,3	20,4	41,3
Femenino	32,9	20,0	47,1
ASUNTOS CON LA LEY			
Total	82,3	8,8	8,9
Masculino	82,9	8,4	8,7
Femenino	81,7	9,2	9,1
TERRORISMO			
Total	50,2	9,4	40,5
Masculino	55,1	11,0	33,8
Femenino	45,8	7,9	46,3
DELINCUENCIA			
Total	30,5	10,1	59,4
Masculino	34,2	12,3	53,5
Femenino	27,3	8,2	64,5
NARCOTRÁFICO			
Total	42,7	10,0	47,3
Masculino	47,1	11,7	41,3
Femenino	38,9	8,6	52,6

El indicador de experiencias traumáticas es de particular interés debido a la escalada de violencia vivida en la Selva. Estas experiencias han sido definidas aquí como el haber sido testigo de algún acontecimiento extremadamente traumático, durante el cual han muerto personas o en las que el entrevistado haya visto gravemente amenazada su integridad física. Estas situaciones dan lugar muchas veces a patologías psiquiátricas como el trastorno de estrés postraumático. En el caso de la población adulta, el 40,0% de la población se ha visto en situaciones semejantes, siendo la proporción mayor para el género masculino (Tabla 17).

TABLA 17
PREVALENCIA DE VIDA DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	%
Total	40,0
Masculino	46,4
Femenino	34,4

Al lado de los estresores psicosociales existen otras fuentes de estrés; 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 IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

POBLACIÓN CON ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	%
Total	54,8
Masculino	49,5
Femenino	59,6

DISCRIMINACIÓN

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

TABLA 19
PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN SEGÚN TIPOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

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

ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los estados anímicos comunes de las personas no son, de por sí, estados patológicos, pero pueden darnos una idea rápida de las tendencias anímicas, además de que pueden repercutir en la calidad de vida de las personas. Se ha indagado la frecuencia de tales estados en el momento actual de su vida y se ha intentado utilizar términos comunes al lenguaje cotidiano. En la población general, entre el 10% y el 30% de las personas experimentan 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 correlación directa con la presencia de trastornos depresivos o ansiosos (Tabla 20).

TABLA 20
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE			
Total	6,3	77,4	16,3
Masculino	9,0	81,0	10,0
Femenino	3,9	74,3	21,8
TENSO			
Total	17,4	69,1	13,5
Masculino	22,2	69,0	8,8
Femenino	13,2	69,2	17,6
ANGUSTIADO			
Total	29,4	59,7	10,8
Masculino	38,2	54,7	7,0
Femenino	21,7	64,2	14,1
IRRITABLE			
Total	24,3	59,9	15,9
Masculino	28,2	60,2	11,6
Femenino	20,8	59,5	19,7
PREOCUPADO			
Total	4,5	61,3	34,1
Masculino	5,9	66,2	27,9
Femenino	3,3	57,1	39,6
TRANQUILO			
Total	2,0	29,0	69,0
Masculino	2,4	22,9	74,7
Femenino	1,6	34,3	64,0
ALEGRE			
Total	0,6	23,5	75,9
Masculino	0,8	18,9	80,2
Femenino	0,5	27,5	72,0
ABURRIDO			
Total	27,8	61,5	10,7
Masculino	30,5	61,9	7,6
Femenino	25,5	61,1	13,4
OTRO			
Total	11,5	7,8	80,8
Masculino	15,1	10,3	74,7
Femenino	8,8	5,9	85,3

SATISFACCIÓN PERSONAL

La satisfacción personal en las distintas áreas de la vida está en directa relación con la autoestima personal. La estima personal se construye en forma muy compleja desde temprana edad a través de las experiencias con el medio. Esta interacción deriva en logros con los cuales la persona puede o no estar conforme influenciando en su autovalía personal. En una escala de 5 a 20, el grado de satisfacción personal de los encuestados se encuentra en una media de 16,7% (Tabla 21).

Con relación a la satisfacción personal específica, más de la mitad de los encuestados muestra una considerable satisfacción con respecto a su aspecto físico, inteligencia, la profesión u oficio que estudió o está estudiando y sus relaciones sociales. Sin embargo, esta satisfacción es mucho menor en el nivel económico y el nivel educativo alcanzado. El grado de insatisfacción con relación al aspecto económico (29,9%) se asocia con los niveles de pobreza (Tabla 22). En general, existe una tendencia a una menor satisfacción en las mujeres en comparación con los hombres.

TABLA 21
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL* EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	16,7	2,4	17,0	18,0	15,1	18,7
Masculino	16,9	2,3	17,3	18,0	15,4	18,8
Femenino	16,6	2,5	17,0	18,0	15,0	18,6

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

TABLA 22
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS,
TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO			
Total	9,8	24,1	66,0
Masculino	7,2	23,6	69,2
Femenino	12,1	24,6	63,2
COLOR DE PIEL			
Total	5,7	13,5	80,8
Masculino	4,5	14,6	80,9
Femenino	6,7	12,5	80,8
INTELIGENCIA			
Total	9,6	24,6	65,8
Masculino	7,8	23,8	68,4
Femenino	11,3	25,2	63,5
NIVEL ECONÓMICO			
Total	29,9	45,5	24,6
Masculino	29,4	47,6	23,0
Femenino	30,2	43,7	26,1
PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)			
Total	8,6	19,3	72,1
Masculino	8,6	19,8	71,6
Femenino	8,6	18,8	72,6
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO			
Total	34,5	31,2	34,3
Masculino	30,8	32,4	36,8
Femenino	37,8	30,1	32,1
RELIGIÓN			
Total	7,4	14,4	78,2
Masculino	10,1	16,9	73,1
Femenino	5,2	12,2	82,7
RELACIONES SOCIALES			
Total	16,5	30,9	52,6
Masculino	14,1	31,1	54,8
Femenino	18,6	30,7	50,7
LUGAR DE RESIDENCIA			
Total	14,6	26,4	59,0
Masculino	13,6	27,5	58,9
Femenino	15,6	25,4	59,0

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 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 (Tabla 23 y 24).

TABLA 23
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	16,5	2,8	17,0	20,0	15,0	18,8
Masculino	16,4	2,8	16,7	20,0	15,0	18,8
Femenino	16,6	2,8	17,5	20,0	15,0	18,8

TABLA 24
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA			
Total	9,5	25,4	65,2
Masculino	9,4	27,1	63,5
Femenino	9,5	23,1	67,4
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA			
Total	13,2	28,0	58,8
Masculino	13,3	29,3	57,3
Femenino	13,0	26,2	60,8
CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO			
Total	8,3	26,3	65,3
Masculino	9,4	27,0	63,6
Femenino	6,5	25,2	68,4
CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO			
Total	15,7	35,5	48,8
Masculino	15,0	38,1	46,9
Femenino	16,5	32,1	51,4
CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES			
Total	13,0	26,0	61,0
Masculino	13,7	28,4	57,8
Femenino	12,0	22,2	65,8
CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE			
Total	35,4	41,7	22,9
Masculino	34,2	45,2	20,6
Femenino	37,0	37,1	25,9

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es una construcción conceptual que involucra áreas como el bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. A continuación se presenta el resultado global correspondiente al Índice de Calidad de Vida 72 que en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente, se halla en un 7,6%. El valor de este resultado va a ser mejor apreciado como indicador comparativo en posteriores estudios. Aun así, la cifra encontrada indica un nivel aceptable de calidad vida desde la perspectiva de la propia persona. Estudios posteriores presentarán los detalles específicos de este indicador (Tabla 25).

TABLA 25
CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	7,6	1,1	7,6	7,6	6,9	8,4
Masculino	7,5	1,1	7,5	8,0	6,8	8,3
Femenino	7,6	1,1	7,6	7,6	6,9	8,4

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 documento presentamos 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. En general, encontramos que alrededor de una décima parte de la población tiene al menos alguna discapacidad o inhabilidad (Tabla 26 y 27).

TABLA 26
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

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

TABLA 27
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN GENERAL ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004 CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
Total	8,5
Masculino	8,5
Femenino	8,5

ASPECTOS PSICOPÁTICOS

El clima de paz y tranquilidad que debe existir entre los ciudadanos se ve afectado cuando la persona quiebra sistemáticamente las reglas y leyes de la sociedad. Si bien existe una personalidad definidamente antisocial, cuyas causas se han relacionado hasta con factores genéticos, en esta ocasión evaluamos tendencias más sutiles y sensibles a los cambios e influencias de la sociedad. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente, la violencia o el robo. La primera se encuentra en 9,9% de la población y la segunda en 6,6%, cifras que denotan una importante proporción de individuos en estas condiciones (Tabla 28).

TABLA 28
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	
Total	9,9
Masculino	10,8
Femenino	9,0
PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	
Total	6,6
Masculino	8,9
Femenino	4,5

INDICADORES SUICIDAS

En este estudio se ha decidido investigar los indicadores suicidas en una forma más detallada, empezando con las formas más sutiles como los deseos de morir, pasando por pensamientos suicidas específicos, el planeamiento y el intento suicidas. Estos indicadores son más sensibles, antes del suicidio consumado y más susceptibles de acciones preventivas. No se sostiene que las causas que expliquen uno u otro, o el mismo suicidio, deban ser necesariamente las mismas, sin embargo, existe algún tipo de vinculación importante. De primera intención observamos que los indicadores son importantes especialmente en el sexo femenino, llegando a un 15,8% 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 32,5% de la población adulta de las ciudades de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, alguna vez en su vida, ha presentado deseos de morir, un 11,5% lo ha considerado en el último año y un 4,6% en el último mes. Con relación a ideas suicidas más definidas, el 14,2% y el 6,0% ha tenido alguna vez en su vida pensamientos de quitarse la vida y planes suicidas respectivamente. En cuanto a la conducta suicida que denota un indicador más objetivo con impacto familiar y económico, el 3,6% de la población encuestada ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 0,6% lo habría realizado en el último año. Esta última cifra, debido al tamaño de muestra y al nivel de precisión, debe ser tomada con cautela, sin embargo, es clara la tendencia. Un 13,0% de las personas, que intentó hacerse daño, considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta.

TABLA 29
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

INDICADORES SUICIDAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	32,5
Masculino	21,0
Femenino	42,7
PREVALENCIA EN EL AÑO DE DESEOS DE MORIR	11,5
Masculino	6,5
Femenino	15,8
PREVALENCIA EN EL MES DE DESEOS DE MORIR	4,6
Masculino	2,7
Femenino	6,2
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	14,2
Masculino	9,8
Femenino	18,1
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	4,4
Masculino	2,8
Femenino	5,7
PREVALENCIA EN EL MES DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	1,5
Masculino	1,1
Femenino	1,8
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	6,0
Masculino	4,4
Femenino	7,3
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	1,4
Masculino	1,1
Femenino	1,8
PREVALENCIA EN EL MES DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	0,5
Masculino	0,7
Femenino	0,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS	3,6
Masculino	2,2
Femenino	4,8
PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,6
Masculino	0,4
Femenino	0,8
PREVALENCIA EN EL MES DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,1
Masculino	0,1
Femenino	0,0
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,4
	(13,0% de los intentos)
Masculino	0,5
Femenino	0,3

Observamos 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, problemas económicos y problemas con los padres. Se aprecia también que los principales motivos de intento suicida son: problemas de pareja, problemas con los padres y problemas económicos. En el caso del sexo femenino más de mitad de los casos de intento suicida se relaciona con la pareja. En el caso de los hombres la distribución es más heterogénea siendo la causa más frecuente los problemas económicos. Es probable que esto se deba a que los hombres resienten más que las mujeres la responsabilidad económica del hogar.

TABLA 30
MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE
IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TÓPICOS		MOTIVOS DE	MOTIVOS DE
		DESEOS SUICIDAS	DESEOS SUICIDAS
		%	%
PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN	Total	0,3	0,5
	Masculino	0,7	1,8
	Femenino	0,2	0,0
PROBLEMAS CON LOS PADRES	Total	15,2	24,0
	Masculino	16,3	3,5
	Femenino	14,7	32,3
PROBLEMAS CON LOS HIJOS	Total	7,0	1,1
	Masculino	1,4	3,7
	Femenino	9,4	0,0
PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES	Total	5,8	11,0
	Masculino	7,7	19,2
	Femenino	5,0	7,7
PROBLEMAS CON LA PAREJA	Total	30,9	38,0
	Masculino	16,3	46,5
	Femenino	37,2	34,6
PROBLEMAS CON AMISTADES	Total	1,6	1,8
	Masculino	1,2	0,0
	Femenino	1,8	2,5
PROBLEMAS LABORALES	Total	3,4	5,4
	Masculino	6,7	3,4
	Femenino	1,9	6,2
PROBLEMAS CON LOS ESTUDIOS	Total	2,5	3,9
	Masculino	4,2	0,0
	Femenino	1,8	5,5
PROBLEMAS ECONÓMICOS	Total	19,4	13,3
	Masculino	22,3	22,2
	Femenino	18,2	9,7
PROBLEMAS CON LA SALUD FÍSICA	Total	14,8	4,9
	Masculino	20,6	15,1
	Femenino	12,3	0,7
SALUD FÍSICA DE ALGÚN FAMILIAR	Total	3,5	0,7
	Masculino	2,8	0,0
	Femenino	3,9	0,9
SEPARACIÓN DE UN FAMILIAR	Total	3,1	0,8
	Masculino	4,0	0,0
	Femenino	2,7	1,1
MUERTE DE LA PAREJA	Total	1,6	0,0
	Masculino	2,1	0,0
	Femenino	1,3	0,0
MUERTE DE UN HIJO	Total	1,8	0,7
	Masculino	0,2	0,0
	Fem	2,5	1,0
MUERTE DEL PADRE(S)	Total	4,9	2,1
	Masculino	8,1	4,5
	Femenino	3,6	1,0
PROBLEMAS CON ALGUNA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	Total	2,7	7,3
	Masculino	3,8	5,6
	Femenino	2,3	8,0
SIN MOTIVO APARENTE	Total	0,6	4,4
	Masculino	0,0	0,0
	Femenino	0,8	6,2
OTROS	Total	8,8	9,0
	Masculino	11,3	14,0
	Femenino	7,7	6,9

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, habiéndose hallado que un 26,5% 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 IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

INDICADOR	%
PREVALENCIA DE VIDA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	
Total	26,5
Masculino	34,2
Femenino	19,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	
Total	4,6
Masculino	4,9
Femenino	4,3
PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	
Total	1,6
Masculino	1,5
Femenino	1,7
PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	
Total	0,6
Masculino	0,4
Femenino	0,8

FACTORES PROTECTORES

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

TABLA 32
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	18,1	2,4	19,2	20,0	16,7	20,0
Masculino	18,3	2,2	19,2	20,0	17,5	20,0
Femenino	17,9	2,5	18,3	20,0	16,7	20,0

TABLA 33
TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS ES MUY IMPORTANTE	SIENTE PROTECCIÓN DE DIOS	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	PARTICIPA ACTIVAMENTE	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	TRASMITE RELIGIÓN A HIJOS	PREDICA RELIGIÓN A OTRAS PERSONA	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
	%	%	%	%	%	%	%	%
Total	93,4	93,7	76,6	19,3	70,4	54,1	32,2	58,0
Masculino	91,4	91,0	71,5	15,7	66,3	44,8	31,3	58,9
Femenino	95,2	96,1	81,0	22,3	73,8	62,0	32,9	57,3

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la Tabla 34 se presentan las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual por grupos de trastornos clínicos según criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En general, las mujeres padecen más trastornos depresivos y ansiosos que los hombres y éstos padecen marcadamente más problemas por uso de sustancias. Más de un tercio de la población de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa (39,3%) alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico; cerca de una quinta parte los ha sufrido en los últimos 12 a seis meses (22,6 - 20,1), y un 15,4% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta. Como grupo, los trastornos de ansiedad han sido los más frecuentes, sin embargo, las prevalencias disminuyen considerablemente en las prevalencias del último año, lo que estaría reflejando la disminución de los estresores psicosociales en la región. Sin embargo, si consideramos las prevalencias anuales, los trastornos por uso de sustancias son los más frecuentes (10,3%), seguidos por los trastornos depresivos (8,6%).

Las Tablas 35, 36, 37 y 38 presentan respectivamente las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual de los principales trastornos psiquiátricos de la población de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, así como la distribución por sexo. En lo que concierne a prevalencia de vida, el desorden más frecuente es el episodio depresivo, con un (21,4%), seguido por el trastorno de estrés postraumático (8,9%) y el trastorno de ansiedad generalizada (8,2%) (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 (8,8%) y el episodio depresivo (8,2%). Este último caso afecta con mayor frecuencia al sexo femenino y el primer caso a alrededor de una quinta parte del sexo masculino. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien las prevalencias son bajas, las conductas de riesgo reportadas son moderadas (9,0%), especialmente en las mujeres (12,4%) (Tabla 38).

TABLA 34
PREVALENCIA DE VIDA, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS EN GENERAL DE
IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE TRASTORNOS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO*	
Total	39,3
Masculino	37,0
Femenino	41,3
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	
Total	22,6
Masculino	25,5
Femenino	20,0
PREVALENCIA A SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**	
Total	20,1
Masculino	24,4
Femenino	16,3
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO **	
Total	15,4
Masculino	22,3
Femenino	9,2
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL ***	
Total	18,3
Masculino	14,3
Femenino	21,8
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
Total	6,2
Masculino	4,4
Femenino	7,9
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN GENERAL.	
Total	5,5
Masculino	3,6
Femenino	7,1
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
Total	3,7
Masculino	2,9
Femenino	4,4
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL ****	
Total	21,9
Masculino	13,5
Femenino	29,2
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
Total	8,6
Masculino	4,5
Femenino	12,2
Prevalencia a seis meses de trastornos depresivos en general	
Total	6,2
Masculino	3,4
Femenino	8,6
Prevalencia actual de trastornos depresivos en general	
Total	2,5
Masculino	1,5
Femenino	3,4
Prevalencia anual de abuso o dependencia a cualquier sustancia	
Total	10,3
Masculino	19,3
Femenino	2,4

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

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

*** 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 DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,2	0,2	0,2
TRASTORNO BIPOLAR	0,1	0,2	0,1
EPISODIO DEPRESIVO	21,4	13,5	28,4
DISTIMIA	0,6	0,1	1,0
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,9	0,8	0,9
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	8,9	6,7	10,9
FOBIA SOCIAL	1,5	1,5	1,4
TRASTORNO DE PÁNICO	1,0	1,1	1,0
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	8,2	5,6	10,4
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,2	0,2	0,1
TRASTORNO DEPRESIVO EN GENERAL	21,9	13,5	29,2

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

TABLA 36
PREVALENCIA ANUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
EPISODIO DEPRESIVO	8,2	4,2	11,6
DISTIMIA*	0,4	0,3	0,5
TRASTORNOS PSICÓTICOS**	0,2	0,2	0,2
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,4	0,1	0,6
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	2,3	1,7	2,9
FOBIA SOCIAL	0,6	0,4	0,8
TRASTORNO DE PÁNICO	0,6	0,7	0,5
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,5	1,7	3,3
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,1	0,0	0,1
DEPENDENCIA O CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	8,8	17,5	1,2

* 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 IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
EPISODIO DEPRESIVO	5,8	3,1	8,1
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,2	0,2	0,2
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,3	0,0	0,6
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,7	1,4	2,0
FOBIA SOCIAL	0,5	0,2	0,7
TRASTORNO DE PÁNICO	0,5	0,6	0,4
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,6	1,4	3,7
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 positivos la presencia de por lo menos cinco de los criterios descritos.

TABLA 38
PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,1	0,0	0,1
EPISODIO DEPRESIVO	2,1	1,2	2,9
DISTIMIA**	0,4	0,3	0,5
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,1	0,0	0,2
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,1	1,1	1,1
FOBIA SOCIAL	0,4	0,2	0,5
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,0	1,4	2,6
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,0	0,0	0,0
TRASTORNO DE PÁNICO	0,2	0,2	0,2
BULIMIA NERVOSA	0,1	0,0	0,1
ANOREXIA NERVOSA	0,0	0,0	0,0
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS***	9,0	5,1	12,4

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

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

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

USO DE SUSTANCIAS

En esta área son importantes, desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, la prevalencia de consumos en general, la edad de inicio y las conductas alcohólicas riesgosas, entre otras. Las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco, seguida por la hoja de coca, y en todos los casos se encuentra una mayor frecuencia de uso, abuso y dependencia en el género masculino. En la Tabla 39 observamos que, sin considerar el alcohol, la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales se encuentra en 74,4%, mientras que la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se halla en un 9,5%. El consumo actual (en el último mes) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 27,9% y 0,3% respectivamente. Con respecto sustancias específicas, la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (6,1%), seguida de la cocaína con el 2,0%; las prevalencias de consumo actual (en el último mes) siguen siendo importantes para el alcohol (50,0%) y el tabaco (26,5%). (Tabla 40).

TABLA 39
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	74,5	90,7	60,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	74,4	90,6	60,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHÓLICAS	9,5	17,9	2,1
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	27,9	40,8	16,6
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	27,9	40,7	16,6
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	0,3	0,7	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 DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE SUSTANCIAS*	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	97,6	99,6	95,7
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE ALCOHOL	50,0	62,6	38,9
PREVALENCIA DE VIDA DL CONSUMO DE TABACO	72,5	90,0	57,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES CONSUMO DE TABACO	26,5	40,1	14,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,6	0,5	0,7
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,1	0,0	0,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	1,4	1,2	1,6
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE PASTILLAS PARA DORMIR	0,3	0,3	0,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	2,5	1,0	3,9
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	1,3	0,5	2,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,3	0,2	0,4
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	4,6	7,8	1,7
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE HOJA DE COCA	0,1	0,1	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	6,1	12,0	0,9
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,2	0,5	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA	2,0	3,5	0,7
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE COCAÍNA	0,1	0,1	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	4,6	9,0	0,7
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE PBC	0,1	0,2	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	5,7	10,7	1,4

* 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 que la edad de inicio de consumo, considerando todas las sustancias, de la mayoría de los entrevistados se encuentra en promedio entre los 14 y 30 años, y la sustancia que se inicia en promedio a menor edad es el éxtasis. 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 LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE SUSTANCIA*	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	MIN	MAX
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	17,55	5,3	18,0	18,0	2,0	72,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	19,42	6,3	18,0	18,0	4,0	70,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	30,53	12,1	30,0	30,0	14,0	69,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	25,52	4,6	25,0	26,0	19,0	39,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE EXTASIS	14,00	0,0	14,0	14,0	14,0	14,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	21,75	7,2	20,0	18,0	11,0	56,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	21,84	5,8	20,0	19,0	12,0	36,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	20,58	10,3	19,0	20,0	3,0	70,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	19,17	4,1	18,0	18,0	10,0	45,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	21,46	13,4	16,0	16,0	13,0	50,0

* 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 el año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte), encontrándose una prevalencia del 16,2%. En lo que respecta al uso de sustancias se ha considerado sólo la prevalencia en el año. Como se mencionara líneas arriba la prevalencia más frecuente es del abuso o dependencia a alcohol según criterios de investigación de la CIE-10 con un 8,8%, seguido por el tabaco con el 1,8% (Tabla 42).

TABLA 42
PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE SUSTANCIA (PREVALENCIA ANUAL)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	16,2	29,2	4,8
ABUSO O DEPENDENCIA A ALCOHOL	8,8	17,5	1,2
ABUSO O DEPENDENCIA A TABACO	1,8	2,6	1,0
ABUSO O DEPENDENCIA A MARIHUANA	0,1	0,2	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA A CLORHIDRATO DE COCAÍNA	0,0	0,1	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA A PBC	0,1	0,1	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA A COCAÍNA	0,1	0,2	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA A OTRAS SUSTANCIAS	0,0	0,0	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA A CUALQUIER SUSTANCIA	10,3	19,3	2,4
DEPENDENCIA A CUALQUIER SUSTANCIA	5,7	10,6	1,4

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 a alcohol con una mayor prevalencia entre los 25 y 44 años y una menor prevalencia anual entre personas mayores de 65 años (1,8%) (Tabla 43).

TABLA 43
PREVALENCIA ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

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=4.614; df1=2.834; df2=986.361; p=0.00393)	22,4	25,3	20,2	13,2
PREVALENCIA A SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=7.069; df1=2.799; df2=974.163; p=0.00016)	17,5	23,9	18,1	10,5
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=5.189; df1=2.769; df2=963.496; p=0.00201)	12,0	18,4	14,6	9,4
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F=2.541; df1=2.760; df2=960.635; p=0.06011)	7,1	6,9	5,3	1,8
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F= 2.702; df1=2.661; df2=925.929; p=0.05128)	5,2	6,5	5,0	1,1
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F=0.779; df1=2.687; df2=934.938; p=0.49289)	4,0	3,7	3,8	1,5
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=1.449; df1=2.913; df2=1013.669; p=0.22788)	10,5	8,6	6,4	8,2
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=1.220; df1=2.585; df2=899.731; p=0.30013)	7,0	6,7	4,2	6,1
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=2.092; df1=2.392; df2=832.447; p=0.11403)	1,5	3,1	1,8	4,6
PREVALENCIA ANUAL DE USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA A ALCOHOL (F=9.762; df1=2.916; df2=1014.781; p<0.00001)	6,6	11,6	7,6	1,8

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 se los considera 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 ha incluido como medida objetiva de la pobreza las necesidades básicas insatisfechas (NBIs), que incluyen características de la vivienda (o), hacinamiento, presencia de servicios higiénicos, agua potable, electricidad, y niños en edad escolar que no estudian.

En este informe presentamos las asociaciones entre los primeros indicadores y los trastornos clínicos generales. En un reporte posterior se presentarán los análisis más detallados 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 con problemas de abuso/dependencia a alcohol. Hallazgos similares fueron encontrados en Lima Metropolitana y el Callao y más bien estuvieron ausentes en los hallazgos de la sierra. Esto puede deberse a que la pobreza en la Selva tiene características distintivas que serían importantes para el desarrollo o no de problemas de salud mental. Por ejemplo, es posible que el estrés asociado a la pobreza sea mayor en ciudades como Lima y la selva. Debemos recordar que los indicadores de pobreza urbana son más altos en la selva que en el resto del país. No se descarta que factores como el indicador utilizado tengan alguna influencia en ello. 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 IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	%
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	<i>F=53,15; df1=2,612; df2=909,13; p=0.0002</i>
No cubren ni las necesidades básicas	41,8
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	26,2
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido, etc	20,0
Cubren las necesidades básicas y otras	15,8
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	<i>F=5,168; df1=2,818; df2=980,675; p=0.00193</i>
No cubren ni las necesidades básicas	33,5
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	22,9
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido, etc	18,2
Cubren las necesidades básicas y otras	14,3
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	<i>F=3,368; df1=2,810; df2=977,975; p=0.02046</i>
No cubren ni las necesidades básicas	25,8
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	17,1
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido, etc	13,9
Cubren las necesidades básicas y otras	12,7
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL*	<i>F=3,368; df1=2,810; df2=977,975; p=0.02046</i>
No cubren ni las necesidades básicas	12,0
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	9,4
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido, etc	4,5
Cubren las necesidades básicas y otras	1,6
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	<i>F=9,935; df1=2,559; df2=890,581; p=0.00001</i>
No cubren ni las necesidades básicas	10,4
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	8,5
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido, etc	3,8
Cubren las necesidades básicas y otras	0,9
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	<i>F=8,606; df1=2,096; df2=729,352; p=0.00015</i>
No cubren ni las necesidades básicas	5,6
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	5,7
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido, etc	2,7
Cubren las necesidades básicas y otras	0,1
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL**	<i>F=7,010; df1=2,700; df2=939,722; p=0.00022</i>
No cubren ni las necesidades básicas	20,1
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	10,5
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido, etc	7,3
Cubren las necesidades básicas y otras	3,0
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	<i>F=3,569; df1=2,533; df2=881,543; p=0.01934</i>
No cubren ni las necesidades básicas	12,3
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	7,4
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido, etc	5,5
Cubren las necesidades básicas y otras	1,6
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	<i>F=5,175; df1=2,550; df2=887,286; p=0.00276</i>
No cubren ni las necesidades básicas	8,7
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	3,6
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido, etc	1,7
Cubren las necesidades básicas y otras	0,7
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO/ DEPENDENCIA A ALCOHOL	<i>F=0,521; df1=2,670; df2=929,236; p=0.64638</i>
No cubren ni las necesidades básicas	7,6
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	7,9
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido, etc	9,3
Cubren las necesidades básicas y otras	10,5

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

SALUD MENTAL POR CIUDADES

Se ha agregado un análisis de los problemas de trastornos clínicos por ciudades. En líneas generales observamos una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en la ciudad de Iquitos en comparación con las otras ciudades, en la mayoría de los tiempos de referencia. En análisis por tipo de trastornos no encuentra diferencias significativas con respecto a los trastornos depresivos. (Tabla 45). Iquitos mantiene prevalencias más altas (en el último año) de trastornos psiquiátricos en general y se revela una tendencia en particular a problemas con el alcohol (9,8%) en comparación con las otras ciudades. En general, Tarapoto tiende a mostrar cifras más favorables de salud mental aunque sostiene niveles de depresión expectantes.

TABLA 45
PREVALENCIA DE VIDA, ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN CIUDADES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	IQUITOS %	TARAPOTO %	PUCALLPA %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	41,3	32,6	39,0	F=4,214; df1=1,729; df2=601,851; p=0,0199
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	24,4	17,3	21,9	F=4,245; df1=1,667; df2=580,148; p=0,0206
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	21,6	15,4	19,7	F=3,384; df1=1,629; df2=566,793; p=0,0442
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	16,8	10,6	15,1	F=4,092; df1=1,585; df2=551,621; p=0,0253
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	18,0	14,6	20,8	F=3,574; df1=1,640; df2=570,730; p=0,0373
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	6,3	4,6	6,9	F=1,326; df1=1,641; df2=571,202; p=0,2639
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	5,5	3,7	6,4	F=1,682; df1=1,547; df2=538,227; p=0,1932
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	3,7	2,4	4,2	F=1,343; df1=1,343; df2=575,607; p=0,2602
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	23,2	18,6	21,0	F=1,825; df1=1,736; df2=604,265; p=0,1673
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	9,2	6,8	8,3	F=1,275; df1=1,724; df2=599,796; p=0,2774
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	6,6	5,5	5,7	F=0,570; df1=1,756; df2=611,243; p=0,5441
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	2,9	1,6	2,4	F=1,210; df1=1,666; df2=579,691; p=0,2937
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA A ALCOHOL	9,8	6,4	8,2	F=2,712; df1=1,748; df2=608,180; p=0,0747

EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA

Se ha considerado para este reporte el informe de dos variables, por un lado la frecuencia con que las personas reportan haber experimentado la pérdida de familiares o bienes materiales por hechos directamente relacionados con la violencia política y, por el otro lado, la relación de ésta con trastornos psiquiátricos. Tanto la población de Pucallpa como la Tarapoto han padecido situaciones de pérdida personal ya sea en pérdidas humanas o bienes materiales en forma significativa en comparación con Iquitos (Tabla 46).

TABLA 46
FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA TERRORISTA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE PÉRDIDA	IQUITOS %	TARAPOTO %	PUCALLPA %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
MUERTE DE FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO(A), HIJOS)	0,9	2,4	2,4	1,5	F=5,617; df1=1,745; df2=607,090; p=0,00568
MUERTE DE OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	5,0	12,3	13,4	8,6	F=25,593; df1=1,712; df2=595,716; p=<0,00001
FAMILIAR DESAPARECIDO	4,5	6,4	8,7	6,0	F=8,884; df1=1,793; df2=624,105; p=0,00029
TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	4,3	9,8	11,9	7,4	F=23,486; df1=1,818; df2=632,734; p=<0,00001
FAMILIAR DETENIDO	1,9	6,4	4,5	3,4	F=12,067; df1=1,865; df2=649,152; p=0,00001
FAMILIAR EN PRISIÓN	2,0	4,5	4,0	3,0	F=5,951; df1=1,805; df2=628,095; p=0,00382
PÉRDIDA DE BIENES	1,2	5,9	8,7	4,1	F=42,099; df1=1,796; df2=624,884; p=<0,00001
CAMBIO DE RESIDENCIA	3,4	9,6	14,5	7,6	F=43,032; df1=1,784; df2=620,705; p=<0,00001
AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	12,6	27,7	33,3	21,0	F=61,606; df1=1,807; df2=628,797; p=<0,00001
ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	8,8	18,0	20,6	13,7	F=31,484; df1=1,792; df2=623,468; p=<0,00001

En la Tabla 47, 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 (43,5%) en comparación con aquellos que no han presentado ninguna pérdida familiar. Esta relación aparece significativa con respecto a la prevalencia de vida de trastorno de ansiedad y para la presencia actual de trastornos depresivos.

TABLA 47
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN PRESENCIA O AUSENCIA DE PÉRDIDAS PERSONALES POR LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA TERRORISTA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	CON ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO %	SIN ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	43,5	38,6	F=3,269; df1=1; df2=348; p=0,07147
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	23,4	22,5%	F=0,193; df1=1; df2=348; p=0,66039
PREVALENCIA A SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	21,2	19,9	F=0,336; df1=1; df2=348; p=0,56261
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	17,8	15,0	F=1,966; df1=1; df2=348; p=0,16175
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	26,4	17,0	F=16,392; df1=1; df2=348; p=0,00006
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	8,2	6,0	F=3,555; df1=1; df2=348; p=0,06020
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	6,3	5,3	F=0,744; df1=1; df2=348; p=0,38905
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	5,0	3,5	F=2,317; df1=1; df2=348; p=0,12891
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	22,7	21,7	F=0,180; df1=1; df2=348; p=0,67190
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	9,2	8,5	F=0,178; df1=1; df2=348; p=0,67295
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	7,5	6,0	F=0,990; df1=1; df2= 348; p=0,32050
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	4,6	2,2	F=4,679; df1=1; df2=348; p=0,0312
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA A ALCOHOL	8,6	8,8	F=0,020; df1=1; df2=348; p=0,8872

ACCESO A SERVICIOS

El acceso a servicios en salud mental muestra particularidades distintas del acceso a servicios de salud física, debido entre otras cosas a los prejuicios existentes en torno a padecer problemas psiquiátricos. Sin embargo, los factores que participan son similares, expresados en combinaciones diferentes. En este informe nos vamos a limitar a la presentación de los resultados desde el punto de vista de la demanda sentida, es decir, de aquellas personas que han percibido en sí mismas problemas de tipo emocional o de los “nervios” y que son las que se encuentran en la decisión de buscar o no servicios. Consideramos que, en un primer momento, en términos de satisfacer la demanda, es el grupo con el cual los programas sociales pueden empezar a trabajar más rápidamente, de ahí la importancia de su consideración en particular.

