

# ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO AL:

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO  
DE SALUD MENTAL  
COMPARATIVO CIUDAD  
DE ABANCAY 2010-2016**

**INFORME GENERAL**

VOLUMEN XXXV

AÑO 2019

NÚMERO 2

ISSN-1023-389X

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

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

Se recomienda citar este documento como:  
Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental comparativo ciudad de Abancay 2010-2016*. Informe General del Adulto. Anales de Salud Mental, Volumen XXXV, Año 2019. Número 2.

**Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 96-1524**

**ISSN -1023-389X**

# ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú 2019 – Volumen XXXV. Número 2

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

## **COMITÉ EDITORIAL**

### **EDITOR EN JEFE**

Horacio Benjamín Vargas Murga

### **EDITOR ASOCIADO**

Javier E. Saavedra Castillo

### **SECRETARIA DE EDICIÓN**

Flor Alburquerque Jaramillo

### **SECRETARIO DE REDACCIÓN**

Santiago Stucchi Portocarrero

### **MIEMBROS**

Manuel Arellano Kanashiro  
Vilma Chuchón Calle  
Yuri Cutipé Cárdenas  
Santos González Farfán  
María Mendoza Vilca  
Rolando Pomalima Rodríguez  
Yolanda Robles Arana  
J. César Sotillo Zevallos  
Emir Valencia Romero

## COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

Delicia Ferrando  
Pablo Macera  
Agustín Montoya  
María Antonieta Silva  
Moisés Lemlij  
Wilfredo Mormontoy

## COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Renato Alarcón (Minnesota, EE.UU.)  
Juan E. Mezzich (Nueva York, EE.UU.)  
Germán Berrios (Cambridge, Inglaterra)  
Juan C. Negrete (Montreal, Canadá)  
Eugene B. Brody (Maryland, EE.UU.)  
Pierre Pichot (París, Francia)  
Raquel Cohen (Miami, EE.UU.)  
Moisés Gaviria (Chicago, EE.UU.)

## AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

MARÍA ELIZABETH JACQUELINE HINOSTROZA PEREYRA  
Ministra de Salud

GUSTAVO MARTÍN ROSELL DE ALMEIDA  
Viceministro de Salud Pública

ÓSCAR ALFREDO BROGGI ANGULO  
Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

## DIRECTORIO DEL INSM

HORACIO BENJAMIN VARGAS MURGA  
Director General del INSM

CARLOS HUMBERTO CÉSPEDES CORONADO  
Director Adjunto del INSM

MABEL PISCO ESPINOZA  
Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de  
Administración del INSM

JULIO FRANCISCO RÍOS PEÑA  
Director Ejecutivo de la Oficina de  
Planeamiento Estratégico del INSM

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

CIRILO ALEJANDRO ROJAS OCHOA  
Jefe de la Oficina de Epidemiología

Tuvieron participación en la elaboración de este informe: Javier E. Saavedra, Yolanda Robles, Vilma Paz, Ybeth Luna, July Caballero, Julio Huamán.

Se agradece la colaboración mecanográfica, edición y diagramación de Milagros Ramírez, Flor Ortiz, Shella Pérez, Liliana La Rosa y Guillermo Gonzales.

# INVESTIGADORES DEL ESTUDIO RELACIONADOS CON EL PRESENTE INFORME

## AUTOR PRINCIPAL

Javier E. Saavedra Castillo

## COAUTORES

Vilma Paz Schaeffer  
Yolanda Robles Arana  
Ybeth Luna Solis  
July Caballero  
Julio Huamán Pineda

## EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA ENCUESTA

### CONSULTOR DEL ESTUDIO - DISEÑO DE LA MUESTRA

Alberto Padilla Trejo

### CONSULTOR DE PROCESOS INFORMÁTICOS - CONTROL DE CALIDAD

Nora Huerta Villanueva

### INGRESO DE DATOS

Milagros Ramírez Figueroa

Flor Ortiz Sánchez

Shella Pérez Dávila

Liliana La Rosa Rosado

Guillermo Gonzales Lozano

### JEFE DE OPERACION DE CAMPO

Herón Salazar Olivares

### COORDINADOR DE CAMPO

Liz Valentin Robles

### SUPERVISORES DE CAMPO

Martin Ballona López

Jimy García Mendoza

Nancy Espinoza Salcedo

### ENCUESTADORES

Jessica Alcántara López  
María Del Carmen Huanca Salcedo  
Ana María Romero Rojas  
Nayrovi Vásquez Coronado  
Jeannette Mendoza Espinoza  
Narda Margot Loayza Morocco

Yessenia Cartolin Sosaya  
Cinthya Mendieta Valverde  
Maritza Sulcahuaman Valenza  
Guísela Arias Rodríguez  
Marilyn Anampa Contreras  
Miriam Peña Solís

# PRESENTACIÓN

Los problemas de salud mental representan un reto para la salud pública y más aún para países en desarrollo como el nuestro y en regiones expuestas a cambios socioambientales y económicos. El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM) ha venido desarrollando investigaciones epidemiológicas en todo el país con el objetivo de realizar el diagnóstico de la salud mental en regiones donde no existían referentes estadísticos. Los estudios realizados por el INSM consideran cuatro grupos objetivo en cada vivienda: adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres unidas. Estos estudios han sido realizados prácticamente en todo el país tanto en el área urbana de la costa, la sierra y la selva, así como áreas rurales de estas regiones. Esto ha representado en los últimos 15 años más de 87,000 entrevistas entre todas las unidades de análisis. El contraste entre áreas urbanas y área rurales, prototipos de diferentes niveles de desarrollo, ha permitido identificar un espectro amplio de aspectos en salud mental y su relación con las diferencias culturales, la exposición a la pobreza y a condiciones climáticas adversas.

La alta brecha de atención de los problemas de salud mental ha obligado en los últimos años a que se implementen estrategias para mejorar la atención de estos problemas en el país, y esto ha incluido la dación de normas que involucran a todo el sistema de salud.

La presente investigación ha tenido como objetivo brindar los resultados comparativos de la ciudad de Abancay realizados en el 2010 y 2016 en la cual se recabó información con una muestra de 1914 hogares.

Esperamos que este nuevo aporte al conocimiento de los problemas de salud mental en el país contribuya eventualmente a la mejoría de la calidad de vida de la población nacional y de la ciudad de Abancay.

**Psic. Horacio Benjamín Vargas Murga**  
Director General del Instituto Nacional de Salud Mental  
“Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”



# ÍNDICE GENERAL

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD .....	5
DIRECTORIO DEL INSM .....	5
INVESTIGADORES DEL ESTUDIO RELACIONADOS CON EL PRESENTE INFORME .....	7
EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA ENCUESTA .....	8
PRESENTACIÓN .....	9
ÍNDICE GENERAL .....	11
CIUDAD DE ABANCAY .....	13
RESUMEN DEL INFORME GENERAL DEL ADULTO .....	15
INFORME GENERAL .....	17

## **I. INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES** **19**

<b>1. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>21</b>
<b>2. FUNDAMENTACIONES: ÁREAS DE ESTUDIO .....</b>	<b>22</b>
2.1. ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL .....	23
2.2. VIOLENCIA FAMILIAR .....	24
2.3. LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y OTROS TRASTORNOS .....	26
2.4. ADICCIONES .....	27
2.5. EL ADULTO MAYOR .....	28
2.6. INDICADORES SUICIDAS .....	30
2.7. TRASTORNO HIPERQUINÉTICO CON DÉFICIT DE ATENCIÓN EN EL ADULTO .....	30
2.8. TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD .....	31
2.9. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL .....	31
2.10. POBREZA Y SALUD MENTAL .....	32
2.11. EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL .....	34
2.12. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL .....	34
2.13. DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL .....	35
2.14. ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES .....	36
2.15. DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL .....	37
2.16. SALUD MENTAL POSITIVA .....	38
2.17. PROBLEMAS DEL SUEÑO .....	38
2.18. ACOSO ESCOLAR .....	39
2.19. VIOLENCIA POLÍTICA .....	40
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>40</b>
<b>4. METODOLOGÍA .....</b>	<b>42</b>
4.1. TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO .....	42
4.2. DISEÑO MUESTRAL .....	42
4.2.1. LAS POBLACIONES OBJETIVO .....	42
4.2.2. NIVELES DE INFERENCIA .....	42
4.2.3. MARCO MUESTRAL Y UNIDADES DE MUESTREO .....	42
4.2.4. ESTRATIFICACIÓN Y NIVELES DE INFERENCIA .....	42
4.2.5. TIPO DE MUESTRA .....	42
4.2.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	43
4.2.7. UNIDADES DE ANÁLISIS .....	44
4.2.8. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA .....	44
4.2.9. SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	44
4.2.10. PROBABILIDADES DE SELECCIÓN, FACTORES DE EXPANSIÓN Y PONDERACIONES .....	45
4.2.11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS QUE RESPONDIERON A LA ENCUESTA .....	45
<b>5. DEFINICIÓN DE VARIABLES .....</b>	<b>46</b>
5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS .....	46
5.2. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL .....	47
5.3. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO .....	49
5.4. FUNCIONAMIENTO, DISCAPACIDAD E INHABILIDAD .....	50

5.5. MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS .....	50
5.6. RELACIONES INTRAFAMILIARES .....	51
5.7. FUNCIONES COGNOSCITIVAS.....	51
5.8. SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL.....	52
<b>6. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO .....</b>	<b>52</b>
6.1. DISEÑO DE LA ENCUESTA Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL.....	57
6.1.1. TIPO DE ENCUESTA.....	57
6.1.2. COBERTURA DE LA ENCUESTA.....	57
6.2. MÉTODO DE LA ENTREVISTA .....	59
6.3. PERIODOS DE REFERENCIA.....	59
6.4. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.....	62
6.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	62
6.6. CUESTIONARIOS A UTILIZARSE EN LA ENCUESTA (ANEXO I):.....	63
<b>7. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO .....</b>	<b>67</b>
<b>8. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO .....</b>	<b>68</b>
<b>9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....</b>	<b>68</b>
<b>II. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA POBLACIÓN ADULTA EN ABANCAY 2010 - 2016</b>	<b>69</b>
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS</b>	<b>71</b>
EDAD .....	71
ESCOLARIDAD .....	72
ESTADO CIVIL.....	73
SITUACIÓN LABORAL .....	73
INGRESOS ECONÓMICOS .....	74
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO .....</b>	<b>75</b>
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL .....	77
ASPECTOS DE SALUD MENTAL POSITIVA .....	80
AUTOESTIMA.....	80
SATISFACCIÓN CON LA VIDA .....	81
AUTOEFICACIA .....	81
RESILIENCIA.....	82
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	82
SATISFACCIÓN LABORAL .....	83
CALIDAD DE SUEÑO.....	84
DISCAPACIDAD E INHABILIDAD .....	86
INDICADORES SUICIDAS.....	87
TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA .....	89
TRASTORNOS CLÍNICOS .....	90
ACCESO A SERVICIOS .....	93
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL.....	97
<b>III. HALLAZGOS GENERALES DEL ESTUDIO EN ABANCAY</b>	<b>99</b>
DISCUSIÓN.....	101
CONCLUSIONES .....	104
RECOMENDACIONES .....	105
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>109</b>

## CIUDAD DE ABANCAY

La ciudad de Abancay está ubicada en el sur de los andes peruanos, entre las cordilleras oriental y occidental, a una altura de 2,377 msnm a orillas del río Mariño, afluente del río Pachachaca. Debido a sus montañas secas y su clima cálido todo el año es conocido como “El valle de la eterna primavera”. Abancay está ubicada en la intersección de dos importantes carreteras peruanas: la Carretera de los Caminos del Inca, un antiguo camino inca entre las ciudades de Nazca y Cusco, y la Vía de los Libertadores, que conecta la ciudad costera de Pisco con Ayacucho y Cusco.

La ciudad abarca los distritos de Abancay y Tamburco. La ciudad tiene una población de 72 277 habitantes según los datos del Censo Nacional 2017.

La ciudad fue fundada el 3 de noviembre 1574. Fue parte del departamento del Cusco hasta la creación del Departamento de Apurímac, convirtiéndose en la capital del departamento el 28 de abril de 1873.

Abancay es el centro industrial y comercial de Apurímac. Debido a su carácter de capital de la región y sede de varias universidades e instituciones de educación superior, el sector de los servicios está muy desarrollado. El azúcar se muele, junto con el ron y otros licores de destilación. Hay minas de cobre en la zona, y también son conocidos por su sericultura.

El valle del río Pachachaca tiene un microclima muy especial para la producción de variedades selectas de frutales de hueso (duraznos, nectarines, damascos, ciruelas europeas y asiáticas) además de peras, manzanas, cerezas y del nogal europeo (*Juglans regia*) entre los 2700 a 3400 de altitud. Además de frutales como las uvas Riesling, higos, granadas, olivos, damascos y pecanas desde los 2300 a 2700 de altitud.

Los alrededores de la ciudad tienen algunos asombrosamente bellos paisajes, como el Santuario Nacional de Ampay, un santuario de vida silvestre, y una frontera entre los Andes y el bosque nublado de la Cuenca Amazónica, que se encuentra al norte de la ciudad donde la montaña llamada Apu Ampay (el Señor de Ampay, en la cosmología indígena) también se encuentra. Apu Ampay alcanza alturas de aproximadamente 5300 metros sobre el nivel del mar. También hay pinturas rupestres, sitios de choque de meteoritos, lagunas, cascadas, fauna, orquídeas, y el famoso árbol Intimpa (una conífera tropical único conservado por una ventaja de esfuerzo por el Fondo Mundial para la Naturaleza), constituyen algunas de las atracciones que amantes de la naturaleza encontrarán.

El río Pachachaca es famoso por su puente colonial y sus rápidos, donde el canotaje y kayak puede ser practicado. Es uno de los mejores y más largas locaciones peruanas. El valle es un importante productor de azúcar, y el brandy durante la época colonial y republicana, es ahora uno de los principales atractivos de la ciudad.

El sitio arqueológico de Saywite, un famoso templo y centro de adoración que data de tiempos de los incas, se encuentra a pocos kilómetros de la ciudad. Ahí está el famosa piedra de Saywite. La piedra es un monolito con forma esférica o menos que tiene una representación del mundo Inca. Se sugiere que los incas tenían una comprensión mucho mejor de la astronomía, que los europeos dieron el crédito correspondiente. Hay servicio de taxi desde la ciudad.

Las aguas termales de Konoc (Cconocc, en quechua) es un complejo situado a pocos kilómetros de Saywite y es uno de los mejores lugares en Perú para disfrutar de los baños termales de aguas volcánicas. Se afirma que los baños regulares en las aguas pueden curar la artritis, el asma y la psoriasis.

Abancay es la puerta de entrada a la ciudad inca de Choquequirao, al lado del río Apurímac, que se considera tan importante como Machu Picchu. Existe evidencia de que las dimensiones reales de la ciudad son mucho mayores que lo que se ha descubierto, excavado y estudiado hasta ahora.

El carnaval es la principal celebración de la ciudad festival. Es famoso por ser uno de los mejores festivales etnomusical peruanos. Se lleva a cabo desde la última semana de febrero hasta la última

semana de marzo. El concurso de comparsas y juegos yunsa, con gente vestida con trajes tradicionales locales que llena las calles de la ciudad. Cada grupo social, a partir de los vendedores del mercado, estudiantes, funcionarios públicos, maestros, etc., participa en los juegos, que también cuentan con el apoyo del gobierno local y regional debido a su relevancia cultural.

Las principales instituciones de salud son el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, el Hospital Essalud y el Centro Médico Santa Teresa del Obispado de Abancay en el distrito de curahuasi.

La atención de salud en la ciudad de Abancay, al igual que muchas ciudades del Perú, es limitada por la carencia de especialistas médicos y la falta de equipamiento médico de alta tecnología. No hay atención permanente en los servicios de neurología, nefrología, psiquiatría, geriatría, neumología. No existen aparatos de resonancia magnética, pero si ya se cuenta con un moderno tomógrafo en el hospital de seguro y otro en la ciudad de Curahuasi. Muchos análisis microbiológicos deben hacerse en enlace con otros lugares.



# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL COMPARATIVO CIUDAD DE ABANCAY 2010 - 2016

## RESUMEN DEL INFORME GENERAL DEL ADULTO

### ANALES DE SALUD MENTAL, 2019; XXXV NÚMERO 2

Javier E. Saavedra, Yolanda Robles, Vilma Paz, Ybeth Luna, July Caballero, Julio Huamán

#### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los problemas de salud mental representan un reto para los estados en especial por su vinculación con problemas económicos, como la pobreza, y psicosociales, como la violencia en todas sus expresiones. Hace 12 años el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) realizó los primeros estudios de salud mental en la sierra peruana identificando serios problemas de salud mental, en particular en la ciudad de Ayacucho. Este estudio ha sido dirigido a estimar la situación actual de la salud mental en ciudades de la sierra peruana, empezando con la ciudad de Abancay. Como en todos los estudios realizados por el INSM, el enfoque de estudio ha sido integral considerando no solo los trastornos psiquiátricos sino otros problemas de la salud mental, así como la salud positiva y la salud física. La sierra peruana continúa siendo una región de preocupación debido a que los indicadores socioeconómicos no han mostrado similares progresos con relación a las ciudades de la costa y Lima Metropolitana. El anterior estudio epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay se realizó en el Año 2010, con la misma metodología que el actual, fue concebido como línea base antes de iniciar el proyecto piloto de mejoramiento de las redes de atención en salud mental que en el INSM emprendió el 2010 en Apurímac, con la intención de mejorar la salud mental en la región. El presente estudio tiene por objetivo reportar los hallazgos de la situación de la salud mental en la población adulta de la ciudad de Abancay y comparar los hallazgos entre el 2010 y el 2016, lo que permitirá observar las tendencias actuales y facilitará la proyección de necesidades en los próximos años y estimar el impacto del Proyecto Piloto de mejoramiento de la atención en la Región Apurímac mencionado líneas arriba.

**OBJETIVOS:** Identificar la prevalencia de los principales aspectos de la salud mental en la población adulta de la ciudad de Abancay, en su vertiente tanto negativa como positiva, sus asociaciones, sus magnitudes, las particularidades sociales de las personas que los sufren y el nivel de acceso a servicios de salud mental adecuados y compararlos con los hallazgos del año 2010.

**MÉTODOS:** Se trató de un estudio epidemiológico, descriptivo, basado en encuestas cara a cara en la ciudad de Abancay. La muestra probabilística por conglomerados fue seleccionada en tres etapas. Se seleccionaron cuatro unidades de análisis en cada vivienda: un adolescente entre 12 y 17 años de edad, un adulto de 18 años o más, un adulto mayor de 60 años de edad o más, una mujer unida en pareja (casada o conviviente) jefe de familia o unida al jefe de familia. Para este estudio se está considerando la unidad de análisis del adulto. La muestra final de adultos fue de 1723 personas de ambos sexos. Las encuestas fueron realizadas por egresados o profesionales de la salud con un entrenamiento previo por parte de los autores. Se incluyeron medidas de control de calidad en campo y en gabinete. Los instrumentos que fueron utilizados son los siguientes: Datos demográficos y socioeconómicos, el Cuestionario de Salud Mental elaborado originalmente en Colombia, la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional basada en el CIE X Versión española, Escala de autoinforme del déficit de atención e hiperactividad del Adulto - Versión breve, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), Cuestionario de tolerancia de Fagerström, Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS), el Índice de Calidad de Vida, Escala de discapacidad basada en las cuatro áreas sugeridas por WHO DAS-S, algunas preguntas del EMBU (Propia memoria acerca de la crianza), el Mini Mental State Examination, el Cuestionario de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Pfeffer, una versión adaptada del Cuestionario de Violencia Familiar de Anicama y col, el Cuestionario sobre Determinantes de Acceso a Servicios de Salud, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, la Escala de Autoeficacia de Schwarzer y Jerusalem, la Escala de Resiliencia de Block, Ítem único sobre felicidad de Andrews un Cuestionario modificado de Abuso Escolar de la Universidad Autónoma de Madrid y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg desarrollado por Buysse y col. Se

realizaron frecuencias y medidas de tendencia central. Se estimaron proporciones. Se relacionaron en forma general algunas variables de corte como edad, género, nivel de pobreza, con las variables de salud mental. Si la variable independiente es nominal (ejemplo: depresión versus no depresión) y las variables relacionadas también (genero, edad, condición de cobertura de necesidades básicas, cono de residencia), para considerar el diseño de encuesta se utilizó la F corregida como una variante del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden y la significación basada en sus grados de libertad y un nivel de significancia de  $< 0,05$ . La información fue procesada con el SPSS Versión 20 para muestras complejas.