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o de los nervios, (demanda sentida) un 43,2% de los pacientes respondió afirmativamente; de éstos el 12,1% del total de encuestados identificó su problema en los últimos seis meses. Considerando este último período de referencia se encontró que el 14,3% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 85,7% no recibió ningún tipo de atención médica (Tabla 48). Del 14,3% que recibió ayuda, el 7,7% acudió a los centros del MINSA, seguido del 4,1% que acudió a ESSALUD. Cabe resaltar que la mayoría de la demanda sentida expresada es atendida en los hospitales generales (Tabla 49). Hasta donde podemos constatar, la mayoría (39,3%) recibió algún tipo de medicamento para su problema, un 12,6% recibió psicoterapia y un 58,0% recibió consejería (Tabla 50).

TABLA 48
DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

DEMANDA	%
DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (COMO PROBLEMAS EMOCIONALES O NERVIOS)	
TOTAL	43,2
MASCULINO	38,0
FEMENINO	47,9
DEMANDA SENTIDA A SEIS MESES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM)	
TOTAL	12,1
MASCULINO	9,7
FEMENINO	14,3
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	
TOTAL	14,3
MASCULINO	13,9
FEMENINO	14,6

TABLA 49
LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
MINSA		7,7
- PUESTOS O CENTROS DE SALUD:	1,9	(54,0% de lo atendido)
- HOSPITAL GENERAL:	5,8	
ESSALUD		4,1
- POSTA O POLICLÍNICO:	0,9	(28,6% de lo atendido)
- HOSPITAL GENERAL:	3,2	
FFAA		0,1
- HOSPITAL FFAA Y PN:	0,1	(0,9% de lo atendido)
PRIVADA		1,8
- CLÍNICA PARTICULAR:	0,5	(12,7% de lo atendido)
- CONSULTORIO PARTICULAR:	1,3	
OTROS	0,5	0,5
		(3,6% de lo atendido)

TABLA 50
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

% TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINA %	PSICOTERAPIA %	CONSEJO %	HOSPITALIZACIÓN %	OTRO %
TOTAL	39,3	12,6	58,0	4,8	2,8%

Con relación a los motivos por los cuales la persona no buscó atención alguna por su problema emocional, la mayoría (69,2%) pensaba que lo debía superar solo, seguido de un 46,9% que no acudió por no tener dinero, y en tercer lugar un 32,9% 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 IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

Motivos de no consulta a centro asistencial	Lo debía superar solo %	No tenía dinero %	Falta de confianza %	No sabía dónde ir %	Nome beneficiaría %	Prefería remedios caseros %	Prefería gastarlo en otra cosa %	Seguro médico no le cubría %	Lista de espera era muy larga %	No existía servicio de salud mental cercano %	Por vergüenza %
Total	69,2%	46,9%	32,9%	20,6%	24,8%	13,0%	6,3%	1,7%	13,1%	10,1%	14,7%

SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN LA SELVA PERUANA

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

TABLA 52
PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES FOLKLÓRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SÍNDROMES FOLKLÓRICOS	TOTAL %
SUSTO	10,7
AIRE	8,0
MAL DE OJO	2,0
ATAQUE DE NERVIOS	4,1
DAÑO	13,6
CHUCAQUE	8,3
EPILEPSIA	1,5

Las personas que presentaron alguno de estos síndromes, en algún momento de su vida, presentaron algún episodio depresivo, algún trastorno de ansiedad o síntomas paranoides con mayor frecuencia que la población general, con excepción del chucaque; tal como se aprecia en la Tabla a continuación. La Tabla 53 muestra la prevalencia de los distintos trastornos en personas que han padecido síndromes folklóricos y como referencia se ha incluido la prevalencia en la población general.

TABLA 53
ASOCIACIÓN ENTRE PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, EPISODIO DEPRESIVO Y SÍNTOMAS PARANOIDES Y PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES FOLKLÓRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004
(N = 3 895)

PREVALENCIAS DE VIDA PARA ADULTOS			
SÍNDROMES	Trastornos de Ansiedad en General % (p)	Episodio Depresivo % (p)	Síntomas Paranoides (2 síntomas) % (p)
SUSTO	24,7 (0,01033)	30,5 (0,00046)	6,8 (0,01169)
AIRE	19,8 (0,53181)	22,4 (0,75911)	5,0 (0,33233)
MAL DE OJO	31,3 (0,01872)	20,2 (0,83638)	10,2 (0,01299)
DAÑO	27,1 (0,00004)	33,8 (<0,00001)	7,9 (<0,00001)
CHUCAQUE	28,1 (0,00029)	30,7 (0,00093)	5,5 (0,06245)
POB. GENERAL	18,3	21,5	3,6

La población encuestada identificó también otros “problemas” folklóricos y médicos; así como quiénes son los “agentes” de los modelos de atención que los resuelven, tal como se muestra en la Tabla que sigue. Es notorio el alto porcentaje de problemas que quedan fuera de todo modelo de atención (Tabla 54).

TABLA 54
PORCENTAJE DE PROBLEMAS Y AGENTES DE MODELOS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PROBLEMAS	MODELOS			
	Modelo Médico %	Modelo Folklórico %	Otros modelos no médico, no folklórico %	Ningún modelo; quedan fuera de todo modelo de atención %
ANGUSTIA, TRISTEZA – DEPRESIÓN, NERVIOS	70,1	3,2	10,7	16
LOCURA	83,2	2,7	4,6	9,3
MALA SUERTE, PROTECCIÓN, INFIDELIDAD, AMARRES	7,1	17	9,3	66,6

ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

En la Tabla 55, se observan las respuestas a las preguntas sobre la identificación de diferentes tipos de desórdenes mentales en la población, como un paso previo a las preguntas sobre el estigma relacionado a los trastornos mentales. Llama la atención que casi un 40% de la población no considera la depresión como un desorden mental, pasando inadvertida, y que el 43,2% de la población no considera los problemas de personalidad como patología psiquiátrica.

TABLA 55
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS COMO TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE PROBLEMAS	Identifica como trastorno mental %	
	SI	NO
A) NERVIOS EXCESIVOS O FOBIAS	56,5	37,4
B) TRISTEZA EXCESIVA O DEPRESIÓN	54,6	41,1
C) PSICOSIS O LOCURA	85,3	11,6
D) CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y DROGAS	71,4	25,0
E) PROBLEMAS DEL CARÁCTER O DE LA PERSONALIDAD	43,2	51,5

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

En la Tabla 56, podemos observar los porcentajes de las respuestas de la población general de la selva peruana en relación a las preguntas relacionadas al estigma contra los trastornos mentales. Los resultados nos muestran que un 27,4 % 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 51,5%. En el mismo sentido, tratándose de familiares con enfermedades mentales, se tiende a no aceptar la enfermedad en ellos en un 17,7% aproximadamente. Por otro lado, un 11,1% 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 selva peruana, pues un 81% de la población piensa que las personas con enfermedades mentales pueden ser rehabilitados y reintegrados en su comunidad.

TABLA 56
**ACTITUDES FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITO,
TARAPOTO Y PUCALLPA 2004**

RESPUESTAS	RESPUESTAS						
	La acepta como persona con una enfermedad %	Se muestra indiferente con ella %	Se aleja de ella %	Le ofrece alguna ayuda %	La rechaza %	¿La ocultaría? %	Otra %
ANTE UNA PERSONA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL ¿CÓMO REACCIONA USTED...?	27,4	3,2	15,1	51,5	1,9	-	1,0
SI USTED TUVIERA (TIENE) UNO O MÁS MIEMBROS DE SU FAMILIA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿USTED...?	17,7	0,5	0,6	80,4	0,2	0,2	0,5
SI USTED TUVIERA UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿CÓMO PIENSA QUE REACCIONARÍA SU COMUNIDAD...?	11,1	17,6	14,9	29,8	18,8	-	7,8



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS





CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS

La muestra de mujeres unidas encuestadas estuvo conformada por 3 572 personas y considerando el diseño técnico de muestreo se infiere a 144 188 habitantes para las ciudades de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa de la selva peruana (Tabla 57).

TABLA 57
NÚMERO TOTAL DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

NÚMERO DE ENCUESTADAS	FRECUENCIA
Muestra Total	3 572
Expandido	144 188

EDAD

La edad promedio de las mujeres encuestadas está alrededor de los 42,3 años, con una desviación estándar de 13,5 años, lo cual nos indica una asimetría negativa en la composición de grupos etarios, como se aprecia en la Tabla 58. Un 54,9% corresponde a las edades entre los 25 a 44 años.

TABLA 58
EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRUPO ETARIO	%
MENOR DE 18 AÑOS	0,4
18 A 24 AÑOS	6,5
25 A 44 AÑOS	54,9
45 A 64 AÑOS	31,0
MAYOR DE 65 AÑOS	7,2

ESCOLARIDAD

El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas es del 3,9%. Estas cifras son menores si se compararan a las correspondientes al género masculino (1,1%), halladas en el módulo de adultos.

El mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas refiere tener una instrucción entre primaria y secundaria (75,9%). En el nivel de educación superior la distribución es similar para ambos géneros (Tabla 59).

TABLA 59
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRUPO DE ESTUDIO	%
SIN NIVEL	2,3
INICIAL / PREESCOLAR	0,0
PRIMARIA	32,7
SECUNDARIA	43,2
BACHILLERATO	0,0
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	14,2
SUPERIOR UNIVERSITARIO	7,4
POSTGRADO	0,2

ESTADO CIVIL

El 79,4% refiere encontrarse en situación de unidas (conviviente o casada) y cerca de la tercera parte (41,8%) corresponde a la condición de conviviente (Tabla 60).

TABLA 60
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ESTADO CIVIL	%
CONVIVIENTE	41,8
SEPARADA	13,5
DIVORCIADA	0,5
VIUDA	6,5
CASADA	37,6
SOLTERA	0,1

OCUPACIÓN

El 56,2% refiere haber trabajado la semana anterior, siendo este porcentaje menor con relación al género masculino (64,8%) y sólo el 2,0% ha estado buscando trabajo la semana anterior, lo cual podría indicar que hay un número importante de mujeres que se estarían dedicando a las labores del hogar (Tabla 61).

TABLA 61
SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SITUACIÓN LABORAL	%
REALIZA ACTIVIDAD LABORAL EN SEMANA ANTERIOR	56,2
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO EN SEMANA ANTERIOR	2,0

INGRESOS ECONÓMICOS

Si se comparan las cifras con las del sexo masculino, consignadas en el módulo de adultos, las mujeres unidas tienen ingresos menores (< a S/300 el 38,3%; entre S/301 a 600 el 30,0%; entre S/601 a 1200 el 25,2% y > a S/1,200 el 6,5%) (Tabla 62).

TABLA 62
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS
ÚLTIMOS TRES MESES (NUEVOS SOLES) EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO
Y PUCALLPA 2004

PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES)	%
MENOS DE S/ .300	50,5
301 A 600	22,1
601 A 1200	23,0
MÁS DE 1200	4,4



SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA



ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

ENTORNO GENERAL

Aproximadamente cerca de la mitad de las encuestadas en la selva (54,6%) perciben el desempleo como el principal problema en el país. En segundo orden, otro problema importante que perciben es la pobreza (20,3%). La cifra más baja corresponde al narcotráfico (0,3%) (Tabla 63).

TABLA 63
PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

Terrorismo	Desempleo	Pobreza	Corrupción	Violencia	Inestabilidad política y falta de confianza y liderazgo	Narcotráfico	Manejo económico	Delincuencia	Otros
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1,0	54,6	20,3	6,5	5,1	1,9	0,3	3,5	5,0	1,4

Frente a estos problemas cerca de la tercera parte de las encuestadas (34,3%) responden con preocupación al igual que con pena, tristeza o depresión (27,0%). (Tabla 64).

TABLA 64
SENTIMIENTOS FRENTE AL PRINCIPAL PROBLEMA NACIONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

Preocupación	Amargura y cólera	Resignación	Indiferencia	Desilusión	Pena, tristeza o depresión	Impotencia, desesperación o angustia	Frustración	Indignación	Otros
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
34,3	15,8	2,3	1,7	6,4	27,0	8,2	0,8	1,9	0,7

Aproximadamente la mitad de las encuestadas confían en los médicos y religiosos. Las más altas cifras de poca o nula confianza corresponden al de autoridades políticas (90,8%) y líderes de la comunidad (72,7%). (Tabla 65).

TABLA 65
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

CONFIANZA EN:	Nada o Poco %	Regular %	Bastante o mucho %
AUTORIDADES POLICIALES	63,2	29,4	7,4
AUTORIDADES POLÍTICAS	90,8	8,3	0,9
MILITARES	59,4	30,9	9,7
RELIGIOSOS	30,7	27,4	41,9
LÍDERES DE LA COMUNIDAD	72,7	22,9	4,4
LÍDERES DE SU SINDICATO	63,1	27,1	9,8
MAESTROS	22,4	40,0	37,6
MÉDICOS	19,0	37,0	44,0
JEFE EN EL TRABAJO	23,5	31,7	44,8
VECINOS	65,3	24,1	10,6
PERIODISTAS	60,5	31,6	7,9
AUTORIDADES JUDICIALES	65,8	26,3	7,9

Un porcentaje alto se siente protegido por Dios (96%) y el 74,1% siente que le protege “nada o poco” el Estado (Tabla 66).

TABLA 66
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN:	Nada o Poco %	Regular %	Bastante o mucho %
DEL ESTADO	74,1	21,7	4,1
DE LA FAMILIA	16,0	16,7	67,3
DE DIOS	1,3	2,7	96,0
DE LA COMUNIDAD	51,5	32,8	15,7
DE SU SINDICATO	47,0	40,2	12,7
DE OTRO NO MENCIONADO	18,2	14,3	67,5

ESTRESORES PSICOSOCIALES

Se puede observar en la Tabla 67 que alrededor de la tercera parte de las encuestadas califican como “bastante o mucho” el efecto estresor del trabajo (29,7%) y de los hijos y parientes (35,1%). El 67,4% de las encuestadas consideran la delincuencia como un estresor importante.

TABLA 67
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	Nada o Poco %	Regular %	Bastante o mucho %
TRABAJO	50,5%	19,7%	29,7%
ESTUDIO	44,7%	22,5%	32,7%
HIJOS Y PARIENTES	49,5%	15,4%	35,1%
PAREJA	55,3%	16,9%	27,8%
DINERO	32,2%	25,8%	42,0%
LA SALUD	29,3%	23,2%	47,5%
TERRORISMO	42,9%	9,0%	48,2%
NARCOTRAFICO	39,8%	9,3%	50,9%
ASUNTOS CON LA LEY	81,5%	8,0%	10,5%
DELINCUENCIA	23,9%	8,7%	67,4%

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 (42,7%) y tristeza (25,1%). Por otro lado un 69,6% siente alegría y el 64,4% siente tranquilidad (Tabla 68).

TABLA 68
ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TENSO	10,6	67,7	21,6
ANGUSTIADO	21,7	62,2	16,1
IRRITABLE	17,0	64,4	18,6
PREOCUPADO	3,2	54,1	42,7
TRANQUILO	1,4	34,2	64,4
ALEGRE	0,5	29,9	69,6
ABURRIDO	27,2	60,4	12,4
OTRO	7,2	8,0	84,8

SATISFACCIÓN PERSONAL

Con respecto a la satisfacción personal global de las mujeres encuestadas, el 50% experimenta un grado aceptable de satisfacción personal (16,4 puntos de 20). (Tabla 69).

TABLA 69
SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

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

Con relación a la satisfacción personal respecto a algunas características personales, más de la mitad se siente satisfecha ("bastante o mucho") con su color de piel (78,4%), su nivel intelectual (62,4%), su aspecto físico (61,4%). Aproximadamente la mitad de las encuestadas (42,8%) siente "nada o poca" de satisfacción con relación al nivel educativo alcanzado (Tabla 70).

TABLA 70
GRADO DE LA SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON:	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	10,3	24,0	65,7
EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	14,2	27,5	58,3
SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	9,7	28,2	62,1
LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	16,5	32,9	50,6
EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE	13,4	25,3	61,3
DE SUS JEFES O PATRONES			
LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	39,5	37,3	23,2

SATISFACCIÓN LABORAL

El 50% de las mujeres encuestadas muestra un grado de satisfacción laboral aceptable: 16,4 en una escala de 5 a 20 (Tabla 71).

TABLA 71
SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
	16,4	17,0	20,0	15,0	18,8

Se observa que más de la mitad se encuentra satisfecha con relación a los diferentes indicadores laborales, por ejemplo el 65,7% siente satisfacción (“bastante o mucho”) con las actividades o funciones que realiza y un 58,3% con el ambiente físico donde labora. En el grado de satisfacción de “nada o poco”, la remuneración es la más importante (Tabla 72).

TABLA 72
CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL:	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	10,3	24,0	65,7
EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	14,2	27,5	58,3
SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	9,7	28,2	62,1
LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	16,5	32,9	50,6
EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFE O PATRONES	13,4	25,3	61,3
LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	39,5	37,3	23,2

COHESIÓN FAMILIAR

El grado de cohesión familiar que refieren las mujeres unidas es significativamente alto, con un puntaje promedio de 18,0 (en una escala de 5 a 20 puntos) (Tabla 73).

TABLA 73
COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
	18,0	19,0	20,0	16,7	20,0

CALIDAD DE VIDA

En las mujeres unidas (o alguna vez unidas) se encuentra una calidad de vida promedio alto, puesto que se obtiene un índice de 7,5 puntos (en una escala de 0 a 10 puntos) (Tabla 74).

TABLA 74
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE
IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA MUJER UNIDA (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	Sx.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	7,5	1,07	7,6	7,4	6,9	8,3

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 39,9% de la población de mujeres unidas o alguna vez unida 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 los adultos masculinos, tanto en la prevalencia de vida (16,1% vs. 14,2%), prevalencia mensual (2,2% vs. 1,5%) así como en la prevalencia anual (5,1% vs. 4,4%). El intento suicida involucra también a la conducta y presenta una prevalencia de vida de 3,6%, siendo similar al del adulto masculino (3,6%) (Tabla 75).

TABLA 75
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE
IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PERIODO	TOTAL %
Prevalencia de vida de pensamientos de deseos de morir	39,9
Prevalencia en el mes de pensamientos de deseos de morir	6,9
Prevalencia en el año de pensamientos de deseos de morir	15,3
Prevalencia de vida de pensamientos de quitarse la vida	16,1
Prevalencia en el mes de pensamientos de quitarse la vida	2,2
Prevalencia en el año de pensamientos de quitarse la vida	5,1
Prevalencia de vida de planes de quitarse la vida	6,0
Prevalencia en el mes de planes de quitarse la vida	0,4
Prevalencia en el año de planes de quitarse la vida	1,7
Prevalencia de vida de intentos de quitarse la vida	3,6
Prevalencia en el mes de intentos de quitarse la vida	0,2
Prevalencia en el año de intentos de quitarse la vida	0,5
prevalencia de la Potencialidad suicida	0,2

TRASTORNOS CLÍNICOS

Los resultados de los trastornos clínicos explorados en la mujer unida reportan una cifra importante para la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico (39,5%), debido muy

probablemente al periodo de violencia política. Igualmente es llamativa la prevalencia de vida del estrés post traumático (12,6%). Con relación a cuadros clínicos específicos, la frecuencia más alta corresponde a la prevalencia de vida del episodio depresivo (26,7%) (Tabla 76).

TABLA 76
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN EL CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDADES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004 DE LA SELVA PERUANA 2004

TRASTORNO SEGÚN LA CIE-10	IQUITOS	TARAPOTO	PUCALLPA	TOTAL
	%	%	%	%
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	40,9	36,7	38,8	39,5
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO	19,7	15,1	15,4	17,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO	16,4	12,5	13,7	14,8
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO	9,1	6,3	8,7	8,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	4,6	3,4	4,5	4,4
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	3,6	2,7	4,1	3,6
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO	11,3	11,5	15,4	12,6
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST - TRAUMÁTICO	3,1	1,2	2,5	2,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST - TRAUMÁTICO	2,4	0,8	1,9	1,9
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO	1,2	0,6	1,3	1,1
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	29,0	25,8	23,6	26,7
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	12,1	10,7	8,0	10,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	9,6	7,8	5,9	8,1
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	4,2	2,8	2,8	3,5
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA	0,9	0,6	2,0	1,2
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	0,5	0,3	0,8	0,6

ABUSO EN LA MUJER UNIDA

En el estudio de la selva se ha considerado abuso a la mujer unida o alguna vez unida el haber sido víctima de actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, agresiones verbales o situaciones de abandono. La prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra la mujer unida o alguna vez unida es de 82,0%.

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 de prevalencia a los celos de la pareja (35,3%) y el tener actitudes machistas (29,6%). Aproximadamente la quinta parte dice que su pareja le mentía mucho (22,3%), la descuidaba por el consumo de alcohol (18,5%), la engañó (25,0%) y la controlaba mucho (26,2%). Las prevalencias más bajas corresponden a las relaciones sexuales forzadas (4,2%), le gritaba mucho (6,7%) y maltrato físico (8,0%) (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 IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO GENERAL EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	%
LE GRITABA MUCHO	6,7
TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	8,9
LA ENGAÑÓ	25,0
LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	8,0
LA FORZÓ A RELACIONES SEXUALES	4,2
SE MOSTRÓ INDIFERENTE	12,5
LE MENTÍA MUCHO	22,3
ERA MUY CELOSO	35,3
LA CONTROLABA MUCHO	26,2
LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	18,5
TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	29,6
OTRO	0,6

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 (60,5%) es objeto de estos tratos inadecuados y cerca de la quinta parte (15,3%) sufre algún tipo de violencia (Tabla 78).

TABLA 78
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO CON PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TRATO INADECUADO EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO	TOTAL %
Prevalencia de trato inadecuado en el periodo de enamoramiento con la pareja actual o última pareja (al menos un tipo de maltrato)	60,5
Prevalencia de algún tipo de violencia en el periodo de enamoramiento con la pareja actual o última pareja.	15,3

ABUSO HACIA LA MUJER POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL

Se seleccionó una sub-muestra para determinar aquellas mujeres unidas que tienen pareja actual, ya sea por matrimonio o convivencia; la sub-muestra fue del 80,2% de la muestra total que ponderada o expandida representa a 143 482 mujeres unidas de la población. En la Tabla 79 se observa que cerca de la mitad de las encuestadas (59,8%) presenta una prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual. Los insultos y el abuso físico siguen en orden de frecuencia y aproximadamente una de cada 10 mujeres unidas es víctima de abuso sexual. (1,5%)

TABLA 79
PREVALENCIA DE VIDA Y TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDADES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	IQUITOS %	TARAPOTO %	PUCALLPA %	TOTAL %
Prevalencia de vida de cualquier trastorno	40,9	36,7	38,8	39,5
Prevalencia de vida de algún abuso	60,4	59,1	59,1	59,8
Abuso sexual	11,2	10,6	12,7	11,5
Abuso físico	44,3	41,5	40,5	42,6
Insultos	52,7	52,9	51,4	52,3
Chantajes, humillaciones	23,2	26,5	24,3	24,2
Abandono	16,5	15,7	14,8	15,8

Con relación a la prevalencia anual de cualquier tipo de maltrato por parte de su pareja las cifras mas altas corresponde a la ciudad de Iquitos (Tabla 80).

TABLA 80
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDADES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

	IQUITOS %	TARAPOTO %	PUCALLPA %	TOTAL %
Prevalencia anual de cualquier tipo de maltrato por parte de su pareja actual	35,1%	31,8%	33,9%	34,1%

Abuso sistemático hacia la mujer unida

En la Tabla 81 se puede observar que las prevalencia de abuso sistemático en todas las ciudades son similares.

TABLA 81
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO POR PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS EN LAS CIUDADES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

	IQUITOS %	TARAPOTO %	PUCALLPA %	TOTAL %
Prevalencia anual de algún abuso sistemático por parte de pareja actual (frecuencia de al menos uno a dos por mes).	13,2%	11,2%	11,5%	12,3%

A diferencia de las cifras mostradas en la Tabla 78, con relación a los tratos inadecuados durante el periodo de enamoramiento, en la población de mujeres maltratadas sistemáticamente, éstas ascienden a un 80,4%. Este contraste es mayor cuando se trata de la prevalencia de algún tipo de violencia (35,2% vs. 15,3%) (Tabla 82).

TABLA 82
ANTECEDENTES DE TRATO INADECUADO POR LA PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE EN LAS CIUDADES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ANTECEDENTES AL MALTRATO	%
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	80,4
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	35,2

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 (61,4%), autoridades políticas (88,1%) (Tabla 83).

TABLA 83
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

AUTORIDADES	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	61,4	31,0	7,6
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	88,1	10,7	1,2
CONFIANZA EN AUTORIDADES JUDICIALES DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	56,8	29,5	13,7

La percepción de sentirse protegida por parte del entorno familiar es compartido por casi la mitad de la muestra (56,3%) y es menor en comparación a la población general de mujeres unidas (67,3%). Por otro lado, “no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas por el Estado” un 75,7%, siendo esta cifra mayor en comparación al de las mujeres unidas en general (74,1%). (Tabla 84).

TABLA 84
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN:	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	75,7	19,7	4,6
DE LA FAMILIA EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	21,9	21,8	56,3

Estresores psicosociales en la mujer maltratada sistemáticamente

El estresor psicosocial que más perturba a las mujeres maltratadas sistemáticamente es la salud (43,4%) y el menos perturbador es el estudio (Tabla 85).

TABLA 85
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
TRABAJO EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	49,0	22,1	28,9
ESTUDIO EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	38,5	37,5	24,1
HIJOS Y PARIENTES EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	44,6	14,9	40,5
PAREJA EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	34,7	23,1	42,2
DINERO EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	32,3	25,4	42,3
SALUD EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	27,6	29,0	43,4

Sentimientos anímicos prevalentes en la mujer unida maltratada sistemáticamente

En las mujeres unidas maltratadas sistemáticamente, las prevalencias más altas corresponden a los siguientes estados anímicos negativos: preocupación (62,2%) y tristeza (42,0%), siendo estas cifras mayores con relación al total de encuestadas (preocupación, 42,7% y tristeza, 25,1%) (Tabla 86).

TABLA 86
SENTIMIENTOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
	%	%	%
TRISTE	2,1	55,9	42,0
TENSO	6,1	58,8	35,1
ANGUSTIADO	12,8	57,7	29,5
IRRITABLE	8,9	63,0	28,1
PREOCUPADO	1,1	36,7	62,2
TRANQUILO	3,4	46,3	50,4
ÁLEGRE	1,7	42,1	56,1
ABURRIDO	19,0	58,0	23,1

Satisfacción personal en la mujer unida maltratada sistemáticamente

La satisfacción personal en las mujeres maltratadas sistemáticamente (promedio 15,8) no es muy diferente al de las mujeres unidas en general (promedio 16,4) (Tablas 69 y 87).

TABLA 87
SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE, CON UNA (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES. (ESCALA DE 5 A 20)	Media	Sx.	Mediana	Moda	P25	P75
	15,8	2,57	16,0	16,0	14,0	17,6

Indicadores suicidas en la mujer unida maltratada sistemáticamente

Aproximadamente la mitad de las mujeres maltratadas sistemáticamente han deseado morir alguna vez en su vida y cerca de la cuarta parte en el último año. En el caso de pensamientos explícitamente suicidas, los datos son considerablemente mayores, casi el doble, con relación a la muestra total de mujeres unidas: prevalencia de vida, 24,9% vs. 16,1%; prevalencia anual de 12,4% vs. 5,1%. (Tabla 88).

TABLA 88
IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PREVALENCIAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	51,9
PREVALENCIA EN EL MES DE DESEOS DE MORIR DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	10,6
PREVALENCIA EN EL AÑO DE DESEOS DE MORIR DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	25,5
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	24,9
PREVALENCIA EN EL MES DE PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	4,4
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES)	12,4

Acerca del intento o conducta suicida, la cifra de prevalencia de vida es mayor, si se comparan con el total de mujeres unidas encuestadas (4,9% vs. 3,6%) (Tabla 89).

TABLA 89
INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PREVALENCIAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE INTENTO SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	4,9
PREVALENCIA EN EL MES DE INTENTO SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	0,0
PREVALENCIA EN EL AÑO DE INTENTO SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	0,4
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES).	0,5

Factores protectores en la mujer unida maltratada sistemáticamente

El grado de cohesión familiar en las mujeres maltratadas sistemáticamente (16,8) es ligeramente menor que la población de mujeres unidas en general (18,0) (Tablas 73 y 90).

TABLA 90
COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE EN UNA FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES. (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	Sx.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	16,8	2,65	17,5	20,0	15,0	19,2

Calidad de vida en las mujeres maltratadas sistemáticamente

Las mujeres maltratadas sistemáticamente refieren una regular calidad de vida global (7,3), siendo esta cifra menor si se compara con las cifras de la mujer unida en general (Tablas 74 y 91)

TABLA 91
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE EN UNA FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES. (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	Sx.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	7,3	1,02	7,2	6,8	6,6	8,0

TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

Se puede observar, en la Tabla 92, que las prevalencias de los trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente están elevadas en general, si se comparan estas cifras con los trastornos clínicos observados en las mujeres unidas encuestadas que no son objeto de maltrato sistemático; se pueden evidenciar diferencias importantes como, por ejemplo, la prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad generalizada (8,6% vs. 4,5%); la prevalencia actual del trastorno de estrés post traumático (1,4% vs. 1,0%); la prevalencia a seis meses del episodio depresivo (depresión mayor) (13,2% vs. 8,0%), etc.

TABLA 92
ALGUNOS TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TRASTORNO CLÍNICO	TOTAL %
Prevalencia de vida de cualquier trastorno en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	55,0 (VERSUS 41,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 37,76$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,000$
Prevalencia anual de cualquier trastorno en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	27,9 (VERSUS 17,7% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 25,38$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,000$
Prevalencia de 6 meses de cualquier trastorno en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	24,5 (VERSUS 14,7% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 26,86$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,000$
Prevalencia actual de cualquier trastorno en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	15,5 (VERSUS 8,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 20,22$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,000$
Prevalencia de 6 meses del trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	8,6 (VERSUS 4,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 12,28$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,001$
Prevalencia actual de trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	7,6 (VERSUS 3,7% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 12,37$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,000$
Prevalencia de vida del trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	18,1 (VERSUS 12,6% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 7,83$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,005$
Prevalencia actual del trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	1,4 (VERSUS 1,0% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 0,20$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,659$
Prevalencia de vida del episodio depresivo en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	37,8 (VERSUS 28,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 18,42$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,000$
Prevalencia anual del episodio depresivo en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	16,7 (VERSUS 10,6% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 13,03$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,000$
Prevalencia de 6 meses del episodio depresivo en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	13,2 (VERSUS 8,0% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 11,60$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,001$
Prevalencia actual del episodio depresivo en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	6,5 (VERSUS 3,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 7,69$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,006$
Prevalencia actual de distimia en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes).	0,5 (VERSUS 0,6% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 0,003$ $df1 = 1$ $df2 = 348$ $p = 0,958$



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS





CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

El número de adolescentes encuestados fue de 1 860, cifra que, de acuerdo al diseño técnico del muestreo, otorga una inferencia a 116 466 adolescentes de las ciudades de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa. En la muestra se encontró una proporción de 48,8% de varones y otra de 51,2% de mujeres (Tabla 93).

TABLA No 93.
TOTAL DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS Y POBLACIÓN PONDERADA DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ENCUESTADOS	FRECUENCIA %	MASCULINO %	FEMENINO %
Muestra Total	1 860	48,8	51,2
PONDERADA	116 466	49,9	50,1

EDAD

La edad promedio de los adolescentes encuestados es de 14.4 años, apreciándose similitud entre los grupos de 12 a 14 y 15 a 17 años (Tabla 94).

TABLA 94
EDAD DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Ponderada	14,4	1,7
GRUPO ETARIO	Ponderado	Sin Ponderar
12 A 14 AÑOS	51,2%	52,0%
15 A 17 AÑOS	48,8%	48,0%

ESCOLARIDAD

Se ha encontrado que la prevalencia de analfabetismo en la población adolescente de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa es de 1,6%, mucho menor que en la población adulta y mayor que en las ciudades de la Sierra y Lima Metropolitana, donde se ha encontrado una prevalencia de 0,5%. El mayor porcentaje de los adolescentes que estudian o han estudiado tienen nivel secundario (65,7%) y una pequeña proporción nivel superior (0,7%), (Tabla 95).

TABLA 95
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %
SIN NIVEL	0,1
INICIAL	0,1
PRIMARIA	33,5
SECUNDARIA	65,7
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,5
SUPERIOR UNIVERSITARIO	0,2

ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil, el 98,4% de los adolescentes son solteros. Se ha encontrado que el 2,5% de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo, y el 0,3% un aborto; estos dos últimos datos son semejantes a los de la Sierra y notablemente mayores a los de Lima Metropolitana.

OCUPACIÓN

La ocupación laboral de los adolescentes suele ser un indicador de los problemas económicos familiares. El 14,7% de los adolescentes de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa se encontraba trabajando la semana anterior a la encuesta (Tabla 96), con un ingreso mensual neto promedio de 133,17 Nuevos Soles.