**RESULTADOS PRINCIPALES:** En Abancay, la prevalencia de vida para cualquier trastorno mental clasificado en el CIE-10 fue de 27,5% en el 2016 y de 28,8% en 2010 y la prevalencia a doce meses, 14,6% y 13,5% en el 2016 y 2010 respectivamente. Los desórdenes mentales más frecuentes fueron los problemas relacionados con el uso de alcohol (5,5%), el episodio depresivo (5,3%) y el episodio psicótico (1,4%) en el año 2016 frente a problemas relacionados con el uso de alcohol (4,8%), el episodio depresivo (3,9%) y fobia social (2,4%) en el 2010. En el análisis bivariado se encontró asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia a seis meses y actual de cualquier trastorno mental y pobreza. Respecto a otros problemas de salud mental, las prevalencias anuales de pensamiento e intento suicidas fueron de 4,0% en 2010 y 2,5% en 2016, respecto a pensamientos suicidas y de 0,6% en 2010 y de 0,4 en 2016, respecto a intentos suicidas en adultos. La corrupción fue percibida como el principal problema del país por el 28,2% de la población de Abancay 2016, mientras que en el 2010 se consideraba que era la pobreza el principal problema con un 23,5%. Respecto a salud mental positiva, el 17,8% de la población adulta de Abancay 2016 estaba satisfecho con su vida, cifra ligeramente mayor a 17,2% en Abancay 2010, respecto a la satisfacción con la vida explorada mediante la Escala de Diener. En cuanto a satisfacción personal, con el nivel educativo y el nivel económico en el 2010 se mostraron puntajes más bajos que en el 2016. El 13,1% de los adultos reportaba problemas con el sueño que ameritaba una atención médica en Abancay 2010, se muestra una significativa disminución en Abancay 2016 con 7,5% del total.

**CONCLUSIONES:** Los hallazgos de este estudio resaltan la importancia de los problemas de salud mental en la salud pública en la ciudad de Abancay, especialmente por la alta prevalencia de depresión en adultos. Destaca también el considerar otros aspectos al momento de evaluar la salud relacionada con el bienestar, con el objetivo de integrar a la visión reparadora de la salud, las políticas preventivas y promocionales de la salud mental.

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno mental, salud mental, salud mental positiva, violencia doméstica, pobreza.

# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL COMPARATIVO CIUDAD DE ABANCAY 2010 - 2016

## INFORME GENERAL





## I. INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES

La OMS ha establecido a los problemas de salud mental como uno de los principales en la salud pública del mundo, en particular para los países en desarrollo, con una carga de morbilidad superior a las de la mayoría de las enfermedades. En este sentido se ha calculado que la carga de morbilidad de depresión sería la primera causa para el año 2020<sup>(1,2)</sup>. Esto incluye más de 800 mil suicidios al año y una muerte por este motivo cada 40 segundos, y un estimado de más 70 millones de personas dependientes de alcohol<sup>(3)</sup>. Esta carga de morbilidad de los trastornos psiquiátricos es similar en todas las culturas<sup>(4)</sup>. En el Perú los estudios recientes de carga de morbilidad realizados por el MINSA han demostrado que la depresión y el alcoholismo siguen constituyendo uno de los principales problemas de carga inclusive entre otras patologías físicas<sup>(5)</sup>. Además, a su alta frecuencia se vincula un importante impacto sobre la economía, el funcionamiento e integración social de las personas y sus familias<sup>(6,7,8,9)</sup>. Las personas que padecen estos problemas tienden a alcanzar un menor nivel educacional, percibir menores ingresos y tener menor ocupación y más problemas laborales<sup>(10,11,12)</sup>. Estudios internacionales sugieren que los problemas vinculados a la salud mental en el mundo estarían en aumento<sup>(13,14,15)</sup>, así como los gastos para atenderlos<sup>(16)</sup>. Por este impacto en la vida de las personas y su repercusión en sus capacidades han sido vinculados con los derechos humanos y han generado iniciativas de la OPS y de la Naciones Unidas para promover el compromiso de los países miembros en asumir mecanismos que ayuden a disminuir el impacto de estos problemas<sup>(17)</sup>.

Las Naciones Unidas en su Programa para el Desarrollo ha colocado especial énfasis en los aspectos vinculados al bienestar social, como componente fundamental del índice de desarrollo humano, indispensable para lograr una sostenibilidad en el crecimiento económico mundial y en especial, en el crecimiento en la región<sup>(18)</sup>. Los problemas de salud mental tienen un papel deletéreo en el bienestar de la población, impactando a la persona en su totalidad y en su sostenimiento económico. Los estudios nacionales e internacionales han demostrado una asociación perniciosa entre la pobreza y las salud mental, a mayor pobreza mayores problemas de salud mental<sup>(19,20)</sup>. La OMS ha destacado la importancia de romper el doble círculo vicioso negativo entre salud mental y pobreza, atribuyendo un papel fundamental a la salud mental en la consecución de los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial en lo referido a la erradicación de la pobreza, la disminución de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna y el combate del VIH, malaria y otras enfermedades infecciosas<sup>(21)</sup>.

Por otro lado, existe un enfoque emergente en salud pública que considera no solo la enfermedad, como los trastornos mentales, sino también otros aspectos vinculados a la salud más cercanos al concepto de bienestar y a aspectos positivos<sup>(22)</sup>, todo lo cual conlleva a esquemas más holísticos en la aproximación a la salud, más cercanos a la prevención y la promoción a niveles más promisorios tanto clínico como de salud pública<sup>(23,24)</sup>. Esta perspectiva permite enmarcar el cuidado clínico efectivo, de tal forma que las condiciones clínicas pueden ser mejor comprendidas y se ofrece una información más adecuada para el desarrollo tanto de afrontes terapéuticos sociales y psicológicos, como la implementación de actividades promotoras de la salud<sup>(25)</sup>.

El Instituto Nacional de Salud Mental ha desarrollado investigaciones epidemiológicas de salud mental en casi todo el país. Los primeros estudios realizados en la zona urbana de la sierra peruana fueron en el año 2003, develando problemas singulares de estas regiones como una mayor prevalencia de trastornos por el uso de alcohol y violencia doméstica en comparación con otras regiones del país. A pesar que la sierra urbana ha demostrado una marcada mejoría en sus indicadores socioeconómicos durante la última década, aún continúa siendo una de las regiones geográficas con menor desarrollo en comparación con las ciudades de la costa y Lima Metropolitana<sup>(26)</sup>. Durante la última década en el país han ocurrido muchos cambios como la aplicación de nuevas políticas e intervenciones relacionadas a la salud mental y cambios importantes a nivel socioeconómico. Asimismo, han acontecido notorios avances en los medios de comunicación que han generado por lo tanto un mayor acceso a la información.

El único estudio epidemiológico de salud mental en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz se realizó hace 15 años en el año 2003, el único estudio en la ciudad de Puno se realizó en el año 2005; el único estudio realizado en la ciudad de Arequipa fue en el año 2006; y finalmente el último estudio

de salud mental en la ciudad de Abancay se realizó en el Año 2010. En el caso de esta última ciudad este estudio permitirá evaluar el proyecto piloto de mejoramiento de las redes de atención en salud mental que el INSM emprendió con la intención de mejorar la salud mental en la región entre los años 2010 al 2014 en Apurímac. Hasta ahora los estudios epidemiológicos de salud mental realizados en la sierra han demostrado que los problemas principales son en primer lugar el alcoholismo y en segundo lugar la depresión. Además han mostrado estadísticas preocupantes con relación a los problemas de violencia doméstica. En este sentido, Ayacucho presentó las prevalencias de vida más altas en relación a los trastornos mentales en comparación al resto de país. Este estudio representa la oportunidad de evaluar las condiciones actuales de salud mental en estas regiones.

Durante estos años el INSM ha acumulado una mayor experiencia en el campo de los estudios epidemiológicos. La estimación de las prevalencias de los principales problemas de salud mental en las ciudades de la sierra permitirá observar las tendencias actuales y facilitará la proyección de necesidades en los próximos años. Asimismo, este estudio permitirá la exploración de nuevos aspectos vinculados a la salud mental que han sido introducidos en las encuestas durante estos años, como la ampliación sobre eventos de vida, salud positiva, acoso escolar entre otros. Otro aspecto relevante está en plantear un estudio de seguimiento a partir de la muestra seleccionada en este estudio, de tal manera que puedan estudiarse con mayor precisión factores de riesgo o protección de las distintas condiciones vinculadas a la salud mental. La necesidad de realizar replicaciones se sustentan en los cambios que ocurren en el tiempo como la aplicación de nuevas políticas relacionadas a la salud mental, avances en la psicofarmacología y cambios importantes a nivel socioeconómico<sup>(27)</sup>, los cuales no necesariamente garantizan una mejor salud mental<sup>(28)</sup>.

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi (INSM) ha desarrollado desde el año 2002 hasta el año 2013 más de 84,000 entrevistas a través de una serie de estudios epidemiológicos de salud mental en la población urbana y rural peruana con encuestas en las ciudades de Lima Metropolitana, Tumbes, Piura, Cajamarca, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Ica, Ayacucho, Arequipa, Bagua, Iquitos, Tarapoto, Pucallpa, Puerto Maldonado, Puno, Tacna, Huancavelica, Huancayo, Cusco y Apurímac. Con respecto al área rural, entre el año 2007 y el año 2009, el INSM realizó estudios de salud mental a nivel poblacional en el área rural de Lima provincias año 2007, la sierra año 2008 (Ancash, Ayacucho y Cajamarca) y la selva año 2009 (Loreto y Ucayali), convirtiéndose en un hecho sin precedentes en la historia de la psiquiatría peruana. En el 2010 se complementaron los estudios en las ciudades del trapezio andino (Abancay y Huancavelica) y en el 2011 en las ciudades de Cusco y Huancayo. Estos estudios han prestado atención a cuatro grupos objetivo: adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres unidas.

Los resultados encontrados se han relacionado a variados aspectos de la salud mental, no solo los trastornos mentales sino otros aspectos vinculados con la salud positiva. Se han encontrado diferencias marcadas entre la capital y las otras regiones así como diferencias entre la sierra, la costa y al selva. Mediante el diagnóstico de las condiciones de salud mental, el Estado estará en mejor posición de emprender intervenciones focalizadas y más adecuadas y proporcionales a dichas necesidades. Los reportes internacionales y los estudios realizados por el INSM han puesto en evidencia que los sistemas de salud mental proveen atención sólo a una pequeña proporción de todos aquellos que lo necesitan tanto adultos como niños y adolescentes<sup>(29)</sup>. Asimismo, estos estudios han resaltado que los recursos para la salud mental son escasos y están distribuidos en forma inequitativa e ineficiente.

De esta manera, así como en estudios previos realizados por el INSM, el enfoque de estudio es integral, en el sentido considera investigar no sólo los trastornos psiquiátricos más prevalentes y el acceso a la atención de estas condiciones, sino otros aspectos de la salud mental y de la salud en general. Esto incluye, entre otros aspectos, la violencia en sus distintas expresiones, hábitos nocivos, discriminación, síndromes culturales, aspectos vinculados a la salud mental positiva como: afectos positivos, autoestima, autoeficacia, resiliencia, calidad de vida, satisfacción con la vida, funcionamiento y discapacidad, factores contextuales, eventos de vida, elementos idiográficos alrededor de los problemas de salud mental. Finalmente se incluyen otros aspectos de la salud como calidad de sueño y la presencia de problemas de salud física. El estudio contempla un enfoque por etapas de vida como unidades de análisis y el estudio de las condiciones socioeconómicas de las personas entrevistadas y las viviendas.

## 1. JUSTIFICACIÓN

Después de más de una década del último estudio de salud mental en algunas ciudades de la sierra, resulta importante evaluar las tendencias en salud mental en el marco de los importantes cambios psicosociales surgidos en el transcurso de estos años. No ha existido anteriormente en el país evaluación de la tendencia de los problemas de salud mental en la proporción que intenta este estudio. Este enfoque permitirá, por un lado, actualizar el mapa de la salud mental en el Perú en todos sus matices socioculturales y por otro lado, efectuar contrastes de resultados con la situación de las grandes ciudades ya estudiadas. A su vez, la encuesta permitirá consolidar la capacidad de investigación que desde hace años viene demostrando el INSM, lo que permitirá al país ser líder en estudios de salud mental en la región latinoamericana.

La importancia de los eventuales resultados del presente estudio son los siguientes: 1° propiciar la investigación en salud mental en forma sistemática, y en función a los estudios previos estimar las tendencias relacionadas a la salud mental en las ciudades involucradas; 2° puede propiciar el desarrollo de la políticas intersectoriales vinculadas a la salud mental en las regiones relacionadas con el estudio; 3° focalizar mejor las acciones preventivas a grupos con riesgo a problemas más específicos y por lo tanto mejor organizadas; 4° brindar información que permita una mejor programación de recursos en beneficio de un mayor acceso a la atención de problemas de salud mental en estas regiones; y 5° permitir una mejor evaluación de las necesidades futuras en relación a la salud mental.

Entre las preguntas que respondería el estudio se encuentran: ¿Cuál es la magnitud de los principales problemas de salud mental general en la población de ciudades de la sierra peruana: Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Puno, Arequipa y Abancay?; ¿Cuál es la magnitud de la violencia sobre la mujer unida y la repercusión en su salud mental en la población de ciudades de la sierra peruana: Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Puno, Arequipa y Abancay?; ¿Cuál es la prevalencia y cuáles son los factores de riesgo y de protección de la conducta adictiva en esta zonas?; ¿Cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental del adulto mayor en estas poblaciones?; ¿Cuál es la magnitud de los indicadores suicidas en la población de ciudades de la sierra peruana: Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Puno, Arequipa y Abancay?; ¿Cuál es la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos? ¿Cuál es la proporción exacta de personas que no logra ningún tipo de atención para sus problemas de salud mental?; ¿Qué factores de inequidad (nivel socioeconómico, género, nivel educativo, arraigo cultural) intervienen en las personas que acceden y en las que no? ¿Cuál es la magnitud de los problemas de salud mental en la población pobre, en comparación con la población no pobre de ciudades de la sierra peruana: Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Puno, Arequipa y Abancay? ¿Cuál es el nivel de discriminación percibida por estas poblaciones? ¿Cuáles son las características de los síndromes culturales y cuál es su relación con los síndromes clínicos psiquiátricos? ¿Qué relación tienen los eventos de vida adversos con el desarrollo de desórdenes mentales? ¿Cuál es la magnitud de la discapacidad, inhabilidad, funcionamiento y desarrollo humano de la población de ciudades de la sierra peruana?

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

En este sentido, el INSM tiene como meta brindar información para que los diseños de programas de salud mental a nivel nacional puedan basar sus intervenciones en un diagnóstico previo. Los niveles de intervención en atención primaria de la salud requieren los índices de salud mental positiva así como de los problemas psicosociales y de salud mental más prevalentes para orientar los programas asistenciales, preventivos y promocionales de la salud integral. Asimismo, se pretende establecer indicadores de evaluación de los recursos humanos y financieros invertidos en el campo de la salud mental, siendo ello viable explorando como unidad de análisis a la familia.

## 2. FUNDAMENTACIONES: ÁREAS DE ESTUDIO

Los estudios de acceso a la atención de problemas de salud mental han establecido que las personas que reciben atención no sólo presentan trastornos mentales sino que acuden a atenderse por otros problemas que sin ser desórdenes diagnosticables ameritan la atención por el sistema de salud<sup>(30,31)</sup>. En este sentido el estudio considera hasta tres grandes campos: los trastornos psiquiátricos, otros problemas de salud mental y los aspectos relacionados con la salud mental positiva.

Con relación a los trastornos psiquiátricos, la Clasificación Internacional de Enfermedades - 10ma edición define el término “trastorno mental” en el ámbito de la nosología y se relaciona con la presencia de comportamientos o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar o interfieren con la actividad del individuo<sup>(32)</sup>. Sin embargo, existen otros problemas psicosociales que se refieren a diversos aspectos de la vida diaria propios de las relaciones humanas que sin ser patológicos afectan el bienestar de la persona, su calidad de vida y su funcionamiento. Entre ellos, podemos considerar problemas vinculados a las relaciones humanas en diversas circunstancias como al interior de la familia o en el trabajo, estilos de vida inadecuados, la violencia, el impacto emocional de los estresores psicosociales, los estados anímicos cotidianos, la satisfacción personal en diversos aspectos de la vida, etc. Esta perspectiva más abarcativa tiene un mayor valor cultural, lo que es particularmente importante en países como el nuestro<sup>(33)</sup>. Además, la situación socioeconómica de nuestros países los hace proclives a una propagación de los problemas psicosociales y por lo tanto se hace necesario medirlos.

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM) ha realizado una serie de investigaciones epidemiológicas, en 23 ciudades del país y 6 áreas rurales. Los grupos objetivo de estudio han sido: adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres unidas. En el año 2002 se realizó el primer estudio en Lima Metropolitana, por ser la ciudad de más alto volumen y densidad demográfica y de mayor actividad económica, gran receptora de población migrante, y sujeta a factores protectores y de riesgo diferentes a los del resto del país<sup>(34)</sup>. Este estudio se replicó en el año 2012 encontrándose diferencias marcadas con respecto al estudio anterior. Luego se continuó en la sierra considerando a las ciudades de Ayacucho, sometida por más de una década al terror desatado en los años 80 y con gran magnitud de población en pobreza extrema; Huaraz, cercana a Lima, marcada en la historia por una de las más grandes catástrofes naturales en el año 70 y de gran actividad minera con problemas crecientes de ciudades en proceso de modernización; y Cajamarca, ciudad también minera, considerada como una población bastante estable y tranquila y sujeta a menos influencia de los embates terroristas y gran receptora de migrantes<sup>(35)</sup>. Posteriormente se investigaron las ciudades de Tarapoto y Pucallpa, en las cuales la economía relacionada con la coca y la situación social que de ello deriva configuran un ambiente diferente a las ciudades antes estudiadas, e Iquitos, que sirve de contraste a las otras ciudades de la Selva<sup>(36)</sup>. En el año 2005 se visitaron las ciudades cercanas a la frontera: Tumbes y Bagua cerca del Ecuador, Puerto Maldonado cerca de Brasil y Bolivia, Puno al lado de Bolivia y Tacna cerca de Chile. Estas ciudades fueron estudiadas en el marco de un convenio del Sector Salud con la Comunidad Andina de Naciones para la formulación de políticas de salud limítrofes concordadas para estudiar los problemas de salud de las poblaciones fronterizas, la cual ha sido suscrita por el Perú (Lineamientos Básicos para el Desarrollo Integral de Zonas de Ciudades de la Costa y de Menor Desarrollo Relativo, aprobados por R.S. No. 358-2001-PCM. 29/Jul/2001)<sup>(37)</sup>. La población fronteriza es un grupo de interés epidemiológico, sometido a una doble influencia cultural, la peruana y la del país vecino en diferentes grados, con ambientes ecológicos compartidos y una economía que reposa mucho en el contrabando, los cuales configuran factores de riesgo o de protección, especiales para ciertos problemas de salud mental.

En el año 2006 se consideró conveniente evaluar a otro grupo de ciudades diferenciadas en la costa del país (Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa), para ir armando el mapa de la salud mental en el Perú, considerando sus diferentes matices socio-económicos geográficos y culturales. A partir del año 2007, continuando con el estudio de la salud mental en zonas nunca antes exploradas, se empezó a trabajar en el área rural de las provincias circundantes de la ciudad de Lima, en el 2008 en las zonas rurales circundantes de las ciudades de Ayacucho, Huaraz y Cajamarca, y en el 2009 en las zonas rurales cercanas a las ciudades de Iquitos y Pucallpa, para identificar los problemas de salud mental en

el área rural y hacer las adaptaciones necesarias en los instrumentos y la metodología para su posterior generalización a otros ámbitos del país.

En el año 2010, el INSM inició el Proyecto Apurímac, el cual pretende desarrollar y mejorar los establecimientos de salud de la Región e incorporar la atención de salud mental, como un modelo piloto con miras a su implementación en otras regiones del país. En el marco de este proyecto, se realizó el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Abancay, que sirvió como línea base para la evaluación del referido proyecto, para lo cual el presente estudio comparará con dichos hallazgos. Asimismo, debido a las características socioeconómicas se incluyó la ciudad de Huancavelica. En el año 2011, se exploraron las ciudades de Cusco y Huancayo, áreas densamente pobladas, y de un alto dinamismo comercial y turístico las que constituyen un foco atractivo para las migraciones, y configuran entornos especiales para la salud mental.

Los resultados encontrados han revelado una serie de características y particularidades de la salud mental, como una elevada prevalencia de depresión, diferencias en la prevalencia de trastornos de ansiedad entre las diferentes ciudades o zonas rurales, en la prevalencia de problemas relacionados al uso de alcohol y en la de la violencia doméstica. Estos estudios epidemiológicos de salud mental<sup>(34,35,36,37,38)</sup> revelaron importante información que ha puesto en evidencia tendencias observadas en estudios previos en esta área<sup>(33,39)</sup>. Se han confirmado las observaciones internacionales respecto a la alta prevalencia de los trastornos afectivos, así como indicadores suicidas, problemas con el uso de alcohol y violencia intrafamiliar. La notoria diferencia existente entre Lima Metropolitana y el resto del país en relación a una menor prevalencia de trastornos de ansiedad en las ciudades del interior y en la zona rural, frente a los hallazgos limeños, no se ha confirmado en el estudio de Lima del 2012<sup>(40,41,42)</sup>. El estudio a realizarse en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Puno, Arequipa y Abancay servirá para analizar nuevamente estas observaciones y examinar las tendencias. Ahora revisaremos el detalle de algunos hallazgos de los estudios epidemiológicos realizados por el INSM en la sierra, selva, frontera, costa, Lima rural y áreas de la sierra rural.

## 2.1. ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL

Bajo este concepto consideramos comportamientos desviados o desadaptados, no necesariamente ubicables como categorías diagnósticas en la clasificaciones psiquiátricas vigentes<sup>(39)</sup>. Estudios internacionales han confirmado que sólo alrededor de la mitad de aquellos que buscan atención por problemas de salud mental tienen problemas psiquiátricos<sup>(43)</sup>, y algunos autores han señalado que no necesariamente existe correspondencia entre la ausencia de patología y una buena salud mental<sup>(44)</sup>. En este sentido, el contexto de las personas cumple un rol fundamental. Corín ha señalado que el punto de partida del estudio sobre los problemas de salud mental ya no se sitúa en el individuo solamente, sino en la interacción constante entre la persona y su entorno, habiéndose identificado determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental<sup>(45,46,47)</sup>. La epidemiología social apoya 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, sobre la salud de las personas y las poblaciones<sup>(48,49,50)</sup>. De esta manera, al incluir en las investigaciones epidemiológicas el estudio de aspectos vinculados a la salud mental positiva, se está propiciando el desarrollo de la promoción de la salud, la cual lleva a la definición de metas saludables, en términos de condiciones de vida, oportunidad de disfrutar de más años con calidad de vida, la percepción y conciencia de los problemas, al igual que la posibilidad de la participación colectiva en la solución de los mismos. Asimismo, se impulsa la promoción de la salud mental como un derecho fundamental de todas las personas.

Desde esta perspectiva, los estudios epidemiológicos realizados por el INSM en Lima Metropolitana y el Callao, la sierra urbana, la selva urbana, fronteras y costa urbana han mostrado que el principal problema del país percibido por la población, tanto en hombres como en mujeres, es el “desempleo” (en alrededor del 50% de la población), seguido en menor proporción por la “pobreza”. Asimismo, son consideradas la “corrupción”, la “violencia” y la “inestabilidad política”, pero en cantidades menores. En el área rural de Lima, el principal problema es la “pobreza”, seguido por el “desempleo” y la “corrupción”<sup>(40)</sup>. Igualmente, en áreas rurales de Ayacucho, Huaraz y Cajamarca el principal problema percibido es la “pobreza”, seguido

del “desempleo” y del “manejo económico”<sup>(41)</sup>. En Lima es importante resaltar que a diferencia de año 2002, en que el problema principal era el desempleo, en el año 2012 ha sido la delincuencia<sup>(42)</sup>. Es generalizado en las ciudades y áreas rurales estudiadas la gran desconfianza hacia las autoridades políticas (alrededor del 90%). Esta falta de confianza ocurre igualmente con relación a las autoridades policiales -particularmente masculinas- (alrededor de 68,6% en Lima y en la selva urbana, 67,8% en fronteras, 65,1% en ciudades de la Costa, 61,7% en el área rural de Lima y 55,7% en el área rural de la sierra); particularmente llamativa es la poca o nula confianza en autoridades policiales masculinas en la sierra urbana (71,4%). Debemos notar que en general existe una mayor confianza hacia las mujeres policías en comparación con los varones. En general el sentimiento de desprotección por parte del Estado es alto, entre 72,4% y 79,9% en las distintas regiones estudiadas <sup>(34,35,36, 37,38,41)</sup>.

Con relación al nivel de confianza hacia los vecinos, la mayoría de los entrevistados señala poca o nula confianza en ellos, especialmente en la selva urbana (63,1%) y la sierra urbana (60,9%). Esta poca o nula confianza en los vecinos en la costa urbana es de 48,2%, en fronteras de 50,2%, 56,2% en el área rural de Lima, y 52,2% en el área rural de la sierra. Esta situación es crítica, si consideramos que la confianza es el eje del desarrollo de las comunidades andinas y selváticas. En el caso de Ayacucho, el nivel de desconfianza frente a los vecinos podría relacionarse con la situación política y la polarización entre los grupos en conflicto. Con respecto a los estados anímicos negativos prevalentes, Lima ha revelado el porcentaje más elevado en comparación con las otras ciudades y áreas rurales, siendo llamativos los estados de ansiedad y tensión.

Los estudios del INSM han encontrado que las situaciones que generaban los niveles más altos de estrés (bastante o mucha tensión o problema), tanto en hombres como en mujeres, estaban relacionadas principalmente con la “delincuencia” para Lima Metropolitana y el Callao, y la “salud” en la sierra urbana, la selva urbana, fronteras y costa urbana. En el caso del área rural de Lima, la situación estresante percibida como más importante fue la “delincuencia”, seguida por la “salud” y el “terrorismo”; y en el caso del área rural de la sierra la situación estresante más importante resultó la “salud”, seguido por el “dinero” y la “delincuencia”. El estrés ambiental medido a través de la percepción de bastante o mucha molestia con relación al “ruido”, “falta de ventilación”, “falta de espacio” u “olor”, se encontró alto en todas las ciudades particularmente en la selva urbana, 45,7% para Lima, 32,6% en Lima rural, 43,3% en la sierra urbana, 54,8% en la selva urbana, 47,2% en fronteras (60,8% si se incluye el polvo) y 46,5% en la costa urbana (65,9% si se incluye el polvo). Un porcentaje mucho menor se encontró en la sierra rural (19,1%). En general, estos resultados han sido más elevados que los encontrados en los estudios en adolescentes realizados por Perales y colaboradores en 1996<sup>(39)</sup>.

Respecto a la satisfacción personal en diversos aspectos de la vida, ha sido importante la proporción de personas insatisfechas (poco o nada satisfecho) con el nivel educativo alcanzado en la sierra rural (58,3%), mientras que 23,6% fue para Lima Metropolitana en el 2012, 33,4% para la sierra urbana, 34,5% para la selva urbana, 28,3% para fronteras, 26,9% para la costa urbana y 34,8% para el área de Lima rural. Sobre las relaciones sociales o amistades, alrededor del 15% de los entrevistados en todas las regiones manifiestan sentirse poco o nada satisfechos. Con relación al área laboral, la insatisfacción (poco o nada satisfecho) con la remuneración fue importante en el 2002 especialmente en Lima Metropolitana (46,3%), mientras que en el 2012 fue del 18,7%; en la sierra urbana y rural la insatisfacción fue 43,5% y 46,9% respectivamente, pero también significativa en la selva urbana (35,4%), fronteras (35,7%), Lima rural (36,8%) y en menor proporción en la costa urbana (23,8%). La insatisfacción (poco o nada satisfecho) con el reconocimiento o trato que recibe de sus jefes llegó a 9,6% en Lima, 16,7% en la sierra, 13,0% en la selva, 15,7% en fronteras, 11,8% en la costa, 16,6% en Lima rural y 14,4% en la sierra rural. Respecto a los factores protectores de la salud mental en las poblaciones estudiadas de Lima, la sierra urbana, la selva urbana, fronteras, la costa urbana y en el área rural de Lima, la familia ha sido la principal fuente de soporte psicosocial (alrededor del 70,0%). También se observó que para la toda población peruana en general, la religión constituye un recurso importante para enfrentar los problemas cotidianos.

## 2.2. VIOLENCIA FAMILIAR

A pesar de la alta prevalencia de violencia familiar en nuestro país, aún carecemos de una adecuada infraestructura para la atención de éstos casos, particularmente en 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<sup>(51)</sup>. Los problemas de violencia hacia la mujer se viene reportando desde hace algunas décadas. Ya en el estudio de 1999 de Anicama y colaboradores en Lima Metropolitana dio cuenta que la tasa de violencia en la pareja era del 20%, siendo el agresor, en más del 80% de los casos, el conviviente o esposo. Y la casa, el escenario de la conducta violenta<sup>(52)</sup>.

Una investigación del año 2002, reportó que una mayoría de varones adultos, en Lima Metropolitana (51%) y en el departamento de Cusco (69%), ejercía violencia contra sus parejas<sup>(53)</sup>. 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 eran mujeres, frente al 15,2% de varones, y que el porcentaje de niños (menores de 15 años) afectados por la violencia familiar era del 61%. En lo referente al agresor, en el 24,9% de los casos fue el esposo y en el 34,7% 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 confirmaba los reportes de estudios que han asociado el abuso de sustancias con la conducta violenta<sup>(54,55)</sup>. El alcohol y las otras drogas pueden estar asociados con la violencia debido a factores farmacológicos, psicológicos y sociológicos que pueden modificar la expresión de la conducta agresiva. Las implicancias de esto en la sierra y la selva son notables debido al alto consumo de alcohol.

Según los estudios de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2014<sup>(56)</sup> a nivel nacional el 72,4% de las mujeres alguna vez sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero, evidenciado se una leve tendencia a la disminución en el transcurso de los años. Los departamentos con mayor prevalencia de vida de violencia han sido Junín, Huancavelica, Apurímac, Arequipa, Loreto y Puno. En el año 2014, el 12,8% de las mujeres sufrieron agresión física y/o sexual por parte del esposo o compañero, mientras que en el año 2013 fue del 12,1%, siendo los lugares de mayor prevalencia Apurímac, Huancavelica, Cusco, Puno, Arequipa y Madre de Dios. El 14,2% de las mujeres violentadas requirieron la atención médica por estos motivos. Con respecto a la violencia psicológica y/o verbal a nivel nacional el 69,4% refirió haber padecido algún tipo de maltrato alguna vez en su vida. El 65,5% manifestó haber sufrido situaciones de descontrol, 48,6% fue por insistencia para saber a dónde va, 42,3% celos, 20,7% situaciones humillantes, 17,8% amenazas con irse la casa o quitarle los hijo(a) o la ayuda económica y 9,4% que la amenazaba con hacerle daño.

La ENDES 2014 también da cuenta que un 11,5% de las mujeres aceptó haber ejercido algún tipo de violencia física a su esposo o compañero sin que medie maltrato físico por parte de él en algún momento de su vida y 4,5% lo sufrió en los últimos 12 meses, Estas cifras son levemente superiores las del 2013, donde se encontró 8,5% y 3,5% respectivamente<sup>(57)</sup>. 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 alta tolerancia que existe en nuestra cultura frente al castigo corporal.

Respecto a los estudios realizados por el INSM sobre violencia contra la mujer, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del año 2012 realizado por el INSM incluyó como indicadores: intentos o actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, verbales o situaciones de abandono, alguna vez en su vida y en el último año<sup>(49)</sup>. En general las mujeres sufren considerablemente más problemas de salud mental que los hombres, convirtiéndose de por sí en un grupo vulnerable, más aún la mujer maltratada. En el 2012 el 54,7% de la mujeres acepto haber sufrido algún tipo de maltrato o violencia por parte de su pareja actual o última pareja, lo que contrasta con los hallazgos del 2002, donde el 65,8% de las entrevistadas, es decir dos de cada tres mujeres, refirieron haber sido objeto de algún tipo de abuso en su vida. El maltrato más frecuente ha sido la violencia psicológica. Este estudio encontró que el maltrato en la mujer está motivado por desacuerdo de ideas y opiniones, factores económicos, diferencias en su manera de ser, imposición de ideas, no actuar conforme exige su pareja y celos. La presencia de algún tipo de abuso sistemático (al menos uno o dos veces al mes) por parte de la pareja se presentó en 5% de las mujeres unidas, siendo los más frecuentes los insultos, las

agresiones verbales u ofensas. En general, la mujer maltratada sistemáticamente tiene más de dos veces el riesgo de padecer de algún trastorno psiquiátrico, incluyendo conductas suicidas, en comparación con las no maltratadas. Mientras que el 9,8% de las mujeres unidas sin maltrato sistemático ha sufrido de algún trastorno mental en los últimos 12 meses, esta cifra se eleva a 33,0% en el caso de las mujeres sistemáticamente maltratadas. También es importante señalar que según este estudio una cuarta parte de las mujeres con maltrato sistemático reiniciaría relaciones sentimentales con el maltratador de regresar al pasado.

En el 2003, la prevalencia de vida de maltrato a la mujer por la pareja actual en Cajamarca y Huaraz se encontró entre 40,0 y 47,0%. Sin embargo, en Ayacucho, Iquitos, Pucallpa y Tarapoto las cifras fueron considerablemente mayores, habiéndose encontrado una prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual del 59,1% al 63,8%. Cifras similares a estas últimas se encontraron en las ciudades de Bagua Grande (54,5%), Puerto Maldonado (60,4%), Puno (65,3%), Tacna (58,8%) y Tumbes (54,3%). El estudio desarrollado en la costa peruana en el 2006, que incluyó Arequipa, encontró las siguientes prevalencias de vida de algún tipo de abuso: Arequipa 55,9%, Ica 51,2%, Piura 48,6%, Chimbote 48,4% y Trujillo 41,4%. Con respecto al área rural, la zona sur de Lima (Cañete, Huarochirí y Yauyos) presenta una prevalencia de vida de maltrato por parte de la pareja actual del 58,7% frente a 39,8% de la zona norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura y Oyón). A pesar de esto, las prevalencias de violencia sistemática son mayores en Lima (21,2%) en comparación con la sierra y la selva, siendo una causa hipotética, el nivel de estrés que se vive en la gran metrópoli. Resaltan las prevalencias de abuso sistemático en Puerto Maldonado (14,2%), Tumbes (13,6%) y Arequipa (12,0%)<sup>(34,35,36,37,38)</sup>. En la zona rural sur de Lima el abuso sistemático estuvo en 9,0% y en la zona norte 5,3%. En el caso del área rural de la sierra la prevalencia de vida de algún maltrato por parte de la pareja actual es considerablemente menor a las encontradas hasta el momento en otras regiones del país (37,2%).

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

El primer estudio epidemiológico psiquiátrico peruano se realizó en el distrito de Lince (Lima) en el año de 1969; mediante 2901 encuestas se encontró una prevalencia de trastornos psiquiátricos del 18,75%, siendo 5,48% para la psiconeurosis y 1,76% para alcoholismo. De estos problemas el más frecuente fue la neurosis de angustia con el 1,79%, la reacción ansiosa el 1,45% y la reacción depresiva el 0,97%<sup>(58)</sup>.

Luego, en 1983, en el Distrito de Independencia (Lima), Minobe y colaboradores, en 814 individuos, utilizando el DIS/DSM-III<sup>(59)</sup>, encontraron una prevalencia de vida y a seis meses de algún desorden psiquiátrico del 32,1% y 22,9%, respectivamente<sup>(63,64)</sup>. Después de los problemas con el uso de alcohol, le seguían en frecuencia los trastornos afectivos (depresión mayor y menor) con una prevalencia de vida de 13,2% y una prevalencia a seis meses de 8,6% (2,2% varones y 6,4% mujeres) y los trastornos de ansiedad con una prevalencia de vida de 11,1% y una prevalencia a seis meses de 8,1%. Además este estudio encontró prevalencias para el trastorno de personalidad antisocial del 3,1%, para deterioro cognitivo severo del 1,5%, y para esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme del 0,6%. Después de este estudio no se realizaron más investigaciones de esta naturaleza sino hasta el año 2002.

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 trastorno depresivos (8,0% de la muestra descontando duelo no complicado y el trastorno de adaptación), y el alcoholismo (8,6% de la muestra). De los trastornos de ansiedad, el más frecuente fue el trastorno de ansiedad no especificado en otra parte (4,6% de la muestra), el trastorno de ansiedad generalizada (2,9% de la muestra) el trastorno de pánico (0,6% de la muestra), y la fobia social (0,6% de la muestra). De los trastornos depresivos, el trastorno depresivo no especificado en otra parte fue el más frecuente (3,4% de la muestra), seguido por la depresión mayor (2,3% de la muestra) y la distimia (2,3% de la muestra)<sup>(60)</sup>.

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2012, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" en Lima Metropolitana, en una población de 4,445 personas adultas, encontró una prevalencia anual y una prevalencia de vida de

cualquier trastorno psiquiátrico de 11,8% y 26,1%, respectivamente; correspondiendo el 17,2% a la prevalencia de vida de episodio depresivo, 3,0% al trastorno de ansiedad generalizada, 2,2% a la fobia social, 5,1% al trastorno de estrés postraumático, 0,5% al trastorno de pánico, 1,2% a la agorafobia sin trastorno de pánico, 0,2% al trastorno obsesivo-compulsivo, 0,6% a la distimia, y 0,2% al trastorno bipolar<sup>(19)</sup>. Estas cifras contrastan notoriamente con los hallazgos del Estudio de Lima en el 2002<sup>(34)</sup>.

Los estudios epidemiológicos de salud mental en la sierra urbana (2003), la selva urbana (2004) y fronteras (2005) encontraron una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico de 37,3%, 39,3% y 34,7%, respectivamente. Sin embargo, estos trastornos se hallaron en 50,0% de la población para el caso de Ayacucho y 48,0% en Puerto Maldonado y ciudades incluidos en estos estudios. El trastorno psiquiátrico más frecuente en la sierra urbana, la selva urbana y ciudades fronterizas ha sido el episodio depresivo moderado a severo con 16,2%, 21,4% y 17,1%, respectivamente, seguido del trastorno de estrés postraumático con el 12,8%, 8,9% y 6,7%, respectivamente.

El estudio epidemiológico de salud mental realizado en ciudades de la costa en el 2006 encontró una prevalencia de vida de 27,4%. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes han sido el episodio depresivo (14,1%), seguido por el trastorno de ansiedad generalizada (4,2%) y el trastorno de estrés postraumático (3,7%). En el estudio epidemiológico de salud mental en el área rural de las provincias de Lima, la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico fue de 29,6%, siendo el más frecuente el episodio depresivo moderado a severo (15,8%), seguido por el trastorno de estrés postraumático (9,1%), el trastorno de ansiedad generalizada (6,6%) y la fobia social (3,0%). En la sierra rural se encontró una prevalencia de vida del 28,1% (considera la prevalencia anual de abuso y dependencia al alcohol) y una prevalencia anual de 9,1%; la prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad fue de 16,9% y la prevalencia anual de 3,3%. Con relación al episodio depresivo moderado a severo la prevalencia de vida fue del 14,6% y la prevalencia anual del 3,3%.

El presente estudio evaluará la prevalencia de vida, a doce meses, a seis meses y actual de los principales trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>(67)</sup>, y permitirá estimar las tendencias de estudios previos.

## 2.4. ADICCIONES

Las adicciones generan graves problemas sociales, afectan a una gran parte de la población y son altamente costosos. Los costos humanos y económicos relacionados con la morbilidad y mortalidad ocasionadas por las drogas, neutralizan cualquier ganancia monetaria que los gobiernos puedan obtener mediante impuestos y otras medidas económicas en ese campo<sup>(61)</sup>. El Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, señaló que el 8,9% de la carga total de morbilidad se debe al consumo de sustancias psicoactivas<sup>(62)</sup>. El estudio de carga de morbilidad realizado en el Perú encontró en el alcoholismo dentro de las primeras causa de carga de morbilidad en los varones corroborando hallazgos de otras latitudes<sup>(5)</sup>. Las adicciones incluyen no sólo el consumo de sustancias psicoactivas, sino también las conductas que producen una gratificación inmediata, que obligan al sujeto a repetir las, restringiendo sus áreas de interés y el cumplimiento de sus obligaciones y afectando su salud física y mental y su entorno.

El problema de las adicciones se viene arrastrando desde hace décadas. El estudio de Independencia realizado hace 20 años, ya encontraba que el problema más importante era el relacionado al abuso y dependencia al alcohol, especialmente en el género masculino, con una prevalencia de vida en la población del 18,6% y una prevalencia a seis meses del 6,9%<sup>(63,64)</sup>.

En el 2012, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, reveló que la prevalencia de vida del consumo de sustancias no alcohólicas legales se encontraba en 64,7 (71,6% en el 2002), mientras que con las sustancias no alcohólicas ilegales se encontraba en un 7,1 (7,8% en el 2002)<sup>(19)</sup>. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez era el tabaco con 62,6% (69,5% en el 2002), mientras que la ilegal más consumida alguna vez, era la marihuana con 5,7% (6,3% en el 2002), seguida de la cocaína con el 3,2% (3,9% en el 2002). El consumo actual (en la última semana) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se halló en un 13,7% (22,0% en el 2002) y 0,4% (0,2%

en el 2002) respectivamente. La prevalencia anual de uso perjudicial o dependencia de alcohol se encontró en 2,5% (5,3% en el 2002)<sup>(34)</sup>. Según la Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas 2010, realizada por DEVIDA, la prevalencia de vida, en el año y el mes de consumo de drogas ilegales fue de 4,8%, 1,5%, y 0,9% respectivamente, siendo la droga más frecuentemente consumida la marihuana, seguida por la cocaína<sup>(65)</sup>. Los estudios epidemiológicos de la sierra urbana (2003), la selva urbana (2004) y fronteras (2005) realizados por el INSM, respecto a los trastornos por el uso de alcohol, encontraron cifras muy preocupantes. La prevalencia anual de consumo perjudicial o dependencia de alcohol fue de 10,5% para las ciudades de la sierra; 8,8% para ciudades de la selva; 9,0% para fronteras y 9,4% para ciudades de la costa<sup>(35,36,37,38)</sup>. En la población de Ayacucho dicha prevalencia fue del 15,0% en general y 27,8% en el caso de los varones<sup>(66)</sup>. En el caso de Tumbes y Puerto Maldonado la prevalencia a 12 meses fue de 14,3% y 14,1% respectivamente. En caso de Arequipa, Chimbote y Piura fue de 10,4%, 10,1% y 10,0% respectivamente. Para el área rural de Lima la prevalencia anual de consumo perjudicial/dependencia de alcohol fue de 4,5%, siendo de 8,9% para los varones, mientras que la prevalencia de vida fue del 11,5%. La prevalencia de consumo perjudicial/dependencia de alcohol en la sierra rural fue menor a la esperada con una prevalencia de vida de 8,4% y una prevalencia anual de 1,7%.

El presente estudio evaluará la prevalencia de vida del consumo y la prevalencia en el último año, tanto de consumo perjudicial como de dependencia a sustancias, según los criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), a través del MINI<sup>(67)</sup>. Asimismo, se ha incorporado el estudio del juego patológico.