TABLA 96
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADOLESCENTES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	14,7
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	2,2

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE



ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

ENTORNO GENERAL

Respecto a los problemas que enfrenta el país, más del 40% de los adolescentes de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa identifican como problemas principales: el desempleo o la pobreza, seguidos de la violencia, la corrupción y la delincuencia (Tabla 97). La mayoría siente frente a estos problemas pena, tristeza o depresión y preocupación (Tabla 98).

TABLA 97
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS POR LOS ADOLESCENTES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PROBLEMAS PERCIBIDOS	%	PROBLEMAS PERCIBIDOS	%	PROBLEMAS PERCIBIDOS	%
Desempleo	23,6	Delincuencia	11,9	Narcotráfico	2,1
Pobreza	21,3	Terrorismo	4,3	Inestabilidad política	1,6
Corrupción	11,7	Manejo económico	3,7	Falta de liderazgo	0,6
Violencia	14,1	Falta de confianza	2,2	Otros	1,9

TABLA 98
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN ADOLESCENTES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SENTIMIENTOS	%	SENTIMIENTOS	%	SENTIMIENTOS	%
Pena, tristeza o depresión	36,1	Amargura	4,4	Desesperación o angustia	1,8
Preocupación	25,4	Indiferencia	2,0	Impotencia	1,3
Cólera	8,8	Rabia	6,5	Frustración	0,3
Desilusión	7,8	Resignación	1,4	Otros	1,0

Respecto a la confianza en autoridades, como en Lima y Callao y en la Sierra, llama la atención la baja confianza de los adolescentes en las autoridades políticas (75,5%) así como en los líderes comunales (61,4%) y en las autoridades policiales (42,5%); estos resultados contrastan con la confianza plena de los adolescentes en los médicos (58,3%), los maestros (56,5%) y los religiosos (46,9%) (Tabla 99).

TABLA 99
CONFIANZA EN LAS AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES	42,5	37,0	20,5
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	75,5	19,8	4,7
CONFIANZA EN MAESTROS	17,0	26,6	56,5
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	29,3	23,8	46,9
CONFIANZA EN LÍDERES COMUNALES	61,1	28,7	10,2
CONFIANZA EN LOS MÉDICOS	15,6	26,1	58,3

ESTRESORES PSICOSOCIALES

Con relación a los estresores psicosociales que percibe el adolescente como muy tensionantes, resaltan la delincuencia (54,0%), el narcotráfico (46,8%), la salud (48,1%) y el terrorismo (41,4%), (Tabla 100).

TABLA 100
MAGNITUD DE TENSION FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
TRABAJO	60,4	21,2	18,4
ESTUDIO	48,5	20,9	30,6
PARIENTES	55,6	12,9	31,5
PAREJA	70,6	14,3	15,1
DINERO	60,9	19,9	19,2
LA SALUD	37,7	14,3	48,1
LA LEY	78,6	12,2	9,2
TERRORISMO	47,5	11,1	41,4
DELINCUENCIA	34,7	11,3	54,0
NARCOTRÁFICO	41,0	12,1	46,8

Respecto al estrés ambiental, el 56,5% de los adolescentes percibe un alto nivel de estrés (ruidos, ventilación, olores, espacio), cifra análoga a la de los adolescentes de Lima y Callao (EEMSM 2002).

ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

En cuanto a los estados anímicos que, sin ser por sí mismos patológicos, pueden generar repercusiones significativas en la calidad de vida de los adolescentes, los resultados respecto a los estados negativos, son llamativos; entre el 13,6% y el 20,3% de los adolescentes dice 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 tiende a ser alta, aunque se ha encontrado que tiene connotaciones relacionadas con el tener que asumir responsabilidades por algo, de manera similar que en otras ciudades de la Sierra, Lima y Callao (Tabla 101).

TABLA 101
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE			
Total	10,1	74,7	15,2
Masculino	11,6	77,4	11,0
Femenino	8,6	72,0	19,4
TENSO			
Total	24,8	61,6	13,6
Masculino	27,4	61,4	11,2
Femenino	22,2	61,8	16,0
ANGUSTIADO			
Total	31,4	54,8	13,8
Masculino	35,1	53,0	11,9
Femenino	27,7	56,6	15,7
IRRITABLE			
Total	28,0	51,8	20,3
Masculino	28,7	55,8	15,5
Femenino	27,2	47,8	25,0
PREOCUPADO			
Total	15,2	58,7	26,1
Masculino	16,5	63,5	20,0
Femenino	13,9	53,9	32,1
TRANQUILO			
Total	3,8	27,0	69,2
Masculino	4,1	23,5	72,4
Femenino	3,6	30,5	65,9
ALEGRE			
Total	1,0	18,1	80,9
Masculino	1,1	16,5	82,4
Femenino	0,9	19,6	79,4
ABURRIDO			
Total	26,2	58,2	15,6
Masculino	28,3	55,6	16,1
Femenino	24,1	60,9	15,0
OTRO			
Total	10,2	20,0	69,8
Masculino	13,0	23,1	64,0
Femenino	7,8	14,2	74,9

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 17,2 semejante a la de los adolescentes de Lima y Callao (16,1) y de la Sierra (16,9) (Tabla 102).

La mayor fuente de satisfacción está en el aspecto físico, la religión, la inteligencia y la profesión u oficio, en 71,3%, 68,3%, 67,93% y 66% de los adolescentes, respectivamente. El 22,5% está muy poco o nada satisfecho con su nivel económico, área que es la que provee con mayor frecuencia escasa satisfacción personal respecto a las otras áreas estudiadas (Tabla 103).

TABLA 102
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
Estimados	17,2	17,5	20	16,0	18,9

TABLA 103
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	9,8	18,9	71,3
INTELIGENCIA	9,9	22,3	67,9
NIVEL ECONÓMICO	22,5	35,4	42,0
ESTUDIOS	15,4	21,7	62,9
RELACIONES SOCIALES	14,8	26,5	58,7
COLOR DE LA PIEL	8,7	12,9	78,4
PROFESIÓN U OFICIO	11,0	23,1	66,0
RELIGIÓN	14,1	17,6	68,3
LUGAR DE RESIDENCIA	14,7	22,9	62,4

SATISFACCIÓN LABORAL

Partiendo de la situación de que muchos adolescentes tienen que trabajar para ayudar a mantener sus hogares, es importante la evaluación de esta área. En lo que respecta a la evaluación global, el grado de satisfacción laboral (16,6) es similar al del adolescente de Lima y Callao (16,3) y al de la Sierra (16,0), siendo la mayor razón de insatisfacción laboral la carga de trabajo que desarrolla diariamente (18,9%). Es importante que un 68,1% de los adolescentes encuestados señale a los compañeros de trabajo como fuente de satisfacción laboral (Tabla 104 y 105).

TABLA 104
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	16,6	17,0	20,0	15,0	18,3

TABLA 105
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ÁREA LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	8,2	26,7	65,2
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	17,5	25,5	57,0
CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	18,9	42,5	38,6
CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES	11,7	23,0	65,3
CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO	18,5	13,5	68,1
CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	32,9	29,4	37,8

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida involucra áreas como bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, sentido de apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. El resultado global del Índice de Calidad de Vida, en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente, se halla en 7,7, cifra que indica un nivel aceptable. El valor encontrado es semejante a la media de los adolescentes de las ciudades de la Sierra y de Lima y Callao (Tabla 106).

TABLA 106
CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MODA	P25	P75
Total	7,7	1,0	8,2	7,0	8,5

ASPECTOS PSICOPÁTICOS

Las conductas psicopáticas pueden iniciarse desde edades tempranas y pueden ser predictoras de problemas severos de personalidad de difícil ayuda en la adultez. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas se refieren a conductas como la mentira frecuente, la violencia; y como tendencias delictivas, se considera el robo u otras conductas abiertamente en conflicto con la ley. La permisividad a la psicopatía así como las tendencias psicopáticas y delictivas en la población adolescente de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa son significativamente menos frecuentes que en la población de adolescente de la Sierra y de Lima y Callao (44,6%) (Tabla 107).

TABLA 107
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	5,1
PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	44,6
PREVALENCIA DE TENDENCIAS DELICTIVAS	3,6

INDICADORES SUICIDAS

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

Son 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 25,4% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 16,3% en el último año y un 7,1% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria, el 1,7% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 1,1% en el último año. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años.

Un cuarto de la población adolescente que intentó hacerse daño considera el suicidio todavía como una posibilidad de solución de sus problemas (Tabla 108).

TABLA 108
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL %	12 A 14 AÑOS %	15 A 17 AÑOS %
DESEOS DE ÍNDOLE SUICIDA			
PREVALENCIA DE VIDA	25,4	23,0	28,0
PREVALENCIA EN EL MES	7,1	8,2	6,0
PREVALENCIA EN EL AÑO	16,3	15,0	17,8
PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA			
PREVALENCIA DE VIDA	10,1	7,0	13,4
PREVALENCIA EN EL MES	2,2	1,9	2,5
PREVALENCIA EN EL AÑO	5,9	4,7	7,3
PLANEACIÓN SUICIDA			
PREVALENCIA DE VIDA	4,1	2,1	6,2
PREVALENCIA EN EL MES	1,2	1,0	1,4
PREVALENCIA EN EL AÑO	2,9	1,8	4,0
CONDUCTAS SUICIDAS			
PREVALENCIA DE VIDA	1,7	1,1	2,3
PREVALENCIA EN EL MES	0,3	0,2	0,4
PREVALENCIA EN EL AÑO	1,1	0,9	1,4
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,4	0,0	0,9

Según la Tabla 109, los motivos de deseo e intento de suicidio están relacionados. En cuanto a los motivos por los cuales los adolescentes desean o intentan quitarse la vida, resaltan principalmente los problemas con los padres (55,1 % y 50,6%), siendo éstos más relevantes entre los 15 y 17 años (57,9 y 55,1%). Luego siguen los problemas con otros parientes y con los estudios. Además de los problemas con los padres, entre los adolescentes de 12 a 14 años resalta los problemas con otros parientes (13,3 y 40,4%), y entre los de 15 a 17 años los problemas con la pareja (5,1 y 19,1%).

Es importante remarcar que las causas principales de los indicadores suicidas en estas ciudades de la Selva se hallan en el mismo hogar, como se encontró en la Sierra y en Lima y Callao (EEMSM 2002).

TABLA 109
MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TÓPICOS	AÑOS	MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS %	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %
PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN	Total	0,3	0,0
	12 a 14	0,1	0,0
	15 a 17	0,4	0,0
PROBLEMAS CON LOS PADRES	Total	55,1	50,6
	12 a 14	51,9	40,4
	15 a 17	57,9	55,1
PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES	Total	10,8	22,1
	12 a 14	13,3	40,0
	15 a 17	8,8	14,3
PROBLEMAS CON LA PAREJA	Total	2,7	13,3
	12 a 14	0,0	0,0
	15 a 17	5,1	19,1
MUERTE DE PADRES	Total	1,9	0,0
	12 a 14	1,2	0,0
	15 a 17	2,5	0,0
PROBLEMAS CON LOS ESTUDIOS	Total	9,1	0,0
	12 a 14	12,9	0,0
	15 a 17	5,9	0,0
PROBLEMAS ECONÓMICOS	Total	6,0	3,4
	12 a 14	3,3	0,0
	15 a 17	8,4	4,9
PROBLEMAS CON LA SALUD FÍSICA	Total	2,6	5,0
	12 a 14	1,6	0,0
	15 a 17	3,4	7,2
PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	Total	1,0	0,0
	12 a 14	0,7	0,0
	15 a 17	1,4	0,0
SEPARACIÓN DE FAMILIAR	Total	3,6	6,1
	12 a 14	2,6	0,0
	15 a 17	4,4	8,7
PROBLEMAS DE SALUD FAMILIAR	Total	2,8	1,9
	12 a 14	2,5	0,0
	15 a 17	3,0	2,7
PROBLEMAS CON AMIGOS	Total	5,6	0,0
	12 a 14	2,7	0,0
	15 a 17	8,1	0,0
OTROS	Total	15,9	7,8
	12 a 14	17,0	19,6
	15 a 17	15,0	2,7

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, abuso físico a menores, habiéndose hallado que un 18,0% de la población adolescente se ha visto involucrada en algún tipo de estas conductas, no existiendo mayores diferencias entre grupos etarios. En cuanto al pensamiento homicida, las prevalencias también resultan llamativas, pues un 2,4% de la población adolescente habría tenido alguna vez en su vida pensamientos homicidas (Tabla 110). Estos indicadores son considerablemente menores que los de los adolescentes de Lima y Callao (23.5 y 3.2%) (EEMSM 2002).

TABLA 110
TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

INDICADOR	AÑOS	%
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	Total	18,0
	12 a 14 años	14,2
	15 a 17 años	22,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	Total	2,4
	12 a 14 años	1,6
	15 a 17 años	3,2
PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	Total	0,8
PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	Total	1,4

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 Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, 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 factor religioso es muy importante en la población adolescente encuestada (91,7%), inclusive más que para el promedio de adolescentes de las ciudades de la Sierra y de Lima y Callao, y la mayoría afirma que la religión ayuda a la solución de problemas (66,3%).

TABLA 111
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	17,5	18,3	20,0	15,8	19,2

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la Tabla 112, se presentan las prevalencias actuales de diversos trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El trastorno clínico más frecuente es el trastorno de ansiedad generalizada con una prevalencia actual de 5,0%, seguido del episodio depresivo con un 4,7% en los adolescentes encuestados. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia nervosa es de 0,1%, la conducta bulímica es de 4,5% y la tendencia a problemas o trasgresiones de la conducta alimentaria es de 5,1% (Tabla 112).

TABLA 112
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

Trastornos clínicos según la CIE-10	Prevalencia %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,3
EPISODIO DEPRESIVO (DEPRESIÓN MAYOR)	4,7
DISTIMIA	0,7
FOBIA SOCIAL	1,2
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**	5,0
BULIMIA NERVOSA	0,1
CONDUCTAS BULÍMICAS***	4,5
ANOREXIA NERVOSA	0,1
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS****	5,1

* 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 ha 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 o bien se inducen al vómito, o toman laxantes, o realizan ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, o toman supresores del apetito, o toman diuréticos.

Uso de sustancias

Al igual que en el adulto y el adolescente de la Sierra y Lima y Callao, las prevalencias de consumo de sustancias adictivas son mayores en los adolescentes de género masculino. Como es de esperar, el consumo de alcohol aventaja en frecuencia al consumo de otras sustancias, siendo su prevalencia de vida 68,1% y la prevalencia en el mes del 16,0%. Con relación a conductas problemáticas por consumo de licor, se encuentra una prevalencia en el mes de embriaguez alcohólica del 1,5%. Es de notar que el 16,4% de los encuestados identifica en su consumo de alcohol por lo menos una conducta relacionada al abuso (Tabla 113).

Observamos que la prevalencia de vida del consumo de sustancias legales se encuentra en 70,1% y de ilegales en 1,6%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (23,8%), seguida de las pastillas para la cefalea (2,4%), la hoja de coca (1,4%) y la marihuana (1,2%) (Tabla N° 114).

Llama la atención que las prevalencias sean sólo ligeramente superiores para los adolescentes varones, especialmente las relacionadas al consumo de alcohol (Tablas N° 113 y 114).

TABLA 113
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL, SEGÚN GÉNERO, EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	68,1	69,5	66,7
PREVALENCIA DE MES DE CONSUMO DE ALCOHOL	16,0	16,7	15,2
PREVALENCIA DE MES DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	1,5	2,0	1,0
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	16,4	19,7	13,0
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	3,9	5,4	2,4
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	1,5	1,9	1,1

TABLA 114
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES, SEGÚN GÉNERO, EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE SUSTANCIA	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	70,1	71,3	68,9
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	1,6	2,1	1,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	23,8	30,5	17,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	0,9	1,0	0,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,3	0,0	0,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	0,3	0,5	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	1,2	1,2	1,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA	0,2	0,5	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE INHALANTES	0,0	0,0	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA CEFALEA	2,4	1,4	3,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	0,2	0,2	0,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	1,4	1,9	1,0

A modo de comparación se presenta la distribución de las prevalencias de consumo de sustancias por adolescentes según las tres ciudades del estudio, muestra diferencias significativas respecto al consumo de sustancias legales en general, y de alcohol, evidenciándose una mayor prevalencia de vida y en el mes de consumo de alcohol en Tarapoto (77,4 y 22,2%), seguida de Pucallpa (74,5 y 18,0%) (Tabla 115).

TABLA 115
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERIODO	TOTAL %	IQUITOS %	TARAPOTO %	PUCALLPA %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	68,1	62,1	77,4	74,5
PREVALENCIA DE MES DE CONSUMO DE ALCOHOL	16,0	13,2	22,2	18,0
PREVALENCIA DE MES DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	1,5	0,9	2,7	2,0
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	16,4	10,9	15,8	25,8
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	1,5	1,0	1,8	2,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	70,1	65,1	78,5	75,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	1,6	1,7	1,1	1,7

En cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias (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 EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE SUSTANCIA	MEDIA	MEDIANA	MODA	MIN	MÁX.
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	12,4	13,0	15,0	1,0	17,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	13,7	14,0	15,0	4,0	17,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	14,0	15,0	15,0	10,0	15,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	15,8	16,0	16,0	15,0	16,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	14,7	15,0	15,0	11,0	17,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA CEFALEA	11,8	12,0	11,0	5,0	16,0
EDAD DE INICIO PARA CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	10,8	10,0	15,0	5,0	15,0

ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE

El adolescente, al igual que el niño y la mujer, se encuentra en serias desventajas para defenderse de las agresiones de personas de su entorno; al respecto el 72,9% de la población adolescente de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa 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 59,5%, seguido del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas) con 48,6% (Tabla 117). A todas luces, estas cifras son significativamente más elevadas que en la población adolescente de Lima y Callao (EEMSM 2002) y de la Sierra (EESP 2003), inclusive para abuso sexual.

TABLA 117
PREVALENCIA DE VIDA DE ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE ABUSO	%
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO O EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE) EN ALGÚN MOMENTO	72,9
PREVALENCIA DE ALGÚN ABUSO DE TIPO SEXUAL DEL ADOLESCENTE	3,8
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO FÍSICO DEL ADOLESCENTE	48,6
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO PSICOLÓGICO DEL ADOLESCENTE	59,5
PREVALENCIA DEL ALGÚN ABANDONO DEL ADOLESCENTE	11,1

ACCESO A SERVICIOS

Si los servicios de atención en salud mental para el adulto en la capital del país son insuficientes, aún más deficitaria es la situación de los servicios de salud mental para los adolescentes de la selva. La cantidad de profesionales especializados en el adolescente es mucho menor que la especializada en adultos en Lima y casi inexistente en la sierra. En la evaluación del acceso a servicios en salud mental para adolescentes, encontramos los mismos prejuicios manifestados por la población general. Como en el adulto, este informe se va a limitar a la presentación de los

resultados desde el punto de vista de la demanda sentida, es decir, aquellos adolescentes que han percibido en sí mismos problemas de tipo emocional o mental en algún momento 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 36,7% de los adolescentes encuestados respondió afirmativamente (demanda sentida), cifra mayor que en Lima y Callao (29,8%) y menor que en la sierra (43,2%). Se encontró también que sólo el 14,7% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 85,3% no recibió ningún tipo de atención médica (Tabla 118); es decir, en Iquitos, Tarapoto y Pucallpa habría mayor demanda sentida y menor demanda atendida que en Lima y Callao, (EEMSM 2002).

El 12,9% que sí recibió ayuda está compuesto principalmente por el 8,0% que acudió a los establecimientos de salud del MINSA, el 2,6% a ESSALUD y el 0,8% que fue atendido en consulta privada (Tabla 119).

TABLA 118

DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

DEMANDA	%
Demanda sentida de vida en salud mental (con probl. de SM)	36,7
Demanda sentida expresada atendida en servicios de salud en los últimos seis meses (% de la demanda sentida)	14,7

TABLA 119

LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
MINSA		8,0
-PUESTOS O CENTROS DE SALUD:		(54,4% de lo atendido)
-HOSPITAL GENERAL:	3,7	
	4,3	
ESSALUD		2,6
-POSTA O POLICLÍNICO:		(17,1% de lo atendido)
-CENTRO DE SALUD MENTAL	0,0	
-HOSPITAL GENERAL:	0,1	
	2,5	
FFAA		1,1
-HOSPITAL FFAA Y PN:	1,1	(7,5% de lo atendido)
PRIVADA		0,8
-CLÍNICA PARTICULAR:		(5,5% de lo atendido)
-CONSULTORIO PARTICULAR:	0,2	
	0,6	
OTROS		(14,4% de lo atendido)

Con relación a los motivos por los cuales los adolescentes no recibieron atención alguna para su problema emocional, la mayoría (68,3%) pensaba que lo debía superar solo, el 31,8% no acudió por falta de confianza, el 30,6% por no tener dinero y un 29,2% no sabía dónde ir a buscar ayuda. Es evidente, al igual que en el adulto, que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y los económicos (Tabla 120).

TABLA 120
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA SENTIDA
EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTAR A CENTRO ASISTENCIAL	%
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	68,3	PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO	14,2
NO TENÍA DINERO	30,6	LARGAS LISTAS DE ESPERA	9,8
FALTA DE CONFIANZA	31,8	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	10,7
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	24,7	NO EXISTÍA SERVICIOS DE SALUD MENTAL CERCANO	10,2
NO SABÍA DONDE IR	29,2	VECINOS HABLARÍAN MAL	10,4
NO ME BENEFICIARÍA	27,5	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	4,0
POR VERGÜENZA	17,3	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	6,9
PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	10,2	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	2,8
OTRO	18,4		



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS





CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

El número de adultos mayores encuestados en las tres ciudades de la selva donde se llevó a cabo el estudio, Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, fue de 1 187, y de acuerdo al diseño muestral, la inferencia alcanza a 45 480 habitantes. Los resultados se presentan en base a la población expandida. La muestra estuvo conformada por 46,4% de varones y 53,6% de mujeres (Tabla 121).

TABLA 121
NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
Muestra Total (sin ponderar)	1 187	45,3	54,7
Ponderada	45 480	46,4	53,6

EDAD

La edad promedio de los adultos mayores encuestados fue 70,2 años, y según los grupos etarios conformados, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo más joven, entre los 60 y 74 años (Tabla 122).

TABLA 122
EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

EDAD	MEDIA
Ponderada (D.S)	70,2 (0,3)
Grupo etario	%
Viejo joven (60 a 74 años)	72,4
Viejo viejo (75 a 84 años)	22,4
Muy viejo (85 años a más)	5,3

ESCOLARIDAD

En los encuestados adultos mayores el analfabetismo asciende al 15,1%, con mayor presencia entre las mujeres que entre los varones (Tabla 123).

TABLA 123
ANALFABETISMO EN LOS ADULTOS MAYORES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ANALFABETISMO	%
Total	15,1
Masculino	6,1
Femenino	23,1

Aproximadamente dos tercios de los encuestados adultos mayores tienen instrucción primaria (62,4%), con valores próximos en hombres y mujeres. Como se observa en la distribución por géneros de los otros niveles educativos considerados, las mujeres consistentemente presentan menor instrucción, siendo más notorio en el nivel de carencia de instrucción (Tabla 124).

TABLA 124
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

GRADO DE ESTUDIO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Sin nivel	11,2	2,8	18,6
Inicial / preescolar	0,1	0,1	0,2
Primaria	62,4	61,1	63,6
Secundaria	17,0	22,5	12,2
Superior no universitario	6,0	8,0	4,3
Superior universitario	2,9	4,9	1,1
Postgrado	0,3	0,7	-

ESTADO CIVIL

El 55,8% de los adultos mayores está en situación de unido (casados y convivientes) y el 41,7% en la condición de pérdida de una unión previa (separados, divorciados y viudos). El 2,4% permaneció soltero (Tabla 125).

TABLA 125
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ESTADO CIVIL	TOTAL %
Conviviente	13,6
Separado	11,7
Divorciado	0,9
Viudo	29,1
Casado	42,2
Soltero	2,4

OCUPACIÓN

La actividad productiva de los adultos mayores se refleja en el 39% que estuvo trabajando la semana anterior a la encuesta, con mayor participación de los varones. Los que buscan empleo o desempleados alcanzan al 2,3% (Tabla 126).

TABLA 126
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Trabajó la semana anterior	39,0	46,6	32,4
Está buscando trabajo	2,3	5,0	0,6

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR



ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

ESTRESORES PSICOSOCIALES

Entre los estresores explorados, la delincuencia y la salud son reconocidos por más de la mitad de los encuestados como generadores de mucha tensión. Excepto el estresor referido a problemas con la ley, que es bajo, el resto de estresores es reconocido como generador de mucha tensión por una proporción importante de los encuestados (Tabla 127). Con relación a la salud, cabe señalar que la prevalencia a 6 meses de enfermedad física o accidente en los adultos mayores encuestados es de 52,4%.

TABLA 127
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN
ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA

TIPO DE ESTRESOR SOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
Trabajo	56,0	20,6	23,4
Estudio	44,9	32,0	23,2
Hijos	56,3	14,6	29,1
Pareja	68,0	6,6	25,4
Dinero	42,7	22,5	34,8
Salud	28,5	19,1	52,4
Asuntos con la ley	86,8	7,1	6,0
Terrorismo	51,3	9,0	39,7
Delincuencia	32,5	9,5	58,0
Narcotráfico	47,3	8,3	44,4
Otros	23,4	0,0	76,6

ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los estados de ánimo prevalentes en los adultos mayores son la tranquilidad y alegría, y son reportados con mayor frecuencia entre los varones. Los estados anímicos considerados negativos como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad y aburrimiento tienen entre el 8,4% y 19,8% de presencia en los encuestados, y son reconocidos en un mayor porcentaje entre las mujeres (Tabla 128).

TABLA 128
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR
DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ESTADOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES %	SIEMPRE %
Triste	14,9	65,3	19,8
Masculino	20,9	64,0	15,1
Femenino	9,7	66,4	23,9
Tenso	27,6	60,2	12,2
Masculino	36,1	55,0	8,9
Femenino	20,3	64,7	15,0
Angustiado	35,4	53,7	11,0
Masculino	42,5	48,3	9,2
Femenino	29,1	58,3	12,5
Irritable	28,7	28,0	10,2
Masculino	29,5	60,2	10,3
Femenino	61,1	61,9	10,1
Preocupado	11,2	57,0	31,8
Masculino	13,3	57,3	29,4
Femenino	9,5	56,7	33,8
Tranquilo	0,8	25,4	73,8
Masculino	0,7	23,1	76,2
Femenino	0,8	27,5	71,6
Alegre	1,2	28,8	69,9
Masculino	1,2	27,2	71,6
Femenino	1,2	30,2	68,5
Aburrido	38,4	53,2	8,4
Masculino	44,6	47,9	7,4
Femenino	33,0	57,7	9,3
Otro	26,1	14,2	59,7
Masculino	36,7	12,2	51,2
Femenino	7,4	17,8	74,7

SATISFACCIÓN PERSONAL

Al explorar el nivel de satisfacción personal con respecto a diferentes atributos y condiciones personales, los adultos mayores presentan una media global de 16,64 en una escala de 5 a 20, con valores muy próximos para los varones y para las mujeres (Tabla 129). La mayoría de los encuestados refiere un alto nivel de satisfacción con todos los aspectos evaluados, excepto con los estudios y el nivel económico, en los que alrededor de un tercio de ellos expresa su insatisfacción (Tabla No.130).

TABLA 129
SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN
ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	PC25	PC75
Total	16,64 (2,6)	17,3	20,0	15,0	18,9
Masculino	16,58 (2,6)	17,0	20,0	15,0	18,7
Femenino	16,7 (2,7)	17,4	20,0	15,1	18,9

TABLA 130

SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
Aspecto físico	14,6	26,1	59,3
Color de piel	8,6	17,1	74,2
Inteligencia	13,8	26,2	60,0
Condición económica	35,2	37,2	27,6
Profesión u oficio que estudio	11,4	13,5	75,1
Estudios	35,7	27,1	37,2
Religión	4,4	9,8	85,8
Amistades o relaciones sociales	9,9	23,3	66,8
Lugar de residencia	7,5	20,1	72,4

SATISFACCIÓN LABORAL

Más de la tercera parte de la muestra de adultos mayores continúa trabajando, por lo que resulta importante la evaluación de la satisfacción laboral. Tomando en cuenta una escala de 5 a 20, los encuestados presentan una media global de 16,71 de satisfacción laboral. Los adultos mayores refieren sentirse muy satisfechos con los componentes específicos evaluados, destacando el aspecto de los compañeros de trabajo, y exceptuando la remuneración recibida, con la que más del 40% de los encuestados se siente insatisfecho (Tablas 131 y 132).

TABLA 131

SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	16,71 (2,8)	17,5	20,0	15,0	19,0
Masculino	16,6 (2,7)	17,0	20,0	15,0	18,8
Femenino	16,88 (3,0)	17,5	20,0	15,0	19,1

TABLA 132

SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
Con actividades o funciones que realiza	9,8	26,0	64,1
Con el ambiente físico donde labora	8,9	24,9	66,2
Con sus compañeros de trabajo	7,6	15,8	76,6
Con la carga de trabajo que desarrolla a diario	15,1	29,7	55,1
Con el trato que recibe de sus jefes	11,0	29,0	60,1
Con la remuneración que recibe	41,1	33,0	25,9

CALIDAD DE VIDA

En una escala de 1 a 10, la media global del Índice de Calidad de Vida en el adulto mayor es 7,44 (Tabla 133). Es el resultado de la valoración de diferentes condiciones personales y del entorno, tales como bienestar físico y bienestar psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual.

TABLA 133
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	7,44	7,5	7,8	6,7	8,2
Masculino	7,49	7,5	7,6	6,8	8,3
Femenino	7,39	7,4	7,8	6,7	8,1

DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

Con la edad existe mayor probabilidad de presentar discapacidades, asociadas a la presencia de una enfermedad o condición patológica. Aproximadamente una cuarta parte de los adultos mayores encuestados (26,9%) tiene alguna discapacidad física (Tabla 134). Considerando una escala de 5 a 20, en la que 5 indica ausencia de discapacidad para la realización de actividades cotidianas, los encuestados presentan un bajo nivel global de discapacidad (Tabla 135). El 28,5% de la población presenta al menos alguna discapacidad o inhabilidad (Tabla 136).

TABLA 134
DISCAPACIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

AL MENOS UNA DISCAPACIDAD FÍSICA	%
Total	26,9
Masculino	27,9
Femenino	26,0

TABLA 135
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	6,12 (2,64)	5,0	5,0	5,0	6,0
Masculino	6,12 (2,82)	5,0	5,0	5,0	5,0
Femenino	6,12 (2,49)	5,0	5,0	5,0	6,0

TABLA 136
ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
Total	28,5
Masculino	27,7
Femenino	29,2

INDICADORES SUICIDAS

Las diversas situaciones de pérdida a las que está expuesto el adulto mayor generan estados emocionales negativos e indican la necesidad de aproximarse a la problemática suicida en este grupo. Se presenta la prevalencia de vida, anual y del último mes del deseo, pensamiento, plan y conducta suicida, debiéndose tomar los datos de estos tres últimos indicadores con cautela por el pequeño número de casos. A lo largo de la vida el deseo suicida alcanza el 24,3% y en el último mes al 6,3%. Todas las cifras son levemente mayores para las mujeres, excepto en la planificación suicida (Tabla Nro. 137).

TABLA 137

INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

INDICADORES SUICIDAS	DE VIDA	PREVALENCIA ANUAL	MES
	%	%	%
Deseo de morir	24,3	11,3	6,3
Masculino	17,5	8,2	4,9
Femenino	30,2	14,0	7,6
Pensamientos suicida	6,1	2,2	1,3
Masculino	5,3	2,0	1,2
Femenino	6,7	2,3	1,4
Planeación suicida	1,7	0,6	0,4
Masculino	1,9	0,7	0,5
Femenino	1,6	0,5	0,3
Conducta suicida	0,5	0,0	0,0
Masculino	0,3	0,0	0,0
Femenino	0,6	0,0	0,0

FACTORES PROTECTORES

La cohesión familiar y las tendencias religiosas se consideran factores protectores de la salud y bienestar. En una escala de 5 a 20, en la que cinco es ausencia de cohesión familiar, la media de los adultos mayores encuestados es 17,99 (Tabla 138). La cohesión se refiere a la percepción del grado de respeto, apoyo y de compartir valores y proyectos en la familia. De otro lado, se observan altos porcentajes en las actitudes positivas y prácticas religiosas, constituyendo un importante apoyo (Tabla 139).

TABLA 138

COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	17,99 (2,51)	19,08	20,0	16,67	20,0
Masculino	18,07 (2,43)	19,17	20,0	16,67	20,0
Femenino	17,93 (2,57)	18,33	20,0	16,67	20,0

TABLA 139
TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TENDENCIAS RELIGIOSAS	%
Dios muy importante	93,3
Asiste a iglesia o templo	82,7
Participa activamente	28,5
Lee escrituras religiosas	58,0
Trasmite religión a hijos	61,7
Religión ayuda a solución de problemas	73,8
Predica o enseña a otras personas	41,6

TRASTORNOS CLÍNICOS

Episodio depresivo en el adulto mayor

Los problemas afectivos son frecuentes en la adultez mayor y se asocian a diversas circunstancias de pérdida y a otras condiciones patológicas. 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). La prevalencia actual de episodio depresivo es 2,4%, con valores próximos para ambos sexos y para los dos grupos etarios considerados. Se aprecia la tendencia al decrecimiento de la diferencia entre los porcentajes de varones y mujeres con episodio depresivo a medida que disminuye el lapso temporal de las cuatro categorías de prevalencia analizadas.

TABLA 140
EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PREVALENCIAS DEL EPISODIO DEPRESIVO	DE VIDA %	ANUAL %	6 MESES %	ACTUAL %
Total	27,2	6,7	4,8	2,4
Masculino	21,7	5,7	4,3	2,5
Femenino	32,1	7,5	5,2	2,3
Viejo joven (60-74)	26,9	6,3	4,4	2,1
Viejo viejo o muy viejo (≥ 75)	28,0	7,5	5,9	3,1

Trastorno de ansiedad generalizada

La Tabla 141 muestra 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 2,2%, porcentualmente mayor en las mujeres y similar en los dos grupos etarios considerados (Tabla 141).

TABLA 141
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN) EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PREVALENCIAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	DE VIDA %	ANUAL %	6 MESES %	ACTUAL %
Total	9,8	2,1	2,1	2,2
Masculino	8,7	1,2	0,9	1,1
Femenino	10,7	2,8	3,1	3,1
Viejo joven (60-74)	10,5	1,7	1,8	2,2
Viejo viejo o muy viejo (≥ 75)	7,7	3,0	2,8	2,0

Consumo de sustancias

Dentro del consumo de sustancias se presenta la prevalencia anual conjunta de los patrones de consumo abuso/dependencia de alcohol. Esta asciende a 2,4%, siendo casi exclusiva de los varones (Tabla 142).

TABLA 142
ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

PREVALENCIA DE ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL	ANUAL %
Total	2,4
Masculino	5,1
Femenino	0,1

DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR

Teniendo en cuenta el incremento de la prevalencia de síndromes demenciales o de deterioro a medida que aumenta la edad, es necesario conocer su magnitud. En el presente estudio se identifica la presencia de un 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, la media del desempeño cognoscitivo de los adultos mayores fue 22,83. 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 IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

ASPECTO COGNOSCITIVO	AÑOS DE INSTRUCCIÓN	MEDIA	SX.	MEDIANA	MODA	MIN.	MAX.	P25	P75
Puntaje MMSE (máx 30 puntos)	TOTAL	22,83	5,3	24,0	23,0	0,0	30,0	20,0	27,0
	8 ó más	25,72	3,97	27,0	29,0	0,0	30,0	24,0	29,0
	Menos de 8	21,64	5,33	23,0	23,0	0,0	30,0	19,0	25,0

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

Utilizando el puntaje de corte de 22, se identifica que el 38,8% de los adultos mayores presenta algún grado de deterioro cognoscitivo, con mayor porcentaje en las mujeres y en el grupo de mayor edad. Las diferencias de prevalencia del deterioro atendiendo a los años de estudio son notorias: el deterioro identificado es menor en el grupo de ocho o más años de educación, observándose en este grupo el mismo patrón con respecto al sexo y la edad. Cabe notar que las diferencias entre sexos se acortan notablemente cuando se trata del grupo de menos de ocho años de estudios (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 IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE (=22)	MENOS DE 8 %	AÑOS DE INSTRUCCIÓN 8 Ó MÁS %	TOTAL %
Total	48,7	16,1	38,8
Masculino	47,0	12,9	34,2
Femenino	50,2	21,6	43,7
Viejo joven (60-74)	39,9	11,9	30,2
Viejo viejo o muy viejo (≥ 75)	69,5	39,2	64,0

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

La pérdida de habilidades instrumentales en adultos mayores, utilizando el puntaje de corte 5 en la escala de *Pfeffer*, alcanza al 27,7%; es notoriamente mayor el porcentaje de deterioro en el grupo de mayor edad. Los valores para ambos sexos son similares (Tabla 145).

TABLA No.145
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES INDICATIVAS DE DETERIORO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN LA ESCALA DE PFEFFER (≥ 6)	%
Total	27,7
Masculino	27,9
Femenino	27,6
Viejo joven (60-74)	16,9
Viejo viejo o muy viejo (≥ 75)	55,4

Utilizando ambos datos, el MMSE con un puntaje =21 para deterioro cognoscitivo y la Escala de Pfeffer con un puntaje = 6 para deterioro de las actividades instrumentales, la prevalencia de deterioro sospechoso de demencia asciende a 14%. Es destacada la asociación con la educación pues se aprecia un mayor porcentaje del síndrome de deterioro en el grupo con menos de ocho años de estudios (Tabla 146).

TABLA No.146
ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNOSCITIVO Y FUNCIONAL
SOSPECHOSO DE DEMENCIA POR AÑOS DE INSTRUCCIÓN* DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

INDICADORES DE DETERIORO	AÑOS DE INSTRUCCIÓN	%
Puntaje MMSE (=21 puntos) y Pfeffer (= 6 puntos)	TOTAL	14,0
	8 ó más	5,3
	Menos de 8	17,7

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

MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR

La población de adultos mayores constituye un grupo vulnerable al maltrato. En el último año el 8,8% de adultos mayores ha sido víctima de alguna forma de maltrato, y el 3,3% ha sufrido maltrato sistemático. La forma más frecuente de maltrato es la agresión verbal (Tabla 147). Del total de adultos mayores que refirió haber sido maltratado en el último año, sólo el 9,2% recibió algún tipo de ayuda.

TABLA 147
PREVALENCIA ANUAL Y SISTEMÁTICA DE MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR EN LA POBLACIÓN DE
IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

TIPO DE MALTRATO	TOTAL %	SISTEMATICO %
Cualquier tipo de maltrato al adulto mayor	8,8	3,3
Intentos o actos sexuales inapropiados	0,2	0,2
Golpes, puñetes o empujones	1,4	0,0
Insultos, agresiones verbales u ofensas	6,1	2,2
Chantajes, manipulaciones o humillaciones	1,2	0,6
Situación de abandono	2,9	1,2
Recibió algún tipo de ayuda como consecuencia de estas situaciones	9,2	—

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

ACCESO A SERVICIOS

El reconocimiento de padecer en los últimos seis meses algún problema de tipo emocional o mental asciende en los adultos mayores a 12,8%; esto conforma la demanda sentida. De este grupo ha buscado atención sólo el 15,9%, lo que constituye la demanda sentida expresada; la búsqueda es mayor entre los varones (Tabla 148).

TABLA 148
DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

DEMANDA SENTIDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL)	%
Total	12,8
Masculino	12,5
Femenino	13,0
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	%
Total	15,9
Masculino	17,5
Femenino	14,4

Del total de la demanda sentida expresada, el mayor porcentaje de adultos mayores se atendió en los servicios del MINSA, en segundo lugar en ESSALUD y finalmente en el sector privado (Tabla 149).

TABLA 149
LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES	TOTALES
MINSA		7,8
-PUESTOS O CENTROS DE SALUD:	1,5	(49,3% de lo atendido)
-HOSPITAL GENERAL:	6,3	
ESSALUD		4,4
-POSTA O POLICLÍNICO:	1,8	(27,6 % de lo atendido)
-HOSPITAL GENERAL:	2,6	
PRIVADA		3,2
-CLÍNICA PARTICULAR:	1,2	(19,9 % de lo atendido)
-CONSULTORIO PARTICULAR:	2,0	
OTROS	0,5	0,5 (14,4% de lo atendido)

Con relación a los motivos por los cuales la persona no buscó atención alguna para su problema emocional, destacan las limitaciones económicas y el pensamiento del deber superar el problema solo. Casi una cuarta parte no buscó atención porque no sabía dónde acudir (Tabla 150).

TABLA 150
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA A LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA 2004

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
No tenía dinero	63,1
Lo debía superar solo	56,6
No sabía dónde ir	23,5
Prefería remedios caseros	29,0
No me beneficiaría	21,3
Falta de confianza	17,0
Vergüenza	3,2
Lista de espera larga	14,2
Duda de manejo por médicos	10,0
No existía servicio de salud mental cercano	7,7
Tenia el dinero pero prefería gastarlo en otra cosa	4,3
El seguro médico no lo cubría	2,0



CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN LA SELVA PERUANA





ADULTOS

1. Con respecto a los aspectos sociodemográficos, el grado de analfabetismo es mayor en el género femenino. El 46% tiene por lo menos educación secundaria. Son significativas las diferencias entre género. Casi dos terceras partes son casados o convivientes. El desempleo llega al 10,5% y más de la mitad de las mujeres tiene un ingreso promedio menor a 300 nuevos soles.
2. Hombres y mujeres perciben que el problema principal del país está relacionado, en un 58,2%, con el desempleo. Luego siguen: pobreza y manejo económico.
3. En un 90%, la población desconfía de las autoridades políticas. Un 72,4% 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, inteligencia, nivel económico, profesión u oficio, nivel educativo alcanzado y relaciones sociales, se encontró entre 16,7% y 29,9% de los encuestados. El 29,9% tienen sentimientos de insatisfacción por razones económicas.
8. El índice de calidad de vida correspondió al 7,6%.
9. Una quinta parte de la población tiene algún grado de discapacidad o inhabilidad leve.
10. La permisividad frente a la psicopatía fue de 9,9% y las tendencias psicopáticas fue de 6,6%.
11. Un 32% de la población adulta en algún momento de su vida ha tenido deseos de morir; y un 15,8% de mujeres en el último año ha tenido ganas de morir. Los principales motivos de deseos de morir y pensamientos suicidas lo constituyen 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 21,4%; a pesar de ello, un 40% no considera la depresión como un desorden mental. Fue mayor la prevalencia de trastornos psiquiátricos en Iquitos. La prevalencia de vida para trastornos psiquiátricos en personas que han perdido violentamente algún familiar en el periodo de la violencia política, fue de 42%.
13. La prevalencia de vida para consumo de sustancias legales fue de 74,4%. La prevalencia más alta fue para el consumo, de bebidas alcohólicas con 50%. La prevalencia anual de abuso o dependencia del alcohol fue del 8,8%, correspondiendo 17,5% 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 trastorno depresivos pero no con el abuso o dependencia a alcohol.

15. En relación al acceso a los servicios, el 43,2% percibió algún problema de salud mental alguna vez en su vida. Un 12,1% identificó su problema en los últimos 6 meses, y de ellos, sólo un 13% 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. Con respecto a aspecto sociodemográfico, el grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas en la selva peruana es del 3,9%. El 75,9% de las mujeres entrevistadas refiere tener una instrucción entre primaria y secundaria. El 79,4% refiere encontrarse en situación de unidas (conviviente y casada). El 2,0% ha estado buscando trabajo la semana anterior, el 54,6% considera el desempleo como el problema principal en el país y el 27,0% presenta el sentimiento de tristeza frente al principal problema. El 50,5% gana menos de 300 nuevos soles al mes.
2. Confían “nada o poco” en las autoridades políticas el 90,8% y confían “mucho”, cerca de la mitad, en los religiosos (41,9%) y los médicos (44,0%).
3. El 67,4% considera que la delincuencia es el mayor estresor. Cerca de la mitad considera un estresor importante la delincuencia, el terrorismo, la salud y la falta de dinero. Estas últimas cifras son similares en la mujer unida maltratada sistemáticamente.
4. El 42,8% siente “poco o nada” de satisfacción con su nivel educativo y un alto porcentaje (84,4%) siente mucha satisfacción con la religión que profesa.
5. La media del índice de calidad de vida global es de 7,5 en una escala de 1 a 10.
6. La prevalencia anual de deseos de morir es de 15,3% y en la mujer maltratada sistemáticamente, 25,5%; de pensamientos de quitarse la vida 5,1%, y en la mujer maltratada sistemáticamente, 12,4%; de planes de quitarse la vida 1,7%; y de intentos de quitarse la vida 0,5%.
7. La prevalencia de vida del episodio depresivo es de 26,7% y en la mujer maltratada sistemáticamente, 37,8%; del trastorno de estrés post traumático, 12,6%; y en la mujer maltratada sistemáticamente, 18,1%.
8. El 8,0% fue maltratada en el periodo de enamoramiento; el 25% fue engañada, y el 80,4% de las mujeres maltratadas sistemáticamente recibió tratos inadecuados en la etapa de enamoramiento.
9. El 42,6% es víctima de abuso físico por parte de su pareja actual, y el 52,3%, de insultos. La prevalencia anual de algún tipo de abuso sistemático es de 12,3%.

ADOLESCENTES

1. Entre seis y siete de cada diez adolescentes de las ciudades de la selva (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa), de entre 12 y 18 años, tienen nivel de educación secundaria y dieciséis de cada mil tienen condición de analfabetos.
2. Entre uno y dos de cada diez adolescentes de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa trabajan y tienen un promedio de ingreso de 133 nuevos soles.
3. El desempleo y la pobreza son los principales problemas personales percibidos por los adolescentes, percepción que les genera predominantemente sentimientos de pena, tristeza o depresión y preocupación.
4. Los adolescentes de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa no confían en las autoridades policiales, políticas y comunales, pero sí confían en médicos, maestros y religiosos.
5. La salud, la delincuencia, el narcotráfico y el terrorismo son percibidos como factores muy tensionantes por la mayoría de adolescentes.
6. En lo personal, se sienten más satisfechos con su aspecto físico, la religión, la inteligencia y oficio, e insatisfechos con el aspecto económico.
7. Los adolescentes que trabajan dicen estar muy satisfechos por sus compañeros de trabajo y nada satisfechos con la carga y el ambiente físico de trabajo que desarrollan diariamente.
8. El nivel de calidad de vida de los adolescentes de la Selva 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 padres.
11. El trastorno clínico más frecuente es el trastorno de ansiedad generalizada: uno de cada veinte adolescentes reúne criterios para tal diagnóstico.
12. El alcohol y el tabaco son las sustancias de mayor consumo, al igual que en la sierra y Lima y Callao, y se inicia generalmente entre los 12 y 13 años.
13. La adolescencia es otra etapa de vida vulnerable al abuso, siendo el abuso físico 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 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 las ciudades de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa fue 70,2 años, con un mayor porcentaje del grupo entre 60 y 74 años. El analfabetismo caracteriza al 15,1% de la población, correspondiendo un 23,1% a las mujeres; el 62% de los encuestados tiene instrucción primaria. El 55,8% se encuentra en condición de unido, casado o conviviente. El 39% continúa trabajando.
2. Los estresores que provocan mayor tensión son la delincuencia y los problemas de salud. La prevalencia a seis meses de enfermedad física o accidente es de 52,4%. Los estados anímicos predominantes son la tranquilidad y alegría; estados negativos como la tristeza o angustia son reportados más entre las mujeres.
3. La satisfacción con diferentes características y atributos personales es alta, excepto la insatisfacción con los estudios y con la condición económica.
4. Los adultos mayores que trabajan experimentan un alto nivel de satisfacción con diferentes aspectos de la actividad laboral, excepto con la remuneración recibida.
5. El 26,9% tiene alguna discapacidad física y el 28,6% alguna discapacidad o inhabilidad.
6. El deseo de morir en el último mes estuvo presente en el 6,3%.
7. La cohesión familiar y la religión son valoradas como factores protectores.
8. Con respecto a los trastorno clínico, la prevalencia actual del episodio depresivo es de 2,4%, mientras que la prevalencia actual del trastorno de ansiedad generalizada sin depresión es de 2,2%.
9. La prevalencia anual del abuso/dependencia de alcohol es de 2,4%, siendo casi exclusivo entre los varones.
10. El deterioro cognoscitivo es mayor entre mujeres, entre el grupo de mayor edad y entre las personas con menos años de educación. El deterioro de la capacidad de realizar actividades instrumentales aumenta con la edad.
11. El 14% 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 8,8% 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 3,3%.
13. El porcentaje de personas que identifica padecer problemas emocionales es del 12,8%; de esta demanda sentida sólo el 15,4% busca atención, acudiendo a los servicios del MINSA y de ESSALUD en porcentajes próximos. La mayoría reconoce como motivo de no búsqueda de atención las limitaciones económicas y el deber de superar el problema solos.



ANEXO
ERRORES MUESTRALES Y
COEFICIENTE DE VARIACIÓN





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

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

Además del error estándar, es muy importante conocer el efecto del diseño (*deff* por sus siglas en inglés), el mismo que es definido como la razón entre el error estándar correspondiente al diseño empleado y el error estándar de la muestra, asumiendo muestreo aleatorio simple. El valor de *deff* igual a 1.0 indicaría que el diseño utilizado es tan eficiente como uno simple al azar del mismo tamaño, mientras que un valor superior a 1.0 indicaría que el uso de conglomerados produjo una varianza superior.

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

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD MENTAL EN LA SELVA PERUANA 2004 ERRORES MUESTRALES

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GENERALES ADULTO						
Edad promedio(DS) ponderada	Media aritmética	37,55%	0,35	36,85 ; 38,26	2,13	1,0
Trabajó la semana anterior	Prevalencia	64,8%	1,0	62,7 ; 66,8	1,84	1,6
Está buscando trabajo	Prevalencia	10,5%	1,2	8,3 ; 13,2	1,92	11,7
Grado de Analfabetismo	Prevalencia	9,6%	1,3	7,3 ; 12,6	1,90	13,8
Grado de estudios	Sin nivel/nunca asistió a la escuela	1,5%	0,3	1,1 ; 2,1	1,77	16,9
	Inicial / preescolar	0%	0	0,0 ; 0,1	0,66	71,3
	Primaria	22,6%	1,2	20,4 ; 25,0	3,08	5,2
	Secundaria	46,6%	1,0	44,7 ; 48,6	1,57	2,1
	Bachillerato	0%	0	0,0 ; 0,1	0,70	73,7
	Superior no universitario	15,9%	0,9	14,3 ; 17,7	2,23	5,5
	Superior universitario	12,8%	0,9	11,1 ; 14,8	3,14	7,4
Promedio de ingreso mensual personal	Postgrado	0,4%	0,1	0,2 ; 0,7	1,27	27,5
	< de 300	38,3%	1,4	35,6 ; 41,1	2,39	3,6
	301 a 600	30,0%	1,1	27,8 ; 32,3	1,79	3,8
	601a 1200	25,2%	1,1	23,2 ; 27,4	1,73	4,2
Niveles de pobreza familiar según auto percepción de consumo	> de 1200	6,5%	0,7	5,3 ; 7,9	2,02	10,0
	No cubre ni las necesidades básicas de alimentación	3,6%	0,5	2,6 ; 4,8	3,33	15,1
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	33,9%	1,6	30,7 ; 37,2	4,75	4,9
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	57,2%	1,7	53,8 ; 60,5	4,77	3,0
	Cubren las necesidades básicas y otras	5,4%	0,7	4,2 ; 6,9	3,67	12,8
SALUD MENTAL DEL ADULTO						
Principales problemas percibidos en el país	Desempleo	54,1%	1,1	52,0 ; 56,2	1,76	1,9
	Pobreza	16,2%	0,8	14,7 ; 17,8	1,80	4,9
	Manejo económico	3,9%	0,5	3,1 ; 5,0	2,56	12,6
	Corrupción	9,3%	0,6	8,2 ; 10,5	1,58	6,2
	Delincuencia	4,1%	0,5	3,2 ; 5,1	2,40	12,0
	Violencia	3,6%	0,4	2,9 ; 4,5	1,68	10,6
	Inestabilidad política	2,2%	0,3	1,6 ; 3,0	2,10	15,4
	Falta de confianza y liderazgo	2,1%	0,4	1,4 ; 3,1	3,54	43,4
	Terrorismo	0,8%	0,2	0,6 ; 1,3	1,58	21,6
	Narcotráfico	0,5%	0,2	0,2 ; 0,9	2,00	33,2
	Ninguno	0,2%	0,1	0 ; 0,8	3,70	69,5
Sentimientos frente a problemas nacionales	Otro	2,6%	0,4	2,0 ; 3,4	1,96	13,7
	Preocupación	31,8%	1,3	29,3 ; 34,5	3,19	4,2
	Pena, tristeza o depresión	20,5%	0,9	18,8 ; 22,4	1,96	4,4
	Desilusión	8,1%	0,7	6,9 ; 9,5	2,42	8,4
	Amargura, rabia o cólera	19,7%	1,8	16,5 ; 23,3	6,91	28,8
	Impotencia	5,7%	0,6	4,7 ; 7,0	2,44	10,1
	Resignación	2,0%	0,3	1,5 ; 2,5	1,36	13,1
	Indiferencia	2,7%	0,3	2,2 ; 3,5	1,64	12,2
	Frustración	1,9%	0,4	1,3 ; 2,8	2,67	18,5

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	Indignación	1,9%	0,3	1,5 ; 2,5	1,33	13,1
	Desesperación o angustia	2,6%	0,3	2,1 ; 3,4	1,74	12,8
	Ninguno	1,6%	0,4	1,0 ; 2,6	3,87	24,3
	Otro	1,3%	0,2	0,9 ; 1,8	1,82	19,0
Confianza en autoridades policiales	Nada o poco	61,3%	1,2	59,0 ; 63,6	2,26	1,9
	Regular	31,0%	1,1	28,9 ; 33,2	2,19	3,5
	Bastante o mucho	7,7%	0,6	6,6 ; 8,8	1,72	7,3
Confianza en autoridades militares	Nada o poco	56,9%	1,1	54,7 ; 59,1	2,05	2,0
	Regular	31,7%	1,0	29,7 ; 33,7	1,85	3,2
	Bastante o mucho	11,4%	0,7	10,1 ; 12,9	2,02	6,3
Confianza en religiosos	Nada o poco	33,3%	1,2	31,0 ; 35,7	2,53	3,6
	Regular	28,7%	1,1	26,6 ; 30,9	2,29	3,8
	Bastante o mucho	38,1%	1,1	35,9 ; 40,3	2,15	3,0
Confianza en maestros	Nada o poco	23,0%	1,0	21,0 ; 25,0	2,26	4,4
	Regular	40,8%	1,2	38,4 ; 43,2	2,38	3,0
	Bastante o mucho	36,2%	1,0	34,4 ; 38,2	1,59	2,7
Confianza en médicos	Nada o poco	16,9%	0,8	15,4 ; 18,5	1,66	4,6
	Regular	38,6%	1,3	36,1 ; 41,1	2,75	3,3
	Bastante o mucho	44,6%	1,1	42,4 ; 46,8	1,97	2,5
Confianza en autoridades políticas	Nada o poco	90,7%	0,6	89,4 ; 91,9	1,77	0,7
	Regular	8,4%	0,6	7,3 ; 9,6	1,83	7,2
	Bastante o mucho	0,9%	0,2	0,6 ; 1,3	1,30	19,1
Confianza en líderes de sindicatos	Nada o poco	64,4%	3,2	57,9 ; 70,3	1,59	4,9
	Regular	25,1%	2,8	20,0 ; 31,0	1,54	11,2
	Bastante o mucho	10,5%	2,2	6,9 ; 15,8	1,94	21,2
Confianza en líderes de su comunidad / alcalde	Nada o poco	71,4%	1,0	69,3 ; 73,3	1,95	1,4
	Regular	24,7%	1,0	22,8 ; 26,7	2,00	4,0
	Bastante o mucho	3,9%	0,4	3,3 ; 4,7	1,41	9,4
Confianza en su jefe de trabajo	Nada o poco	21,8%	1,5	18,9 ; 25,0	1,80	7,1
	Regular	33,0%	1,8	29,5 ; 36,7	1,91	5,5
	Bastante o mucho	45,2%	1,9	41,5 ; 49,0	1,87	4,2
Confianza en sus vecinos	Nada o poco	63,1%	1,1	61,0 ; 65,2	1,97	1,7
	Regular	26,4%	1,0	24,4 ; 28,4	2,13	3,9
	Bastante o mucho	10,5%	0,7	9,2 ; 11,9	2,02	6,6
Confianza en periodistas	Nada o poco	59,7%	1,3	57,1 ; 62,3	2,75	2,2
	Regular	31,5%	1,2	29,1 ; 34,0	2,82	4,0
	Bastante o mucho	8,7%	0,6	7,6 ; 10,1	2,05	7,4
Confianza en los jueces	Nada o poco	64,5%	1,2	62,1 ; 66,7	2,32	1,8
	Regular	27,2%	1,0	25,2 ; 29,2	2,03	3,7
	Bastante o mucho	8,4%	0,8	7,0 ; 10,0	2,93	9,1
Sentimientos de protección del Estado	Nada o poco	72,4%	1,0	70,4 ; 74,4	2,02	1,4
	Regular	23,8%	1,0	21,9 ; 25,8	2,12	4,2
	Bastante o mucho	3,8%	0,4	3,1 ; 4,7	1,85	10,9
Sentimiento de protección de la familia	Nada o poco	12,4%	0,7	11,0 ; 13,9	1,95	5,9
	Regular	15,5%	0,9	13,7 ; 17,4	2,60	6,0
	Bastante o mucho	72,2%	1,1	70,0 ; 74,2	2,25	1,5
Sentimiento de protección de su sindicato	Nada o poco	45,8%	3,2	39,5 ; 52,2	1,61	7,1
	Regular	40,1%	3,1	34,1 ; 46,3	1,54	7,8
	Bastante o mucho	14,2%	2,3	10,2 ; 19,3	1,64	16,2
Sentimiento de protección de Dios	Nada o poco	3,1%	0,4	2,4 ; 3,9	1,74	11,8
	Regular	3,2%	0,3	2,6 ; 3,9	1,41	10,5
	Bastante o mucho	93,7%	0,5	92,8 ; 94,6	1,41	0,5
Sentimiento de protección de la comunidad	Nada o poco	51,0%	1,4	48,3 ; 53,7	2,96	2,7
	Regular	32,5%	1,1	30,4 ; 34,7	2,15	3,4

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	Bastante o mucho	16,5%	0,9	14,8 ; 18,4	2,40	5,6
Sentimiento de protección de otra persona no mencionada	Nada o poco	13,0%	2,8	8,4 ; 19,5	1,75	21,6
	Regular	19,8%	4,0	13,1 ; 28,8	2,53	20,1
	Bastante o mucho	67,2%	4,7	57,4 ; 75,7	2,52	7,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: trabajo	Nada o poco	52,8%	1,6	49,7 ; 55,8	2,65	2,9
	Regular	22,2%	1,1	20,1 ; 24,4	1,88	4,9
	Bastante o mucho	25,1%	1,5	22,3 ; 28,1	3,18	5,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: estudios	Nada o poco	48,2%	2,9	42,5 ; 53,9	1,63	6,1
	Regular	23,9%	2,5	19,4 ; 29,1	1,60	10,4
	Bastante o mucho	27,9%	2,6	23,0 ; 33,4	1,64	9,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: hijos y parientes	Nada o poco	54,9%	1,6	51,7 ; 58,1	4,14	3,0
	Regular	14,8%	0,8	13,3 ; 16,3	1,81	5,2
	Bastante o mucho	30,3%	1,6	27,3 ; 33,5	4,53	5,2
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: pareja	Nada o poco	62,9%	1,7	59,5 ; 66,2	3,62	2,7
	Regular	13,3%	0,8	11,8 ; 15,0	1,61	6,0
	Bastante o mucho	23,8%	1,5	20,9 ; 26,9	3,72	6,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: dinero	Nada o poco	37,3%	1,2	35,1 ; 39,6	2,23	3,1
	Regular	27,5%	0,8	25,9 ; 29,2	1,40	3,1
	Bastante o mucho	35,2%	1,1	33,1 ; 37,3	1,99	3,1
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: la salud	Nada o poco	35,4%	1,3	32,9 ; 38,1	2,97	3,7
	Regular	20,2%	0,9	18,4 ; 22,0	2,06	4,6
	Bastante o mucho	44,4%	1,6	41,2 ; 47,7	4,29	3,7
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: asuntos con la ley	Nada o poco	82,3%	1,0	80,3 ; 84,1	2,49	1,2
	Regular	8,8%	0,7	7,6 ; 10,2	2,09	7,5
	Bastante o mucho	8,9%	0,7	7,7 ; 10,4	2,26	7,7
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: terrorismo	Nada o poco	50,2%	1,5	47,2 ; 53,1	3,50	3,0
	Regular	9,4%	0,8	8,0 ; 11,0	2,67	8,1
	Bastante o mucho	40,5%	1,5	37,6 ; 43,3	3,44	3,6
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: delincuencia	Nada o poco	30,5%	1,2	28,1 ; 33,0	2,84	4,1
	Regular	10,1%	0,6	8,9 ; 11,4	1,75	6,3
	Bastante o mucho	59,4%	1,3	56,9 ; 61,8	2,56	2,1
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: narcotráfico	Nada o poco	42,7%	1,4	40,0 ; 45,5	3,06	3,2
	Regular	10,0%	0,6	8,9 ; 11,3	1,70	6,2
	Bastante o mucho	47,3%	1,4	44,6 ; 50,0	2,95	2,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: otros problemas	Nada o poco	14,2%	2,9	9,5 ; 20,8	1,62	20,0
	Regular	9,8%	3,0	5,3 ; 17,5	2,49	30,7
	Bastante o mucho	75,9%	4,3	66,4 ; 83,4	2,49	5,7
Prevalencia de sentimiento anímico: Triste	Nunca	6,3%	0,5	5,3 ; 7,5	1,94	8,6
	Algunas veces u ocasionalmente	77,4%	1,1	75,2 ; 79,4	2,54	1,4
	Siempre o casi siempre	16,3%	0,9	14,6 ; 18,1	2,30	5,5
Prevalencia de sentimiento anímico: Tenso	Nunca	17,4%	0,9	15,7 ; 19,3	2,19	5,1
	Algunas veces u ocasionalmente	69,1%	1,1	67,0 ; 71,2	2,12	1,6
	Siempre o casi siempre	13,5%	0,8	12,0 ; 15,0	2,00	5,7
Prevalencia de sentimiento anímico: Angustiado	Nunca	29,4%	1,1	27,3 ; 31,7	2,32	3,8
	Algunas veces u ocasionalmente	59,7%	1,2	57,5 ; 62,0	2,19	1,9
	Siempre o casi siempre	10,8%	0,8	9,2 ; 12,6	2,93	7,8
Prevalencia de sentimiento anímico: Irritable	Nunca	24,3%	1,1	22,2 ; 26,5	2,53	4,5
	Algunas veces u ocasionalmente	59,9%	1,2	57,5 ; 62,2	2,29	2,0
	Siempre o casi siempre	15,9%	0,9	14,2 ; 17,6	2,22	5,5
Prevalencia de sentimiento	Nunca	4,5%	0,4	3,8 ; 5,4	1,61	9,3

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ánimico: Preocupado	Algunas veces u ocasionalmente	61,3%	1,1	59,1 ; 63,5	2,12	1,8
	Siempre o casi siempre	34,1%	1,1	32,0 ; 36,3	2,13	3,2
Prevalencia de sentimiento ánimo: Tranquilo	Nunca	2,0%	0,3	1,5 ; 2,7	2,05	15,9
	Algunas veces u ocasionalmente	29,0%	1,0	27,1 ; 30,9	1,77	3,3
Prevalencia de sentimiento ánimo: Alegre	Siempre o casi siempre	69,0%	1,0	67,1 ; 70,9	1,72	1,4
	Nunca	0,6%	0,2	0,3 ; 1,3	3,15	35,4
Prevalencia de sentimiento ánimo: Aburrido	Algunas veces u ocasionalmente	23,5%	0,9	21,8 ; 25,3	1,78	3,8
	Siempre o casi siempre	75,9%	0,9	74,1 ; 77,6	1,74	1,2
Prevalencia de sentimiento ánimo: otro	Nunca	27,8%	1,1	25,8 ; 30,0	2,26	3,9
	Algunas veces u ocasionalmente	61,5%	1,1	59,3 ; 63,6	2,06	1,8
Prevalencia de sentimiento ánimo: otro	Siempre o casi siempre	10,7%	0,7	9,4 ; 12,2	2,15	6,8
	Nunca	11,5%	6,5	3,6 ; 31,2	3,65	56,3
Experiencias traumáticas	Algunas veces u ocasionalmente	7,8%	2,8	3,8 ; 15,3	0,964	35,9
	Siempre o casi siempre	80,8%	6,7	64,3 ; 90,7	2,54	8,3
Grado de satisfacción personal: aspecto físico	Prevalencia de vida	40,0%	1,3	37,5 ; 42,5	2,59	3,1
	Nada o poco	9,8%	0,7	8,6 ; 11,3	2,06	6,9
	Regular	24,1%	1,0	22,3 ; 26,1	2,02	4,0
Grado de satisfacción personal: color de piel	Bastante o mucho	66,0%	1,1	63,8 ; 68,2	2,16	1,7
	Nada o poco	5,7%	0,5	4,7 ; 6,8	2,20	9,7
	Regular	13,5%	0,7	12,2 ; 14,9	1,63	5,2
Grado de satisfacción personal: inteligencia	Bastante o mucho	80,8%	0,9	79,1 ; 82,5	1,94	1,1
	Nada o poco	9,6%	0,8	8,2 ; 11,3	2,65	8,0
	Regular	24,6%	0,9	22,8 ; 26,4	1,72	3,7
Grado de satisfacción personal: condición socioeconómica	Bastante o mucho	65,8%	1,1	63,6 ; 67,9	2,07	1,7
	Nada o poco	29,9%	1,1	27,8 ; 32,0	2,07	3,5
	Regular	45,5%	1,1	43,3 ; 47,7	1,93	2,4
Grado de satisfacción personal: profesión u oficio que estudió (estudia)	Bastante o mucho	24,6%	1,0	22,8 ; 26,6	1,95	3,9
	Nada o poco	8,6%	1,0	6,8 ; 10,8	2,04	11,7
	Regular	19,3%	1,6	16,5 ; 22,6	2,44	8,0
Grado de satisfacción personal: nivel educativo alcanzado	Bastante o mucho	72,1%	1,6	68,9 ; 75,1	1,96	2,2
	Nada o poco	34,5%	1,2	32,2 ; 36,9	2,43	3,4
	Regular	31,2%	1,0	29,1 ; 33,3	1,98	3,4
Grado de satisfacción personal: religión	Bastante o mucho	34,3%	1,2	32,0 ; 36,7	2,50	3,5
	Nada o poco	7,4%	0,6	6,3 ; 8,8	2,13	8,3
	Regular	14,4%	0,7	13,0 ; 15,9	1,70	5,1
Grado de satisfacción personal: relaciones sociales	Bastante o mucho	78,2%	1,0	76,2 ; 80,0	2,10	1,2
	Nada o poco	16,5%	0,9	14,7 ; 18,4	2,44	5,6
	Regular	30,9%	0,9	29,1 ; 32,8	1,63	3,1
Grado de satisfacción personal: lugar de residencia	Bastante o mucho	52,6%	1,2	50,3 ; 55,0	2,22	2,3
	Nada o poco	14,6%	1,0	12,8 ; 16,6	2,94	6,6
	Regular	26,4%	1,1	24,3 ; 28,6	2,35	4,1
Discriminación por sexo	Bastante o mucho	59,0%	1,2	56,6 ; 61,4	2,42	2,1
	Prevalencia de vida	5,9%	0,6	4,9 ; 7,0	2,21	9,5
Discriminación por: edad	Prevalencia de vida	8,1%	0,6	7,0 ; 9,4	1,99	7,5
Discriminación por peso	Prevalencia de vida	5,0%	0,5	4,2 ; 6,0	1,70	9,0
Discriminación por color de piel	Prevalencia de vida	2,1%	0,3	1,6 ; 2,7	1,65	14,0
Discriminación por forma de vestir	Prevalencia de vida	4,5%	0,5	3,7 ; 5,5	1,86	100,0
Discriminación por condición económica o social	Prevalencia de vida	11,8%	0,8	10,3 ; 13,5	2,39	6,7