## 2.5. EL ADULTO MAYOR

La disminución en las tasas de fecundidad y de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida en todos los grupos etarios han contribuido con el envejecimiento de la población. Los indicadores de este envejecimiento progresivo son evidentes. El envejecimiento progresivo de las poblaciones tendrá un impacto notable en las primeras décadas de este milenio. En el año 2000, el 8,1% de la población en América Latina tenía más de 60 años de edad; en el 2010, 9,6% y se calcula que para el 2020, será del 12,4%<sup>(68)</sup>. En el Perú, en base a proyecciones del censo del INEI-2007, en 2015 el 9,67% de la población está conformada por adultos de 60 años y más y para el año 2050 se calcula que 21,78% de la población será adulta mayor, con una población de 8'738,032 mayores de 60 años<sup>(69,70)</sup>.

El crecimiento acelerado de la población adulta mayor plantea varios desafíos. ¿Cómo incluir a la creciente proporción de adultos mayores para que puedan desarrollarse en una sociedad en la que se sienten discriminados? ¿Cómo garantizarles el acceso oportuno a la atención y a tratamientos eficaces integrales, tanto de sus dolencias físicas como de las mentales? Esta situación obliga a revisar las políticas de servicios para los ancianos, planteando la necesidad urgente de estructurar áreas específicas que cubran los requerimientos relacionados a salud, nutrición, educación y vida social, entre otros. Por ser el envejecimiento un proceso progresivo e irreversible para todo ser humano, es necesaria una evaluación integral del adulto mayor, ya que en esta etapa de la vida concurren factores biológicos, psíquicos y sociales que determinarán no sólo el alargamiento de la vida sino también la calidad de la misma. Asimismo, es pertinente resaltar que en esta edad son frecuentes la depresión y el deterioro cognoscitivo; así como la comorbilidad de enfermedades físicas crónicas con trastornos mentales.

Al respecto, los estudios epidemiológicos de salud mental que viene realizando el INSM desde el año 2002 en diversas unidades de análisis, entre ellas el adulto mayor, ha proporcionado importante información que no se conocía antes sobre este segmento poblacional. Se ha investigado el grado de tensión que genera a los adultos mayores diversos estresores psicosociales. Entre los que afectan a una mayor proporción de adultos mayores están la salud que ocasionaba bastante o mucha tensión al 42,7% de la población de Lima Metropolitana y Callao (2002), al 52,4% de los adultos mayores de Selva urbana en el 2004 (el primer lugar lo ocupaba la delincuencia, la cual generaba bastante o mucha tensión al 58,0% de sus adultos mayores); al 53,7% de los de Lima rural (2007); al 57,8% de los adultos mayores de sierra rural (2008); al 60,9% de los adultos mayores de la sierra urbana (2003) y al 65,8% de los de Abancay (2010); la delincuencia generaba en ciudades de fronteras (2005) bastante

o mucha tensión al 68,3% de sus adultos mayores; en ciudades de la costa, al 71,7% y en el 2012 en Lima Metropolitana y Callao al 59,45 de sus adultos mayores.

Sentirse discriminado alguna vez en la vida por la edad ha sido más frecuente en fronteras (15,6%) y en la Sierra rural (12%). Las mayores prevalencias de vida de discriminación por el nivel educativo se encontraron en Lima rural (13,0%), en Abancay (11,8%), en Fronteras (11,7%) y en las ciudades de la costa (11,2%). Las prevalencias más altas de discriminación por la condición socioeconómica se encontraron en fronteras (13,6%) Lima rural (12,1%), sierra rural (12,0%) y Abancay (10,4%).

Los mayores puntajes promedio de satisfacción personal global se encontraron en Lima Metropolitana y Callao 2012 (17,40), costa peruana (16,7), selva urbana (16,64), Lima rural (16,5) y fronteras (16,1). Los menores puntajes promedio estuvieron en sierra rural (15,19), sierra urbana (15,74) y Abancay (15,74).

Las prevalencias de deseos de morir en el último mes fueron mayores en sierra urbana (11,1%), sierra rural (10,8%), Lima rural (9,5%) y fronteras (9,1%). Las más bajas se encontraron en la costa peruana (4,9%) y en Lima Metropolitana y Callao en el 2012 (1,9%). Esta última es mucho menor a la que se encontró en el 2002 (6,2%)<sup>(19)</sup>.

La mayor prevalencia en el último mes de episodio depresivo se encontró en los adultos mayores de fronteras (6,1%). Le siguieron sierra rural (4,3%), sierra urbana (3,9%), Lima Metropolitana y Callao, 2012 (3,8%) y costa peruana (3,4%). Las prevalencias más bajas estuvieron en el área rural de Lima (2,0%) y en la selva urbana (2,4%).

En cuanto a calidad de vida global, el mayor puntaje promedio se encontró en Lima Metropolitana y Callao en el 2012 (7,78), en el 2002 fue ligeramente menor (7,61). En el resto del país fueron: 7,51 en sierra urbana, 7,44 en selva urbana; en costa peruana, Lima rural y en fronteras fue 7,2 y en Abancay, 7,1.

Presencia de alguna discapacidad física fue reportada por el 26,9% de los adultos mayores de la selva urbana en el 2004, el 21,3% de los de Lima Rural, el 19,5% de la sierra urbana, 18,7% en fronteras, 18,5% en sierra rural, 13,1% en Lima metropolitana y Callao en el 2012 y 10,5% en Abancay. En el 2002, en Lima Metropolitana y Callao fue de 37%.

En relación a deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia, el 13,4% de los adultos mayores de Lima rural lo presentaba y de este porcentaje el 14,9% correspondía a los que tenían menos de 8 años de instrucción y solo el 2,9% a los que tenían 8 o más años de instrucción. En el resto del país, también las prevalencias han sido más altas en los que tenían menos de 8 años de instrucción. El 6,9% de los adultos mayores de Lima y Callao en el 2012, lo presentaba y de este porcentaje el 11,9% correspondía a adultos mayores con menos de 8 años de instrucción y el 3,1% a los que tenían 8 o más años de instrucción. En Abancay fue de 3,8% correspondiendo 9,2% a los que tenían menos de 8 años de instrucción y solo 0,6% a los que tenían 8 o más años. En sierra rural, el 13,5% de sus adultos mayores tenía deterioro sospechoso de demencia, el 14,3% correspondía a los que tenían menos de 8 años de instrucción. En sierra urbana en el 2003 se encontró 7,9% de sus adultos mayores con deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia, correspondiendo el 11,4% a los que tenían menos de 8 años de instrucción y el 2,6% a los que tenían 8 o más. En las ciudades de la costa el 10,7% de sus adultos mayores presentaba deterioro sospechoso de demencia, de este porcentaje el 16,4% correspondía a los que tenían menos de 8 años de instrucción y solo 3,4% en los que tenían 8 o más años de instrucción.

La discapacidad y la inhabilidad, se refieren a la pérdida de la capacidad de funcionar en su cuidado personal, en su medio social, familiar u ocupacional. La discapacidad ocurre como consecuencia de un trastorno mental y la inhabilidad cuando no es debida a un trastorno mental. En Lima, el 18,9% de los adultos mayores presenta alguna discapacidad o inhabilidad. En la sierra urbana la prevalencia de al menos algún grado de discapacidad o inhabilidad se encontró en un 44,9%, con predominio del género masculino (47,4%). En la selva urbana 2004, la presencia de algún tipo de discapacidad se encontró en 28,5%, siendo similar en varones y mujeres, mientras que en fronteras 2005 fue del 21,9%. En las

ciudades de la costa 2006 se halló cifra similar (21,1%) siendo mayor en el sexo femenino (23,8%) en comparación con el sexo masculino (18,2%). En Lima rural 2007 y la sierra rural 2008 la presencia de al menos alguna discapacidad fue del 30% y 26,6%, respectivamente.

## 2.6. INDICADORES SUICIDAS

Los primeros estudios metropolitanos realizados por Perales y colaboradores en 1995 y 1996 en el Rimac<sup>(33)</sup> y Magdalena<sup>(39)</sup> mostraban cifras preocupantes de indicadores suicidas, las que fueron corroborados más tarde en el 2002 por el estudio epidemiológico realizado en Lima y Callao donde se encontró que un 30,3% de la población había deseado morir en algún momento de su vida. La replicación del estudio epidemiológico realizado en Lima Metropolitana en el año 2012 mostró una mejora en el indicador situándose en 23,4% la prevalencia de vida<sup>(19)</sup>. Sin embargo, se mantiene una tendencia generacional a incrementarse. Las prevalencias de vida de deseos de morir en el adolescente limeño fue del 25,9%, lo que sugiere que si en la actualidad la prevalencia de vida del adolescente es similar o superior a la del adulto, hay una tendencia a que aumente conforme pasan los años. La prevalencia anual de deseos de morir es más alta en los adolescentes (11,2%) en comparación con los adultos (4,6%) y los adultos mayores (5,3%). Los adolescentes que han presentado deseos de morir en el último año acusan como motivo principal los problemas con los padres, problemas con otros parientes y separación familiar, mientras que los adultos los relacionan principalmente a problemas con la pareja, problemas con los padres y problemas económicos.

Estos hallazgos son coherentes con las prevalencias puntuales del episodio depresivo moderado a severo que en el adolescente asciende a 7,0%, mientras que en el adulto se sitúa en el 2,8%. En el caso de la sierra urbana 2003, la selva urbana 2004 y ciudades fronterizas 2005 las cifras de deseos de morir alguna vez en la vida en adultos fueron de 34,2%, 32,5% y 33,7%, respectivamente; en el caso del adulto mayor fue 33,3%, 24,3% y 33,0%; mientras que para el adolescente se halló en 29,6%, 25,4% y 25,6%, respectivamente. En el caso de las ciudades de la costa 2006 la prevalencia de vida de deseos de morir en el adulto fue de 30,1%; en el adolescente 25,2% y en el adulto mayor 25,1%. La prevalencia de vida de intentos suicidas en Lima Metropolitana y Callao 2002 (2,8%) ha sido similar en comparación con la sierra urbana 2003 (2,9%), la selva urbana 2004 (3,6%), fronteras 2005 (3,2%) y ciudades de la costa 2006 (2,5%). En el caso del área rural 2003 las cifras son menores, con una prevalencia de vida de deseos de morir en Lima y la sierra 2003 de 26,8% y 23,7%, respectivamente. El intento suicida hallado fue de 1,2% para Lima rural 2007 y 0,6% para la sierra rural 2008.

La replicación de estudio en esta área permitirá estimar las tendencias en este problema. Se incluirá como indicadores suicidas, no sólo los deseos de morir y el intento suicida, sino también la presencia de pensamientos activamente suicidas.

## 2.7. TRASTORNO HIPERQUINÉTICO CON DÉFICIT DE ATENCIÓN EN EL ADULTO

En los últimos años se ha observado un creciente interés en los trastornos hiperquinéticos en el adulto, debido al importante impacto que tienen en la vida de las personas. La presencia del trastorno hiperquinético con déficit de atención en el adulto, se ha relacionado con problemas laborales, como despidos frecuentes, dificultades interpersonales con jefes y compañeros, tardanzas, ausentismo, errores excesivos e incapacidad de cumplir con la carga de trabajo asignada<sup>(71)</sup>. Asimismo, se ha reportado un aumento de problemas de pareja, violencia y accidentes de tránsito. Se ha estimado que 75% de los niños que padecen trastornos hiperquinéticos en la infancia, lo siguen padeciendo en la adolescencia y 50% lo padecen de adultos. Se ha reportado una prevalencia entre 3% y 5% en el adulto con una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, con un impacto sustancial en el funcionamiento y un bajo nivel de tratamiento<sup>(72)</sup>. Este bajo nivel de tratamiento se relaciona con una baja identificación de este desorden por los clínicos debido a que usualmente se le asocia con problemas de la infancia y porque se encuentra una alta comorbilidad y pasa desapercibido o enmascarado por los otros trastornos. Esto a pesar de que la presencia de problemas hiperquinéticos empeora el pronóstico de los problemas asociados, en particular si no es identificado y tratado.

No ha habido estudios epidemiológicos de salud mental realizados en esta área de estudio en las áreas de estudio.

## 2.8. TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD

Los desórdenes psiquiátricos 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<sup>(73)</sup>. Se estima que los porcentajes de pérdida de AVAD por problemas de salud mental ascienden al 8,1% con relación al total de las enfermedades<sup>(74)</sup>.

Según la 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 el más bajo porcentaje en la recuperación de la total capacidad social y del trabajo<sup>(75)</sup>. Según esta misma información, la población discapacitada en el Perú se encuentra entre 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.

En el campo de la salud mental, observamos la tendencia de los trastornos mentales hacia la cronicidad y a producir secuelas en las personas que los padecen, a pesar de los avances en el tratamiento. Así por razones diversas, el avance en la rehabilitación de estos trastornos no se ha desarrollado paralelamente al tratamiento biológico<sup>(76)</sup>.

Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el INSM han medido el grado de discapacidad e inhabilidad en base a preguntas que indagaban sobre la pérdida o disminución de la capacidad de funcionamiento de la persona en su cuidado personal, en su medio social, familiar, y ocupacional. En el año 2002, la presencia de algún grado de discapacidad o inhabilidad en la población adulta de Lima Metropolitana y el Callao fue del 26,5%, en el 2012, fue de 10,3%, mientras que en la sierra urbana 2003 fue de 21,2%. En la selva urbana 2004, ciudades fronterizas y ciudades de la costa 2005 y 2006 la presencia de algún grado de discapacidad o inhabilidad fue de 8,5%, 11,1% y 10,7%, respectivamente. Por otro lado, el porcentaje de al menos alguna discapacidad en el área rural de Lima 2007 y el área rural de la sierra 2008 fue de 12,3% y 8,3%, respectivamente. El presente estudio busca replicar el estudio de la discapacidad psiquiátrica e inhabilidad en ciudades de la sierra. Adicionalmente se evaluará los niveles de funcionamiento en la población estudiada.

## 2.9. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Los estudios internacionales sobre acceso a los servicios de salud mental sostienen que éste se ve afectado principalmente en personas de menores recursos económicos, cultural y lingüísticamente diferenciadas y con niveles educativos bajos<sup>(77)</sup>. En el Perú la variedad sociocultural y su interrelación con el nivel educativo son especialmente importantes en problemas de salud, porque los mitos y prejuicios están muy extendidos y la medicina folklórica podría jugar un importante papel. Respecto a los problemas físicos el estudio sobre Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú realizado a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 (INEI) encontró que las poblaciones con menores ingresos, rurales, con necesidades básicas insatisfechas, eran las que accedían menos; sin embargo, esta encuesta estuvo dirigida sólo a problemas físicos y no había incluido ninguna pregunta acerca de la salud mental<sup>(78)</sup>. La Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENNIV-2000) encontró que la atención en salud (general) es similar entre hombres y mujeres, mayor en la zona urbana que en la rural, tendiendo a aumentar con el nivel de ingresos<sup>(79)</sup>. Como veremos, en el caso de la salud mental intervendrían otras variables socioculturales.

Los estudios sobre acceso a servicios de salud mental en Lima y el Callao en el año 2002 y 2012, han confirmado la importancia de los aspectos culturales en el acceso a los servicios de salud mental, siendo aún más importantes que los aspectos económicos<sup>(80,81)</sup>. En Lima, del total de la población que reconoce haber padecido problemas de salud mental, el 24,3% accedió a los servicios de salud en el año 2002, mientras que en el año 2012 fue el 31,0%. Sin embargo, tomado en cuenta las personas con trastornos mentales diagnosticables en el año 2012 sólo el 16,9% de las personas con algún trastorno mental recibió atención de salud en el último año. En el estudio de Lima del 2002 se llegó a determinar que los aspectos que se encontraron relacionados al acceso fueron: la edad, el estado civil, la comunicación familiar, compromiso religioso, la pertenencia a un sistema de seguro. Los motivos

que adujeron los informantes para no buscar atención fueron en orden de frecuencia: “lo debía superar solo” 59,4%, “no tenía dinero” 43,4%, “falta de confianza” 36,9%, “duda del manejo del problema por los médicos” 30,8%, entre otras, las cuales remarcan la influencia de los factores culturales y en cierta medida económicos. En ambos estudios del año 2002 y 2012, el factor pobreza no se encontró asociado estadísticamente al acceso, lo cual hace suponer que priman los aspectos culturales.

En el caso de la sierra urbana y la selva urbana, el nivel de acceso a servicios por problemas de salud mental es significativamente menor al encontrado en Lima. Del total de la población que reconoce haber padecido un problema de salud mental, sólo el 13,9% de la sierra y el 14,3% de la selva accedió a servicios de salud. Al igual que en Lima Metropolitana y Callao, la mayoría alude como motivo de no acceso el que “lo debería superar solo” (50,2%). En ciudades de fronteras, el 12,8% de aquellos que reconocieron haber padecido un problema de salud mental en el último año accedió a servicios de salud; aquellos que no recibieron atención asumieron que “deberían superarlo solos” en el 52,9% de los casos.

En las ciudades de la costa 2006 el 19,8% de aquellos que reconocieron haber padecido un problema de salud mental en el último año, accedió a servicios de salud. De esta población que no buscó ayuda a pesar de percibir problemas de salud mental, un 68,4% no lo hizo porque “lo debía superar sólo”, un 34,1% porque no tenía dinero, y un 29,0% por falta de confianza. En el caso del área rural de Lima 2007 sólo el 10,1% recibió alguna atención, similar al de la sierra rural 2008 donde se encontró el 10,4%.

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

## 2.10. POBREZA Y SALUD MENTAL

La pobreza representa un reto para los países en desarrollo a pesar de la mejoría alcanzada en los últimos años. Según el informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la pobreza se redujo de 43,9% en el 2002 a 28,0% en el 2014, aunque con un estancamiento en los últimos 3 años<sup>(82)</sup>. De esta manera se calcula que más de 167 millones de personas se encuentran en situación de pobreza y más de 71 millones en pobreza extrema. Este informe señala que entre el 2008 y el 2013 el Perú mostró el más alto descenso de la pobreza entre todos los países latinoamericanos. A pesar de ello la variación de la desigualdad ha mostrado un avance mucho menor y aún el 22,7% de la población del Perú se encuentra en situación de pobreza, y el 4,3% en situación de pobreza extrema (1 millón 325 personas), siendo el área rural la más afectada. El círculo vicioso entre los aspectos socioeconómicos y la salud mental convierte a esta última en parte de la agenda necesaria de los países que buscan su desarrollo<sup>(83)</sup>. La OMS, en su informe anual de salud del año 2001, enfatizó la relación entre la pobreza y la salud mental, en especial con el episodio depresivo. La relación entre la pobreza y la salud mental crea un círculo vicioso, por un lado la pobreza y sus condiciones afectan la salud mental de las personas, y éstas a su vez, influyen en la economía de las familias –costos y producción<sup>(84)</sup>. En América Latina, un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales, realizado en Santiago de Chile, confirmó una mayor prevalencia de trastornos entre las personas de un nivel social bajo<sup>(85)</sup>. Un re-análisis de estudios comunitarios de varias ciudades americanas, demostró que el estado socioeconómico bajo duplicaba los riesgos para la depresión en niños. Esta investigación también halló una gran variabilidad en la asociación entre pobreza y la presencia de disturbios emocionales severos, lo que confirma la necesidad de realizar estudios por regiones.

Desde el inicio de las investigaciones del INSM se ha puesto énfasis en un enfoque psicosocial en el estudio de los problemas de salud mental, particularmente en los aspectos socioeconómicos. Dos hallazgos de estos estudios son pertinentes en relación al estudio actual. Por un lado, se ha identificado que la prevalencia de un conjunto de problemas de salud mental está asociado con los niveles de pobreza y condiciones de vida de la población<sup>(34,36)</sup>, confirmando observaciones que sugieren que, ambientes de esta naturaleza son propicios para incrementar los problemas de salud mental<sup>(86)</sup>. En el Perú existen muchas diferencias en la tasas de incidencia de la pobreza entre las distintas regiones, siendo más altas para la sierra y la selva en comparación con la costa o Lima Metropolitana<sup>(87)</sup>.

En general, en la última década el Perú ha mostrado un decremento de la pobreza, sin embargo no ha habido una modificación sustancial de la desigualdad en la distribución del ingreso (Tabla 1)<sup>(88)</sup>. El INEI en el 2015, en base a la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de vida y pobreza (ENAHO) realizada en el 2014 encontró que a nivel nacional la pobreza total se encontraba en 22,7% en contraste con 33,5% en el año 2009. Con respecto a la pobreza extrema esta se encontraba en 4,3% en el año 2014 mientras que en el año 2009 la hallamos en 9,5%<sup>(89)</sup>. Como se mencionó anteriormente, los niveles de pobreza en el ámbito rural son mucho más elevados que en las zonas urbanas (Tabla 1). Algunos estudios señalan que el desarrollo no necesariamente se acompaña de una mejoría de la salud mental, sugiriendo la existencia de marcadas desigualdades como posible explicación de ello<sup>(28)</sup>. Este estudio permitirá reevaluar esta asociación.

En nuestro medio, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en la ciudad de Lima y Callao tanto en el año 2002 como en el 2012 encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza, tanto en la percepción de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares como con la medición a través de necesidades básicas insatisfechas (NBIs) y los trastornos ansiosos y depresivos. En la sierra urbana 2003 esta asociación no ha sido tan clara, por lo menos para la percepción de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares<sup>(35)</sup>. Una explicación posible es que en la interacción entre la pobreza y la salud mental participen otras variables particulares sobre la experiencia de la pobreza en cada región, como un mayor estrés en la población de Lima. Asimismo, no se descartan problemas de adecuación de los indicadores a distintas regiones.

**TABLA**  
**PERÚ: EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA POBREZA TOTAL, SEGÚN REGIÓN NATURAL Y DOMINIO, 2009-2014**  
**(PORCENTAJE RESPECTO DEL TOTAL DE POBLACIÓN)**

ÁMBITOS GEOGRÁFICOS DOMINIOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	DIFERENCIA (EN PUNTOS PORCENTUALES)	
							2014 / 2013	2014 / 2009
							<b>NACIONAL</b>	33,5
URBANA	21,3	20,0	18,0	16,6	16,1	15,3	-0,8	-6,0
RURAL	66,7	61,0	56,1	53,0	48,0	46,0	-2,0	-20,7
<b>REGIÓN NATURAL</b>								
COSTA	20,7	19,8	17,8	16,5	15,7	14,3	-1,4	-6,4
SIERRA	48,9	45,2	41,5	38,5	34,7	33,8	-0,9	-15,1
SELVA	47,1	39,8	35,2	32,5	31,2	30,4	-0,8	-16,7
<b>DOMINIO</b>								
COSTA URBANA	23,7	23,0	18,2	17,5	18,4	16,3	-2,1	-7,4
COSTA RURAL	46,5	38,3	37,1	31,6	29,0	29,2	0,2	-17,3
SIERRA URBANA	23,2	21,0	18,7	17,0	16,2	17,5	1,3	-5,7
SIERRA RURAL	71,0	66,7	62,3	58,8	52,9	50,4	-2,5	-20,6
SELVA URBANA	32,7	27,2	26,0	22,4	22,9	22,6	-0,3	-10,1
SELVA RURAL	64,4	55,5	47,0	46,1	42,6	41,5	-1,1	-22,9
LIMA METROPOLITANA <sup>1/</sup>	16,1	15,8	15,6	14,5	12,8	11,8	-1,0	-4,3

<sup>1/</sup> Incluye la Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares 2009 - 2014.

Similares hallazgos a los de la sierra se encontraron en el área rural de Lima 2007, y el área rural de la sierra 2008, sin hallarse diferencias significativas, según el nivel de pobreza. En el caso de la selva urbana 2004, la relación entre la pobreza y la salud mental se presentó en forma similar a la de Lima. La prevalencia anual de cualquier trastorno psiquiátrico se encontraba en 41,8% en los más pobres, frente a 15,8% en los menos pobres<sup>(36)</sup>. En el caso de ciudades de fronteras 2005, la prevalencia actual de cualquier trastorno psiquiátrico se encontró en el 33,6% de aquellas personas que no podían cubrir sus necesidades básicas de alimentación con sus ingresos familiares (pobres extremos), frente a una prevalencia de 19,6% entre aquellos que podían satisfacer sus necesidades básicas y otras necesidades<sup>(37)</sup>. En el estudio en ciudades de la costa 2006, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia actual de cualquier trastorno depresivo en aquellos que no cubrían sus necesidades básicas de alimentación o pobres extremos (4,2%) frente a aquellos cuyos ingresos familiares podían cubrir sus necesidades básicas y otras (0,2%)<sup>(38)</sup>.

En países pobres como el nuestro, se hace imprescindible continuar la exploración en escenarios distintos, con la finalidad de identificar las variables que inciden, ya sea en la salud mental o en la pobreza, de tal forma que puedan elaborarse medidas correctivas apropiadas a los distintos contextos, y por lo tanto, deriven en una intervención o prevención eficaz. El propósito del presente estudio es 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 ciudades de la sierra.

## 2.11. EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

Diversos estudios clínicos y epidemiológicos y especialmente los estudios clásicos de Bowlby (1969, 1973, 1980) han permitido relacionar los eventos de vida adversos con el desarrollo de enfermedad mental. Hay suficientes datos que demostrarían las hipótesis que, por ejemplo, la separación de los padres, las amenazas de éstos a sus niños con abandonarlos, el excesivo control en el comportamiento de los niños y el descuido en la atención a los mismos, entre otras cosas, provocarían disturbios emocionales en la adultez<sup>(90)</sup>. Por otro lado los eventos adversos importantes durante la niñez parecen ser muy frecuentes en la población. Un estudio en población con una muestra de 9,282 adultos encontró que 53,4% de la personas reportaban haber padecido algún evento adverso durante su infancia y con mucha frecuencia múltiples<sup>(91)</sup>. Este estudio demostró que los eventos adversos en la infancia se asociaban con 44,6% de todos trastornos de inicio en la infancia y con 25,9% a 32,0% de los trastornos de inicio tardío. Además se encontró que los eventos adversos múltiples tenía un efecto aditivo significativo en la asociación y se encontró baja especificidad con trastornos mentales en particular. Otro estudio reciente demostró una asociación entre maltrato en la infancia e intento suicida y una menor edad al momento del primer intento<sup>(92)</sup>. También se ha encontrado asociación entre eventos de vida adversos como factor de vulnerabilidad para depresión recurrente en la adultez<sup>(93)</sup>.

El estudio epidemiológico de salud mental en la sierra, en el 2003, reveló una mayor prevalencia de estilos de crianza negativos en Ayacucho y de sobreprotección en Huaraz. Asimismo, se observó un incremento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos, en las personas que habían recibido estilos de crianza negativos. El maltrato infantil, bajo el criterio de haber recibido más castigos de lo que se merecía, tiene el impacto más notable en todos los trastornos. Sin embargo, también resaltaba la falta de ternura entre la persona y sus padres, especialmente en los trastornos depresivos. El estudio en la costa peruana 2006 reveló diferencias significativas, entre las ciudades en algunos de los ítems, y una asociación con la presencia, alguna vez en la vida, de trastornos psiquiátricos<sup>(38)</sup>. Lo mismo se ha encontrado en el estudio realizado en el área rural de Lima 2007 y la sierra rural 2008.

La finalidad de la presente investigación es ampliar el conocimiento de esta relación en nuestra población. Para ello, en la encuesta del estudio epidemiológico para la sierra peruana se incluyeron preguntas sobre los eventos de vida adversos, para luego confrontarlos con los datos obtenidos sobre la prevalencia de desórdenes mentales. Para ello en la encuesta del estudio epidemiológico se han incluido preguntas sobre los eventos de vida adversos y los estilos de crianza, para luego confrontarlos con los datos obtenidos sobre prevalencia de desórdenes mentales.

## 2.12. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

En el Perú las necesidades de salud de nuestra población vienen siendo, desde antaño, satisfechas por 2 sistemas paralelos: el de la medicina oficial o académica y el de la medicina popular o tradicional<sup>(94)</sup>. Los estudios de morbilidad en poblaciones abiertas y las experiencias acumuladas por distintos investigadores en el mundo, señalan que una significativa mayoría (del 70% al 80%) de los episodios de enfermedad reportados, se manejan por fuera de los sistemas de atención médica oficial, recurriendo a otros sistemas alternativos, como los que ofrece la medicina tradicional o popular<sup>(95)</sup>.

La bibliografía peruana es rica en esta área, gracias a los estudios realizados por científicos peruanos y extranjeros en los últimos 50 años<sup>(96)</sup>. Por otro lado, los estudios de orden social, médico y folklórico sobre medicina tradicional o popular no han sido realizados con el rigor metodológico<sup>(97)</sup> que permita una sistematización de ellos; así, tampoco se ha realizado antes, un estudio epidemiológico en el que se intente explorar, no solo los síndromes socioculturales, sino también los agentes que los resuelven,

sus estrategias diagnósticas y de tratamiento. También se ha explorado, aunque en forma incipiente, sobre espiritualidad y religiosidad popular, pero como espacio de resistencia e identidad, a la vez que de integración y de solidaridad<sup>(98)</sup>. Finalmente, aunque por ahora a modo de conclusiones hipotéticas, se presentan algunos resultados.

El estudio epidemiológico de salud mental en la sierra urbana 2003, encontró 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; siendo más frecuentes el “susto” y el “aire”. Las personas que consultaron por alguno de estos síndromes, en algún momento de su vida presentaron: un episodio depresivo, algún trastorno de ansiedad, o síntomas paranoides con mayor frecuencia que la población general, con excepción del “chucaque”<sup>(35)</sup>.

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa, realizado en el año 2006, reveló también que los síndromes folklóricos tienen vigencia y son identificados y reconocidos por la población encuestada. Asimismo, la población reconoce como agentes de medicina folklórica, entre otros: al brujo - curandero, al santiguador o rezador, al curioso, al yerbero, al huesero o sobador y a la partera empírica o comadrona. El síndrome folklórico de mayor prevalencia fue el “chucaque”. Por cada persona que consultó por “daño”, 5,7 personas lo hicieron por “chucaque”. El estudio epidemiológico de salud mental realizado en el área rural encontró una asociación entre “daño” y la presencia de síntomas psicóticos (según el MINI), entre “susto” y la presencia de trastornos de ansiedad y depresión moderada a severa. Asimismo, se halló una asociación entre “aire” y “chucaque” y depresión moderada a severa.

Así como en los estudios anteriores, se pretende replicar el estudio previo en ciudades de la sierra explorando las tendencias en los aspectos relacionados a la medicina tradicional y a la psiquiatría folklórica, investigando variables importantes como: los agentes de la medicina tradicional, los síndromes clínicos populares o folklóricos y sus métodos diagnósticos, los métodos terapéuticos y la correlación entre síntomas y signos clínicos y los de los síndromes populares o folklóricos.

## 2.13. DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL

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

Muchos estudios internacionales respaldan la importancia de la relación entre discriminación y salud mental. La discriminación es considerada, entre las situaciones estresantes secundarias más importantes asociada a eventos estresantes mayores, como la pérdida del trabajo o la exposición a la violencia<sup>(99)</sup>. Entre los motivos de discriminación relacionados con la salud mental, se encuentran el género, la orientación sexual<sup>(100)</sup>, el racismo<sup>(101)</sup>, el etnicismo<sup>(102)</sup>, el status social<sup>(99)</sup> e incluso la condición de salud mental en sí misma<sup>(103)</sup>, sin considerar formas más sutiles como la belleza física, la edad, etc.

Las variables de salud mental empleadas para medir los efectos de la discriminación, han sido el distrés psicológico, la satisfacción de vida, el sentimiento de felicidad, síntomas de ansiedad o de depresión<sup>(102)</sup>. Al parecer, la prevalencia de la discriminación sería alta. Según un estudio epidemiológico realizado en los EEUU, la gran mayoría de las personas ha experimentado algún tipo de discriminación mayor en su vida y un tercio considera experimentarla todavía<sup>(99)</sup>. En el mismo estudio, el 48% de los encuestados percibe que en algún momento las personas actúan como si ellas fueran inferiores; un 40% percibe en algún momento un mal servicio en restaurantes o tiendas; un 43% percibe en algún momento que las personas actúan como si ellas no fueran inteligentes.

Tanto en el estudio epidemiológico de salud mental de la sierra urbana del año 2003 como en el de la selva urbana 2004, ciudades de fronteras 2005 y la costa 2006, y el área rural de Lima 2007

se encontró que de las diez condiciones de discriminación exploradas (sexo, edad, peso, color de piel, forma de vestir, condición económica o social, nivel educativo, religión, amistades y lugar de nacimiento) la condición económica o social fue la más elevada, con una prevalencia de vida del 11,5%, 11,8%, 16,1%, 11,0% y 11,6%, respectivamente. El segundo tipo de discriminación más frecuente en la sierra urbana 2003, la selva urbana 2004 y el área rural de Lima 2007 fue el nivel educativo, mientras que en fronteras fue por el sexo. En la sierra rural 2008 fue primero el nivel educativo y muy de cerca el nivel socioeconómico. En la sierra urbana 2003 según sexos, las principales áreas de discriminación en el sexo femenino fueron: sexo (11,7%), nivel educativo (11,3%) y condición económica o social (10,9%); en la población masculina las áreas más importantes fueron la condición económica o social (12,1%), el nivel educativo (7,9%) y la edad (6,3%). En la selva urbana 2004, las áreas más importantes de discriminación en la población femenina fueron condición socioeconómica (11,7%), nivel educativo (10,1%) y sexo (8,2%); en la población masculina las áreas de discriminación más importantes fueron la condición económica o social (12,0%), el nivel educativo (9,6%) y la edad (9,5%)<sup>(35,36)</sup>.

En las ciudades de fronteras 2005, según género, las principales áreas de discriminación en el sexo femenino fueron el sexo (19,0%), la condición económica o social (17,5%) y el nivel educativo (14,9%), mientras que en la población masculina fueron la condición económica o social (14,6%), la edad (9,9%) y el nivel educativo (8,8%)<sup>(37)</sup>. En la costa 2006 se encontró una prevalencia de vida de discriminación en la condición socioeconómica del 11,0%, seguido por la edad con un 8,8%<sup>(38)</sup>. En Lima rural 2007 la prevalencia de vida de discriminación más frecuente en las mujeres se dio con respecto al sexo (13,2%), seguido por la condición económica o social (12,4%); en el caso de los varones la discriminación más frecuente fue por la condición económica o social (10,9%) y por el nivel educativo (9,2%). En el área de la sierra rural 2008, para el sexo femenino las principales fuentes de discriminación han sido el nivel educativo (16,0%) seguido por la condición económica o social (11,7%), y en el varón la condición económica o social (12,5%) y el nivel educativo (10,2%).

El presente estudio pretende evaluar las tendencias discriminatorias en la población de ciudades de la sierra.

## 2.14. ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

A pesar de los programas que luchan contra el estigma hacia las personas con problemas de salud mental y las conductas discriminatorias asociadas, hay evidencia de que éstos, en la práctica, son todavía insuficientes<sup>(104,105)</sup>. El estigma afecta tanto a las personas con trastornos mentales como 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 las intervenciones dirigidas a los familiares. Los resultados del presente estudio deben servir para sentar las bases de proyectos de intervención que reduzcan los efectos negativos del estigma hacia personas con problemas mentales y sus familiares<sup>(106,107)</sup>.

Como se mencionó, el estigma en esquizofrenia va dirigido no sólo a los pacientes, sino también a sus familiares, a los profesionales de la salud, a los hospitales psiquiátricos, a los medicamentos antipsicóticos y a otras terapias. El estigma contra las personas con esquizofrenia se sustenta en las creencias, y mitos de que ellos:

- Son violentas y peligrosas.
- Pueden contagiar a otros 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.

- Tienen 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, a través de las siguientes medidas:

- Reducir los síntomas con el tratamiento farmacológico.
- Reducir las consecuencias adversas de la enfermedad.
- Mejorar la competencia social del individuo.
- Incrementar el soporte familiar y social en las áreas de empleo, labores hogareñas, socialización y recreación<sup>(108)</sup>.

Respecto al estudio epidemiológico realizado por el INSM HD-HN en la sierra urbana en el año 2003<sup>(35)</sup>, llamó la atención que un 43% de la población no considera la depresión como un desorden mental, pasando inadvertida, y que sólo el 3% de la población considera los problemas de personalidad como patología psiquiátrica. Los resultados nos muestran que un 70% de la población reacciona no aceptando a las personas con enfermedades mentales, pero en contraste están dispuestos a brindarle algún tipo de ayuda en un 47%. En el mismo sentido, tratándose de familiares con enfermedades mentales, se tiende a no aceptar la enfermedad en ellos en un 80% aproximadamente. Por otro lado, un 93% de la población general piensa que, en el caso de sufrir una enfermedad mental, no sería aceptado en su comunidad. Sin embargo, es sorprendente la expectativa de la población general de la sierra peruana, pues un 81% piensa que las personas con enfermedades mentales pueden ser rehabilitadas y reintegradas en su comunidad.

El desarrollo de la replicación de la encuesta de salud mental en ciudades de la sierra permitirá obtener información de sus tendencias, con la cual el Instituto, las autoridades de salud de las regiones, gobiernos locales y del nivel nacional estarán en condiciones de adoptar políticas y programas apropiados según sus realidades.

## 2.15. DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

El Desarrollo Humano puede enfocarse desde diferentes perspectivas. Puede referirse al proceso de desarrollo biológico del ser humano, al pleno desarrollo de sus funciones psicológicas, cognitivas, emocionales, sociales, o a su desarrollo espiritual y trascendente. O también, al proceso evolutivo de la humanidad.

El Informe sobre Desarrollo Humano 2002, encargado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ofrece un análisis impactante y oportuno acerca del papel que la política desempeña en el logro del desarrollo humano, la importancia de las libertades políticas como objetivo de desarrollo humano, y los posibles modos en que las instituciones democráticas pueden ayudar al fomento del progreso social y al crecimiento económico equitativo.

El desarrollo humano implica tener un nivel de vida satisfactorio. El crecimiento económico, el incremento del comercio y de la inversión internacional y los avances tecnológicos son muy importantes, pero son medios y no fines. Que puedan contribuir al desarrollo humano en el siglo XXI dependerá de que sirvan para ampliar las alternativas de las personas, coadyuvando a crear un entorno en el que la persona pueda desarrollar sus potencialidades plenamente, tanto como posibilidades y vivir de modo saludable, productivo y creativo. Para lograrlo es fundamental que desarrolle sus capacidades: la gama

de cosas que puede llegar a ser o a hacer. Las aspiraciones más elementales del desarrollo humano son tener una vida larga y saludable, educarse y capacitarse, tener acceso a los recursos necesarios y, poder participar en la vida de la comunidad a la que pertenece. La dignidad de la persona también requiere que sea libre y pueda participar en la formación y la administración de las normas e instituciones que la gobiernan.

Si bien el desarrollo humano puede ser afrontado desde diferentes perspectivas, en la salud mental del individuo están inmersas la construcción de estilos positivos en las maneras de pensar, sentir y actuar; la adquisición de recursos psicológicos y habilidades para una vida significativa, exitosa y productiva, en todos los contextos en los que se desempeña el ser humano. Así, el desarrollo humano se convierte en un indicador del nivel de salud mental alcanzado.

## 2.16. SALUD MENTAL POSITIVA

La combinación de aspectos positivos y negativos implica un concepto más amplio de salud vinculado y dirigido a la totalidad de la persona; de esta manera la actividad y atención clínica devienen en un diagnóstico de salud<sup>(109)</sup>. Bajo este punto de vista el foco de atención no es sólo la enfermedad sino la salud en su concepto más amplio, con implicancias en aspectos promocionales y preventivos<sup>(110)</sup>. Este tipo de aproximación está siendo incluido en los estudios epidemiológicos de cuarta generación al lado de los indicadores de salud mental negativa<sup>(111,112)</sup>. Esta aproximación hace posible anticipar la conducción de investigación empírica rigurosa hacia la formulación de una ciencia del bienestar (Cloninger, 2002)<sup>(113)</sup> y avanzar hacia una promoción de la salud a nivel más elevado tanto en el ambiente clínico como en el de la salud pública<sup>(114)</sup>. La salud positiva se relaciona con conceptos como satisfacción con la vida, funcionamiento, bienestar, resiliencia, recursos personales, calidad de vida o sentimientos de felicidad o de alegría que son relevantes tanto para la salud mental como para la salud en general<sup>(115)</sup>. Algunos han postulado que las emociones positivas como la felicidad, el contento o el disfrute amplían el repertorio de pensamiento-acción de las personas en un momento dado y por lo tanto constituyen recursos personales más duraderos y servirían para prevenir y tratar problemas enraizados en emociones negativas, como la ansiedad, depresión u otros relacionados con el estrés<sup>(116)</sup>. Otros autores postulan que el crecimiento económico no necesariamente se correlaciona directamente con el sentimiento de felicidad de una población<sup>(28)</sup>.

Con relación a la resiliencia, Rutter (1990) citado por Kotliarenco y colaboradores<sup>(117)</sup> ha remarcado que existen diversos mecanismos que median los procesos protectores ante circunstancias difíciles, que podrían modificar frente a un factor de riesgo cómo se podría comportar la enfermedad mental. Uno de esos mecanismos se refiere al que promueve el establecimiento y mantenimiento de la autoestima y la autoeficacia relacionadas a vínculos afectivos seguros y armónicos y al éxito en tareas que son importantes para las personas. La inclusión de estos procesos protectores en la formulación diagnóstica redundaría en forma significativa en aspectos que son importantes, no necesariamente para recuperarse del trastorno sino en la forma como lo enfrenta, lo que va a tener un efecto directo en la calidad de vida de la persona. El estudio epidemiológico de salud mental realizado tanto en el área rural y como en la urbana de Lima encontró puntajes ligeramente menores en las mujeres, en escalas de autoestima, satisfacción con la vida, autoeficacia y resiliencia. Lo mismo podría decirse de los hallazgos con la satisfacción personal como aspecto físico, inteligencia, nivel socioeconómico, profesión estudiada y nivel educativo alcanzado, donde las mujeres muestran mayor insatisfacción que los varones<sup>(40)</sup>. El estudio epidemiológico de salud mental realizado en áreas rurales de la sierra en el 2008 encontró hallazgos similares<sup>(41)</sup>. Estos hallazgos deben poner en alerta la importancia de la perspectiva de género en la salud mental y la posible implicancia de estos hallazgos en la salud positiva como explicación de las mayores prevalencias de depresión y ansiedad en las mujeres.