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Discriminación por nivel educativo	Prevalencia de vida	9,8%	0,7	8,6 ; 11,2	1,88	6,6
Discriminación por religión	Prevalencia de vida	5,8%	0,6	4,7 ; 7,1	2,78	10,8
Discriminación por amistades	Prevalencia de vida	4,5%	0,5	3,6 ; 5,6	2,37	11,3
Discriminación por lugar de nacimiento	Prevalencia de vida	3,6%	0,4	2,8 ; 4,5	1,92	11,5
Discriminación por otra	Prevalencia de vida	4,0%	0,5	3,1 ; 5,2	2,82	13,1
Grado de satisfacción laboral con las actividades o funciones que realiza	Nada o poco	9,5%	0,7	8,2 ; 10,9	1,58	7,4
	Regular	25,4%	1,3	22,9 ; 27,9	2,31	5,0
	Bastante o mucho	65,2%	1,5	62,2 ; 68,0	2,61	2,3
Grado de satisfacción laboral con el ambiente físico donde labora	Nada o poco	13,2%	0,9	11,6 ; 15,0	1,77	6,6
	Regular	28,0%	1,3	25,4 ; 30,7	2,37	4,8
	Bastante o mucho	58,8%	1,4	56,1 ; 61,5	2,16	2,4
Grado de satisfacción laboral con sus compañeros de trabajo	Nada o poco	8,3%	0,9	6,8 ; 10,2	1,70	10,4
	Regular	26,3%	1,4	23,7 ; 29,2	1,74	5,3
	Bastante o mucho	65,3%	1,4	62,4 ; 68,1	1,54	2,2
Grado de satisfacción laboral con la carga de trabajo que desarrolla diariamente	Nada o poco	15,7%	0,9	14,0 ; 17,5	1,60	5,6
	Regular	35,5%	1,4	32,9 ; 38,2	2,22	3,9
	Bastante o mucho	48,8%	1,5	46,0 ; 51,7	2,32	3,0
Grado de satisfacción laboral con la remuneración que recibe	Nada o poco	35,4%	1,3	32,9 ; 38,0	1,92	3,6
	Regular	41,7%	1,3	39,2 ; 44,3	1,88	3,1
	Bastante o mucho	22,9%	1,1	20,8 ; 25,2	1,91	4,9
Grado de satisfacción laboral con el reconocimiento que percibe	Nada o poco	13,0%	1,2	10,9 ; 15,5	1,61	9,1
	Regular	26,0%	1,6	22,9 ; 29,3	1,80	6,3
	Bastante o mucho	61,0%	1,8	57,4 ; 64,5	1,77	2,9
Permisividad frente a la psicopatía	Prevalencia	9,9%	0,8	8,4 ; 11,5	2,68	7,9
Tendencias psicopáticas	Prevalencia actual	6,6%	0,7	5,4 ; 8,0	2,80	10,1
Deseos de morir	Prevalencia de vida	32,5%	1,0	30,6 ; 34,5	1,78	3,1
Deseos de morir	Prevalencia en el mes	4,6%	0,5	3,7 ; 5,6	1,94	10,1
Deseos de morir	Prevalencia en el año	11,5%	0,6	10,3 ; 12,8	1,59	5,6
Pensamientos de quitarse la vida	Prevalencia de vida	14,2%	0,7	12,8 ; 15,6	1,62	5,0
Pensamientos de quitarse la vida	Prevalencia en el mes	1,5%	0,2	1,1 ; 2,1	1,65	16,7
Pensamientos de quitarse la vida	Prevalencia en el año	4,4%	0,4	3,6 ; 5,3	1,67	9,6
Planes de índole suicida	Prevalencia de vida	6,0%	0,6	4,9 ; 7,2	2,33	9,7
Planes de índole suicida	Prevalencia en el mes	0,5%	0,2	0,3 ; 0,9	1,95	30,9
Planes de índole suicida	Prevalencia en el año	1,4%	0,2	1,0 ; 2,0	1,60	16,7
Conductas suicidas	Prevalencia de vida	3,6%	0,4	2,8 ; 4,6	2,27	12,4
Conductas suicidas	Prevalencia en el mes	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	1,03	58,0
Conductas suicidas	Prevalencia en el año	0,6%	0,2	0,4 ; 1,1	1,91	28,0
Prevalencia de tendencias violentas	Prevalencia de vida	26,5%	1,0	24,5 ; 28,5	2,11	3,9
Potencialidad suicida	Prevalencia actual	0,4%	0,1	0,2 ; 0,8	1,71	32,9
Consideraciones o pensamientos de índole homicida	Prevalencia de vida	4,6%	0,5	3,7 ; 5,7	2,47	11,4
Consideraciones o pensamientos de índole homicida	Prevalencia en el mes	0,6%	0,2	0,4 ; 1,0	1,67	26,7
Consideraciones o pensamientos de índole homicida	Prevalencia en el año	1,6%	0,3	1,1 ; 2,2	1,88	17,3
Motivos que llevan la conducta suicida	Padres	24,0%	5,1	15,5 ; 35,3	1,68	21,1
	Apariencia Física	0,5%	0,5	0,1 ; 3,6	0,62	100
	Hijos	1,1%	1,1	0,1 ; 7,4	1,30	100
	Otros parientes	11,0%	3,3	6,0 ; 19,5	1,35	30,2
	Pareja	38,0%	5,8	27,4 ; 49,9	1,72	15,3
	Laborales	5,4%	3,1	1,7 ; 16,0	2,29	57,7

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	Amigos	1,8%	1,8	0,2 ; 11,8	2,16	99,5
	Estudios	3,9%	2,8	0,9 ; 14,8	2,46	7,12
	Económicos	13,3%	3,7	7,6 ; 22,3	1,40	27,6
	Salud física	4,9%	2,7	1,6 ; 14,0	1,91	55,8
	Salud familiar	0,7%	0,7	0,1 ; 4,8	0,83	100
	Separación de familia	0,8%	0,8	0,1 ; 5,3	0,93	99,3
	Muerte de un hijo	0,7%	0,7	0,1 ; 5,2	0,91	100
	Muerte de algunos de los padres	2,1%	1,0	0,8 ; 5,4	0,62	49,5
	Experiencia traumática	7,3%	4,1	2,4 ; 20,4	2,91	55,5
	Sin motivo	4,4%	4,2	0,6 ; 25,2	5,16	96,8
	Otros	9,0%	2,7	4,9 ; 15,8	1,03	29,8
Tendencias religiosas	Siente bastante o mucha protección de Dios	93,7%	0,5	92,8 ; 94,6	1,42	0,5
	Dios bastante o muy importante	93,4%	0,5	92,4 ; 94,3	1,46	0,5
	Asiste a Iglesia o templo	76,6%	1,0	74,6 ; 78,5	2,10	1,3
	Participa activamente	19,3%	1,0	17,4 ; 21,3	2,41	5,2
	Lee escrituras religiosas	70,4%	1,3	67,6 ; 72,9	3,28	1,9
	Transmite religión a hijos	54,1%	1,4	51,4 ; 56,8	2,94	2,6
	Transmite religión a otras personas	32,2%	1,2	29,9 ; 34,6	2,46	3,7
	Religión ayuda a solucionar problemas	58,0%	1,1	55,8 ; 60,2	2,04	1,9
Alto nivel de estrés ambiental	Prevalencia	54,8	1,3	52,2 ; 57,5	2,86	2,4
Calidad de vida de la población	Media aritmética	7,55%	0,29	7,49 ; 4,60	2,81	0,4
Población general adulta con al menos alguna discapacidad o inhabilidad	Prevalencia	8,5%	0,7	7,1 ; 10,0	2,66	8,5
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia de vida	39,3%	1,3	36,8 ; 41,8	2,66	3,2
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia anual	22,6%	1,0	20,6 ; 24,7	2,45	4,6
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia a 6 meses	20,1%	1,0	18,2 ; 22,2	2,51	5,0
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia actual	15,4%	0,9	13,6 ; 17,3	2,72	6,2
Trastornos de ansiedad	Prevalencia de vida	18,3%	0,9	16,6 ; 20,2	2,20	5,0
Trastornos de ansiedad	Prevalencia anual	6,2%	0,6	5,2 ; 7,5	2,22	9,2
Trastornos de ansiedad	Prevalencia a 6 meses	5,5%	0,6	4,4 ; 6,7	2,57	10,6
Trastornos de ansiedad	Prevalencia actual	3,7%	0,4	2,9 ; 4,6	2,06	11,7
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia de vida	8,2%	0,7	7,0 ; 9,6	2,26	8,0
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia anual	2,5%	0,3	2,0 ; 3,2	1,56	12,4
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia a 6 meses	2,6%	0,4	1,9 ; 3,5	2,35	14,9
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia actual	2,0%	0,3	1,5 ; 2,6	1,55	13,8
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia de vida	1,0%	0,3	0,6 ; 1,7	2,66	25,4
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia anual	0,6%	0,2	0,4 ; 1,0	1,76	26,9
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia a 6 meses	0,5%	0,2	0,3 ; 0,9	1,80	30,3
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia actual	0,2%	0,1	0,1 ; 0,6	2,15	49,8
Agorafobia	Prevalencia de vida	0,9%	0,2	0,5 ; 1,4	2,39	26,5
Agorafobia	Prevalencia anual	0,4%	0,1	0,2 ; 0,8	2,16	37,7
Agorafobia	Prevalencia a 6 meses	0,3%	0,1	0,1 ; 0,8	2,54	45,8
Agorafobia	Prevalencia actual	0,1%	0,1	0 ; 0,4	2,34	84,6
Fobia social	Prevalencia de vida	1,5%	0,3	1,0 ; 2,2	2,57	21,0
Fobia social	Prevalencia anual	0,6%	0,2	0,4 ; 1,1	1,89	27,9
Fobia social	Prevalencia a 6 meses	0,5%	0,1	0,2 ; 0,9	1,89	32,2
Fobia social	Prevalencia actual	0,4%	0,1	0,2 ; 0,7	1,97	37,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia de vida	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	1,40	46,8
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia anual	0,1%	0,0	0 ; 0,2	1,05	65,1
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia a 6 meses	0,1%	0,0	0 ; 0,2	1,05	65,1
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia actual	0,0%	0,0	0 ; 0,1	0,52	100
Trastorno de estrés post-traumático	Prevalencia de vida	8,9%	0,6	7,7 ; 10,3	1,99	7,2
Trastorno de estrés post-traumático	Prevalencia anual	2,3%	0,4	1,7 ; 3,2	2,33	15,7
Trastorno de estrés post-traumático	Prevalencia a 6 meses	1,7%	0,3	1,2 ; 2,6	2,69	19,7
Trastorno de estrés post-traumático	Prevalencia actual	1,1%	0,3	0,7 ; 1,8	2,80	25,5
Trastornos depresivos	Prevalencia de vida	21,9%	1,0	19,9 ; 24,0	2,50	4,8
Trastornos depresivos	Prevalencia anual	8,6%	0,6	7,5 ; 9,8	1,78	7,0
Trastornos depresivos	Prevalencia a 6 meses	6,2%	0,5	5,2 ; 7,3	1,99	8,8
Trastornos depresivos	Prevalencia actual	2,5%	0,4	1,9 ; 3,4	2,39	15,3
Depresión mayor	Prevalencia de vida	21,4%	1,0	19,5 ; 23,6	2,54	4,9
Depresión mayor	Prevalencia anual	8,2%	0,6	7,1 ; 9,4	1,71	7,0
Depresión mayor	Prevalencia a 6 meses	5,8%	0,5	4,8 ; 6,8	1,87	8,8
Depresión mayor	Prevalencia actual	2,1%	0,3	1,6 ; 2,9	2,16	15,9
Distimia	Prevalencia de vida	0,6%	0,1	0,4 ; 0,9	1,15	22,0
Distimia	Prevalencia actual	0,4%	0,1	0,2 ; 0,8	1,60	31,1
Bulimia nervosa	Prevalencia actual	0,1%	0,0	0 ; 0,2	0,75	58,2
Tendencia a problemas alimentarios	Prevalencia actual	9,0%	0,7	7,8 ; 10,5	2,29	7,7
Trastornos psicóticos en general (5 o más criterios)	Prevalencia de vida	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	1,14	36,9
Trastornos psicóticos en general (5 o más criterios)	Prevalencia anual	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	1,14	36,9
Trastornos psicóticos en general (5 o más criterios)	Prevalencia a 6 meses	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	1,18	39,5
Trastornos psicóticos en general (5 o más criterios)	Prevalencia actual	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	0,74	60,5
Trastorno bipolar	Prevalencia de vida	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	1,39	54,8
Bebedor riesgoso	Prevalencia anual	16,2%	1,0	14,4 ; 18,2	2,75	6,0
Dependencia a alcohol	Prevalencia anual	4,2%	0,5	3,4 ; 5,2	2,12	11,1
Abuso de alcohol	Prevalencia anual	4,6%	0,5	3,8 ; 5,7	2,06	10,4
Dependencia de abuso de alcohol	Prevalencia anual	8,8%	0,7	7,6 ; 10,2	2,14	7,5
Dependencia a tabaco	Prevalencia anual	1,5%	0,3	1,1 ; 2,1	1,81	17,2
Dependencia a PBC	Prevalencia anual	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,68	74,8
Dependencia a cocaína	Prevalencia anual	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	0,90	61,8
Dependencia a marihuana	Prevalencia anual	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	1,45	68,6
Dependencia a clorhidrato de cocaína	Prevalencia anual	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	1,14	100
Dependencia a otras sustancias	Prevalencia anual	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,57	100
Dependencia a cualquier sustancia	Prevalencia anual	5,7%	0,5	4,7 ; 6,8	2,05	9,3
Abuso a cualquier sustancia	Prevalencia anual	4,8%	0,5	4,0 ; 5,9	2,04	10,1
Consumo de sustancias no alcohólicas en general	Prevalencia de vida	74,5%	1,0	72,4 ; 76,5	2,20	1,4
Consumo de sustancias legales no alcohólicas	Prevalencia de vida	74,4%	1,0	72,4 ; 76,4	2,20	1,4
Consumo de alcohol	Prevalencia de vida	97,6%	0,4	96,5 ; 98,3	3,28	0,5
Consumo de alcohol	Prevalencia en el mes	50,0%	1,2	47,6 ; 52,4	2,33	2,4
Consumo de tabaco	Prevalencia de vida	72,5%	1,0	70,4 ; 74,4	2,03	1,4
Consumo de tabaco	Prevalencia en el mes	26,5%	1,1	24,5 ; 28,6	2,27	4,0
Consumo de tranquilizantes	Prevalencia de vida	0,6%	0,1	0,4 ; 1,0	1,31	22,6
Consumo de tranquilizantes	Prevalencia en el mes	0,1%	0,1	0,1 ; 0,3	1,06	46,3
Consumo de pastillas para dormir	Prevalencia de vida	1,4%	0,2	1,0 ; 1,9	1,40	15,8
Consumo de pastillas para dormir	Prevalencia en el mes	0,3%	0,1	0,2 ; 0,6	1,38	34,4

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Consumo de pastillas para el dolor de cabeza	Prevalencia de vida	2,5%	0,4	1,8 ; 3,5	2,89	16,8
Consumo de pastillas para el dolor de cabeza	Prevalencia en el mes	1,3%	0,3	0,9 ; 2,1	2,77	22,7
Consumo de estimulantes	Prevalencia de vida	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	2,03	40,1
Consumo de estimulantes	Prevalencia en el mes	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,49	100
Consumo hoja de coca	Prevalencia de vida	4,6%	0,6	3,5 ; 5,9	3,26	13,2
Consumo hoja de coca	Prevalencia en el mes	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	1,40	62,1
Consumo de sustancias ilegales	Prevalencia de vida	9,5%	0,7	8,3 ; 10,8	1,99	7,0
Consumo de sustancias ilegales	Prevalencia en el mes	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	3,72	55,3
Consumo marihuana	Prevalencia de vida	6,1%	0,6	5,1 ; 7,3	2,10	9,1
Consumo marihuana	Prevalencia en el mes	0,2%	0,2	0,1 ; 0,9	4,50	71,6
Consumo de PBC	Prevalencia de vida	4,6%	0,4	3,8 ; 5,5	1,72	9,6
Consumo de PBC	Prevalencia en el mes	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	1,79	76,6
Consumo de cocaína en general	Prevalencia de vida	5,7%	0,5	4,8 ; 6,8	1,81	8,7
Edad de inicio de consumo de Estimulante	Media aritmética	25,52%	1,20	22,75 ; 28,29	0,70	4,7
Edad de inicio de consumo de tabaco	Media aritmética	19,42%	0,14	19,12 ; 19,71	1,58	0,8
Edad de inicio de consumo de tranquilizantes	Media aritmética	30,53%	2,83	24,64 ; 36,43	1,49	9,3
Edad de inicio de consumo de PBC	Media aritmética	21,75%	0,68	20,40 ; 23,09	1,54	3,1
Edad de inicio de consumo de cocaína	Media aritmética	21,84%	1,22	19,38 ; 24,30	3,08	5,6
Edad de inicio de consumo de marihuana	Media aritmética	19,17%	0,32	18,54 ; 19,81	1,41	1,7
Edad de inicio de consumo de éxtasis	Media aritmética	14,00%	0,0	14,00 ; 14,00	0,0	0,0
Edad de inicio de consumo de hoja de coca	Media aritmética	20,58%	0,95	18,68 ; 22,47	1,79	4,6
Edad de inicio de consumo de inhalantes	Media aritmética	21,46%	6,05	6,66 ; 36,27	1,65	28,2
Demanda sentida de "problemas emocionales o de los nervios"	Prevalencia de vida	27,4%	1,0	25,4 ; 29,5	2,13	3,8
Demanda sentida a partir de problemas emocionales específicos	Prevalencia de vida	43,2%	1,1	41,1 ; 45,4	1,94	2,5
Demanda sentida de problemas emocionales o de los nervios	Prevalencia a 6 meses	12,1%	0,7	10,9 ; 13,5	1,58	5,4
Demanda sentida expresada atendida en servicios de salud	Prevalencia a 6 meses	13,9%	2,3	9,9 ; 19,0	2,01	16,5
Proporción de la demanda sentida atendida en puestos o centros de salud	Prevalencia	13,4%	5,8	5,5 ; 29,3	1,99	43,3
Proporción de la demanda sentida atendida en posta o policlínico ESSALUD	Prevalencia	6,1%	2,6	2,6 ; 13,9	0,84	43,2
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital General de MINSA	Prevalencia	40,6%	8,9	24,9 ; 58,5	2,24	21,8
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital General de ESSALUD	Prevalencia	22,5%	6,8	11,9 ; 38,6	1,84	30,3
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital de la FFAA y PNP	Prevalencia	0,9%	0,9	0,1 ; 6,3	0,63	100
Proporción de la demanda sentida						

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
atendida en Consultorio médico particular	Prevalencia	8,9%	4,2	3,4 ; 21,3	1,49	47,0
Proporción de la demanda sentida atendida en Clínica particular	Prevalencia	3,8%	1,8	1,5 ; 9,4	0,59	46,6
Proporción de la demanda sentida atendida en otros	Prevalencia	3,6%	1,8	1,4 ; 9,4	0,63	49,5
Tipo de ayuda recibida por la demanda atendida	Psiquiatría	2,5%	1,7	0,7 ; 9,0	0,77	66,5
	Psicólogo	51,3%	9,0	34,1 ; 68,1	2,20	17,6
	Médico general	28,0%	7,0	16,5 ; 43,5	1,64	24,9
	Neurólogo	1,4%	1,1	0,3 ; 6,4	0,59	78,2
	Enfermera	1,5%	1,3	0,3 ; 7,8	0,77	86,9
	Sanitario	5,2%	5,0	0,7 ; 28,8	3,44	96,7
	No sabe	0,7%	0,7	0,1 ; 4,7	0,46	100
Tipo de ayuda recibida por la demanda atendida	Otros	9,5%	3,9	4,1 ; 20,4	1,20	41,2
	Medicinas	39,3%	7,6	25,7 ; 54,8	1,67	19,4
	Psicoterapia	12,6%	5,4	5,2 ; 27,5	1,84	43,1
	Consejería	58,05	7,8	42,3 ; 72,2	1,73	13,5
	Hospitalización	4,8%	3,1	1,3 ; 15,8	1,41	64,2
Otros	2,8%	2,3	0,6 ; 13,0	1,34	80,4	
SALUD MENTAL POR CONOS GEOGRÁFICOS						
Prevalencia general de vida de cualquier trastorno psiquiátrico según departamentos	IQUITOS	41,3%	2,0	37,5 ; 45,2	3,52	4,8
	TARAPOTO	32,6%	1,8	29,2 ; 36,1	0,85	5,4
	PUCALLPA	39,0%	2,0	35,2 ; 43,0	1,89	5,0
Prevalencia general anual de cualquier trastorno psiquiátrico según departamentos	IQUITOS	24,4%	1,6	21,4 ; 27,7	3,03	6,6
	TARAPOTO	17,3%	1,3	14,9 ; 20,0	0,69	7,4
	PUCALLPA	21,9%	1,8	18,6 ; 25,6	2,11	8,0
Prevalencia general a 6 meses de cualquier trastorno psiquiátrico según departamentos	IQUITOS	2,16%	1,5	18,8 ; 24,8	3,02	7,1
	TARAPOTO	15,4%	1,2	13,2 ; 17,8	0,64	7,6
	PUCALLPA	19,7%	1,8	16,5 ; 23,4	2,29	9,0
Prevalencia general actual de cualquier trastorno psiquiátrico según departamentos	IQUITOS	16,8%	1,5	14,2 ; 19,9	3,34	8,7
	TARAPOTO	10,6%	1,0	8,9 ; 12,7	0,59	9,1
	PUCALLPA	15,1%	1,6	12,2 ; 18,4	2,24	10,4
Prevalencia general de vida de trastornos de ansiedad según departamentos	IQUITOS	18,0%	1,4	15,3 ; 21,0	2,99	7,9
	TARAPOTO	14,6%	1,1	12,6 ; 16,9	0,58	7,5
	PUCALLPA	20,8%	1,5	18,0 ; 23,8	1,55	7,1
Prevalencia general anual de trastornos de ansiedad según departamentos	IQUITOS	6,3%	0,9	4,8 ; 8,4	3,02	14,3
	TARAPOTO	4,6%	0,7	3,5 ; 6,1	0,59	14,2
	PUCALLPA	6,9%	0,9	5,4 ; 8,9	1,46	13,0
Prevalencia general a 6 meses de trastornos de ansiedad según departamentos	IQUITOS	5,5%	0,9	4,0 ; 7,5	3,16	15,9
	TARAPOTO	3,7%	0,6	2,7 ; 5,0	0,54	15,3
	PUCALLPA	6,4%	1,1	4,6 ; 8,8	2,21	16,7
Prevalencia general actual de trastornos de ansiedad según departamentos	IQUITOS	3,7%	0,7	2,6 ; 5,3	2,72	18,0
	TARAPOTO	2,4%	0,5	1,7 ; 3,6	0,59	19,7
	PUCALLPA	4,2%	0,7	3,0 ; 5,8	1,43	16,7
Prevalencia general de vida de trastornos depresivos según departamentos	IQUITOS	23,2%	1,6	20,3 ; 26,4	2,94	6,7
	TARAPOTO	18,6%	1,5	15,8 ; 21,7	0,88	7,9
	PUCALLPA	21,0%	1,8	17,6 ; 24,8	2,35	8,7
Prevalencia general anual de trastornos depresivos según departamentos	IQUITOS	9,2%	0,8	7,7 ; 11,0	1,87	9,2
	TARAPOTO	6,8%	0,9	5,3 ; 8,7	0,70	12,6
	PUCALLPA	8,3%	1,2	6,3 ; 10,9	2,06	14,0
Prevalencia general a 6 meses de trastornos depresivos	IQUITOS	6,6%	0,8	5,2 ; 8,4	2,41	12,5
	TARAPOTO	5,5%	0,8	4,2 ; 7,3	0,70	14,1

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
según departamentos	PUCALLPA	5,7%	0,9	4,1 ; 7,7	1,76	15,9
Prevalencia general actual de trastornos depresivos según departamentos	IQUITOS	2,9%	0,6	1,9 ; 4,4	3,08	21,9
	TARAPOTO	1,6%	0,4	1,0 ; 2,6	0,62	25,0
Prevalencia anual de abuso o dependencia a alcohol según departamentos	PUCALLPA	2,4%	0,5	1,5 ; 3,7	1,44	22,6
Prevalencia anual de abuso o dependencia a alcohol según departamentos	IQUITOS	9,8%	1,0	8,0 ; 12,1	2,63	10,5
	TARAPOTO	6,4%	0,8	4,9 ; 8,3	0,72	13,2
	PUCALLPA	8,2%	1,0	6,4 ; 10,5	1,63	12,5
POBREZA Y SALUD MENTAL						
Prevalencia general de vida de cualquier trastorno psiquiátrico en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar (i0a con l1) (f100cual tras vida con a11)	No cubre ni las necesidades básicas	50,7%	7,5	36,3 ; 64,9	3,12	14,7
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	44,4%	2,1	40,3 ; 48,5	2,35	4,7
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	36,4%	1,6	33,3 ; 39,7	2,58	4,5
	Cubren las necesidades básicas y otras	29,2%	3,8	22,3 ; 37,2	1,48	13,0
Prevalencia general anual de cualquier trastorno psiquiátrico en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar (i0a con l1) (f100cual tras anual con a11)	No cubre ni las necesidades básicas	41,8%	8,1	27,2 ; 58,1	3,77	19,3
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	26,2%	1,8	22,8 ; 29,8	2,17	6,8
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	20,0%	1,3	17,6 ; 22,6	2,30	6,4
	Cubren las necesidades básicas y otras	15,8%	3,2	10,6 ; 23,1	1,59	20,0
Prevalencia general a 6 meses de cualquier trastorno psiquiátrico en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar (i0a con l1) (f100cual tras 6m con a11)	No cubre ni las necesidades básicas	33,5%	6,5	22,1 ; 47,3	2,68	19,5
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	22,9%	1,7	19,8 ; 26,3	2,10	7,3
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	18,2%	1,2	15,9 ; 20,8	2,33	6,8
	Cubren las necesidades básicas y otras	14,3%	2,9	9,5 ; 21,1	1,47	20,4
Prevalencia general actual de cualquier trastorno psiquiátrico en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar.	No cubre ni las necesidades básicas	25,8%	5,9	15,9 ; 38,9	2,56	22,9
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	17,1%	1,6	14,3 ; 20,4	2,29	9,1
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	13,9%	1,1	11,9 ; 16,2	2,22	7,8
	Cubren las necesidades básicas y otras	12,7%	2,7	8,2 ; 19,1	1,43	21,5
Prevalencia general de vida de trastornos de ansiedad en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de	No cubre ni las necesidades básicas	20,0%	4,8	12,1 ; 31,2	2,05	24,2
	Cubren sólo las necesidades básicas	23,5%	1,6	20,5 ; 26,7	1,88	6,8

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
necesidades de la canasta familiar.	de alimentación					
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	15,6%	1,1	13,5 ; 18,0	2,22	7,3
	Cubren las necesidades básicas y otras	13,5%	2,9	8,8 ; 20,2	1,50	21,3
Prevalencia general anual de trastornos de ansiedad en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades canasta familiar. (i36a con l1) (e180ansgralanual con a11)	No cubre ni las necesidades básicas	12,0%	4,6	5,5 ; 24,2	2,77	38,1
	Cubren sólo las de la necesidades básicas de alimentación	9,4%	1,2	7,4 ; 12,0	2,12	12,4
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	4,5%	0,5	3,5 ; 5,6	1,49	11,9
	Cubren las necesidades básicas y otras	1,6%	0,8	0,6 ; 4,3	0,89	50,6
Prevalencia general a 6 meses de trastornos de ansiedad en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar. (i36a con l1) (e180ansgral6m con a11)	No cubre ni las necesidades básicas	10,4%	4,5	4,3 ; 23,0	3,02	43,2
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	8,5%	1,2	6,4 ; 11,2	2,43	14,0
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	3,8%	0,5	2,9 ; 4,9	1,57	13,3
	Cubren las necesidades básicas y otras	0,9%	0,7	0,2 ; 4,2	1,20	80,1
Prevalencia general actual de trastornos de ansiedad en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar. (i36b con l1) (e180ansgralact con a11)	No cubre ni las necesidades básicas	5,6%	2,7	2,1 ; 14,0	1,95	48,4
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	5,7%	0,9	4,2 ; 7,8	1,98	15,6
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	2,7%	0,4	2,0 ; 3,7	1,60	16,1
	Cubren las necesidades básicas y otras	0,1%	0,1	0 ; 0,5	0,14	100
Prevalencia general de vida de trastornos depresivos en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar. (i48a con l1) (e116gpvida con a11)	No cubre ni las necesidades básicas	30,3%	6,4	19,4 ; 44,1	2,71	21,1
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	25,3%	1,7	22,1 ; 28,8	2,08	6,8
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	19,8%	1,4	17,2 ; 22,7	2,80	7,1
	Cubren las necesidades básicas y otras	14,7%	2,8	10,1 ; 21,0	1,28	18,7
Prevalencia general anual de trastornos depresivos en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar. (i48a con l1) (e116gpanual con a11)	No cubre ni las necesidades básicas	20,1%	5,9	10,9 ; 34,2	3,07	29,5
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	10,5%	1,2	8,3 ; 13,2	2,16	11,8
	Cubren sólo las necesidades básicas	7,3%	0,7	6,1 ; 8,7	1,48	9,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	de alimentación, vestido					
	Cubren las necesidades básicas y otras	3,0%	1,3	1,2 ; 6,9	1,25	43,9
Prevalencia general a 6 meses de trastornos depresivos en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar. (i48a con l1) (e116gp6m con a11)	No cubre ni las necesidades básicas	12,3%	5,1	5,2 ; 26,1	3,37	41,5
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	7,4%	1,0	5,7 ; 9,6	1,91	13,4
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	5,5%	0,7	4,3 ; 6,9	1,85	11,9
	Cubren las necesidades básicas y otras	1,6%	0,9	0,6 ; 4,5	0,99	53,4
Prevalencia general actual de trastornos depresivos en grupos de pobreza según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar.	No cubre ni las necesidades básicas	8,7%	4,9	2,7 ; 24,3	4,24	56,5
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	3,6%	0,7	2,5 ; 5,3	1,80	18,9
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	1,7%	0,4	1,1 ; 2,6	2,01	22,9
	Cubren las necesidades básicas y otras	0,7%	0,7	0,1 ; 4,8	1,78	99,7
Prevalencia anual de abuso o dependencia a alcohol según cobertura de ingresos de necesidades de la canasta familiar.	No cubre ni las necesidades básicas	7,6%	3,6	2,9 ; 18,5	2,60	47,4
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	7,9%	1,0	6,1 ; 10,2	1,90	12,9
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	9,3%	0,9	7,7 ; 11,1	2,00	9,3
	Cubren las necesidades básicas y otras	10,5%	2,4	6,6 ; 16,2	1,28	22,8
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS						
Prevalencia general de vida de cualquier trastorno psiquiátrico según grupos etáreos. (i0a con c2c f100cualtrasvida con b2c)	18 a 24 años	32,5%	2,0	28,6 ; 36,6	1,81	6,2
	25 a 44 años	44,1%	1,7	40,8 ; 47,5	2,16	3,9
	45 a 64 años	39,0%	2,2	34,8 ; 43,4	1,75	5,6
	>65 años	31,9%	4,1	24,4 ; 40,4	2,11	12,9
Prevalencia general anual de cualquier trastorno psiquiátrico según grupos etáreos. (i0a con c2c f100cualtrasanual con b2c)	18 a 24 años	22,4%	1,9	18,9 ; 26,2	1,92	8,3
	25 a 44 años	25,3%	1,4	22,7 ; 28,0	1,78	5,4
	45 a 64 años	20,2%	1,8	16,8 ; 24,1	1,84	9,1
	>65 años	13,2%	3,0	8,3 ; 20,2	2,11	22,6
Prevalencia general a 6 meses de cualquier trastorno psiquiátrico según grupos etáreos. (i0a con c2c f100cualtras6m con b2c)	18 a 24 años	17,5%	1,7	14,4 ; 21,1	1,90	9,6
	25 a 44 años	23,9%	1,3	21,4 ; 26,7	1,82	5,6
	45 a 64 años	18,1%	1,8	14,8 ; 21,8	1,86	9,8
	>65 años	10,5%	2,9	6,0 ; 17,6	2,39	27,4
Prevalencia general actual de cualquier trastorno psiquiátrico según grupos etáreos. (i00a con c2c f100cualtrasact con b2c)	18 a 24 años	12,0%	1,5	9,3 ; 15,2	2,05	12,5
	25 a 44 años	18,4%	1,2	16,2 ; 20,8	1,64	6,3
	45 a 64 años	14,6%	1,7	11,5 ; 18,3	2,06	11,8
	>65 años	9,4%	2,8	5,2 ; 16,7	2,55	30,0
Prevalencia general de vida de	18 a 24 años	15,1%	1,7	12,1 ; 18,7	2,11	11,1