## 2.17. PROBLEMAS DEL SUEÑO

Los problemas del sueño se manifiestan como dificultad para conciliarlo o para mantenerlo o bien como sueño poco reparador; estas quejas se presentan varias veces a la semana y usualmente se acompañan con dificultades en las actividades diurnas. La CIE-10 considera entre los trastornos del sueño el insomnio e hipersomnia no orgánicos, los trastornos del ciclo sueño-vigilia, el sonambulismo,

los terrores nocturnos y las pesadillas<sup>(118)</sup>. El DSM-IV-TR incluye además trastornos del sueño relacionados con la respiración<sup>(119)</sup>. Los problemas del sueño no sólo son manifestaciones de problemas psiquiátricos sino que también son síntomas frecuentes en la población general. Los problemas del sueño también han sido relacionados con accidentes automovilísticos; especialmente los asociados al trabajo por turnos rotativos<sup>(120)</sup>. Un estudio brasileño encontró en una muestra de choferes de autobús que el 42% y 38% reunía criterios para somnolencia (latencia del sueño menor a 5 min) según el test múltiple de latencia del sueño cuando la prueba se realizó durante el día o la noche, respectivamente<sup>(121)</sup>. Otros estudios han encontrado asociados los problemas del sueño con pobre bienestar psicológico<sup>(122)</sup>, con menor calidad de vida<sup>(123)</sup> y con disminución en el rendimiento laboral<sup>(124)</sup>. Asimismo los problemas del sueño se han vinculado con una mayor utilización de servicios médicos generales y con problemas médicos crónicos<sup>(125)</sup>. Hay pocos estudios poblacionales realizados en Latinoamérica y su estudio es importante en vista de su repercusión sobre la salud general de las personas y configura un problema de salud pública<sup>(124)</sup>.

Los estudios internacionales en países desarrollados han encontrado que entre un cuarto y un tercio de la población general presenta problemas de sueño<sup>(122,123,126,127)</sup>. En este sentido, un estudio internacional con muestras poblacionales encontró una prevalencia de problemas de sueño de 56% en EEUU, 31% en países de Europa del Oeste y 23% en Japón. La mayoría de las personas de este estudio consideró que estos problemas de sueño tuvieron impacto en su funcionamiento diario afectando su vida familiar, sus actividades personales y profesionales<sup>(126)</sup>. Sin embargo, las comparaciones son difíciles debido a las distintas metodologías en las mediciones. Se han realizado pocos estudios en países en desarrollo; por ejemplo, prevalencias menores de problemas de sueño han sido encontradas en un estudio en Nigeria donde 11,8% de la población reportó problemas de insomnio al menos dos semanas en el último año. En el Perú, en el año 2007, el INSM realizó un estudio epidemiológico en una muestra de 2,536 adultos utilizando la Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh y encontró cifras similares a las encontradas en otras latitudes, con la diferencia que se trata de una muestra rural. En más del 24% de los entrevistados se encontraron problemas que ameritaban la atención del médico. Un 18,8% requirió más de 30 minutos en conciliar el sueño, mientras que un 38,2% de la población estudiada durmió menos de 7 horas diarias. Cifras similares han sido encontradas en una muestra proveniente de áreas rurales de la sierra peruana, en donde 23,4% presentaba problemas que ameritaban la atención médica, 15,7% requirió más de 30 minutos para conciliar el sueño y 33,4% durmió menos de 7 horas diarias<sup>(40)</sup>. El último estudio en Lima Metropolitana encontró que 32,3% de la población tenía algún problema de sueño y un 8,1% requeriría de un tratamiento médico específico<sup>(42)</sup>. No contamos con estadísticas referentes en las áreas a ser estudiadas.

## 2.18. ACOSO ESCOLAR

Un área importante de interés en los adolescentes corresponde al acoso escolar. Desde hace algunos años se le viene dando creciente importancia a este tipo de violencia en el medio escolar. Sin embargo, los primeros trabajos se remontan a finales de la década de los 80<sup>(128)</sup> y luego se han reportado en todas partes del mundo. Un estudio reciente realizado en España por la Defensoría del Pueblo en 3000 estudiantes de 300 centros educativos públicos encontró que 10,5% de los alumnos declaró haber sido sujeto de exclusión social, 26,7% de haber recibido agresiones verbales, 14,2% de agresión física indirecta (esconder sus cosas), 4,4% de agresión física directa y 6,4% de amenazas para meter miedo, por lo menos algunas veces. Asimismo, situaciones más serias como amenazas para obligarles a hacer cosas contra su voluntad o ser amenazados con armas o acoso sexual se encuentra en un 0,6, 0,5% y 0,9% respectivamente<sup>(129)</sup>. Otros estudios dan cuenta de prevalencias importantes de acoso escolar como 16% en niños de escuelas holandesas<sup>(130)</sup>, o 12% en escuelas americanas<sup>(131)</sup>. Los criterios diagnósticos más comúnmente utilizados resaltan la existencia de conductas de hostigamiento intencionales en el entorno escolar, la repetición de la conducta, interpretada por la víctima como no casual y como algo sistemático, la duración en el tiempo<sup>(132)</sup> y la existencia de gradiente de poder. El acoso escolar ha sido relacionado con problemas de salud mental, tanto en el acosado como en el acosador<sup>(133,134)</sup>. Se ha identificado una mayor frecuencia de conductas suicidas entre aquellos estudiantes que son víctimas y perpetradores al mismo tiempo<sup>(135)</sup>. Incluso se ha reportado relación entre trastornos mentales, como la depresión y trastornos de ansiedad en la tercera edad y antecedentes de acoso escolar<sup>(136)</sup>. Se agrava el problema porque con frecuencia las instituciones escolares tienden a minimizarlo<sup>(137)</sup>. Un estudio

reciente de seguimiento desde los 8 hasta los 29 años de edad ha corroborado que los niños expuestos a acoso escolar tienen mayor riesgo de trastornos psiquiátricos severos y de requerir atención psiquiátrica especializada, lo mismo que los niños perpetradores<sup>(138)</sup>. Por otro lado, estudios recientes han confirmado que programas de intervención en los colegios pueden disminuir drásticamente este tipo de violencia en los centros escolares<sup>(139)</sup>.

Según el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana del 2012 sobre violencia escolar en adolescentes de 12 a 17 años, las formas de maltrato más frecuentes (al menos 3 veces por semana) han sido: recibir apodosos que ofenden o ridiculizan (3,2%), recibir insultos (2,3%), que hablen mal de la persona (1,6%), ignorar a la persona (0,6%), no dejarla participar (0,4%), o amenazas para hacer sentir miedo (0,4%)<sup>(19)</sup>. Este estudio replicaría las investigaciones realizadas en el área rural de la selva 2004 y en las ciudades de Abancay y Huancavelica 2010.

## 2.19. VIOLENCIA POLÍTICA

La violencia política que afectó al Perú en el periodo 1980–2000 dejó un saldo doloroso de víctimas fatales, particularmente en los sectores menos favorecidos<sup>(\*)</sup>. Un estudio de salud mental realizado en poblaciones alto andinas de Huanta en Ayacucho, que evaluó el impacto de la violencia política en la población, encontró una prevalencia general de trastornos mentales del 73%, mientras que el 24,8% de la población mayor de 14 años había sufrido de estrés post traumático<sup>(140)</sup>. Las situaciones estresantes relacionadas con estos resultados no sólo se derivan de la exposición diferencial a la violencia política, sino de la estructura de la sociedad, como la desigualdad social y la exclusión, la extrema pobreza, y la discriminación racial y étnica. Los estudios epidemiológicos de salud mental del INSM realizados en la sierra en el 2003 y en la selva en el 2004 encontraron que las poblaciones con porcentajes más altos de haber perdido algún familiar en situaciones directamente relacionadas con la violencia política, ya sea por fallecimiento o por desaparición, estaban en las ciudades de Ayacucho con el 52,8%, Pucallpa con el 20,6% y Tarapoto con el 18,0%. En el caso de Huaraz, Iquitos y Cajamarca, esta cifra de pérdidas personales fue de 12,2%, 8,8% y 7,1% respectivamente. En las ciudades de fronteras 2205 se encontró 7,9% para la ciudad de Bagua Grande, 8,3% para Puerto Maldonado, 5,3% para Puno, 4,3% para Tacna y 4,4% para Tumbes. En el caso de la costa 2006 los hallazgos fueron en Ica 13,7%, Trujillo 10,7%, 7,7% en Chimbote, 7,1% en Arequipa, y 5,6% en Piura. En el área rural de Lima 2008 fue de 18,1%. Estas experiencias se han asociado con un incremento en la morbilidad psiquiátrica en estas personas, particularmente con relación a trastornos de ansiedad que en algunos casos continúan hasta la actualidad<sup>(35,36,37,38,40)</sup>. En el área rural de la sierra 2008 se encontró que el 20,8% de la población había sufrido al menos una situación de pérdida personal; sin embargo, en Ayacucho, esta situación la vivió el 69% de su población. Esta cifra ha sido hasta el momento la más alta encontrada.

## 3. OBJETIVOS

El objetivo general de la encuesta epidemiológica de salud mental en la ciudad de Abancay en el año 2016 fue identificar la prevalencia de los principales aspectos de la salud mental, sus asociaciones, sus magnitudes, las particularidades sociales de las personas que los sufren y los factores limitantes para el acceso a servicios de salud adecuados.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la magnitud y asociaciones de aspectos positivos y negativos de la salud mental: autoestima, autoeficacia, resiliencia, uso del tiempo libre, satisfacción con la vida, satisfacción laboral, confianza en autoridades, sentimientos prevalentes negativos y positivos, sentimientos de felicidad, nivel de cohesión y soporte familiar, conductas sociopáticas, discriminación, manifestaciones de distrés emocional y estrés ambiental de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Determinar la prevalencia y asociaciones de indicadores suicidas en los adultos, adultos mayores y mujeres, así como en grupos específicos, como mujeres maltratadas, en la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.

\* La Comisión de la Verdad y Reconciliación (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.

- Determinar magnitud y factores asociados a los indicadores suicidas en adolescentes mayores de 12 años de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Conocer la magnitud y los factores asociados a la violencia familiar y su vinculación con los trastornos mentales, en la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Determinar la prevalencia, aspectos clínicos, factores asociados relacionados a las adicciones o consumo de sustancias en la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Conocer la prevalencia, factores asociados de los trastornos mentales y físicos más frecuentes y los aspectos relacionados a la salud mental en general de la población de 60 años o más de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Determinar las actitudes y hábitos de riesgo, prevalencia, características y factores asociados de los problemas de la conducta alimentaria, en la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Estimar la prevalencia, caracterización y factores asociados de los trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático) y de los trastornos depresivos, así como estimar sus relaciones con la calidad de vida, el funcionamiento e influencia de los estilos parentales en la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Estimar la prevalencia, caracterización, aspecto clínicos, y factores asociados de los trastornos hiperquinéticos en el adulto (trastorno de la actividad y la atención, trastorno hiperquinético de la conducta), así como estimar su relación con la calidad de vida, el funcionamiento y la influencia de los estilos parentales de la población en la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Estimar la prevalencia y factores asociados de los trastornos depresivos (distimia, episodio depresivo), así como aspectos relacionados a la calidad de vida, el funcionamiento y la influencia de los estilos parentales de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Estimar la prevalencia, aspecto clínicos y factores asociados de los trastornos psicóticos (síndrome psicótico y trastorno bipolar), así como aspectos relacionados a la calidad de vida, el funcionamiento y la influencia de los estilos parentales de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Determinar la magnitud y los factores que se asocian, influyen o interfieren en el acceso equitativo de las personas con problemas de salud mental a la atención de salud en la ciudad de Abancay en el año 2016, tanto en forma general como en patologías psiquiátricas específicas, incluyendo aspectos evaluativos generales sobre los procesos de atención, costos y calidad de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Determinar la magnitud y la relación entre el nivel socioeconómico, expresado en la presencia o no de pobreza y la salud mental de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Explorar aspectos sobre medicina tradicional como los agentes de la medicina tradicional, los síndromes clínicos populares o folklóricos, los métodos diagnósticos, los métodos terapéuticos y la correlación entre síntomas y signos clínicos de los síndromes populares o folklóricos con los síndromes clínicos psiquiátricos de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Describir y analizar las perspectivas idiográficas acerca de sus problemas de salud mental de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Determinar la magnitud y factores asociados a la discapacidad derivada de los trastornos psiquiátricos de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Determinar la magnitud y factores asociados a la inhabilidad y el funcionamiento de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Identificar el nivel y factores asociados al desarrollo humano alcanzado en la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Identificar las actitudes de estigma hacia las personas con trastornos mentales en la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Explorar la relación entre los eventos de vida infanto-juveniles y la salud mental de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.

- Estimar la prevalencia de discriminación en sus distintas formas y su relación con la salud mental de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.
- Identificar las características psicométricas de los instrumentos utilizados en el estudio de salud mental de la población de la ciudad de Abancay en el año 2016.

## 4. METODOLOGÍA

El *Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana - Replicación 2016* consta de más de 20 capítulos o temas de estudio. En esta sección se incluyen el muestreo, variables e instrumentos.

### 4.1. TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO

Tipo descriptivo epidemiológico de corte transversal.

### 4.2. DISEÑO MUESTRAL

#### 4.2.1. LAS POBLACIONES OBJETIVO

La población a investigar comprende de manera general a las personas mayores de 12 años residentes en viviendas particulares de la ciudad de Abancay, considerando mujeres unidas, adultos, adultos mayores y adolescentes.

#### 4.2.2. NIVELES DE INFERENCIA

La muestra estuvo diseñada para dar resultados confiables para la ciudad de Abancay.

#### 4.2.3. MARCO MUESTRAL Y UNIDADES DE MUESTREO

El marco muestral empleado es el del Instituto Nacional de Estadística e Informática elaborado sobre la base del Pre-Censo del 2007.

#### 4.2.4. ESTRATIFICACIÓN Y NIVELES DE INFERENCIA

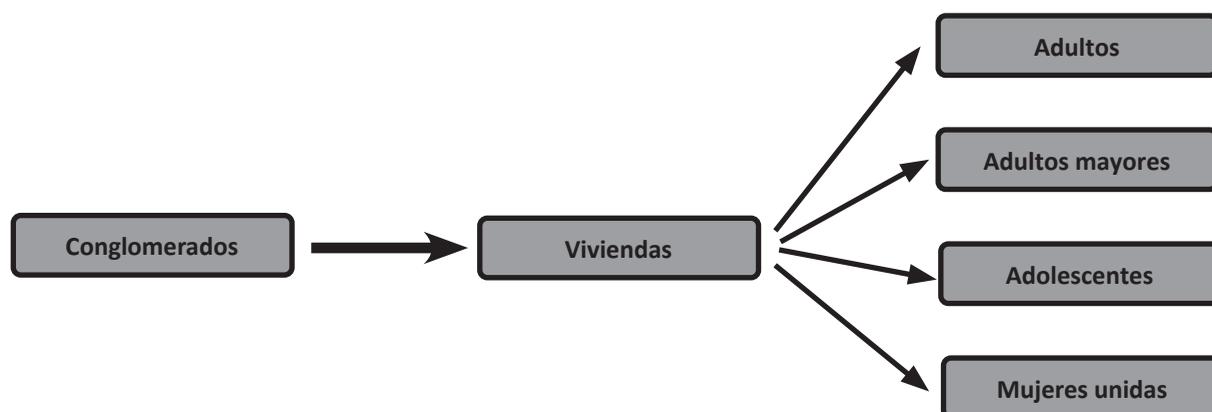
La ciudad en estudio constituirá un estrato y un nivel de inferencia

#### 4.2.5. TIPO DE MUESTRA

La muestra es multietápica, probabilística, de tipo complejo, pues combina etapas, conglomerados, estrato y probabilidades diferentes de selección. La muestra es ponderada con el fin de reproducir la estructura demográfica de la ciudad en estudio.

El diseño comprende cuatro muestras independientes, una para cada unidad de análisis. La diferenciación se presenta en la última etapa, en la cual se eligen de manera independiente las unidades de análisis.

Esquema de selección



#### 4.2.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la determinación del tamaño de la muestra se toma en cuenta que se trata de un estudio de precisión<sup>1</sup> (Chow, Shao, & Wang, 2008), orientado a estimar prevalencias, donde el objetivo es que los intervalos de confianza sean lo más pequeños posibles, con un nivel de confianza dado.

La muestra de la ciudad de Abancay formó parte de un diseño para 6 ciudades de la sierra que consideró los siguientes criterios:

- $p$ , Parámetro de referencia: prevalencia anual de cualquier trastorno psiquiátrico en adultos, 22%, obtenido en el estudio de la sierra peruana en el 2003 (Instituto Especializado de Salud Mental, 2003).
- $m$ , Margen de error: se ha considerado 10% en torno del valor esperado del parámetro de referencia.
- $z$ , 1.96 para un nivel de confianza del 95%
- Efecto de diseño. Se ha considerado 2.23 para el parámetro de referencia, de acuerdo a resultados del estudio de la sierra 2003 ya citado.
- Tasa de no-respuesta esperada de acuerdo a resultados observados en encuestas de hogares en la sierra: 8 %.

La fórmula empleada ha sido la siguiente:

$$n = \left[ \left( \frac{z^2 p(1-p)}{m^2} \right) (deff) \right] \left[ \frac{1}{1-tnr} \right]$$

El primer factor entre paréntesis de esta fórmula corresponde al tamaño de muestra teórica con muestreo aleatorio simple, la cual se expande por el factor *deff* para considerar el efecto del diseño que permita alcanzar el nivel de precisión deseado para una muestra con diseño complejo. El segundo corchete corresponde al ajuste por no-respuesta total (Chow et al 2008, Lohr 1999 y Cochran 1977).

Con esta fórmula se obtiene una muestra teórica de 9929 adultos, la que ajustada por el factor de no respuesta da una muestra total de 10792 adultos. Para Abancay se programaron 1799 adultos, la cual daría estimados con un margen de error de +/- 6.5 puntos porcentuales en el parámetro de referencia, manteniendo todos los otros criterios iguales.

Como la muestra de personas va a ser ubicada en viviendas, se debe determinar la cantidad de viviendas que deben ser visitadas para encontrar la cantidad de personas determinadas con la fórmula anterior. Para esto se toma en cuenta la proporción de hogares que cuenta con por los menos una persona de cada población objetivo o unidad de análisis.

**TABLA 1**  
**PORCENTAJE DE HOGARES QUE CUENTAN CON POR LO MENOS UN ADULTO**

UNIDAD DE ANÁLISIS	% DE HOGARES
ADULTO	100

Fuente: INEI. ENAHO 2014.

Esto quiere decir que en todas las viviendas de la muestra se encontrarán adultos y mujeres; en el 40% se encontrarán adultos mayores y en el 33%, adolescentes.

#### Muestra programada.

Sobre la base de estos criterios y los de la organización de la operación de campo que serán señalados más adelante, y previendo una tasa de no respuesta más alta, se ha estimado una muestra programada

<sup>1</sup> Un análisis de precisión para la determinación del tamaño de la muestra considera el máximo intervalo de confianza de un parámetro desconocido que uno está dispuesto a aceptar con una probabilidad dada.

de 2 068 adultos para la ciudad de Abancay. Descontando la tasa de no respuesta proyectada, se espera obtener una muestra efectiva de 1878 adultos

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

#### 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 o más años.

#### 4.2.8. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra fue distribuida en 110 conglomerados con un promedio de 18.8 viviendas por conglomerado.

#### 4.2.9. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra de personas fue seleccionada en tres etapas.

**4.2.9.1. Selección de unidades primarias de muestreo (UPM).** Se seleccionaron 110 conglomerados de manera sistemática y con probabilidad proporcional al tamaño en número de viviendas al interior del distrito o de cada uno de los distritos, que conforman la ciudad. La ciudad está conformada por todos los agrupamientos poblacionales que conforman el casco urbano del distrito, o de los distritos involucrados.

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

**4.2.9.2. Selección de unidades secundarias de muestreo (USM) o viviendas.** Dentro de los conglomerados definidos en la primera etapa, se seleccionaron en 17 viviendas de acuerdo a una tabla de selección de viviendas. En algunos conglomerados hubo un grupo de viviendas y en otros hubo dos grupos. Cuando hubo un solo grupo, se seleccionaron las 17 viviendas que hubo en el grupo 1, en el caso que hubo dos grupos, se seleccionaron las viviendas indicadas en cada grupo, la suma de las viviendas de los dos grupos tenía que ser 17 viviendas. De haber más de un hogar en la vivienda, se escogió el hogar principal. La cantidad de viviendas por conglomerado fue aumentada a 23 en el transcurso de la operación de campo cuando se detectó incremento en la no respuesta.

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

Se hizo un listado con todas las viviendas, identificando la condición de utilización y se reenumerarán las viviendas ocupadas. A continuación, se determinó el número de viviendas ocupadas y con ese valor como entrada, se determinó el orden que correspondía a la primera vivienda seleccionada de cada segmento compacto, empleando para tal fin una tabla especial, la cual ha sido construida de manera aleatoria de acuerdo a una distribución uniforme de probabilidades.

No se reemplazó ninguna de las viviendas seleccionadas.

**4.2.9.3. Selección de las unidades finales de muestreo (UFM) o personas.** En cada una de las viviendas en la segunda etapa se seleccionó una persona de cada grupo de análisis (mujer unida, adultos, adultos mayores y adolescentes), donde las hubiere.

Para la selección se determinó el número de personas residentes habituales de la vivienda que satisficieran los criterios de inclusión y exclusión de cada grupo de análisis. Se organizó una columna en

la hoja de registro de miembros del hogar donde se identifica a cada una de las personas elegibles dentro de cada población objetivo. Las personas a entrevistar de cada unidad de análisis fueron seleccionadas de manera independiente y aleatoriamente empleando la tabla de Kish. En el caso de la mujer unida se seleccionó a la jefa del hogar o la esposa o compañera del jefe del hogar, con probabilidad uno.

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

#### 4.2.10. PROBABILIDADES DE SELECCIÓN, FACTORES DE EXPANSIÓN Y PONDERACIONES

La muestra es ponderada. La ponderación corresponde al inverso de la probabilidad de selección de las personas.

La cadena de probabilidad en la muestra tiene los siguientes componentes:

##### Probabilidad de selección del conglomerado.

$$p_1 = \left( \frac{\# \text{ viviendas en el conglomerado}}{\# \text{ total de viviendas en la ciudad}} \right)$$

##### Probabilidad de selección de la vivienda en cada conglomerado seleccionado en la primera etapa.

$$p_2 = \left( \frac{\# \text{ viviendas a seleccionar en cada conglomerado}}{\# \text{ total de viviendas en el conglomerado}} \right)$$

##### Probabilidad de selección de las personas, entre los individuos elegibles en las viviendas seleccionadas.

$$p_3 = \left( \frac{1}{\# \text{ total de personas elegibles de la unidad de análisis}} \right)$$

Las probabilidades de la primera etapa están en función del número de viviendas en los conglomerados según los registros del INEI; las de la segunda etapa están en función del número de viviendas ocupadas listadas por los equipos de campo en cada manzana seleccionada. Las probabilidades de la última etapa están en función del número de personas de cada grupo objetivo listadas en la relación de miembros residentes en el hogar.

La probabilidad total de selección corresponde al producto de las probabilidades de las tres etapas.

$$P = P_1 \times P_2 \times P_3$$

Estas probabilidades iniciales fueron ajustadas luego de haber concluido la etapa de depuración de datos para corregir los efectos de la no-respuesta.

El inverso de esta probabilidad final ajustada constituye el factor de expansión de las unidades entrevistadas. Dado que se emplea el muestreo con probabilidad proporcional al tamaño en una de las etapas, para la determinación de los factores de expansión se emplea el estimador de Hansen-Hurwitz (Levy & Lemeshow, 1999). Los factores de expansión fueron redondeados a enteros, por lo que es probable que las tablas de resultados pudieran diferir del total de la muestra por ese efecto de redondeo.

Los factores de expansión fueron luego ajustados a fracciones para reproducir el tamaño de la muestra real, respetando la estructura demográfica de la población en estudio.

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

Adolescentes entre 12 y 17 años, sin problemas que impidan la comunicación. En caso de que existan problemas mentales moderados o severos que impidan la comunicación directa con la persona, se procederá a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. En caso la persona fuera quechua hablante

se comunicará a través de un encuestador quechua hablante.

Mujer casada o unida, jefa del hogar o pareja de jefe del hogar, sin problemas que impidan la comunicación. En caso de que existan problemas mentales moderados o severos que impidan la comunicación directa, se procederá a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. En caso la persona fuera quechua hablante se comunicará a través de un encuestador quechua hablante.

Personas adultas de 18 a más años, sin problemas que impidan la comunicación. En caso de que existan problemas mentales moderados o severos que impidan la comunicación directa con la persona, se procederá a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. En caso la persona fuera quechua hablante, se comunicará a través de un encuestador quechua hablante.

Personas adultas de 60 años o más, sin problemas que impidan la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidan la comunicación directa, se procederá a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. En caso la persona fuera quechua hablante, se comunicará a través de un encuestador quechua hablante.

## 5. DEFINICIÓN DE VARIABLES

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

### 5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y ASOCIADAS

**Edad.-** Registrada como variable cuantitativa continua según unidades de análisis. Se determinará a través de auto-reporte y verificación con la fecha de nacimiento.

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

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

**Nivel socioeconómico.-** El método a utilizar es la clasificación en estratos según el monto de ingresos, el cual fue establecido en base al promedio mensual de los últimos 3 meses (incluyendo horas extra, bonificaciones, pagos por concepto de refrigerios, movilidad o pensiones). El uso de los ingresos tiene sus limitaciones, pues muchas personas no informan sus ingresos por temor a ser fiscalizadas, o no están trabajando, o están ocupadas en negocios familiares no remunerados y, por lo tanto, no ingresan en el análisis. En este sentido, estas limitaciones dan ventajas a los otros métodos de medición de la pobreza.

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

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

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

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

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

## 5.2. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

**Aborto en adolescentes.-** Interrupción voluntaria o espontánea del embarazo. Se mide en una escala nominal.

**Acoso escolar.-** Un hostigamiento escolar (bullying) es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico entre escolares reiteradamente y durante un tiempo determinado, con consecuencias sobre la salud mental de la víctima y del (de los) agresor (es).

**Actitudes hacia los propios problemas emocionales.-** Valoración de los problemas emocionales reconocidos como tales, que reflejan una carga positiva o negativa. Escala nominal.

**Autoeficacia.-** Creencia de ser capaz de conducir un curso vital autodeterminado y activo, controlando las demandas ambientales mediante acciones adaptativas. Medida en escala ordinal.

**Autoestima.-** Conciencia subjetiva de sí mismo que condiciona un estado afectivo y una valoración en relación a las expectativas e ideales. Medida en escala ordinal.

**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.

**Calidad del sueño.-** Conjunto de características del acto de dormir que permiten juzgar su valor como "bastante bueno", "bueno", "malo" y "bastante malo". Igualmente valora la latencia, duración y eficiencia del sueño; así como la existencia de perturbaciones del sueño, la necesidad de tomar medicación para dormir y la presencia de disfunción diurna. Se mide en una escala ordinal.

**Características familiares.-** Apreciación subjetiva sobre algunas características familiares como suerte, reglas y castigos, el compartir días de fiesta o domingos. Escala nominal.

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

**Compartir pensamientos y sentimientos.-** Apoyo interpersonal expresado como grado en que se comparten pensamientos y sentimientos con personas del entorno. Escala ordinal.

**Conducta suicida.-** Acción realizada para quitarse la vida, que puede culminar en el acto suicida. En el espectro suicida se exploran desde los deseos de morir, los pensamientos y planeamientos suicidas hasta el intento suicida.

**Confianza en autoridades.-** Apreciación subjetiva sobre el grado de confianza en diversas autoridades y líderes del entorno. Escala ordinal.

**Consideraciones heteroagresivas.-** Pensamientos o ideas de provocar daño a alguien, incluyendo ideas homicidas. Escala nominal.

**Desarrollo humano.-** Estado de desarrollo y madurez individual expresado en el nivel de satisfacción o rendimiento en diversas áreas: funcionamiento mental, respeto a la libertad, cumplimiento de acuerdos, actuación responsable, solución de problemas, expresión emocional, respeto hacia otros y participación comunitaria. Escala nominal.

**Discriminación.-** Actitudes teñidas de una valoración negativa hacia un objeto; implica el no reconocimiento de iguales derechos con los discriminados y conlleva conductas que van desde el rechazo hasta la violencia. Es considerada un estresor psicosocial. Escala nominal y ordinal.

**Ejercicio físico.-** Conjunto de movimientos corporales realizados para mantener o mejorar el estado físico. Escala nominal.

**Estados anímicos prevalentes.-** Estados del humor o anímicos constantes, presentes la mayor parte del tiempo. Escala ordinal.

**Estrés.-** Es el conjunto de reacciones físicas, bioquímicas o emocionales que ocurren en una persona como respuesta a una situación determinada que implica demanda, exigencia, privación o abuso. Puede producir enfermedad física o trastorno de salud mental; por ejemplo, ansiedad y depresión, entre otras. Es medido en una escala nominal.

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

**Estresores cotidianos.-** Eventos o condiciones a los que se enfrenta toda persona en el área personal, familiar, laboral, social y comunitario o en los contextos político, económico y cultural. Escala ordinal.

**Estresores familiares.-** Eventos o condiciones traumáticas en la familia que implican estados de tensión. 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 producen estrés en la persona entrevistada. Es medido en una escala ordinal.

**Estresores por violencia terrorista.-** Experiencias traumáticas por haber sufrido o sido testigo de algún acontecimiento en que han muerto o desaparecido personas, algún familiar fue detenido o estuvo en prisión, alguna pérdida de bienes o cambio de residencia originados por la violencia en la época del terrorismo. Escala nominal.

**Eventos vitales negativos antes de los 18 años.-** Experiencias negativas o traumáticas de separación de los padres, haber sido objeto de abuso físico o sexual, abandono; haber sufrido algún miembro de la familia situaciones de riesgo o amenaza su integridad física; pérdida o separación de algún familiar cercano ocurridas antes de los 18 años de edad. Escala nominal.

**Indicadores suicidas.-** Diferentes aspectos del espectro suicida: deseos de morir, pensamientos o ideación suicida, planeamiento del suicidio o intento suicida. Escala nominal.

**Percepción de apoyo.-** Valoración subjetiva del grado de apoyo en general recibido de las personas del entorno. Escala ordinal.

**Permisividad frente a la psicopatía.-** Se ha medido a través de preguntas sobre ciertas conductas, como si ven a una persona robando en una tienda o en un mercado y no hacen nada, o declararon que, ante determinadas circunstancias difíciles, es permitido robar. Se mide en escala nominal.

**Problemas percibidos en el país.-** Apreciación subjetiva acerca de cuáles son los principales problemas que aquejan al país. Escala nominal.

**Reacciones ante desastres.-** Respuestas emocionales y somáticas ante un suceso natural o generado por el hombre que ocasiona daños considerables en las personas, los bienes y el medio ambiente y que superan la capacidad de la comunidad afectada para reparar los daños en el corto plazo. Escala nominal.

**Recursos comunitarios.-** Infraestructura deportiva, cultural y social de la comunidad donde se vive. Escala nominal.

**Relaciones sexuales en el adolescente.-** Referidas a si el adolescente ha tenido relaciones sexuales

(Escala nominal) y a la edad en la que tuvo su primera relación sexual.

**Resiliencia.-** Capacidad personal para seguir proyectándose hacia el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. Medida en escala ordinal.

**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 caracterizan a una persona como varón o mujer en el momento de su nacimiento, en tanto que “género” se refiere a las conductas de identificación sexual de los miembros de una sociedad. Se evalúa en una escala nominal.

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

**Satisfacción personal.-** Es una autoevaluación 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.

**Satisfacción con la vida.-** Mide el grado subjetivo de satisfacción global con la vida, respecto a diversos aspectos personales como: color de la piel, aspecto físico, inteligencia, nivel económico, profesión u oficio, nivel educativo alcanzado, religión que profesa, relaciones sociales y lugar de residencia. Escala ordinal.

**Sentimientos frente a los problemas nacionales.-** Estados afectivos frente a los principales problemas percibidos en el país. Escala nominal.

**Sentimientos de protección.-** Sensación de seguridad generada por diversas instituciones y organizaciones del entorno social y cultural. Escala ordinal.

**Síntomas ansiosos y depresivos.-** Molestias asociadas a la presencia de trastornos de ansiedad o depresión, medidas con parte de la subescala de ansiedad y depresión del Self-Reporting Questionnaire-20 (Cuestionario de Autoreporte). Escala nominal.

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

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

**Tendencias violentas en el adulto.-** Se pregunta si, desde la adultez ( $\geq 18$  años), alguna vez han agredido a un niño y le han dejado moretones, o han estado en más de una pelea que haya acabado a 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. Este aspecto se mide 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 en que se desarrollan actividades recreativas o sociales. No incluye el utilizado en trabajo o estudios. Se mide en escala nominal.

### 5.3. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

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

**Trastornos afectivos.-** Se refieren al episodio depresivo moderado a severo, distimia y episodio

maníaco. Son medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos en base a criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

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

**Trastornos de la alimentación.-** Corresponden a la bulimia y a la anorexia nerviosas. Son medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal. Además, se ha utilizado el cuestionario de EDI-2.

**Trastornos psicóticos.-** No es una categoría diagnóstica en sí. Son medidos con un instrumento (MINI) en una escala nominal, dando resultados a nivel sindrómico en una escala nominal. El resultado se ha considerado positivo cuando al menos existen 5 síntomas referidos en el MINI.

**Ludopatía.-** (Juego patológico). Pensamientos o imágenes mentales relacionados con el acto de jugar que impulsan a hacerlo sin control y produce consecuencias perjudiciales a nivel personal, familiar, laboral y social. Medida con el Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS) en una escala nominal.

**Trastorno hiperquinético.-** Aumento de la actividad motora (por encima de lo que es considerado normal para una persona) que interfiere con su rendimiento familiar, laboral y social. Generalmente empieza en la niñez y puede prolongarse hasta la adultez. Medida con el MINI.PLUS en una escala nominal.

**Trastorno por déficit de atención.-** Incapacidad para prestar atención a detalles, incluyendo errores en el desarrollo de una tarea; para mantener la atención en alguna tarea, para organizar tareas y actividades, con fácil distraibilidad ante estímulos externos, que afectan el rendimiento laboral y social y que pueden generar problemas de pareja, violencia y accidentes de tránsito. Generalmente empieza en la niñez y puede prolongarse hasta la adultez. Medida con el MINI.PLUS en una escala nominal.

#### 5.4. FUNCIONAMIENTO, DISCAPACIDAD E INHABILIDAD

**Funcionamiento.-** Es el mayor nivel de habilidades o capacidad para funcionar en las áreas de cuidado personal; funcionamiento ocupacional, familiar, laboral, social y organizativo en individuos supuestamente sanos. Se mide con una escala ordinal.

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

**Discapacidad psiquiátrica.-** Disminución o pérdida de la capacidad para funcionar adecuadamente 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. MODULO 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 (morbilidad sentida) 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 (morbilidad sentida expresada) en cualquier establecimiento de salud, es decir, posta, centro de salud, policlínico, hospital general o centro especializado. Es medida a través de una escala nominal.

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

**Conocimientos sobre salud mental.-** Se refiere al conocimiento de los principales trastornos mentales y su tratamiento. Es medida a través de una escala nominal.

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

**Morbilidad sentida expresada.-** Se refiere a aquellas personas que -habiendo percibido problemas emocionales o de los nervios como depresión, excesiva pena o tristeza, ataques de nervios, excesivo miedo, tensión o ansiedad, dificultad para relacionarse socialmente, problemas con alcohol o drogas, etc.- han acudido en busca de atención. Se mide con una escala nominal.

**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. Se mide con una escala nominal.

## 5.6. RELACIONES INTRAFAMILIARES

**Abuso o maltrato sistemático.-** Se refiere a la presencia de algún tipo de maltrato o abuso con una frecuencia de 1 o 2 veces al mes en un período de tiempo. Se mide con una escala ordinal.

**Actitudes machistas.-** Comportamientos del varón con los cuales resalta las diferencias entre ambos géneros, remarcando la superioridad masculina. Se mide con una escala nominal.

**Estilos de crianza.-** Son aquellas actitudes y conductas que muestran los padres hacia sus hijos durante su formación. Evaluados a través del recuerdo de la crianza vivida, con 13 ítems seleccionados del EMBU y 5 adicionales creados por un equipo de expertos del INSM "HD-HN". Se mide con una escala nominal.

**Maltrato.-** Es toda conducta que ocasiona en otra persona perjuicio, daño, sufrimiento o malestar. Se mide con escalas nominal y ordinal. Existen varios tipos de maltrato o abuso.

**Maltrato por abandono o negligencia.-** Se refiere a situaciones en que a la persona no le han procurado medicinas, ropa adecuada, atención médica o la satisfacción de otras necesidades básicas. Es evaluada con escalas nominal y ordinal

**Maltrato físico.-** Es la acción de dar golpes, puñetes o empujones. Es evaluada con escalas nominal y ordinal

**Maltrato verbal.-** Son insultos, agresiones verbales y ofensas Se mide con escalas nominal y ordinal.

**Maltrato psicológico.-** Son chantajes, manipulaciones y humillaciones. Se mide con escalas nominal y ordinal.

**Maltrato o abuso sexual.-** Se refiere a actos sexuales forzados, inapropiados para la persona y en contra de su voluntad. Se asume como sinónimo de maltrato sexual. Se mide con escalas nominal y ordinal.

**Maltrato hacia los niños.-** Son acciones nocivas verbales, físicas, sexuales o de negligencia hacia el niño que pueden generarle daño y secuelas físicas y/o psicológicas. Evaluado en una escala nominal.

**Maltrato hacia la mujer.-** Son acciones físicas, sexuales, o psicológicas hacia la mujer que le generan daño físico y/o psicológico. Es evaluada en una escala nominal.

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

## 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; poder quedarse solo (a) en casa. Las actividades de la vida diaria se miden con la escala de Pfeffer.

**Funciones cognoscitivas.**- Son procesos perceptuales, de imaginación, del habla, del pensamiento y memoria que -siguiendo a Ortiz y Guilford<sup>(1)</sup>, constituyen el componente intelectual de la personalidad. El estado de funcionamiento cognoscitivo y su disturbio o deterioro se evalúan de forma breve y rápida a través del Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein y colaboradores que cubre las siguientes áreas: orientación en tiempo y lugar, registro y evocación, atención y cálculo, lenguaje y construcción visual.

## 5.8. SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

**Daño, brujería.**- Síndrome folklórico muy común en las tres regiones del Perú, de variada sintomatología y evolución crónica. El resultado del daño puede incluir sintomatología física y psicológica. El tratamiento propuesto es a base de rituales mágico-religiosos asociados a rezos, oraciones y cantos. Se mide con una escala nominal.

**Susto.**- Se produce, según la creencia popular, cuando en la persona el espíritu abandona su cuerpo debido a una fuerte impresión, experiencia o accidente grave que producen miedo o susto súbitos e intensos. Se mide con una escala nominal.

**Mal de ojo, ojeo.**- Frecuente en los niños. Se produce según la creencia popular por la acción mágica de la mirada fuerte de una persona sobre otra. Incluye síntomas físicos y psicológicos. Se mide con una escala nominal.

**Aire.**- Es el supuesto agente etiológico más frecuente de un sinnúmero de enfermedades. Estas enfermedades presentan síntomas físicos y psicológicos. Se mide con una escala nominal.

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

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

**Ataque de nervios.**- En cada región del Perú tiene sintomatología y significación diferente.

**Problemas de alcohol.**- Constituye una manifestación de mala salud mental, situación que recién en los últimos años la población la viene percibiendo como “tomar licor en exceso”.

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

Se utilizará el instrumento empleado en los estudio epidemiológicos del INSM HD-HN, el cual consta de 10 módulos que cubren las distintas áreas y que serán descritos más adelante. Este instrumento está compuesto por un grupo de escalas, las cuales han sido adaptadas a partir de la experiencia de los equipos especializados en las distintas áreas y a través de estudios pilotos y *focus groups*, especificados más adelante. Para las propiedades psicométricas del instrumento, se remite al lector al estudio de confiabilidad y validez de los cuestionarios publicados y que se comentan en la presentación de los instrumentos<sup>(14)</sup>. Los módulos han sido elaborados a partir de los siguientes instrumentos:

**Cuestionario de Salud Mental.**- Elaborado originalmente en Colombia<sup>2</sup> y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la institución tanto en adultos<sup>(33)</sup>, como en adolescentes<sup>(39)</sup>. Para el estudio epidemiológico de Lima y Callao se realizaron readaptaciones del instrumento en base al ensayo piloto mencionado líneas arriba. La pregunta que consideraba la cobertura de necesidades básicas sobre la base de los ingresos familiares fue modificada con respuesta categórica que incluyera explícitamente

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

incapacidad de cobertura de necesidades básicas de alimentación para estimar la extrema pobreza; las otras opciones fueron cobertura de las necesidades básicas de alimentación pero no otras, cobertura de necesidades básicas y otras, cobertura solo de las necesidades básicas. La adaptación original y utilización de este instrumento tuvo el propósito de contar con una herramienta práctica que permitiera evaluar el nivel de salud mental de una población. Su rango de aplicabilidad se estableció para 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. El coeficiente de confiabilidad de alpha de Cronbach encontrado para algunos de sus componentes es: confianza en autoridades: 0,751; estresores cotidianos: 0,757; estado anímicos prevalentes: 0,826; satisfacción personal: 0,688; satisfacción laboral: 0,813; SRQ modificado: 0,861; cohesión familiar 0,794; estresores ambientales 0,817; funcionamiento adaptativo: 0,732; soporte familiar 0,887. Con el objetivo de ampliar la exploración de la salud mental se incorporaron preguntas y escalas para profundizar los temas o examinar otros: suicidio, discapacidad, eventos vitales antes de los dieciocho años, actitudes hacia los problemas emocionales, discriminación, estresores por violencia terrorista, desarrollo humano, estados de ánimo y religión.

**Índice de Calidad de Vida.-** Elaborado y validado por Mezzich y colaboradores en una versión española<sup>(14)</sup>, Se trata de un cuestionario compuesto de 10 ítems que recogen los aspectos de la calidad de vida más frecuentemente utilizados para evaluarla 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 de la calidad de vida. El instrumento fue adaptado en una versión para la población peruana. En Lima el instrumento demostró un alpha de Chronbach de 0,867<sup>(143)</sup>.