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
trastornos de ansiedad según grupos etáreos.	25 a 44 años	20,1%	1,2	17,8 ; 22,7	1,72	6,1
	45 a 64 años	20,1%	1,7	17,0 ; 23,7	1,57	8,5
	>65 años	11,3%	2,2	7,6 ; 16,5	1,37	19,9
Prevalencia general anual de trastornos de ansiedad según grupos etáreos. . (i36a con c2c e180ansgralanual con b2c)	18 a 24 años	7,1%	1,2	5,0 ; 10,0	2,24	17,4
	25 a 44 años	6,9%	0,8	5,5 ; 8,6	1,76	11,4
	45 a 64 años	5,3%	1,1	3,5 ; 8,1	2,20	21,1
	>65 años	1,8%	0,8	0,7 ; 4,4	1,05	45,4
Prevalencia general a 6 meses de trastornos de ansiedad según grupos etáreos. . (i36a con c2c e180ansgral6m con b2c)	18 a 24 años	5,2%	1,1	3,4 ; 7,9	2,47	21,6
	25 a 44 años	6,5%	0,8	5,0 ; 8,3	2,03	12,7
	45 a 64 años	5,0%	1,1	3,2 ; 7,7	2,29	22,3
	>65 años	1,1%	0,6	0,4 ; 3,2	0,89	53,0
Prevalencia general actual de trastornos de ansiedad según grupos etáreos. . (i36b con c2c e180ansgralact con b2c)	18 a 24 años	4,0%	0,9	2,5 ; 6,3	2,22	23,5
	25 a 44 años	3,7%	0,6	2,8 ; 5,0	1,61	15,0
	45 a 64 años	3,8%	1,0	2,3 ; 6,4	2,42	26,4
	>65 años	1,5%	0,7	0,6 ; 3,8	0,92	46,9
Prevalencia general de vida de trastornos depresivos según grupos etáreos.	18 a 24 años	17,0%	1,7	13,9 ; 20,7	2,08	10,3
	25 a 44 años	24,1%	1,5	21,2 ; 27,2	2,28	6,3
	45 a 64 años	21,0%	1,9	17,6 ; 25,0	1,86	8,9
	>65 años	26,8%	4,0	19,7 ; 35,2	2,18	14,8
Prevalencia general anual de trastornos depresivos según grupos etáreos. . (i48a con c2c e116gpanual con b2c)	18 a 24 años	10,5%	1,4	8,0 ; 13,6	2,09	13,6
	25 a 44 años	8,6%	0,9	7,0 ; 10,6	1,86	10,4
	45 a 64 años	6,4%	1,1	4,6 ; 9,0	1,71	16,9
	>65 años	8,2%	2,7	4,2 ; 15,5	2,71	33,3
Prevalencia general a 6 meses de trastornos depresivos según grupos etáreos. . (i48a con c2c e116gp6m con b2c)	18 a 24 años	7,0%	1,2	4,9 ; 8,4	2,24	17,6
	25 a 44 años	6,7%	0,8	5,3 ; 8,4	1,80	11,7
	45 a 64 años	4,2%	0,7	3,0 ; 5,8	1,06	16,7
	>65 años	6,1%	2,6	2,5 ; 13,9	3,36	43,7
Prevalencia general actual de trastornos depresivos según grupos etáreos.	18 a 24 años	1,5%	0,5	0,8 ; 2,9	1,72	34,1
	25 a 44 años	3,1%	0,6	2,2 ; 4,4	1,94	18,2
	45 a 64 años	1,8%	0,4	1,1 ; 2,9	0,98	24,6
	>65 años	4,6%	2,6	1,5 ; 13,3	4,10	55,6
Prevalencia anual de abuso y dependencia de alcohol según grupos etáreos.	18 a 24 años	6,6%	1,0	4,9 ; 8,8	1,57	15,2
	25 a 44 años	11,6%	0,9	9,9 ; 13,6	1,58	8,1
	45 a 64 años	7,6%	1,3	5,5 ; 10,6	2,03	16,8
	>65 años	1,8%	0,9	0,7 ; 4,7	1,23	50,1

EFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA

Frecuencia de pérdidas humanas y materiales relacionados con la violencia en la época del terrorismo en los encuestados	Familiar directo (padres, esposo(a), hijos)	1,5%	0,2	1,1 ; 2,1	1,41	15,1
	Otro familiar no directo	8,6%	0,6	7,5 ; 9,8	1,68	6,7
	Familiar desaparecido	6,0%	0,5	5,2 ; 7,1	1,60	7,9
	Testigo de muerte violenta de alguna persona	7,4%	0,5	6,4 ; 8,5	1,73	7,4
	Familiar detenido	3,4%	0,4	2,7 ; 4,1	1,52	10,5
	Familiar en prisión	3,0%	0,3	2,4 ; 3,7	1,41	10,8
	Pérdida de bienes	4,1%	0,4	3,4 ; 5,0	1,53	9,5
	Cambio de residencia	7,6%	0,6	6,5 ; 8,9	2,07	8,0
	Al menos una situación de pérdida personal	21,0%	0,9	19,2 ; 22,9	2,10	4,5
Algún familiar fallecido ó desaparecido	13,7%	0,7	12,3 ; 15,2	1,83	5,4	

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico, según pérdidas algún personales durante la época del terrorismo y la salud mental.	Presencia de familiar fallecido o desaparecido	23,4%	2,1	19,6 ; 27,7	1,29	8,8
	Ausencia de algún familiar fallecido o desaparecido	22,5%	1,1	20,3 ; 24,7	2,44	5,0
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	26,4%	2,5	21,7 ; 31,6	1,76	9,5
	Ausencia de algún familiar fallecido o desaparecido	17,0%	0,9	15,2 ; 18,9	2,12	5,5
Prevalencia de vida de cualquier trastorno depresivo, según pérdidas personales durante la época del terrorismo y la salud mental	Presencia de algún familiar fallecido o desaparecido	22,7%	2,4	18,4 ; 27,7	1,70	10,4
	Ausencia de algún familiar fallecido o desaparecido	21,7%	1,1	19,7 ; 23,9	2,34	5,0
Prevalencia anual de abuso o dependencia al alcohol	Presencia de algún familiar fallecido o desaparecido	8,6%	1,5	6,1 ; 12,0	1,49	17,2
	Ausencia de algún familiar fallecido o desaparecido	8,8%	0,7	7,5 ; 10,3	2,14	8,1
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL						
Prevalencia de vida de síndromes culturales	Susto	10,7%	0,8	9,3 ; 12,3	2,42	7,2
	Aire	8,0%	0,6	6,8 ; 9,3	2,08	7,8
	Mal de ojo	2,0%	0,3	1,5 ; 2,6	1,56	13,9
	Ataque de nervios	4,1%	0,5	3,2 ; 5,3	2,65	12,5
	Daño	13,6%	0,8	12,1 ; 15,2	2,01	5,7
	Chucaque	8,3%	0,7	7,0 ; 9,8	2,46	8,3
	Epilepsia	1,5%	0,3	1,1 ; 2,2	2,03	18,2
Prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad	Susto	24,7%	2,9	19,5 ; 30,8	1,88	11,6
	Aire	19,8%	2,6	15,3 ; 25,3	1,29	12,9
	Mal de ojo	31,3%	6,5	20,0 ; 45,2	1,56	20,8
	Daño	27,1%	2,5	22,4 ; 32,4	1,75	9,4
	Chucaque	28,1%	3,1	22,3 ; 34,7	1,60	11,2
Prevalencia de vida Episodio depresivo	Susto	30,5%	3,1	24,8 ; 36,8	1,86	10,0
	Aire	22,4%	3,1%	16,8 ; 29,1	1,79	14,1
	Mal de ojo	20,2%	6,1	10,7 ; 34,7	1,82	30,2
	Daño	33,85	3,3	27,6 ; 40,6	2,66	9,9
	Chucaque	30,7%	3,2	24,7 ; 37,3	1,60	10,5
Prevalencia de vida síntomas paranoides (2 síntomas)	Susto	6,8%	1,8	4,0 ; 11,2	2,07	25,9
	Aire	5,0%	1,7	2,4 ; 9,4	1,82	33,4
	Mal de ojo	10,2%	4,3	4,3 ; 22,4	1,63	42,6
	Daño	7,9%	1,4	5,6 ; 11,2	1,47	17,9
	Chucaque	5,5%	1,2	3,5 ; 8,5	0,98	22,7

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2004 VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Edad por grupos etáreos de la muestra	< 18 años	0,4%	0,1	0,3; 0,7	1,19	27,2
	18 a 24 años	6,5%	0,5	5,5; 7,5	1,56	7,8
	25 a 44 años	54,9%	1,2	52,6; 57,2	2,10	2,2
	45 a 64 años	31,0%	1,1	28,9; 33,1	1,89	3,4
	>65 años	7,2%	0,5	6,3; 8,4	1,54	7,3
Estado civil	Conviviente	41,8%	1,2	39,5; 44,2	2,11	2,8
	Separada	13,5%	0,7	12,2; 14,8	1,33	4,8
	Divorciada	0,5%	0,2	0,3; 0,9	1,84	32,4
	Viuda	6,5%	0,5	5,5; 7,6	1,80	8,4
	Casada	37,6%	1,1	35,5; 39,7	1,76	2,8
	Soltera	0,1%	0,1	0,0; 0,4	1,50	55,1
Realiza actividad laboral	En semana anterior	56,2%	1,0	54,1; 58,2	1,62	1,9
	Está buscando trabajo	2,0%	0,3	1,5; 2,7	1,72	15,3
Grado de estudios	Grado de analfabetismo	3,9%	0,4	3,1; 4,7	1,56	10,3
	Sin nivel/nunca asistió a la escuela	2,3%	0,3	1,8; 2,9	1,38	12,7
	Inicial /preescolar	0,0%	0,0	0,0; 0,1	0,69	72,0
	Primaria	32,7%	1,1	30,5; 34,9	2,09	3,4
	Secundaria	43,2%	1,0	41,3; 45,1	1,43	2,3
	Bachillerato	0,0%	0,0	0,0; 0,2	1,17	100
	Superior no universitario	14,2%	0,9	12,6; 16,0	2,24	6,1
	Superior universitario	7,4%	0,7	6,2; 8,8	2,38	9,0
	Postgrado	0,2%	0,1	0,1; 0,4	0,98	36,8
	Ingreso mensual en niveles	MENOS DE S/.300	50,5%	1,6	47,5; 53,6	2,21
301 A 600		22,1%	1,1	20,1; 24,3	1,52	4,9
601 A 1200		23,0%	1,2	20,8; 25,4	1,76	5,1
MÁS DE 1200		4,4%	0,5	3,4; 5,5	1,52	12,1
SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA						
Principal problema percibido en el país	Desempleo	54,6%	1,2	52,3; 56,9	2,05	2,2
	Corrupción	6,5%	0,5	5,6; 7,6	1,57	7,8
	Violencia	5,1%	0,4	4,3; 6,0	1,52	8,8
	Pobreza	20,3%	0,8	18,8; 22,0	1,49	4,0
	Falta de confianza	0,4%	0,1	0,2; 0,7	1,30	29,0
	Falta de liderazgo	0,5%	0,1	0,3; 0,8	1,34	27,5
	Inestabilidad política	1,0%	0,2	0,6; 1,5	1,87	22,9
	Delincuencia	5,0%	0,5	4,1; 6,0	1,69	9,4
	Terrorismo	1,0%	0,2	0,8; 1,4	86,3	15,0
	Narcotráfico	0,3%	0,1	0,2; 0,6	1,02	29,4
	Manejo económico	3,5%	0,5	2,6; 4,6	2,68	14,3
	Otro	1,4%	0,2	1,0; 1,9	1,58	17,7
Sentimientos frente a problemas nacionales	Indiferencia	1,7%	0,2	1,3; 2,2	1,27	14,2
	Resignación	2,3%	0,3	1,8; 3,0	1,43	12,9
	Desilusión	6,4%	0,5	5,5; 7,5	1,59	8,0
	Amargura	3,2%	0,4	2,5; 4,0	1,84	12,4
	Rabia	3,1%	0,3	2,5; 3,9	1,34	10,7
	Cólera	9,5%	0,6	8,3; 10,7	1,54	6,4
	Pena, tristeza o depresión	27,0%	1,0	25,0; 29,0	1,86	3,7
	Preocupación	34,3%	1,2	32,0; 36,7	2,31	3,5
	Impotencia	4,3%	0,4	3,5; 5,1	1,47	9,5
	Frustración	0,8%	0,1	0,5; 1,1	1,06	19,4
	Desesperación o angustia	3,9%	0,4	3,2; 4,7	1,36	9,6
	Indignación	1,9%	0,3	1,4; 2,6	1,76	15,9

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2004 VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	Otro	0,7%	0,2	0,4; 1,1	1,46	23,6
Confianza en autoridades policiales	Nada o poco	63,2%	1,1	60,9; 65,4	1,99	1,8
	Regular	29,4%	0,9	27,6; 31,3	1,56	3,2
	Bastante o mucho	7,4%	0,5	6,5; 8,5	1,49	7,1
Confianza en autoridades militares	Nada o poco	59,4%	1,0	57,5; 61,3	1,38	1,6
	Regular	30,9%	0,9	29,2; 32,7	1,35	2,9
	Bastante o mucho	9,7%	0,7	8,5; 11,1	1,78	6,8
Confianza en autoridades religiosas	Nada o poco	30,7%	0,9	29,0; 32,6	1,41	3,0
	Regular	27,4%	0,9	25,7; 29,1	1,44	3,2
	Bastante o mucho	41,9%	0,9	40,1; 43,7	1,29	2,2
Confianza en maestros	Nada o poco	22,4%	0,8	20,9; 24,1	1,43	3,7
	Regular	40,0%	1,0	38,0; 41,9	1,48	2,5
	Bastante o mucho	37,6%	1,0	35,7; 39,5	1,46	2,6
Confianza en médicos	Nada o poco	19,0%	0,8	17,4; 20,8	1,71	4,5
	Regular	37,0%	1,2	34,6; 39,4	2,35	3,3
	Bastante o mucho	44,0%	1,1	41,8; 46,1	1,79	2,5
Confianza en autoridades políticas	Nada o poco	90,8%	0,6	89,6; 91,8	1,39	0,6
	Regular	8,3%	0,5	7,4; 9,4	1,32	6,3
	Bastante o mucho	0,9%	0,2	0,6; 1,3	1,41	20,9
Confianza en líderes de su sindicato	Nada o poco	63,1%	2,7	57,6; 68,2	1,00	4,3
	Regular	27,1%	2,4	22,7; 31,9	0,90	8,7
	Bastante o mucho	9,8%	1,6	7,1; 13,5	0,95	16,5
Confianza en líderes de la comunidad	Nada o poco	72,7%	0,9	70,9; 74,4	1,45	1,2
	Regular	22,9%	0,9	21,3; 24,7	1,52	3,8
	Bastante o mucho	4,4%	0,4	3,7; 5,2	1,21	8,5
Confianza en su jefe en el trabajo	Nada o poco	23,5%	1,7	20,3; 27,0	1,25	7,2
	Regular	31,7%	1,9	28,1; 35,6	1,30	6,0
	Bastante o mucho	44,8%	2,3	40,3; 49,3	1,63	5,1
Confianza en sus vecinos	Nada o poco	65,3%	1,0	63,3; 67,2	1,58	1,5
	Regular	24,1%	0,9	22,5; 25,9	1,54	3,6
	Bastante o mucho	10,6%	0,6	9,4; 11,9	1,58	6,1
Confianza en los periodistas	Nada o poco	60,5%	1,2	58,1; 62,8	2,11	1,9
	Regular	31,6%	1,2	29,2; 34,0	2,54	3,9
	Bastante o mucho	7,9%	0,6	6,8; 9,2	1,77	7,5
Sentimientos de protección del estado	Nada o poco	74,1%	0,9	72,4; 75,8	1,44	1,2
	Regular	21,7%	0,8	20,3; 23,3	1,23	3,5
	Bastante o mucho	4,1%	0,4	3,4; 5,0	1,45	9,6
Sentimiento de protección de la familia	Nada o poco	16,0%	0,8	14,6; 17,6	1,56	4,7
	Regular	16,7%	0,7	15,4; 18,0	1,15	4,0
	Bastante o mucho	67,3%	0,9	65,5; 69,0	1,36	1,3
Sentimiento de protección de su sindicato	Nada o poco	47,0%	3,3	40,7; 53,5	1,36	6,9
	Regular	40,2%	3,4	33,8; 47,0	1,52	8,4
	Bastante o mucho	12,7%	2,0	9,2; 17,3	1,21	16,1
Sentimientos de protección de Dios	Nada o poco	1,3%	0,2	1,0; 1,8	1,14	15,3
	Regular	2,7%	0,3	2,2; 3,3	1,20	10,9
	Bastante o mucho	96,0%	0,4	95,2; 96,6	1,24	0,4
Sentimiento de protección de su comunidad	Nada o poco	51,5%	1,3	49,1; 54,0	2,30	2,4
	Regular	32,8%	1,0	30,7; 34,8	1,79	3,2
	Bastante o mucho	15,7%	0,8	14,1; 17,4	1,95	5,4
Sentimiento de protección de alguna persona no mencionada	Nada o poco	18,2%	3,3	12,6; 25,6	1,53	18,2
	Regular	14,3%	2,6	9,9; 20,4	1,18	18,5
	Bastante o mucho	67,5%	3,9	59,4; 74,6	1,43	5,8
Magnitud de tensión frente	Nada o poco	50,5%	1,6	47,4; 53,7	2,10	3,1 a

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2004 VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
estresores cotidianos: Trabajo	Regular	19,7%	1,1	17,7; 21,9	1,54	5,5
	Bastante o mucho	29,7%	1,6	26,6; 33,1	2,69	5,5
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: Estudio	Nada o poco	44,7%	4,5	36,2; 53,6	1,26	10,0
	Regular	22,5%	3,8	15,9; 30,9	1,31	17,0
Magnitud de tensión frente cotiestresores dianos: Hijos y parientes	Bastante o mucho	32,7%	4,3	24,9; 41,7	1,30	13,1
	Nada o poco	49,5%	1,5	46,6; 52,5	3,27	3,0 a
Magnitud de tensión frente estresores cotidianos: Pareja	Regular	15,4%	1,1	13,3; 17,8	3,64	7,4
	Bastante o mucho	35,1%	1,6	32,0; 38,2	3,89	4,5
Magnitud de tensión frente estresores cotidianos: Dinero	Nada o poco	55,3%	1,5	52,3; 58,3	2,83	2,8 a
	Regular	16,9%	1,1	14,9; 19,1	2,43	6,3
Magnitud de tensión frente estresores cotidianos: Salud	Bastante o mucho	27,8%	1,4	25,1; 30,6	3,01	5,1
	Nada o poco	32,2%	1,1	30,1; 34,5	2,10	3,5 a
Magnitud de tensión frente estresores cotidianos: Asuntos con la ley	Regular	25,8%	0,9	24,1; 27,5	1,43	3,3
	Bastante o mucho	42,0%	1,2	39,6; 44,3	2,12	2,8
Magnitud de tensión frente estresores cotidianos: Delincuencia	Nada o poco	29,3%	1,1	27,2; 31,5	2,14	3,8 a
	Regular	23,2%	1,0	21,3; 25,2	1,95	4,2
Magnitud de tensión frente estresores cotidianos: Terrorismo	Bastante o mucho	47,5%	1,4	44,8; 50,3	2,96	3,0
	Nada o poco	81,5%	1,0	79,5; 83,4	2,26	1,2 a
Magnitud de tensión frente estresores cotidianos: Narcotráfico	Regular	8,0%	0,6	6,9; 9,2	1,57	7,1
	Bastante o mucho	10,5%	0,7	9,1; 12,0	1,98	6,9
Magnitud de tensión frente estresores cotidianos: Triste	Nada o poco	23,9%	1,2	21,7; 26,3	2,72	4,9 a
	Regular	8,7%	0,5	7,7; 9,8	1,32	6,2
Magnitud de tensión frente estresores cotidianos: Tenso	Bastante o mucho	67,4%	1,3	64,8; 69,8	2,73	1,9
	Nada o poco	42,9%	1,4	40,2; 45,6	2,78	3,2 a
Magnitud de tensión frente estresores cotidianos: Angustiado	Regular	9,0%	0,7	7,8; 10,3	1,92	7,3
	Bastante o mucho	48,2%	1,3	45,6; 50,8	2,55	2,7
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Irritable	Nada o poco	39,8%	1,4	37,1; 42,5	2,90	3,5 a
	Regular	9,3%	0,6	8,2; 10,6	1,54	6,4
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Preocupado	Bastante o mucho	50,9%	1,5	48,0; 53,8	3,14	2,9
	Nunca	3,5%	0,4	2,8; 4,3	1,55	10,8
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Tranquilo	Algunas veces u ocasionalmente	71,4%	1,0	69,4; 73,3	1,85	1,4
	Siempre o casi siempre	25,1%	1,0	23,2; 27,1	1,96	4,0
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Angustiado	Nunca	10,6%	0,6	9,5; 12,0	1,55	6,0
	Algunas veces u ocasionalmente	67,7%	1,0	65,7; 69,7	1,78	1,5
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Tenso	Siempre o casi siempre	21,6%	1,0	19,7; 23,7	2,21	4,7
	Nunca	21,7%	1,0	19,8; 23,6	1,98	4,4
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Triste	Algunas veces u ocasionalmente	62,2%	1,0	60,3; 64,1	1,44	1,5
	Siempre o casi siempre	16,1%	0,9	14,5; 17,9	2,00	5,3
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Preocupado	Nunca	17,0%	0,8	15,5; 18,6	1,70	4,8
	Algunas veces u ocasionalmente	64,4%	1,0	62,3; 66,4	1,66	1,6
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Tranquilo	Siempre o casi siempre	18,6%	0,8	17,0; 20,3	1,68	4,5
	Nunca	3,2%	0,3	2,6; 3,9	1,32	10,5
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Angustiado	Algunas veces u ocasionalmente	54,1%	1,1	52,0; 56,2	1,70	2,0
	Siempre o casi siempre	42,7%	1,1	40,6; 44,8	1,77	2,6
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Tenso	Nunca	1,4%	0,2	1,0; 2,0	1,51	16,9
	Algunas veces u ocasionalmente	34,2%	1,1	32,1; 36,3	1,81	3,1
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Triste	Siempre o casi siempre	64,4%	1,1	62,3; 66,5	1,82	1,7

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2004 VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Alegre	Nunca	0,5%	0,1	0,3; 0,8	1,29	26,3
	Algunas veces u ocasionalmente	29,9%	0,9	28,2; 31,8	1,49	3,1
	Siempre o casi siempre	69,6%	0,9	67,7; 71,4	1,50	1,3
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Aburrido	Nunca	27,2%	1,0	25,3; 29,1	1,70	3,5
	Algunas veces u ocasionalmente	60,4%	1,0	58,5; 62,4	1,50	1,6
	Siempre o casi siempre	12,4%	0,7	11,1; 13,8	1,61	5,6
Presencia de sentimientos anímicos significativos: Otro	Nunca	7,2%	4,1	2,3; 20,4	1,88	56,7
	Algunas veces u ocasionalmente	8,0%	3,5	3,3; 18,3	1,29	44,2
	Siempre o casi siempre	84,8%	5,2	71,7; 92,5	1,57	6,1
Experiencias traumáticas	Prevalencia de vida	34,8%	1,1	32,6; 37,1	2,07	3,3
Grado de satisfacción personal: Aspecto físico	Nada o poco	12,7%	0,8	11,2; 14,3	2,08	6,3
	Regular	25,9%	1,0	24,1; 27,8	1,72	3,7
	Bastante o mucho	61,4%	1,2	58,9; 63,9	2,39	2,0
Grado de satisfacción personal: Color de piel	Nada o poco	7,3%	0,6	6,2; 8,5	1,96	8,3
	Regular	14,3%	0,7	12,9; 15,8	1,56	5,1
	Bastante o mucho	78,4%	1,0	76,5; 80,3	1,97	1,2
Grado de satisfacción personal: Inteligencia	Nada o poco	12,5%	0,8	11,0; 14,1	2,05	6,3
	Regular	25,1%	1,0	23,2; 27,2	1,96	4,0
	Bastante o mucho	62,4%	1,2	60,0; 64,7	2,15	1,9
Grado de satisfacción personal: Nivel económico	Nada o poco	31,8%	1,1	29,8; 33,9	1,87	3,3
	Regular	43,8%	1,0	41,8; 45,9	1,59	2,4
	Bastante o mucho	24,4%	0,8	22,8; 26,1	1,41	3,5
Grado de satisfacción personal: Estudios	Nada o poco	10,2%	1,0	8,4; 12,2	1,10	9,5
	Regular	18,6%	1,5	15,8; 21,7	1,59	8,0
	Bastante o mucho	71,2%	1,7	67,7; 74,4	1,52	2,4
Grado de satisfacción personal: Nivel educativo alcanzado	Nada o poco	42,8%	1,3	40,3; 45,3	2,39	3,0
	Regular	29,7%	1,0	27,8; 31,7	1,77	3,4
	Bastante o mucho	27,5%	1,2	25,3; 29,9	2,47	4,3
Grado de satisfacción personal: Religión	Nada o poco	5,3%	0,5	4,5; 6,4	1,74	9,2
	Regular	10,3%	0,6	9,1; 11,5	1,49	6,0
	Bastante o mucho	84,4%	0,8	82,7; 85,9	1,76	1,0
Grado de satisfacción personal: Relaciones sociales	Nada o poco	18,7%	0,9	17,0; 20,5	1,85	4,7
	Regular	30,0%	1,1	27,8; 32,2	2,22	3,8
	Bastante o mucho	51,4%	1,4	48,7; 54,0	2,70	2,6
Grado de satisfacción personal: Lugar de residencia	Nada o poco	16,9%	0,8	15,3; 18,7	1,88	5,0
	Regular	24,3%	1,0	22,5; 26,3	1,87	4,0
	Bastante o mucho	58,7%	1,2	56,3; 61,2	2,31	2,1
Discriminación por sexo	Prevalencia de vida	7,8%	0,6	6,7 ; 9,0	1,69	7,4
Discriminación por edad	Prevalencia de vida	7,0%	0,5	6,0 ; 8,1	1,58	7,6
Discriminación por peso	Prevalencia de vida	6,3%	0,5	5,3 ; 7,4	1,70	8,3
Discriminación por color de piel	Prevalencia de vida	1,6%	0,2	1,2 ; 2,1	1,20	14,3
Discriminación por forma de vestir	Prevalencia de vida	5,5%	0,5	4,6 ; 6,5	1,61	8,7
Discriminación por condición económica o social	Prevalencia de vida	13,5%	0,9	11,9 ; 15,4	2,48	6,6
Discriminación por nivel educativo	Prevalencia de vida	12,5%	0,9	10,9; 14,3	2,44	6,8
Discriminación por religión	Prevalencia de vida	5,2%	0,5	4,3 ; 6,2	1,64	9,1
Discriminación por amistades	Prevalencia de vida	3,5%	0,4	2,8 ; 4,4	1,74	11,4
Discriminación por lugar de nacimiento	Prevalencia de vida	3,5%	0,4	2,8 ; 4,5	1,86	11,8
Discriminación por otra	Prevalencia de vida	2,6%	0,3	2,0 ; 3,3	1,47	12,3

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2004 VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Grado de satisfacción laboral con actividades o funciones que realiza	Nada o poco	10,3%	0,8	8,8; 11,9	1,36	7,5
	Regular	24,0%	1,2	21,8; 26,4	1,56	4,9
	Bastante o mucho	65,7%	1,4	62,8; 68,5	1,88	2,2
Grado de satisfacción laboral con el ambiente físico donde labora	Nada o poco	14,2%	0,9	12,5; 16,0	1,33	6,2
	Regular	27,5%	1,1	25,4; 29,8	1,31	4,1
	Bastante o mucho	58,3%	1,3	55,7; 60,8	1,43	2,2
Grado de satisfacción laboral con sus compañeros de trabajo	Nada o poco	9,7%	1,2	7,6; 12,3	1,63	12,2
	Regular	28,2%	1,7	24,9; 31,6	1,46	6,1
	Bastante o mucho	62,1%	1,8	58,5; 65,6	1,39	2,9
Grado de satisfacción laboral con la carga de trabajo que desarrolla diariamente	Nada o poco	16,5%	1,0	14,6; 18,6	1,55	6,1
	Regular	32,9%	1,2	30,5; 35,4	1,47	3,8
	Bastante o mucho	50,6%	1,4	47,8; 53,5	1,74	2,9
Grado de satisfacción laboral con el trato o reconocimiento que recibe de sus jefes	Nada o poco	13,4%	1,5	10,8; 16,6	1,48	11,0
	Regular	25,3%	2,1	21,5; 29,6	1,77	8,1
	Bastante o mucho	61,3%	2,2	56,8; 65,5	1,64	3,6
Grado de satisfacción laboral con la remuneración que recibe.	Nada o poco	39,5%	1,3	36,9; 42,1	1,50	3,3
	Regular	37,3%	1,3	34,8; 39,9	1,47	3,5
	Bastante o mucho	23,2%	1,1	21,1; 25,4	1,44	4,8
Deseo de morir	Prevalencia de vida	39,9%	1,0	38,0; 41,8	1,42	2,4
Deseo de morir	Prevalencia en el mes	6,9%	0,5	5,9; 7,9	1,41	7,2
Deseo de morir	Prevalencia en el año	15,3%	0,7	14,0; 16,7	1,34	4,5
Consideraciones o pensamientos de índole suicida	Prevalencia de vida	16,1%	0,8	14,7; 17,7	1,54	4,7
Consideraciones o pensamientos de índole suicida	Prevalencia en el mes	2,2%	0,3	1,7; 2,8	1,45	13,4
Consideraciones o pensamientos de índole suicidas	Prevalencia en el año	5,1%	0,5	4,3; 6,1	1,56	8,9
Planes de índole suicida	Prevalencia de vida	6,0%	0,5	5,0; 7,1	1,84	8,9
Planes de índole suicida	Prevalencia en el mes	0,4%	0,1	0,2; 0,8	1,49	30,1
Planes de índole suicida	Prevalencia en el año	1,7%	0,3	1,2; 2,4	1,76	16,7
Intento (conductas suicidas)	Prevalencia de vida	3,6%	0,4	2,8; 4,5	1,83	11,6
Intento (conductas suicidas)	Prevalencia en el mes	0,2%	0,1	0,0; 0,5	1,91	58,3
Intento (conductas suicidas)	Prevalencia en el año	0,5%	0,2	0,2; 1,0	2,59	37,8
Potencialidad suicida	Prevalencia de vida	0,2%	0,1	0,1; 0,4	0,97	35,4
Motivos que llevan a la conducta suicida	Apariencia Física	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	Padres	17,7%	3,9	11,2; 26,7	1,30	22,3
	Hijos	3,6%	1,9	1,3 ; 9,7	1,21	51,2
	Otros parientes	6,0%	2,4	2,7 ; 12,8	1,23	39,9
	Pareja	50,7%	4,7	41,4 ; 59,9	1,10	9,4
	Amistades	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	Laborales	1,0%	0,7	0,2 ; 4,2	0,68	74,4
	Estudios	0,0%	0,0	0; 0	0,0	0,0
	Económicos	14,4%	3,3	9,0 ; 22,3	1,10	23,2
	Salud física	3,4%	1,5	1,4 ; 8,1	0,89	45,7
	Salud familiar	4,1%	2,4	1,3 ; 12,2	1,74	58,1
	Separación de familia	3,9%	2,0	1,4 ; 10,2	1,26	50,6
	Muerte de pareja	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	Muerte de un hijo	0,8%	0,8	0,1; 5,3	0,94	100
	Muerte de alguno de los padres	0,5%	0,5	0,1; 3,7	0,65	100
	Experiencia Traumática	2,7%	2,0	0,6; 11,2	1,89	74,9
	Sin motivo	0,5%	0,5	0,1; 3,8	0,66	99,5
Otros	9,0%	2,7	4,9; 15,9	1,09	30,1	

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2004 VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNOS CLINICOS EN LA MUJER UNIDA						
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia de vida	41,5%	1,3	38,9 ; 44,1	2,66	3,2
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia anual	17,7%	0,9	16,0 ; 19,6	2,08	5,1
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia de 6 meses	14,7%	0,8	13,2 ; 16,4	1,93	5,5
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia actual	8,5%	0,6	7,4 ; 9,8	1,76	7,2
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia a 6 meses	4,5%	0,4	3,7 ; 5,4	1,61	9,7
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia actual	3,7%	0,4	3,0 ; 4,6	1,67	10,9
Trastorno de estrés postraumático	Prevalencia de vida	12,6%	0,7	11,4 ; 14,1	1,56	5,4
Trastorno de estrés postraumático	Prevalencia anual	2,4%	0,3	1,9 ; 3,1	1,40	12,5
Trastorno de estrés postraumático	Prevalencia a 6 meses	1,8%	0,3	1,4 ; 2,4	1,34	14,1
Trastorno de estrés postraumático	Prevalencia actual	1,0%	0,2	0,7 ; 1,4	1,31	19,0
Episodio depresivo	Prevalencia de vida	28,9%	1,2	26,6 ; 31,3	2,51	4,1
Episodio depresivo	Prevalencia anual	10,6%	0,7	9,4 ; 12,0	1,78	6,4
Episodio depresivo	Prevalencia a 6 meses	8,0%	0,6	7,0 ; 9,2	1,56	7,0
Episodio depresivo	Prevalencia actual	3,5%	0,4	2,8 ; 4,3	1,66	11,3
Distimia	Prevalencia de vida	1,3%	0,2	1,0 ; 1,8	1,26	16,0
Distimia	Prevalencia actual	0,6%	0,1	0,4 ; 1,0	1,21	22,6
LA MUJER UNIDA MALTRATADA						
De algún tipo de abuso en la mujer unida	Prevalencia de vida	82,0%	0,9	80,1 ; 83,8	2,13	1,1
	Le gritaba mucho	6,7%	0,6	5,6 ; 8,0	2,26	9,4
Presencia de maltrato general en el periodo de enamoramiento con la pareja actual (o última pareja)	Tenía arranques de violencia	8,9%	0,6	7,7 ; 10,3	1,81	7,2
	La engañó	25,0%	0,9	23,2 ; 26,8	1,60	3,7
	La maltrató físicamente	8,0%	0,8	6,6 ; 9,7	3,03	9,8
	Forzó a tener relaciones sexuales	4,2%	0,5	3,3 ; 5,2	2,04	11,4
	Se mostró indiferente	12,5%	0,8	11,0 ; 14,3	2,25	6,6
	Le mentía mucho	22,3%	1,0	20,5 ; 24,3	1,96	4,4
	Era muy celoso	35,3%	1,1	33,1 ; 37,4	1,87	3,1
	La controlaba mucho	26,2%	1,1	24,2 ; 28,4	2,12	4,1
	La descuidaba por el alcohol	18,5%	0,9	16,8 ; 20,3	1,81	4,7
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual o última pareja	Tenía actitudes machistas	29,6%	1,1	27,5 ; 31,9	2,14	3,8
	Otro	0,6%	0,2	0,4 ; 1,0	1,47	25,5
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual o última pareja	Presencia de maltrato general	60,5%	1,2	58,2 ; 62,8	2,01	1,9
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual o última pareja	Presencia de algún tipo de violencia	15,3%	0,9	13,5 ; 17,2	2,48	6,2
Por parte de pareja actual	Prevalencia de vida de cualquier maltrato o violencia	59,8%	1,2	57,3 ; 62,2	1,90	2,1
Tipos de abuso por parte de pareja actual	Abuso sexual	11,5%	0,7	10,2 ; 13,0	1,44	6,1
	Abuso físico	42,6%	1,2	40,2 ; 45,0	1,84	2,9
	Insultos	52,3%	1,1	50,1 ; 54,6	1,55	2,2
	Chantajes, humillaciones, etc.	24,2%	1,1	22,1 ; 26,3	1,85	4,4
Por parte de pareja actual	Abandono	15,8%	0,9	14,1 ; 17,6	1,70	5,5
	Prevalencia en el año de cualquier violencia o maltrato	34,1%	1,0	32,1 ; 36,2	1,40	3,0
Por parte de pareja actual (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el año de algún	12,3%	0,7	10,9 ; 13,9	1,51	6,0

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2004 VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	abuso sistemático					
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual en la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Presencia de maltrato general	80,4%	2,5	75,0; 84,9	1,44	3,1
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual en la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Presencia de algún tipo de violencia	35,2%	3,5	28,7; 42,3	1,90	9,9
Confianza en autoridades policiales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	61,4%	3,3	54,8; 67,7	1,65	5,3
	Regular	31,0%	3,4	24,7; 38,1	1,99	11,0
	Bastante o mucho	7,6%	1,6	5,0; 11,3	1,30	20,9
Confianza en autoridades políticas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	88,1%	2,2	83,0; 91,8	1,70	2,5
	Regular	10,7%	2,0	7,3; 15,4	1,56	18,9
	Bastante o mucho	1,2%	0,6	0,4; 3,3	1,23	53,8
Sentimientos de protección del estado de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	75,7%	2,7	69,9; 80,7	1,49	3,6
	Regular	19,7%	2,4	15,4; 25,0	1,37	12,4
	Bastante o mucho	4,6%	1,2	2,7; 7,5	1,15	25,8
Sentimiento de protección de la familia de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	21,9%	2,6	17,2; 27,4	1,45	11,9
	Regular	21,8%	2,5	17,3; 27,0	1,30	11,3
	Bastante o mucho	56,3%	3,2	50,1; 62,4	1,48	5,6
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: Trabajo de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	49,0%	4,4	40,5; 57,5	1,61	8,9
	Regular	22,1%	3,3	16,3; 29,2	1,33	14,9
	Bastante o mucho	28,9%	4,2	21,4; 37,8	1,81	14,5
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: Estudios de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	38,5%	12,6	18,0; 64,0	1,30	32,7
	Regular	37,5%	13,7	16,0; 65,4	1,55	36,5
	Bastante o mucho	24,1%	10,6	9,2; 49,8	1,19	44,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos de la mujer maltratada sistemáticamente 1 o 2 (por lo menos veces al mes): Hijos y parientes	Nada o poco	44,6%	3,6	37,6; 51,8	1,92	8,2
	Regular	14,9%	3,6	9,1; 23,5	3,70	24,2
	Bastante o mucho	40,5%	3,7	33,5; 47,9	2,01	9,1
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): Pareja	Nada o poco	34,7%	2,9	29,3; 40,5	1,31	8,3
	Regular	23,1%	2,9	17,9; 29,3	1,71	12,6
	Bastante o mucho	42,2%	3,4	35,8; 48,9	1,66	8,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): Dinero	Nada o poco	32,3%	3,8	25,3; 40,2	2,44	11,8
	Regular	25,4%	2,8	20,3; 31,2	1,49	11,0
	Bastante o mucho	42,3%	3,3	36,0; 48,9	1,63	7,8
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos de la mujer maltratada sistemáticamente 1 o 2 (por lo menos veces al mes): Salud	Nada o poco	27,6%	2,8	22,5; 33,3	1,39	10,0
	Regular	29,0%	2,8	23,9; 34,7	1,35	9,5
	Bastante o mucho	43,4%	3,4	36,8; 50,2	1,75	7,9

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2004 VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Prevalencia de sentimientos anímicos significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): Triste	Nunca	2,1%	0,9	0,9; 4,9	1,49	43,8
	Algunas veces u ocasionalmente	55,9%	2,9	50,2; 61,5	1,23	5,2
	Siempre o casi siempre	42,0%	2,9	36,4; 47,8	1,27	6,9
Prevalencia de sentimientos anímicos significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): Tenso	Nunca	6,1%	1,3	4,1; 9,2	1,03	20,8
	Algunas veces u ocasionalmente	58,8%	3,6	51,6; 65,7	1,96	6,1
	Siempre o casi siempre	35,1%	3,6	28,4; 42,3	2,02	10,1
Prevalencia de sentimientos anímicos significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): Angustiado	Nunca	12,8%	1,9	9,4; 17,1	1,22	15,1
	Algunas veces u ocasionalmente	57,7%	3,6	50,5; 64,6	1,95	6,3
	Siempre o casi siempre	29,5%	3,5	23,1; 36,8	2,13	11,8
Prevalencia de sentimientos anímicos significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): Irritable	Nunca	8,9%	1,6	6,2; 12,6	1,16	18,1
	Algunas veces u ocasionalmente	63,0%	3,5	55,9; 69,6	1,91	5,6
	Siempre o casi siempre	28,1%	3,2	22,3; 34,7	1,80	11,3
Prevalencia de sentimientos anímicos significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): Preocupado	Nunca	1,1%	0,5	0,4; 2,8	0,92	48,4
	Algunas veces u ocasionalmente	36,7%	3,3	30,5; 43,4	1,72	9,0
	Siempre o casi siempre	62,2%	3,3	55,5; 68,5	1,70	5,3
Prevalencia de sentimientos anímicos significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): Tranquilo	Nunca	3,4%	1,1	1,8; 6,3	1,33	32,6
	Algunas veces u ocasionalmente	46,3%	3,1	40,3; 52,3	1,36	6,6
	Siempre o casi siempre	50,4%	3,1	44,3; 56,4	1,39	6,2
Prevalencia de sentimientos anímicos significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): Alegre	Nunca	1,7%	0,9	0,6; 4,7	1,73	52,2
	Algunas veces u ocasionalmente	42,1%	3,0	36,5; 48,0	1,30	7,0
	Siempre o casi siempre	56,1%	3,1	50,1; 62,1	1,39	5,5
Prevalencia de sentimientos anímicos significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): Aburrido	Nunca	19,0%	2,4	14,6; 24,2	1,39	12,8
	Algunas veces u ocasionalmente	58,0%	3,3	51,3; 64,4	1,67	5,8
	Siempre o casi siempre	23,1%	2,9	17,8; 29,3	1,76	12,7
Deseos de morir en la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	51,9%	2,8	46,4; 57,3	1,13	5,4
Deseos de morir en la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el mes	10,6%	1,9	7,4; 14,9	1,35	17,7
Deseos de morir en la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el año	25,5%	2,8	20,4; 31,4	1,52	11,0

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2004 VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
De consideraciones o pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	24,9%	2,7	20,0; 30,7	1,45	10,9
De consideraciones o pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el mes	4,4%	1,2	2,5; 7,4	1,25	27,5
De consideraciones o pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el año	12,4%	2,2	8,6; 17,5	1,69	18,1
Planes de índole suicida en la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	9,5%	1,9	6,4; 13,9	1,53	20,0
Planes de índole suicida en la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el mes	0,8%	0,4	0,3; 2,0	0,64	47,4
Planes de índole suicida en la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el año	3,7%	1,0	2,1; 6,3	1,09	28,0
Conductas suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	4,9%	1,4	2,8; 8,5	1,54	28,7
Conductas suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el mes	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
Conductas suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el año	0,4%	0,4	0,1; 3,0	1,56	99,4
De la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de la potencialidad suicida	0,5%	0,4	0,1; 2,1	1,05	79,5
De experiencias traumáticas	Prevalencia de vida	41,2%	3,6	34,4; 48,3	1,91	8,6
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMATICAMENTE						
Cualquier trastorno psiquiátrico (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	55,0%	2,9	49,3 ; 60,6	1,25	5,3
Cualquier trastorno psiquiátrico (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia anual	27,9%	2,8	22,6 ; 33,8	1,47	10,2
Cualquier trastorno psiquiátrico (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de 6 meses	24,5%	2,7	19,6 ; 30,2	1,42	10,9
Cualquier trastorno psiquiátrico (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	15,5%	2,4	11,4 ; 20,7	1,54	15,2
Trastorno de ansiedad generalizada (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de 6 meses	8,6%	1,8	5,7 ; 12,8	1,44	20,5
Trastorno de ansiedad generalizada (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	7,6%	1,7	4,9 ; 11,6	1,47	22,2
Trastorno de estrés postraumático (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	18,1%	2,4	13,9 ; 23,2	1,39	13,1

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2004 VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Trastorno de estrés postraumático (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia anual	3,5%	1,0	2,0 ; 6,3	1,17	29,6
Trastorno de estrés postraumático (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia a 6 meses	2,5%	0,9	1,3 ; 5,0	1,16	35,1
Trastorno de estrés post-traumático (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	1,4%	0,7	0,5; 3,6	1,23	49,6
Episodio depresivo (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	37,8%	2,9	32,2; 43,6	1,31	7,7
Episodio depresivo (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia anual	16,7%	2,3	12,7 ; 21,7	1,35	13,6
Episodio depresivo (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia a 6 meses	13,2%	2,0	9,7; 17,7	1,32	15,4
Episodio depresivo (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	6,5%	1,5	4,1; 10,1	1,35	23,1
Distimia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	2,5%	1,0	1,2; 5,2	1,36	38,0
Distimia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	0,5%	0,4	0,1; 2,6	1,30	81,1

DATOS GENERALES ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Edad (D.S.)	Media aritmética	14,4%	0,0	14,3 ; 14,5	1,34	0,3
Situación laboral	Está buscando trabajo	2,2%	0,5	1,4 ; 3,4	1,84	22,2
	Trabajó la semana anterior	14,7%	1,2	12,5 ; 17,2	2,13	8,1
Grado de estudios	Grado de analfabetismo	1,6%	0,5	0,9 ; 3,1	0,98	32,5
	Sin nivel	0,1%	0,0	0,0; 0,3	0,62	72,1
	Inicial	0,1	0,1	0,0 ; 0,4	1,11	100
	Primaria	33,5%	1,6	30,3 ; 36,8	2,30	4,9
	Secundaria	65,7%	1,6	62,4 ; 68,8	2,23	2,5
	Superior no universitario	0,5%	0,2	0,2 ; 1,1	1,41	37,6
	Superior universitario	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	0,61	40,7

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE

Principal problema percibido en el país	Desempleo	23,6%	1,7	20,5 ; 27,0	2,83	7,0
	Pobreza	21,3%	1,4	18,7 ; 24,1	2,07	6,4
	Manejo económico	3,7%	0,7	2,5 ; 5,2	2,36	18,2
	Corrupción	11,7%	0,9	10,1; 13,5	1,33	7,3
	Delincuencia	11,9%	1,1	10,0 ; 14,2	2,05	9,0
	Violencia	14,1%	1,0	12,2 ; 16,3	1,67	7,4
	Inestabilidad política	1,6%	0,4	1,1 ; 2,5	1,54	22,1
	Falta de confianza	2,2%	0,4	1,6 ; 3,2	1,49	18,6
	Terrorismo	4,3%	0,7	3,1 ; 5,9	2,29	16,6
	Falta de liderazgo	0,6%	0,2	0,4 ; 1,2	1,14	30,6
	Narcotráfico	2,1%	0,5	1,4 ; 3,3	1,92	21,6
Otro	1,9%	0,4	1,3 ; 2,8	1,51	20,3	
Sentimientos frente a problemas nacionales o depresión	Preocupación	25,4%	1,5	22,7 ; 28,4	2,06	5,7
	Pena, tristeza	36,1%	1,6	33,1 ; 39,3	1,95	4,3
	Desilusión	7,8%	1,0	6,1 ; 10,0	2,45	12,5
	Amargura	4,4%	0,6	3,3 ; 5,8	1,68	14,1
	Rabia	6,5%	0,8	5,1 ; 8,2	1,93	12,3
Cólera	8,8%	1,2	6,8 ; 11,4	3,05	13,1	

DATOS GENERALES ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	Impotencia	1,3%	0,3	0,9 ; 2,1	1,21	21,8
	Resignación	1,4%	0,4	0,9 ; 2,3	1,68	25,2
	Indiferencia	2,0%	0,4	1,4 ; 2,9	1,39	19,2
	Frustración	0,3%	0,1	0,1 ; 0,6	0,97	43,6
	Indignación	2,1%	0,7	1,1 ; 3,9	4,17	32,6
	Desesperación o angustia	1,8%	0,4	1,2 ; 2,0	1,73	22,4
	Otro	1,0%	0,3	0,5 ; 1,8	1,83	31,4
Confianza en policías	Nada o poco	42,5%	1,7	39,1 ; 45,9	2,29	4,1
	Regular	37,0%	1,5	34,1 ; 40,0	1,77	4,0
	Bastante o mucho	20,5%	1,5	17,7 ; 23,7	2,68	7,4
Confianza en militares	Nada o poco	44,2%	1,5	41,3 ; 47,2	1,72	3,4
	Regular	34,4%	1,9	30,9 ; 38,2	2,90	5,4
	Bastante o mucho	21,3%	1,9	17,9 ; 25,2	3,85	8,7
Confianza en religiosos	Nada o poco	29,3%	1,5	26,4 ; 32,4	2,06	5,2
	Regular	23,8%	1,3	21,4 ; 26,4	1,65	5,3
	Bastante o mucho	46,9%	1,8	43,4 ; 50,5	2,44	3,8
Confianza en maestros	Nada o poco	17,0%	1,1	14,8 ; 19,3	1,75	6,8
	Regular	26,6%	1,3	24,1 ; 29,2	1,57	4,8
	Bastante o mucho	56,5%	1,3	53,9 ; 59,0	1,27	2,3
Confianza en médicos	Nada o poco	15,6%	1,3	13,2 ; 18,2	2,27	8,1
	Regular	26,1%	1,2	23,8 ; 28,6	1,48	4,7
	Bastante o mucho	58,3%	1,5	55,4 ; 61,2	1,64	2,5
Confianza en autoridades políticas	Nada o poco	75,5%	1,4	72,6 ; 78,2	2,02	1,9
	Regular	19,8%	1,4	17,1 ; 22,8	2,46	7,3
	Bastante o mucho	4,7%	0,7	3,5 ; 6,1	1,78	14,0
Confianza en líderes de sindicatos	Nada o poco	70,0%	20,8	25,0 ; 94,2	0,84	29,7
	Regular	18,4%	17,5	2,2 ; 69,0	0,84	95,0
	Bastante o mucho	11,6%	11,8	1,3 ; 55,8	5,54	100
Confianza en líderes de su comunidad/ alcalde	Nada o poco	61,1%	1,9	57,3 ; 64,8	2,84	3,1
	Regular	28,7%	1,5	25,9 ; 31,7	1,97	5,1
	Bastante o mucho	10,2%	1,0	8,3 ; 12,4	2,13	10,1
Confianza en su jefe de trabajo	Nada o poco	15,6%	3,0	10,6 ; 22,3	1,29	19,0
	Regular	21,4%	3,6	15,1 ; 29,4	1,53	17,1
	Bastante o mucho	63,1%	4,1	54,8 ; 70,6	1,36	6,4
Confianza en sus vecinos	Nada o poco	55,1%	1,6	52,0 ; 58,1	1,82	2,8
	Regular	30,2%	1,3	27,7 ; 32,8	1,46	4,3
	Bastante o mucho	14,8%	1,3	12,4 ; 17,5	2,49	8,8
Confianza en periodistas	Nada o poco	41,8%	1,6	38,7 ; 45,0	1,99	3,8
	Regular	34,5%	1,4	31,8 ; 37,3	1,63	4,1
	Bastante o mucho	23,7%	1,3	21,3 ; 26,3	1,70	5,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: trabajo	Nada o poco	60,4%	4,5	51,3 ; 68,8	2,18	7,4
	Regular	21,2%	3,6	15,0 ; 29,2	2,04	17,1
	Bastante o mucho	18,4%	3,3	12,7 ; 25,8	1,90	18,1
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: estudio	Nada o poco	48,5%	1,8	44,9 ; 52,1	2,30	3,8
	Regular	20,9%	1,3	18,5 ; 23,4	1,64	6,0
	Bastante o mucho	30,6%	1,8	27,2 ; 34,3	2,68	5,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: hijos y parientes	Nada o poco	55,6%	2,0	51,7 ; 59,5	2,88	3,5
	Regular	12,9%	1,2	10,8 ; 15,4	2,19	9,0
	Bastante o mucho	31,5%	2,0	27,7 ; 35,5	3,41	6,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: pareja	Nada o poco	70,6%	2,9	64,7 ; 75,9	1,74	4,0
	Regular	14,3%	2,3	10,4 ; 19,4	1,87	15,9
	Bastante o mucho	15,1%	2,3	11,2 ; 20,1	1,76	14,9

DATOS GENERALES ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: dinero	Nada o poco	60,9%	1,5	57,9 ; 63,9	1,83	2,5
	Regular	19,9%	1,3	17,5 ; 22,5	1,94	6,5
	Bastante o mucho	19,2%	1,2	17,0 ; 21,6	1,61	6,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: la salud	Nada o poco	37,7%	1,8	34,2 ; 41,2	2,53	4,7
	Regular	14,3%	1,2	12,1 ; 16,7	2,07	8,2
	Bastante o mucho	48,1%	2,1	43,9 ; 52,3	3,40	4,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: asuntos con la ley	Nada o poco	78,6%	1,4	75,6 ; 81,3	2,24	1,8
	Regular	12,2%	1,1	10,2 ; 14,5	2,07	9,0
	Bastante o mucho	9,2%	0,9	7,6 ; 11,2	1,81	9,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: terrorismo	Nada o poco	47,5%	1,6	44,4 ; 50,7	1,96	3,4
	Regular	11,1%	1,0	9,3 ; 13,2	1,85	8,9
	Bastante o mucho	41,4%	1,8	38,0 ; 44,9	2,40	4,3
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: delincuencia	Nada o poco	34,7%	1,5	31,8 ; 37,7	1,89	4,4
	Regular	11,3%	1,0	9,6 ; 13,4	1,75	8,6
	Bastante o mucho	54,0%	1,6	50,9 ; 57,0	1,85	2,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: narcotráfico	Nada o poco	41,0%	1,7	37,8 ; 44,4	2,17	4,1
	Regular	12,1%	1,1	10,1 ; 14,5	2,14	9,1
	Bastante o mucho	46,8%	1,8	43,3 ; 50,4	2,47	3,9
Prevalencia de sentimientos anímicos: triste	Nunca	10,1%	1,1	8,2 ; 12,4	2,33	10,5
	Algunas veces	74,7%	1,6	71,4 ; 77,8	2,61	2,2
	Siempre casi siempre	15,2%	1,1	13,2 ; 17,4	1,70	7,1
Prevalencia de sentimientos anímicos: tenso	Nunca	24,8%	2,2	20,7 ; 29,4	4,91	8,9
	Algunas veces	61,6%	1,9	57,9 ; 65,2	2,73	3,0
	Siempre casi siempre	13,6%	1,2	11,5 ; 16,1	2,21	8,7
Prevalencia de sentimientos anímicos: angustiado	Nunca	31,4%	1,7	28,2 ; 34,8	2,38	5,3
	Algunas veces	54,8%	1,7	51,5 ; 58,1	2,11	3,1
	Siempre casi siempre	13,8%	1,1	11,7 ; 16,1	1,97	8,1
Prevalencia de sentimientos anímicos: irritable	Nunca	28,0%	1,5	25,1 ; 31,0	2,06	5,3
	Algunas veces	51,8%	1,5	48,8 ; 54,8	1,75	3,0
	Siempre casi siempre	20,3%	1,1	18,2 ; 22,5	1,40	5,4
Prevalencia de sentimientos anímicos: preocupado	Nunca	15,2%	1,5	12,4 ; 18,5	3,42	10,1
	Algunas veces	58,7%	1,7	55,4 ; 62,0	2,16	2,8
	Siempre casi siempre	26,1%	1,5	23,3 ; 29,0	2,06	5,6
Prevalencia de sentimientos anímicos: tranquilo	Nunca	3,8%	0,6	2,8 ; 5,2	1,78	15,4
	Algunas veces	27,0%	1,2	24,7 ; 29,5	1,41	4,5
	Siempre casi siempre	69,2%	1,4	66,4 ; 71,8	1,65	2,0
Prevalencia de sentimientos anímicos: alegre	Nunca	1,0%	0,3	0,5 ; 1,9	1,84	31,1
	Algunas veces	18,1%	1,3	15,6 ; 20,9	2,29	7,4
	Siempre casi siempre	80,9%	1,4	78,1 ; 83,5	2,29	1,7
Prevalencia de sentimientos anímicos: aburrido	Nunca	26,2%	1,2	23,9 ; 28,7	1,47	4,7
	Algunas veces	58,2%	1,5	55,3 ; 61,1	1,66	2,5
	Siempre casi siempre	15,6%	1,2	13,4 ; 18,0	1,98	7,6
Prevalencia de sentimientos anímicos: otro sentimiento	Nunca	10,2%	7,8	2,1 ; 37,6	1,94	76,3
	Algunas veces	20,0%	8,5	8,1 ; 41,4	1,31	42,3
	Siempre o casi siempre	69,8%	10,4	46,7 ; 86,0	1,52	14,9
Grado de satisfacción personal: aspecto físico	Nada o poco	9,8%	1,0	8,0 ; 11,9	2,14	10,3
	Regular	18,9%	1,4	16,4 ; 21,8	2,32	7,3
	Bastante o mucho	71,3%	1,8	67,6 ; 74,8	3,07	2,6
Grado de satisfacción personal: relaciones sociales	Nada o poco	14,8%	1,1	12,8 ; 17,1	1,77	7,4
	Regular	26,5%	1,4	23,9 ; 29,3	1,80	5,2
	Bastante o mucho	58,7%	1,6	55,6 ; 61,8	1,95	2,7
Grado de satisfacción personal:	Nada o poco	8,7%	1,0	6,9 ; 10,9	2,41	11,6
	Regular	12,9%	1,2	10,7 ; 15,4	2,35	9,2

DATOS GENERALES ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
color de la piel	Bastante o mucho	78,4%	1,7	74,8 ; 81,6	3,35	2,2
Grado de satisfacción personal: inteligencia	Nada o poco	9,9%	1,0	8,1 ; 12,0	2,13	10,2
	Regular	22,3%	1,5	19,4 ; 25,5	2,59	7,0
	Bastante o mucho	67,9%	1,7	64,5 ; 71,1	2,45	2,5
Grado de satisfacción personal: condicion socioeconómica	Nada o poco	22,5%	1,4	20,0 ; 25,3	1,97	6,0
	Regular	35,4%	1,5	32,6 ; 38,3	1,73	4,1
	Bastante o mucho	42,0%	1,6	38,9 ; 45,2	1,92	3,8
Grado de satisfacción personal: profesión u oficio que estudio (estudia)	Nada o poco	11,0%	3,4	5,9 ; 19,6	1,40	30,8
	Regular	23,1%	5,9	13,5 ; 36,6	2,35	25,7
	Bastante o mucho	66,0%	5,9	53,7 ; 76,4	1,82	8,9
Grado de satisfacción personal: nivel educativo alcanzado	Nada o poco	15,4%	1,2	13,1 ; 18,0	2,17	8,0
	Regular	21,7%	1,2	19,4 ; 24,2	1,65	5,6
	Bastante o mucho	62,9%	1,4	60,1 ; 65,6	1,53	2,2
Grado de satisfacción personal: religión	Nada o poco	14,1%	1,1	12,0 ; 16,4	1,85	7,9
	Regular	17,6%	1,2	15,3 ; 20,2	1,96	7,1
	Bastante o mucho	68,3%	1,6	65,1 ; 71,4	2,13	2,3
Grado de satisfacción personal: lugar de residencia	Nada o poco	14,7%	1,0	12,8 ; 16,7	1,48	6,8
	Regular	22,9%	1,6	19,9 ; 26,2	2,67	6,9
	Bastante o mucho	62,4%	1,8	58,8 ; 65,9	2,61	2,9
Grado de satisfacción laboral: con las actividades o funciones que realiza	Nada o poco	8,2%	2,2	4,7 ; 13,7	1,59	27,0
	Regular	26,7%	4,2	19,2 ; 35,8	2,26	15,9
	Bastante o mucho	65,2%	4,1	56,6 ; 72,8	1,86	6,4
Grado de satisfacción laboral: con el ambiente físico donde labora	Nada o poco	17,5%	4,0	11,0 ; 26,7	2,67	22,7
	Regular	25,5%	4,2	18,2 ; 34,5	2,21	16,3
	Bastante o mucho	57,0%	4,2	48,6 ; 65,1	1,76	7,4
Grado de satisfacción laboral: con sus compañeros de trabajo	Nada o poco	18,5%	4,7	10,9 ; 29,5	2,63	25,4
	Regular	13,5%	3,1	8,5 ; 20,8	1,48	23,0
	Bastante o mucho	68,1%	5,1	57,3 ; 77,2	2,18	7,5
Grado de satisfacción laboral: con la carga que desarrolla diariamente	Nada o poco	18,9%	3,3	13,3 ; 26,1	1,70	17,2
	Regular	42,5%	4,5	34,0 ; 51,6	2,05	10,6
	Bastante o mucho	38,6%	4,2	30,6 ; 47,2	1,86	11,0
Grado de satisfacción laboral: con la remuneración que recibe	Nada o poco	32,9%	4,4	24,8 ; 42,1	1,90	13,5
	Regular	29,4%	3,8	22,5 ; 37,4	1,49	13,0
	Bastante o mucho	37,8%	4,2	29,9 ; 46,3	1,60	11,1
Grado de satisfacción laboral: con el reconocimiento que percibe	Nada o poco	11,7%	2,8	7,3 ; 18,4	1,46	23,6
	Regular	23,0%	4,1	15,9 ; 32,1	1,91	18,0
	Bastante o mucho	65,3%	4,1	56,9 ; 72,8	1,45	6,3
Permisividad frente a la psicopatía	Prevalencia	5,1%	0,7	3,9 ; 6,8	2,02	14,1
Tendencias psicopáticas	Prevalencia	44,6%	1,6	41,5 ; 47,7	1,91	3,6
Prevalencia de tendencias delictivas	Prevalencia	3,6%	0,6	2,7 ; 4,9	1,72	15,6
Deseos de morir	Prevalencia de vida	25,4%	1,8	22,1 ; 29,1	3,09	7,0
	Prevalencia ultimo mes	7,1%	0,9	5,5 ; 9,1	2,26	12,6
	Prevalencia ultimo año	16,3%	1,5	13,6 ; 19,5	3,00	9,1
Pensamientos de quitarse la vida	Prevalencia de vida	10,1%	1,0	8,3 ; 12,2	2,05	9,9
	Prevalencia ultimo mes	2,2%	0,4	1,5 ; 3,2	1,46	18,7
	Prevalencia ultimo año	5,9%	0,7	4,7 ; 7,6	1,80	12,4
Planes de índole suicida	Prevalencia de vida	4,1%	0,6	3,1 ; 5,5	1,74	14,8
	Prevalencia ultimo mes	1,2%	0,3	0,7 ; 2,0	1,57	26,6
	Prevalencia ultimo año	2,9%	0,5	2,0 ; 4,1	1,72	17,6
Conductas suicidas	Prevalencia de vida	1,7%	0,4	1,1 ; 2,6	1,49	21,6
	Prevalencia en el mes	0,3%	0,1	0,1 ; 0,8	1,35	48,3
	Prevalencia en el año	1,1%	0,3	0,7 ; 1,8	1,31	24,8

DATOS GENERALES ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Prevalencia de tendencias violentas	Prevalencia de vida	18,0%	1,4	15,4 ; 21,0	2,57	7,9
Potencialidad suicida	Prevalencia	0,4%	0,2	0,2 ; 0,9	1,07	36,1
Consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Prevalencia de vida	2,4%	0,6	1,5 ; 3,8	2,45	23,0
	Prevalencia en el mes	0,8%	0,3	0,4 ; 1,6	1,89	35,4
	Prevalencia en el año	1,4%	0,4	0,9 ; 2,3	1,64	24,7
Motivos que llevan la conducta suicida	Apariencia física	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	Padres	50,6%	9,2	33,1 ; 68,0	1,25	18,3
	Otros parientes	22,1%	8,4	9,8 ; 42,5	1,5	38,0
	Pareja	13,3%	7,1	4,4 ; 33,8	1,59	53,2
	Amigos	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	Estudios	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
	Problemas economicos	3,4%	2,1	1,0 ; 11,3	0,51	62,8
	Problemas con salud física	5,0%	4,2	0,9 ; 23,3	1,38	84,2
	Preocupaciones salud de un familiar	1,9%	1,9	0,3 ; 12,4	0,70	100
	Separación de pareja	2,5%	1,8	0,6 ; 10,1	0,50	72,1
	Separación de familiar	6,1%	3,9	1,7 ; 19,6	0,96	63,6
	Experiencia traumática	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Otros	7,8	6,0	1,6 ; 30,2	1,81	76,3
Que religión tienes	Católica	63,6%	1,7	60,1 ; 66,9	2,43	2,7
	Evangelica	21,8%	1,3	19,3 ; 24,6	1,96	6,1
	Testigo de Jehová	1,2%	0,3	0,8 ; 1,9	1,16	22,2
	Adventista	4,0%	0,8	2,7 ; 5,7	2,81	19,1
	Mormona	1,6%	0,4	1,0 ; 2,7	1,95	25,1
	Ninguna	6,5%	0,7	5,2 ; 8,0	1,55	11,0
	Otro	1,3%	0,3	0,8 ; 2,2	1,64	25,5
Religión católica vs. no católica	Católica	63,6%	1,7	60,1 ; 66,9	2,43	2,7
	No católica	36,4%	1,7	33,1 ; 39,9	2,43	4,8
Adolescentes con o sin religión	Sin religión	6,5%	0,7	5,2 ; 8,0	1,55	11,0
	Con religión	93,5%	0,7	92,0 ; 94,8	1,55	0,8
Tendencias religiosas	Dios es muy importante	91,7%	0,9	89,9 ; 93,3	1,84	0,9
	Asiste a Iglesia o templo	73,3%	1,6	70,0 ; 76,4	2,33	2,2
	Participa activamente en algun grupo religioso	28,7%	1,6	25,7 ; 31,9	2,13	5,5
	Lee escrituras religiosas	73,3%	1,8	69,7 ; 76,6	2,70	2,4
	Transmite religión a los hijos	31,6%	1,5	28,7 ; 34,6	1,81	4,8
	Transmite religión a otras personas	27,5%	1,5	24,6 ; 30,5	2,00	5,5
	Has cambiado de religión	6,8%	0,9	5,2 ; 8,7	2,09	12,9
	Creer que practicar una religión ayuda a solucionar los problemas	66,3%	1,4	63,5 ; 69,0	1,64	2,1
Alto nivel de estrés ambiental (ruido, ventilación, espacio, olores)	Prevalencia	56,5%	1,6	53,4 ; 59,6	1,93	2,8
Calidad de vida en población adolescente	Media aritmética	7,7%	0,0	7,6 ; 7,8	4,68	0,7

DATOS GENERALES ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Presencia actual de por lo menos alguna discapacidad o inhabilidad	Prevalencia actual	9,0%	1,1	6,9 ; 11,5	3,01	12,8
Prevalencia actual de TAG pura sin depresión	Prevalencia actual	5,0%	0,8	3,7 ; 6,9	2,60	16,2
Prevalencia actual de TAG pura sin depresión ajustada con d5dd y d5ee	Prevalencia actual	4,2%	0,8	2,9 ; 6,0	2,77	18,4
Prevalencia actual de TAG comorbido	Prevalencia actual	6,6%	0,9	5,0 ; 8,6	2,45	13,6
Prevalencia actual de fobia social	Prevalencia actual	1,2%	0,3	0,8 ; 2,0	1,34	24,1
Episodio depresivo	Prevalencia actual	4,7%	0,7	3,5 ; 6,3	2,05	14,9
Distimia	Prevalencia actual	0,7%	0,3	0,3 ; 1,7	2,62	43,8
Prevalencia actual de bulimia nerviosa	Prevalencia actual	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	0,52	71,0
Presencia de conductas bulímicas	Prevalencia actual	4,5%	0,9	3,1 ; 6,5	3,27	19,2
Prevalencia de la tendencia a problemas alimentarios	Prevalencia	5,1%	0,8	3,8 ; 6,8	2,22	14,8
Anorexia nervosa	Prevalencia actual	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	1,38	78,6
IMC inferior al umbral crítico para la talla y peso	Prevalencia	43,5%	1,7	40,0 ; 46,9	2,35	4,0
Prevalencia de vida con al menos 5 criterios de psicosis	Prevalencia de vida	0,3%	0,2	0,1 ; 1,1	2,39	64,5
Prevalencia de vida con al menos 4 criterios de psicosis	Prevalencia de vida	0,6%	0,2	0,3 ; 1,3	1,89	41,5
Edad de inicio de consumo de alcohol	Media Aritmética	12,4%	0,1	12,2 ; 12,7	2,03	0,9
Edad de inicio de consumo de alcohol por grupos etareos	1-2 años	0,4	0,2	0,1 ; 1,0	1,19	48,1
	4-7 años	7,3 %	1,2	5,3 ; 9,9	2,71	16,1
	8-12 años	37,6%	1,7	34,3 ; 41,0	1,65	4,5
	13-17 años	54,7%	1,7	51,3 ; 58,1	1,63	3,2
Prevalencia de vida de consumo de alcohol	Prevalencia de vida	68,1%	2,2	63,6 ; 72,3	4,19	3,2
Prevalencia en el mes de consumo de alcohol	Prevalencia al mes	16,0%	1,1	14,0 ; 18,2	1,60	6,7
Prevalencia de embriaguez en el último mes	Prevalencia al mes	1,5%	0,3	1,0 ; 2,2	1,06	19,3
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada al abuso de alcohol	Por lo menos 1 criterio	16,4%	1,3	13,9 ; 19,2	2,51	8,2
	Por lo menos 2 criterios	3,9%	0,5	3,0 ; 5,1	1,47	13,8
	Por lo menos 3 criterios	1,5%	0,3	1,0 ; 2,1	0,94	18,3
Prevalencia de vida de consumo de cualquier sustancia (incl. alcohol)	Prevalencia de vida	70,1%	2,2	65,6 ; 74,2	4,30	3,1
Prevalencia en el mes de consumo de cualquier sustancia (incl. alcohol)	Prevalencia al mes	20,0%	1,3	17,5 ; 22,7	2,06	6,6
Consumo de sustancias legales (incl. alcohol)	Prevalencia de vida	70,1%	2,2	65,6 ; 74,2	4,30	3,1
	Prevalencia en el mes	20,0%	1,3	17,5 ; 22,7	2,06	6,6
Consumo de sustancias ilegales	Prevalencia de vida	1,6%	0,4	1,1 ; 2,5	1,53	22,2
	Prevalencia en el mes	0,3%	0,2	0,1 ; 1,0	2,03	58,1
Edad de inicio de consumo de tabaco	Media aritmética	13,7%	0,1	13,5 ; 14,0	1,31	0,9
Consumo de tabaco	Prevalencia de vida	23,8%	1,3	21,3 ; 26,5	1,77	5,5
	Prevalencia en el mes	6,4%	0,8	5,0 ; 8,1	1,92	12,3
	Prevalencia ultima semana	3,5%	0,5	2,6 ; 4,7	1,66	15,6

DATOS GENERALES ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Consumo de pastillas para dolor de cabeza	Prevalencia de vida	2,4%	0,5	1,6 ; 3,6	2,06	21,2
	Prevalencia en el mes	0,9%	0,3	0,5 ; 1,6	1,51	29,4
	Prevalencia última semana	0,6%	0,2	0,3 ; 1,4	1,89	40,2
Consumo de marihuana	Prevalencia de vida	1,2%	0,3	0,7 ; 1,9	1,36	24,9
	Prevalencia en el mes	0,2%	0,1	0,1 ; 0,5	0,89	55,8
	Prevalencia última semana	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	0,98	84,5
Edad de inicio consumo de marihuana	Media aritmética	14,7%	0,3	14,1 ; 15,3	1,18	2,0
Consumo de clorhidrato de cocaína	Prevalencia de vida	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
Consumo de inhalantes	Prevalencia de vida	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
Consumo de hoja de coca	Prevalencia de vida	1,4%	0,3	0,9 ; 2,3	1,49	23,4
	Prevalencia último mes	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	0,71	74,3
	Prevalencia última semana	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
Prevalencia de embarazo adolescente	Prevalencia de vida	2,5%	0,4	1,8 ; 3,5	1,40	17,2
Prevalencia de aborto adolescente	Prevalencia de vida	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	1,72	53,9
Prevalencia de cualquier tipo de abuso (sexual, físico, o emocional del adolescente) en algún momento	Prevalencia de vida	72,9%	1,5	70,0 ; 75,7	2,03	2,0
Abuso de tipo sexual en el adolescente	Prevalencia de vida	3,8%	0,5	2,8 ; 5,0	1,53	14,5
Abuso físico en el adolescente	Prevalencia de vida	48,6%	1,9	44,9 ; 52,2	2,58	3,8
Abuso psicológico en el adolescente	Prevalencia de vida	59,5%	1,5	56,5 ; 62,4	1,74	2,5
Abandono del adolescente	Prevalencia de algún	11,1%	1,1	9,1 ; 13,4	2,29	9,9
Demanda sentida de problemas de salud mental (población con problemas de SM)	Prevalencia de vida	36,7%	2,1	32,7 ; 40,8	3,45	5,6
Demanda sentida expresada atendida en servicios de salud mental (en adolescentes)	Prevalencia de vida	12,9%	1,7	9,9 ; 16,6	1,95	13,3
Demanda sentida expresada en puestos o centros de salud (en adolescentes)	Proporción de la demanda sentida atendida	25,1%	5,0	16,6 ; 36,0	0,39	100
Demanda sentida expresada en posta o policlínico ESSALUD (en adolescentes)	Proporción de la demanda sentida atendida	0,3%	0,3	0,0 ; 2,3	0,39	100
Demanda sentida expresada en Hospital General MINSA (en adolescentes)	Proporción de la demanda sentida atendida	29,3%	5,4	20,0 ; 40,9	1,64	18,3
Motivos de no atención medica	No sabia donde ir	29,2%	2,8	23,9 ; 35,0	2,50	9,8
	No tenia dinero	30,6%	2,4	26,2 ; 35,5	1,67	7,7
	Tenia dinero pero preferia gastarlo en otra cosa	6,9%	1,4	4,6 ; 10,1	1,85	19,8
	No cubria seguro médico	4,0%	0,9	2,5 ; 6,3	1,46	23,5
	Largas listas de espera	9,8%	1,5	7,2 ; 13,3	1,70	15,6

DATOS GENERALES ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	No existía servicio de salud mental cercano	10,2%	1,9	7,1 ; 14,6	2,49	18,5
	Falta de confianza	31,8%	3,0	26,3 ; 37,9	2,57	9,3
	Duda de manejo por medicos	24,7%	3,1	19,1 ; 31,2	3,24	12,4
	No me beneficiaria	27,5%	2,6	22,7 ; 33,0	2,20	9,5
	Lo debia superar solo	68,3%	2,4	63,4 ; 72,9	1,73	3,5
	Preferia remedios caseros	10,2%	1,4	7,7 ; 13,4	1,46	14,2
	Por vergüenza	17,3%	2,1	13,6 ; 21,7	1,89	11,9
	Vecinos hablarían mal	10,4%	1,7	7,5 ; 14,1	1,88	16,0
	Por temor a ser visto como enfermo mental	10,7%	1,7	7,7 ; 14,7	2,04	16,3
	Padres no lo consideraban necesario	14,2%	1,8	11,0 ; 18,1	1,70	12,7
	Mala experiencia anterior	2,8%	0,8	1,5 ; 5,0	1,71	30,7
	Otro	18,4%	2,5	14,1 ; 23,8	2,55	13,3

DATOS GENERALES: ADULTO MAYOR

Edad	Media aritmética (DS)	70,2%	0,3	69,7; 70,8	1,56	0,4
Edad por grupos etáreos (15 años)	Viejo joven (60-74 años)	72,4%	1,6	69,1; 75,4	1,58	2,2
	Viejo viejo (75- 84 años)	22,4%	1,5	19,6; 25,5	1,58	6,7
	Muy viejo (>= 85)	5,3%	0,8	3,9; 7,1	1,63	15,5
Estado Civil	Conviviente	13,6	1,1	11,5; 16,0	1,35	8,4
	Separado	11,7	1,0	10,0; 13,8	1,09	8,2
	Divorciado	0,9	0,4	0,3; 2,3	2,51	47,9
	Viudo	29,1	1,4	26,4; 32,0	1,16	4,8
	Casado	42,2	1,6	39,1; 45,5	1,32	3,9
	Soltero	2,4	0,5	1,6; 3,5	1,18	19,9
Trabajó la semana anterior	Prevalencia	39,0%	1,8	35,6; 42,5	1,58	4,5
Está buscando trabajo	Prevalencia	2,3%	0,7	1,3; 4,1	1,5	29,3
Grado de estudios	Grado de analfabetismo	15,1%	1,4	12,6; 18,0	1,75	9,0
	Sin nivel	11,2%	1,1	9,2; 13,6	1,5	9,9
	Inicial / preescolar	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,65	60,1
	Primaria	62,4%	1,8	58,8; 65,9	1,67	2,9
	Secundaria	17,0%	1,5	14,3; 20,1	1,86	8,6
	Superior no universitario	6,0%	0,9	4,5; 8,0	1,65	14,6
	Superior universitario	2,9%	0,6	1,9; 4,3	1,52	20,5
Promedio de ingreso mensual personal	Postgrado	0,3%	0,2	0,1; 0,9	1,14	53,2
	< de 300	48,5%	2,5	43,5; 53,5	1,83	5,3
	301 a 600	26,7%	2,1	22,8; 30,9	1,52	7,7
	601a 1200	17,8%	1,8	14,5; 21,7	1,57	10,2
	> de 1200	7,1%	1,3	4,9; 10,2	1,88	18,7

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: trabajo	Nada o poco	56,0%	2,9	50,2; 61,6	1,68	5,2
	Regular	20,6%	2,1	16,8; 25,0	1,32	10,2
	Bastante o mucho	23,4%	2,5	18,8; 28,7	1,73	10,8
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: estudios	Nada o poco	44,9%	18,4	15,9; 77,8	1,13	40,9
	Regular	32,0%	18,6	8,0; 71,6	1,32	58,1
	Bastante o mucho	23,2%	15,1	5,4; 61,5	1,06	65,2

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: hijos y parientes	Nada o poco	56,3%	1,9	52,6; 60,0	1,75	3,4
	Regular	14,6%	1,3	12,3; 17,2	1,52	8,7
	Bastante o mucho	29,1%	1,9	25,6; 32,9	1,98	6,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: pareja	Nada o poco	68,0%	3,0	61,9; 73,5	2,41	4,3
	Regular	6,6%	1,0	4,9; 8,8	1,0	14,9
	Bastante o mucho	25,4%	2,8	20,3; 31,3	2,46	11,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: dinero	Nada o poco	42,7%	1,8	39,2; 46,3	1,61	4,3
	Regular	22,5%	1,5	19,6; 25,6	1,56	6,7
	Bastante o mucho	34,8%	1,6	31,8; 38,0	1,29	4,5
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: salud	Nada o poco	28,5%	1,8	25,1; 32,2	1,92	6,3
	Regular	19,1%	1,4	16,4; 22,0	1,55	7,4
	Bastante o mucho	52,4%	2,1	48,3; 56,6	2,15	4,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: asuntos con la ley	Nada o poco	86,8%	1,2	84,2; 89,1	1,57	1,4
	Regular	7,1%	1,0	5,4; 9,3	1,68	13,7
	Bastante o mucho	6,0%	0,8	4,6; 7,9	1,38	13,6
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: terrorismo	Nada o poco	51,3%	1,8	47,8; 54,9	1,58	3,5
	Regular	9,0%	0,9	7,4; 10,9	1,18	10,0
	Bastante o mucho	39,7%	1,9	36,0; 43,4	1,77	4,8
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: delincuencia	Nada o poco	32,5%	1,9	28,8; 36,4	2,03	5,9
	Regular	9,5%	1,0	7,6; 11,8	1,53	11,0
	Bastante o mucho	58,0%	2,1	53,8; 62,0	2,17	3,6
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: narcotráfico	Nada o poco	47,3%	2,0	43,4; 51,2	1,88	4,2
	Regular	8,3%	0,8	6,8; 10,1	1,08	10,0
	Bastante o mucho	44,4%	2,0	40,6; 48,4	1,92	4,5
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: otros problemas	Nada o poco	23,4%	5,9	13,9; 36,8	1,14	25,0
	Bastante o mucho	76,6%	5,9	63,2; 86,1	1,14	7,7
Prevalencia de sentimientos anímico: triste	Nunca	14,9%	1,4	12,4; 17,8	1,8	9,2
	Algunas veces u ocasionalmente	65,3%	1,8	61,6; 68,8	1,78	2,8
	Siempre o casi siempre	19,8%	1,4	17,2; 22,8	1,53	7,2
Prevalencia de sentimientos anímico: tenso	Nunca	27,6%	1,7	24,4; 31,2	1,76	6,2
	Algunas veces u ocasionalmente	60,2%	1,9	56,3; 63,9	1,82	3,2
	Siempre o casi siempre	12,2%	1,3	9,9; 14,9	1,74	10,3
Prevalencia de sentimientos anímico: angustiado	Nunca	35,4%	1,8	31,8; 39,1	1,77	5,2
	Algunas veces u ocasionalmente	53,7%	1,8	50,1; 57,2	1,55	3,4
	Siempre o casi siempre	11,0%	1,1	9,0; 13,2	1,38	9,7
Prevalencia de sentimientos anímico: irritable	Nunca	28,7%	1,8	25,3; 32,3	1,86	6,2
	Algunas veces u ocasionalmente	61,1%	1,9	57,4; 64,7	1,74	3,0
	Siempre o casi siempre	10,2%	1,0	8,3; 12,4	1,36	10,0
Prevalencia de sentimientos anímico: preocupado	Nunca	11,2%	1,1	9,2; 13,7	1,52	10,0
	Algunas veces u ocasionalmente	57,0%	1,8	53,4; 60,5	1,56	3,1
	Siempre o casi siempre	31,8%	1,7	28,5; 35,3	1,64	5,4
Prevalencia de sentimientos anímico: tranquilo	Nunca	0,8%	0,3	0,4; 1,5	1,14	34,9
	Algunas veces u ocasionalmente	25,4%	1,7	22,3; 28,8	1,74	6,5
	Siempre o casi siempre	73,8%	1,7	70,3; 77,0	1,83	2,3

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Prevalencia de sentimientos ánimico: alegre	Nunca	1,2%	0,4	0,7; 2,2	1,37	30,5
	Algunas veces u ocasionalmente	28,8%	1,6	25,9; 32,0	1,43	5,4
	Siempre o casi siempre	69,9%	1,6	66,7; 73,0	1,43	2,3
Prevalencia de sentimientos ánimico: aburrido	Nunca	38,4%	1,7	35,1; 41,9	1,48	4,5
	Algunas veces u ocasionalmente	53,2%	1,9	49,4; 56,8	1,69	3,5
	Siempre o casi siempre	8,4%	1,0	6,6; 10,7	1,66	12,3
Prevalencia de sentimientos ánimico: otro	Nunca	26,1%	10,8	10,5; 51,6	1,75	41,5
	Algunas veces u ocasionalmente	14,2%	6,4	5,6; 31,8	1,0	45,0
	Siempre o casi siempre	59,7%	11,6	36,5; 79,2	1,6	19,4
Grado de satisfacción personal global (escala de 5 a 20)	Media aritmética	16,63%	0,1	16,4; 16,87	2,53	0,7
Grado de satisfacción personal aspecto físico	Nada o poco	14,6%	1,5	12,0; 17,8	2,04	10,1
	Regular	26,1%	1,6	23,1; 29,3	1,49	6,0
	Bastante o mucho	59,3%	1,9	55,5; 63,0	1,8	3,2
Grado de satisfacción personal: inteligencia	Nada o poco	13,8%	1,4	11,3; 16,7	1,9	10,0
	Regular	26,2%	1,6	23,2; 29,5	1,57	6,1
	Bastante o mucho	60,0%	2,0	56,0; 63,9	2,0	3,3
Grado de satisfacción personal: color de piel	Nada o poco	8,6%	1,1	6,8; 11,0	1,71	12,4
	Regular	17,1%	1,4	14,6; 20,0	1,56	8,0
	Bastante o mucho	74,2%	1,8	70,6; 77,6	1,95	2,4
Grado de satisfacción personal: nivel económico	Nada o poco	35,2%	1,9	31,5; 39,0	1,9	5,4
	Regular	37,2%	1,8	33,7; 40,9	1,69	4,9
	Bastante o mucho	27,6%	1,6	24,7; 30,8	1,45	5,7
Grado de satisfacción personal: la profesión u oficio que estudió	Nada o poco	11,4%	2,4	7,4; 17,1	1,48	21,4
	Regular	13,5%	2,4	9,4; 19,0	1,26	17,9
	Bastante o mucho	75,1%	3,3	68,0; 81,0	1,47	4,4
Grado de satisfacción personal: relaciones sociales	Nada o poco	9,9%	1,2	7,8; 12,5	1,91	12,1
	Regular	23,3%	1,6	20,3; 26,7	1,77	7,0
	Bastante o mucho	66,8%	2,0	62,8; 70,5	2,07	3,0
Grado de satisfacción personal: nivel educativo alcanzado	Nada o poco	35,7%	1,9	32,0; 39,5	1,78	5,4
	Regular	27,1%	1,8	23,6; 30,9	1,87	6,8
	Bastante o mucho	37,2%	1,9	33,5; 41,1	1,74	5,2
Grado de satisfacción personal: religión	Nada o poco	4,4%	0,7	3,2; 6,1	1,44	16,3
	Regular	9,8%	1,1	7,9; 12,1	1,51	10,9
	Bastante o mucho	85,8%	1,3	83,0; 88,2	1,66	1,5
Grado de satisfacción personal: lugar de residencia	Nada o poco	7,5%	0,9	5,9; 9,5	1,48	12,3
	Regular	20,1%	1,7	17,1; 23,6	2,05	8,2
	Bastante o mucho	72,4%	1,9	68,5; 76,0	2,18	2,6
Grado de satisfacción laboral global (escala de 5 a 20)	Media aritmética	16,7%	0,2	16,4; 17,0	1,56	1,0
Grado de satisfacción laboral: con las actividades o funciones que realiza	Nada o poco	9,8%	1,7	7,0; 13,6	1,49	16,9
	Regular	26,0%	2,6	21,2; 31,5	1,7	10,1
	Bastante o mucho	64,1%	2,9	58,3; 69,5	1,69	4,4
Grado de satisfacción laboral: con el ambiente físico donde labora	Nada o poco	8,9%	1,6	6,2; 12,5	1,46	17,8
	Regular	24,9%	2,4	20,5; 29,9	1,46	9,7
	Bastante o mucho	66,2%	2,7	60,7; 71,4	1,57	4,1
Grado de satisfacción laboral: con sus compañeros de trabajo	Nada o poco	7,6%	2,1	4,3; 13,0	1,29	27,9
	Regular	15,8%	2,8	11,0; 22,2	1,22	18,0
	Bastante o mucho	76,6%	3,5	69,1; 82,7	1,34	4,5

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Grado de satisfacción laboral: con la carga de trabajo que desarrolla diariamente	Nada o poco	15,1%	1,9	11,7; 19,3	1,37	12,7
	Regular	29,7%	2,5	25,0; 34,9	1,44	8,5
	Bastante o mucho	55,1%	3,0	49,1; 61,0	1,75	5,5
Grado de satisfacción laboral: con el reconocimiento que percibe	Nada o poco	11,0%	3,2	6,1; 18,9	1,13	28,8
	Regular	29,0%	5,9	18,8; 41,9	1,89	20,5
	Bastante o mucho	60,1%	6,0	47,9; 71,1	1,64	10,0
Grado de satisfacción laboral: con la remuneración que recibe	Nada o poco	41,1%	2,9	35,6; 46,8	1,56	6,9
	Regular	33,0%	2,4	28,4; 37,9	1,23	7,3
	Bastante o mucho	25,9%	2,4	21,5; 30,8	1,36	9,1
Deseos de morir	Prevalencia de vida	24,3%	1,4	21,6; 27,3	1,36	5,9
	Prevalencia en el mes	6,3%	0,8	4,9; 8,1	1,34	12,8
	Prevalencia en el año	11,3%	0,9	9,6; 13,3	1,09	8,4
Consideraciones o pensamientos de índole suicida	Prevalencia de vida	6,1%	0,7	4,7; 7,7	1,18	12,3
	Prevalencia en el mes	1,3%	0,4	0,7; 2,3	1,39	29,5
	Prevalencia en el año	2,2%	0,5	1,4; 3,3	1,22	21,5
Planes de índole suicida	Prevalencia de vida	1,7%	0,5	1,0; 2,9	1,44	25,9
	Prevalencia en el mes	0,4%	0,2	0,1; 1,2	1,52	56,7
	Prevalencia en el año	0,6%	0,3	0,3; 1,4	1,28	41,6
Conductas suicidas	Prevalencia de vida	0,5%	0,2	0,2; 1,1	1,19	46,4
Tendencias religiosas	Dios muy importante	93,3%	0,9	91,3; 94,9	1,57	1,0
	Participa activamente	28,5%	1,6	25,3; 31,8	1,57	5,8
	Lee escrituras religiosas	58,0%	2,0	54,0; 61,9	1,93	3,4
	Transmite religión a hijos	61,7%	1,9	57,8; 65,4	1,88	3,1
	Asiste a iglesia o templo	82,7%	1,3	79,9; 85,1	1,41	1,6
	Predica o enseña la religión a otros	41,6%	2,1	37,5; 45,9	2,22	5,1
	Religión ayuda a solucionar problemas	73,8%	1,7	70,2; 77,1	1,89	2,4
Cohesión familiar (escala de 5 a 20)	Media aritmética	18,0%	0,1	17,8; 18,2	1,89	0,6
Calidad de vida de la población adulta mayor (escala de 1 a 10)	Media aritmética	7,4%	0,1	7,3; 7,5	2,39	0,7
Nivel general de discapacidad de la población adulta mayor (escala de 5 a 20)	Media aritmética	6,1%	0,1	5,9; 6,3	1,58	1,5
Alguna discapacidad funcional o inhabilidad presente en la población adulta mayor	Prevalencia de vida	28,5%	1,7	25,3; 32,0	1,75	6,0
Presencia de alguna discapacidad física según informante	Prevalencia de vida	26,9%	1,7	23,7; 30,3	1,7	6,2
Trastorno de ansiedad generalizada (sin depresión)	Prevalencia de vida	9,8%	1,1	7,9; 12,1	1,56	10,9
	Prevalencia anual	2,1%	0,5	1,3; 3,2	1,24	22,1
	Prevalencia a 6 meses	2,1%	0,5	1,3; 3,3	1,42	23,4
	Prevalencia actual	2,2%	0,5	1,4; 3,4	1,4	23,0
Abuso/dependencia de alcohol	Prevalencia anual	2,4%	0,5	1,6; 3,7	1,4	21,6
Episodio depresivo	Prevalencia de vida	27,2%	1,9	23,6; 31,1	2,22	7,0
	Prevalencia anual	6,7%	0,8	5,2; 8,5	1,41	12,7
	Prevalencia a 6 meses	4,8%	0,7	3,5; 6,4	1,42	15,3
	Prevalencia actual	2,4%	0,6	1,5; 3,8	1,61	23,1
Demanda sentida de problemas de salud mental (auto-percepción)	Prevalencia a 6 meses	12,8%	1,2	10,6; 15,2	1,46	9,1

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Demanda sentida expresada (atendida en servicios de salud mental)	Prevalencia a 6 meses	15,4%	3,3	10,0; 23,1	1,3	21,5
Proporción de la demanda sentida atendida en posta o policlínico de ESSALUD	Prevalencia	11,3%	6,5	3,5; 31,3	1,12	57,3
Proporción de la demanda sentida atendida en instituto u hospital especializado	Prevalencia	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
Proporción de la demanda sentida atendida en hospital general del MINSA	Prevalencia	39,6%	11,5	20,3; 62,8	1,48	29,1
Proporción de la demanda sentida atendida en centro de salud	Prevalencia	9,7%	5,5	3,0; 27,0	0,93	57,0
Proporción de la demanda sentida atendida en hospital general de ESSALUD	Prevalencia	16,3%	7,0	6,6; 34,8	1,0	43,0
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital de la FFAA y Policía Nacional	Prevalencia	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
Proporción de la demanda sentida atendida en consultorio médico particular	Prevalencia	12,5%	5,8	4,8; 28,9	0,82	46,3
Proporción de la demanda sentida atendida en clínica particular	Prevalencia	7,4%	5,2	1,7; 26,2	1,06	70,6
Otro	Prevalencia	3,3%	3,2	0,5; 19,4	0,84	96,1
Problemas físicos o accidente	Prevalencia a 6 meses	52,5%	2,1	48,2; 56,5	2,16	4,0
Cualquier tipo de maltrato o violencia	Prevalencia anual	8,8%	1,1	6,9; 11,1	1,69	12,1
Prevalencia de maltrato: intentos o de actos sexuales inapropiados	Prevalencia anual	0,2%	0,2	0,0; 1,0	1,59	78,5
Prevalencia de maltrato: golpes, puñetes o empujones	Prevalencia anual	1,4%	0,4	0,8; 2,3	1,18	26,2
Prevalencia de maltrato: insultos, agresiones verbales u ofensas	Prevalencia anual	6,1%	0,9	4,6; 8,1	1,59	14,3
Prevalencia de maltrato: chantajes manipulaciones o humillaciones	Prevalencia anual	1,2%	0,3	0,7; 2,0	1,0	25,7
Prevalencia de maltrato: situación de abandono	Prevalencia anual	2,9%	0,7	1,8; 4,6	2,13	24,6
Recibió algún tipo de ayuda como consecuencia de estas situaciones	Prevalencia anual	9,2%	3,6	4,1; 19,0	1,01	39,1
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO						
Funcionamiento cognoscitivo global (MMSE) (0-30 puntos)	Media aritmética	22,9%	0,2	22,5; 23,4	1,85	1,0
Funcionamiento cognoscitivo global (MMSE) en grupo de 8 o más años de instrucción (con disyuntiva entre 12 y 13)	Media aritmética	25,7%	0,3	25,0; 26,3	1,9	1,3

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
Funcionamiento cognoscitivo global (MMSE) en grupo de menos de 8 años de instrucción (12 ó 13, 18 ó 19, 22aa o 22bb)	Media aritmética	21,8%	0,3	21,2; 22,3	1,8	1,2
Funcionamiento cognoscitivo (MMSE) indicativo de deterioro (<= 22)	Prevalencia total	38,8%	1,9	35,1; 42,7	1,57	4,9
Funcionamiento cognoscitivo (MMSE) indicativo de deterioro grupos (<= 22) para de 8 o más años de instrucción	Prevalencia	16,1%	2,7	11,4; 22,1	1,58	16,7
Funcionamiento cognoscitivo (MMSE) indicativo de deterioro (<= 22) para grupos de menos de 8 años de instrucción	Prevalencia	48,7%	2,3	44,2; 53,3	1,52	4,7
Actividades instrumentales indicativas de deterioro	Prevalencia total	27,7%	2,0	23,9; 31,9	2,25	7,4
Funcionamiento sospechoso de demencia (MMSE<=21 y Pfeffer>=6)	Prevalencia total	14,0%	1,5	11,3; 17,3	1,72	10,8
Funcionamiento sospechoso de demencia (MMSE<=21 y Pfeffer>=6) para grupos de 8 o más años de instrucción	Prevalencia	5,3%	1,9	2,6; 10,5	1,81	35,2
Funcionamiento sospechoso de demencia (MMSE<=21 y Pfeffer>=6 para grupo de menos de 8 años de instrucción	Prevalencia	17,7%	2,1	14,0; 22,1	1,85	11,6

BIBLIOGRAFÍA





BIBLIOGRAFÍA

- 1 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida en los departamentos del Perú 2001. Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) – IV Trimestre. Lima: INEI; 2002.
- 2 Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; XVIII (1-2): 1-197.
- 3 Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2004; XIX (1-2).
- 4 World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO, 2001.
- 5 Murray CJ, López AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors. Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1436-1442.
- 6 Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1498-1504.
- 7 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.
- 8 Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité. Montreal: Gaëtan Morin Editeur, 1994: 93-98.
- 9 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.
- 10 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.
- 11 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.
- 12 Corin E, Bibeau G, Matin J-C, Lapaplane R. Comprendre pour soigner autrement. Canada: Les presses de l'Université de Montréal de Montréal, 1990.
- 13 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.
- 14 Perales A. Salud mental en el Perú variables socioeconómicas, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental*. 1993; IX: 83-107.
- 15 Organización Panamericana de La Salud. Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las Políticas públicas Saludables. Washington DC: OPS, 2000.
- 16 Breilh J. Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, 2003.
- 17 Moya J. Las otras muertes: 20 años de violencia en los andes del Perú. Lima: IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES), 2004.
- 18 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.
- 19 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.
- 20 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2000.
- 21 Güzemes A, Palomino N, Ramos M. Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Organización Mundial de la Salud. Lima: UPCH; 2002.
- 22 Johnson E, Belfer M. Substance abuse and violence: cause and consequence. *J Health Care Poor Underserved* 1995;6(2):113-21.
- 23 Johns A. Substance misuse: a primary risk and a major problem of comorbidity. *International Review of Psychiatry* 1997; 9 (2-3):233-242.
- 24 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.
- 25 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington DC: American Psychiatric Press, 1980.
- 26 Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. *Anales de Salud Mental* 1990; VI: 9-20.
- 27 Perales A, Sogi C. Epidemiología psiquiátrica en el Perú. *Anales de Salud Mental* 1995; XI: 9-29.
- 28 Colareta JR. Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural. Tesis para optar el título de médico cirujana. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993.

- 29 World Health Organization. International Clasification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva, 1992.
- 30 Contradrogas. Encuesta Nacional sobre prevención y uso de drogas. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina de Asuntos Antinarcóticos de la Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica, 1999.
- 31 Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA. II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Lima, 2003.
- 32 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Proyecciones del Censo de Población 1993. Lima, 1995.
- 33 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.
- 34 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.
- 35 Gómez-Vela M, Sabeh 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
- 36 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.
- 37 Bland-RC: Psychiatry and the burden of mental illness. *Can-J-Psychiatry*. 1998 Oct; 43(8): 801-10.
- 38 WPA/PTD; OPS, APAL: Programa Educativo de la WPA/PTD sobre trastornos depresivos. Visión de conjunto y aspectos fundamentales. Versión en español.
- 39 Jablensky A, Schwartz R, Tomov T: WHO collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 62 (suppl 285): 152-159, 1980, in Sartorius N, Girolamo G, Andrews G, Allen German G, Eisenberg L, : Treatment of Mental Disorders: A Review of Effectiveness. Published on behalf of The World Health Organization by American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC. - London, England, 1993.
- 40 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2004; XX (1-2)
- 41 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Huaraz 2003. Informe General. En serie: Monografías de Investigación No 9. Lima: INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"; 2005 en imprenta.
- 42 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Cajamarca 2003. Informe General. En serie: Monografías de Investigación No 10. Lima: INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"; 2005 en imprenta.
- 43 Huamán J. Programa de rehabilitación integral en salud mental: sub-programa de rehabilitación psicosocial. *Anales de Salud Mental* 1996; XII: 271-284.
- 44 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.
- 45 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.
- 46 U.S. Department of Health and Human Services. The fundamentals of mental health and mental illness. En: Mental health: a report of the surgeon general-executive summary. Rockville, 1999.
- 47 Instituto Nacional de Estadística e Informática. 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>.
- 48 Herrera J. La pobreza en el Perú 2001. Una visión departamental. Lima: INEI; 2002.
- 49 Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178:228-233.
- 50 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.
- 51 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.
- 52 Shahar 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.
- 53 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.

- 54 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.
- 55 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.
- 56 Bernal E. Estudio psicopatológico en brujos del pueblo de Salas (Lambayeque). *Anales de Salud Mental* 1985; 1(1-2): 162-179.
- 57 Medina E. La medicina tradicional o popular. *Revista de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Doctor José Horwiitz Barak* 1984; 1: 155-156.
- 58 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.
- 59 Caycho A. Estudio sobre el curanderismo y los curanderos en el Perú. En: Seguí CA, Ríos R. (Ed). Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Lima: Editorial Talleres Gráficos Villanueva SA, 1969: 55-56.
- 60 Tejada D, Sánchez F, Mella C. Religiosidad popular y psiquiatría. Santo Domingo: Editora Corripio, 1995.
- 61 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.
- 62 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.
- 63 Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethn Health* 2000; 5(3-4): 243-268.
- 64 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.
- 65 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.
- 66 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.
- 67 Pinfold V; Huxley P; Thornicroft G; Farmer P; Toulmin H; Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination Evaluating an educational intervention with the police force in England [In Process Citation]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003 Jun;38(6):337-44
- 68 Lopez-Ibor Alino JJ. [Fight against schizophrenia stigma] [La lucha contra el estigma de la esquizofrenia.] *An R Acad Nac Med (Madr)* 2001;118(2):295-316; discussion 317 (ISSN: 0034-0634)
- 69 Ostman M; Kjellin L. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2002 Dec;181:494-8 (ISSN: 0007-1250)
- 70 Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy stigma—a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003 Oct;38(10):593-602.
- 71 Jorge M Tamayo, 2001. ¿Qué es el Estigma?. Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - Versión en HTML. <http://usuarios.lycos.es/igonzal/estigma..>
- 72 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.
- 73 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.
- 74 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.
- 75 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.
- 76 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.
- 77 Lama A. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL. Lima: INEI; 2000.. Available at: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.HTM>). Acceso el 12 de septiembre del 2005
- 78 Garner D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34

ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
VOLUMEN XXI-2005-NÚMEROS 1 y 2