**EMBU (Egna Minen av Bardoms Uppfostran) (Propia memoria acerca de la crianza).-** Creado por Perris y cols. en 1980 para evaluar catorce aspectos o cualidades de la conducta parental, a partir del recuerdo de la conducta de crianza de los padres. Se compone de 81 ítems más dos ítems para ver la consistencia y estrictez de la conducta parental, un ítem para explorar si el sujeto adoptaría las conductas de crianza de sus padres y un ítem para evaluar el método de los padres. Para el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en Lima y Callao en el año 2002 por el INSM, se seleccionaron 13 ítems que tuvieron una carga más alta en cada uno de los factores identificados por Someya y colaboradores<sup>(14)</sup>, y se agregó un nuevo ítem referente al control sin afecto basado en observaciones de Henderson<sup>(14)</sup>, formándose la escala con 14 ítems en total, con respuestas dicotómicas. Posteriormente, para el Estudio Epidemiológico de la Sierra Peruana en el año 2003, con el aporte de los investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental se retiró un ítem por considerársele redundante y se crearon y agregaron cinco ítems considerando otras conductas de crianza, como actitudes machistas de crianza, respeto y autonomía, y ampliando la sobreprotección, quedando finalmente la escala con 18 ítems. Para la población del estudio epidemiológico de la Selva se realizó el análisis de consistencia interna con el alpha de Cronbach se encontró en 0.741, identificándose tres dimensiones: la primera relativa a la afectividad, tanto positiva como negativa; la segunda referida a la sobreprotección y favoritismo con respecto a los hermanos; y la tercera a sobreprotección y exigencias<sup>(143)</sup>. Durante la validación lingüística de los instrumentos utilizados en los estudios epidemiológicos realizados por el INSM en las diversas regiones del país, se incluyó el afinamiento de estas preguntas.

**Mini Mental State Examination.-** Elaborado por Folstein<sup>(147)</sup>. Es una de los instrumentos de evaluación cognoscitiva más utilizados y evalúa aspectos de orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva. Se utiliza la versión validada en Chile. El estudio de validación psicométrica realizado a partir de la muestra de Lima encontró un alpha de Chronbach de 0,677.

**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. Ambas pruebas, usadas conjuntamente, han mostrado una alta sensibilidad (95%) y especificidad (84%). El estudio de validación psicométrica realizado a partir de la muestra de la selva encontró un alpha de Chronbach de 0,942.

**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<sup>(148)</sup>, y el de la Encuesta Nacional de Hogares del INEI. Asimismo, se introdujeron modificaciones derivadas de las experiencias de Lima y la Sierra. El análisis de las características psicométricas de este módulo encontró los siguientes resultados en relación al alpha de Chronbach: abuso en general (5 preguntas) 0,741 estructurado en una sola dimensión; abuso en el periodo de enamoramiento (11 preguntas) 0,818 estructurado en dos dimensiones; abuso en convivencia (5 preguntas) 0,797 en una sola dimensión.

**MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10 Modificada<sup>(149)</sup>.**- 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 importantes<sup>(150)</sup>, con la ventaja de ser de fácil aplicación (15 minutos en promedio) y no requerir entrenamiento tan intenso como otros instrumentos. Para el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Lima 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 y doce meses, además de la prevalencia actual de los principales desórdenes psiquiátricos. En la sierra urbana, en la selva urbana, en las áreas rurales de la Lima, la sierra y la selva fue nuevamente validado lingüísticamente a través de pruebas en campo, junto con el resto de instrumentos. En el caso del episodio psicótico siguiendo la sugerencia del MINI, se ha considerado como la presencia de al menos un síntoma psicótico, sin embargo se agregaron dos preguntas que considerará positivo el síntoma psicótico siempre y cuando existiera un completo convencimiento del síntoma y el síntoma hubiera estado presente al menos un mes. El análisis psicométrico de los síntomas de cada uno de los trastornos estudiados fue el siguiente en términos del alpha de Chronbach: agorafobia 0,794; trastorno de pánico 0,835; fobia social 0,874; trastorno de ansiedad generalizada 0,888; trastorno de estrés post-traumático 0,842; episodio depresivo 0,665; distimia 0,874; episodio psicótico 0,735; dependencia al alcohol 0,748.

**Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Plus (MINI-PLUS).**- Debido a que el MINI CIE-10 no contiene criterios de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad del adulto, se tomaron las preguntas del módulo respectivo, ampliando la exploración con preguntas sobre la presencia de estos síntomas en la niñez del adulto<sup>(151)</sup>.

**Cuestionario sobre determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú.**- El Instituto Nacional de Estadística e Informática introdujo preguntas sobre acceso a servicios de salud para la Encuesta Nacional de Hogares 1998<sup>(78)</sup>, 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 acceso a servicios por problemas de salud mental se realizará a través de la morbilidad sentida, mediante dos preguntas: 1) "¿En algún periodo de su vida ha tenido algún problema con sus nervios o de tipo emocional?", y 2) "En algún periodo de su vida (más de 7 días) ha tenido... excesiva tristeza, pena o depresión?, ...excesivo miedo o pánico o ansiedad?, ...ataque de nervios?, ...tensión o estrés excesivo?, ...preocupación excesiva?, ...dificultad para relacionarse socialmente con otras personas?, ...dificultad para controlar sus pensamientos?, ...pensamientos repetitivos u obsesiones?, ... problemas con alcohol o drogas?, ... excesivo cansancio mental o surmenage?, ...paranoia o sentir que le perseguían?. Si la respuesta era positiva a la primera y negativa a cualquiera de las opciones de la segunda se verificaba el motivo de la inconsistencia. Enseguida se ubicaba el último periodo en el que se había padecido el problema para establecer el tiempo de referencia de 12 meses e indagar solo en este periodo, sobre la temática del acceso y sus características. Asimismo, en aquellas personas que habiendo percibido un problema de salud mental no buscaron ayuda, se indagó los motivos de no consulta a través de la pregunta: ¿Cuáles son las razones por las que no consultó(a) a un centro de salud para atenderse por este problema con los nervios o de tipo emocional?. Luego la estimación de la demanda potencial entre las personas que no recibieron ayuda se realizó a través de la pregunta: ¿En qué grado cree haber necesitado (o) necesitar ayuda profesional para superar ese problema emocional? (Nada, poco, regular bastante o mucho, no sabe). A través de esta pregunta de auto-percepción se evalúa la demanda tal y como se comporta naturalmente.

**Escala de autoinforme del déficit de atención e hiperactividad del Adulto – Versión breve.-** La OMS elaboró la escala original con 18 ítems para la identificación del déficit de atención e hiperactividad en el adulto, en concordancia con los criterios del DSEM-IV. Kessler y cols.<sup>(152)</sup>, desarrollaron una versión corta de seis ítems para estudios en poblaciones, que ha demostrado su validez y confiabilidad.

**Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).**- Elaborado por Garner y Olmsted<sup>(153)</sup>. El EDI-2 es un valioso instrumento de auto-informe muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). 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. Para el estudio se seleccionaron algunas de las escalas. El análisis psicométrico realizado en el estudio de Lima encontró un alpha de Chronbach de 0,852.

**Escala de autoestima de Rosenberg.**- (Rosenberg Self-esteem Scale, 1965)<sup>(154)</sup>.- Consta de diez ítems politómicos para la evaluación de autoestima, de amplio uso y probada validez y confiabilidad. Ha sido adaptado en el medio por Juan Pequeña (1999)<sup>(155)</sup>. Consta de diez ítems para la evaluación de autoestima, divididos equitativamente en positivos y negativos, que se contestan en una escala de 4 alternativas que va desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo” El puntaje se establece entre 10 y 40. El promedio general observado en un estudio realizado en estudiantes universitarios de 53 naciones fue de 30,85, desde 25,50 en Japón hasta 33,59 en Serbia<sup>(156)</sup>. Un estudio en una muestra chilena en la ciudad de Santiago encontró una media de 32,47<sup>(15)</sup>.

**Escala de Discapacidad / Inhabilidad.**- Elaborada por los investigadores del INSM, evalúa cuestiones relacionadas con el funcionamiento o discapacidad, tomando las cuatro áreas sugeridas por WHO DAS-S<sup>(15)</sup> y el IGDA<sup>(15)</sup>: auto-cuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar y funcionamiento social. Se añadió un quinto elemento relacionado al funcionamiento organizativo o autodirección. Cada ítem tiene una calificación en una escala de 5 puntos - ninguno, mínima, moderada, grave, total o absoluta. La consistencia interna de esta escala fue 0.901 según el coeficiente alfa del Chronbach; las preguntas se agruparon en una única dimensión<sup>(143)</sup>.

**Escala de satisfacción con la vida de Diener** (Satisfaction with life scale).- Elaborada en 1985 por Diener y colaboradores<sup>(160)</sup>. Se trata de una escala de 5 ítems que en su presentación original el autor encontró un alpha de 0,87, correlación test-retest de 0,82 a los dos meses y correlaciones ítem-test entre 0,57 y 0,75. El análisis factorial extrajo un único factor que explicaba el 66% de la varianza. Posteriormente también ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en otras muestras<sup>(161,162,163)</sup> y ha sido adaptada al medio por Ly<sup>(164)</sup> en 2004 utilizando 5 puntos en vez de 7 como en el original. Esta escala de 5 fue la utilizada para este estudio por ser de más fácil uso. En líneas generales el puntaje neutral en la escala de satisfacción con la vida se ha considerado 15, por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho, 21 a 25 muy satisfecho y 5 a 9 muy insatisfecho.

**Ítem único sobre felicidad de Andrews<sup>(165)</sup>.**- El hecho de proceder a mediciones subjetivas sobre percepción de bienestar no ha dejado de tener sus críticas con relación a la validez de la medición, su interpretación, su profundidad y su utilidad; sin embargo, argumentos favor de las mismas se han basado en la importancia de obtener una medición directa de las evaluaciones del propio individuo, el hecho de permitir comparaciones entre grupos de personas con distintos contextos, en la posibilidad de evaluar mediciones “objetivas” y la posibilidad de generar impacto con más rapidez<sup>(166)</sup>. Muchas encuestas de salud vinculados al bienestar y la salud se han basado en preguntas únicas debido a que estas preguntas han demostrado ser predictores de aspectos de la salud, como la mortalidad, aun considerando el nivel socioeconómico<sup>(167)</sup>. Otros estudios han encontrado que preguntas únicas sobre felicidad se asocian en el seguimiento a largo plazo con suicidio<sup>(168)</sup>. Para este estudio se ha incluido el ítem único de felicidad de Andrews<sup>(165)</sup>, la cual implica la formulación de la siguiente pregunta con respuesta única: “¿Se describiría usted mismo como: ...Feliz e interesado por la vida?, ...Algo feliz?, ...Algo infeliz?, ...Infeliz y con poco interés en la vida?”

**Escala de autoeficacia de Schwarzer y Jerusalem** (General Self-efficacy Scale)<sup>(169)</sup>.- Construida en 1979 y adaptada en 1998 al medio por Alcalde<sup>(170)</sup>. Consta de diez ítems. Es una escala que mide la autoeficacia general y fue desarrollada en 1979 por Schwarzer y Jerusalem en Alemania. Mide la

percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar en su vida diaria diferentes situaciones estresantes. Más tarde, en 1981, reducen esta versión alemana de 20 a 10 reactivos<sup>(171)</sup>, que es el que hemos utilizado en este estudio. Esta versión ha sido validada en población chilena<sup>(172)</sup>, española<sup>(173)</sup> y peruana<sup>(174)</sup>. El estudio de validación en Chile fue realizado en una muestra de 360 sujetos comprendidos entre las edades de 15 y 65 años, encontrando un puntaje promedio de 34,18, una moda de 40 y una mediana de 35. El estudio de validación peruano se realizó en estudiantes universitarios y se encontró un puntaje promedio de 33.

**Escala de resiliencia del Yo (Ego-Resilience Scale).**- Construida por Block y cols, en 1989<sup>(175)</sup>, fue adaptado lingüísticamente en el INSM. Consta de catorce ítems, de 4 puntos (nada cierto, poco cierto, regularmente cierto, muy cierto), a mayor puntaje mayor resiliencia. El puntaje va desde 14 hasta 56. Estudios en universitarios norteamericanos han encontrado un puntaje promedio de 41,13<sup>(176)</sup>; otro estudio en estudiantes universitarios en Kuwait encontró un promedio de 40,59, obteniendo los varones puntajes promedio más altos<sup>(177)</sup>.

**Cuestionario sobre Maltrato Escolar Modificado.**- Este cuestionario fue elaborado por un equipo de investigación de la Universidad Autónoma de Madrid para el Informe del Defensor del Pueblo sobre violencia escolar (Defensor del Pueblo, 2000)<sup>(178)</sup>, el cual fue replicado en el 2006<sup>(129)</sup>. Este instrumento fue diseñado a partir de cuestionarios existentes sobre el tema. Se encuentra organizado en bloques, en los cuales se recoge información acerca de la prevalencia de las diferentes manifestaciones de maltrato y de las circunstancias en qué se dan. Para los estudios epidemiológicos del INSM se modificaron las preguntas para realizarlas a manera de entrevista y no de auto-reporte, además se agregaron preguntas sobre los agresores.

**Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS).**- Es una escala de 20 ítems frecuentemente utilizada para evaluar juego patológico. Esta escala está basada en los criterios DSM-III para juego patológico y puede ser auto-administrada o administrada por entrevistadores profesionales o no profesionales<sup>(179)</sup>. Estudios brasileños han encontrado que la SOGS es útil para discriminar entre jugadores patológicos y jugadores sociales, además encuentran propiedades psicométricas satisfactorias y una alta correlación con el DSM-IV<sup>(180,181)</sup>. Se utiliza la versión española validada por Echeburúa y colaboradores<sup>(182)</sup>. En nuestro medio fue validado por Barbarán y colaboradores como parte de un estudio sobre satisfacción familiar en jóvenes con conducta adictiva al juego, encontrándole un Alfa de Chronbach de 0,8257 e ítem test de 0,17 - 0,69.

**Cuestionario de tolerancia de Fagerström.**- Es una de las escalas más conocidas y utilizadas para la evaluación del nivel de adicción a la nicotina. Estudios brasileños señalan su confiabilidad, sensibilidad y especificidad de la prueba frente a criterios del DSM-IV<sup>(183)</sup>. Este cuestionario también ha sido validado en estudios que encontraron una asociación lineal con las concentraciones plasmáticas de la cotidina, el principal metabolito de la nicotina<sup>(184)</sup>. Un estudio reciente en población chilena encontró una consistencia interna alta (alpha de Chronbach, 0.80)<sup>(185)</sup>.

**Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).**- Fue desarrollado por la OMS como un método simple de *screening* del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente<sup>(186)</sup>.

**Índice de calidad de sueño de Pittsburgh<sup>(187)</sup>.**- Esta escala fue desarrollada por Buysse y colaboradores para evaluar la calidad del sueño durante el mes previo y para discriminar entre las personas que duermen bien y las que duermen mal. Esta escala ha sido validada en diversos países y traducida a muchos idiomas incluyendo el español. La calidad de sueño es un fenómeno complejo que involucra varias dimensiones. El instrumento consta de 19 preguntas de autoevaluación incluyendo 5 preguntas dirigidas al compañero de habitación. Estas preguntas derivan en 7 componentes: Calidad de sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Buysse y colaboradores encontraron en el estudio original una consistencia interna elevada para los 19 ítems (alpha de Cronbach: 0,83). Rosales y colaboradores en una muestra peruana de estudiantes de medicina encontraron una alpha de Cronbach superior a 0,50 y una correlación de Spearman de 0,426 ( $p < 0,001$ ) con la escala de somnolencia de Epworth<sup>(188)</sup>. Un estudio reciente en la muestra poblacional adulta de Lima Metropolitana utilizando la base de datos

del EESMLMC 2012 encontró un alpha de Cronbach de 0,564<sup>(189)</sup>. La suma de las puntuaciones de estos componentes da una puntuación que va desde 5 a 21. Una puntuación menor de 5 se considera “Sin problemas de sueño”. Una puntuación de 5 a 7 como “Merece atención médica”, una puntuación de 8 a 14 como “Merece atención y tratamiento médico” y una puntuación de 15 a más “**Se trata de un problema de sueño grave**”. **Este instrumento ha sido adaptado lingüísticamente durante el focus group** realizado como parte del estudio piloto en estudios previos. Para el análisis se han utilizado las respuestas que contenían todos los componentes completos.

**Datos demográficos y socioeconómicos.-** Se incluirán datos demográficos (edad, sexo, lugar de nacimiento, tiempo viviendo en Lima, lengua materna y estado civil) y se agregaron preguntas sobre características de la vivienda, empleo e ingreso y educación de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) realizada por el INEI en el año 2000<sup>(190)</sup>. De esta manera se obtendrán los datos para obtener los indicadores de pobreza según NBI. Esta metodología de las NBIs para el estudio de la pobreza en los países latinoamericanos fue propuesta por la CEPAL en los años '70 y tiene como principal objetivo identificar hogares y personas que no alcanzan a satisfacer un conjunto de necesidades consideradas indispensables según niveles de bienestar aceptados como universales. El método se basa en la definición de necesidades que se incluyen en la medición y el establecimiento de umbrales de satisfacción, o sea los niveles mínimos que se consideran apropiados. Para considerar a un hogar pobre por NBIs, el criterio metodológico utilizado es el de carecer de al menos una de las necesidades definidas como básicas. En caso el hogar tenga dos o más NBIs se le califica como pobre extremo. Si el hogar no tiene ninguna NBI se la califica como no pobre. Dentro de las múltiples necesidades básicas insatisfechas posibles a ser utilizadas como indicadores, las más frecuentemente utilizadas han sido: a) hacinamiento; b) vivienda inadecuada; c) abastecimiento inadecuado de agua; d) carencia o inconveniencia de servicios sanitarios para el desecho de excretas; e) inasistencia a escuelas primarias de los menores en edad escolar (pregunta que fue formulada a la esposa del jefe del hogar sobre la existencia de niños menores en edad escolar que no asisten a la escuela por problemas económicos). Estos indicadores serán utilizados para el presente estudio. Por otro lado, se utilizará el nivel de ingresos personal, el cual fue establecido en base al promedio mensual de los últimos 3 meses (incluyendo horas extras, bonificaciones, pagos por concepto de refrigerios, movilidad o pensiones). El uso de los ingresos tiene sus limitaciones pues muchas personas no van a dar sus ingresos por temor a ser fiscalizadas, o no están ocupadas, o están ocupadas en negocios familiares no remunerados y por lo tanto no ingresan a análisis. En este sentido, distintas mediciones dan ventajas a los otros métodos de medición de la pobreza.

## 6.1. DISEÑO DE LA ENCUESTA Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL

La presente descripción del cuestionario incluye todos los capítulos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental Abancay

### 6.1.1. TIPO DE ENCUESTA

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

### 6.1.2. COBERTURA DE LA ENCUESTA

**Cobertura geográfica.-** La encuesta se realizó a nivel urbano en la ciudad de Abancay, distritos de Abancay y Tamburco el año 2016.

**Cobertura temporal.-** La encuesta en campo se efectuará de mayo y setiembre del año 2016.

**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. Confianza en autoridades
  - ii. Sentimientos de protección
  - iii. Estresores cotidianos
  - iv. Estados anímicos prevalentes
  - v. Satisfacción personal
  - vi. Discriminación
  - vii. Satisfacción laboral
  - viii. Rasgos psicopáticos
  - ix. Sueño
  - x. Indicadores suicidas
  - xi. Estilos de crianza
  - xii. Eventos de vida
  - xiii. Cohesión y características familiares
  - xiv. Percepción de apoyo social
  - xv. Estresores familiares
  - xvi. Estresores por violencia terrorista
  - xvii. Uso del tiempo libre
  - xviii. Vida religiosa
  - xix. Estrés ambiental
  - xx. Recursos recreativos comunitarios
  - xxi. Calidad de vida
  - xxii. Funcionamiento, Discapacidad e inhabilidad
  - xxiii. Desarrollo humano
  - xxiv. Estigma hacia la salud mental
  - xxv. Autoestima
  - xxvi. Satisfacción con la vida
  - xxvii. Autoeficacia
  - xxviii. Resiliencia
  - xxix. Roles de género
  - xxx. Maltrato
  - xxxi. Maltrato hacia la mujer
  - xxxii. Maltrato hacia el niño y adolescente
  - xxxiii. Acoso escolar
- c. Función cognoscitiva del adulto mayor
- e. Trastornos clínicos psiquiátricos
  - i. Trastornos de ansiedad
  - ii. Trastornos afectivos
  - iii. Trastornos de la conducta alimentaria
  - iv. Trastornos adictivos
  - v. Trastornos psicóticos
  - vi. Trastornos hiperquinéticos del adulto
  - vii. Juego patológico
  - viii. Tabaquismo

- f. Acceso general a la atención en servicios de salud mental.
- g. Formulación idiográfica de los problemas mentales
- h. Acceso a atención en servicios de salud
- i. Síndromes folclóricos
- j. Desastres

## 6.2. MÉTODO DE LA ENTREVISTA

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

## 6.3. PERIODOS DE REFERENCIA

Los periodos de referencia para las variables a investigarse son los siguientes:

- 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 meses anteriores
  - iv. Gasto familiar
    - Mes anterior
- b. Aspectos de Salud mental general
  - i. Confianza en autoridades
    - En el momento actual
  - ii. Sentimientos de protección
    - En el momento actual
  - iii. Estresores cotidianos
    - En el momento actual
  - iv. Estados anímicos prevalentes
    - En el momento actual
    - Último mes
  - v. Satisfacción personal
    - En el momento actual
  - vi. Discriminación
    - Últimos 12 meses
    - En la vida
  - vii. Satisfacción laboral
    - En el momento actual
  - viii. Rasgos psicopáticos
    - En el momento actual
    - Últimos 12 meses
    - De vida

- ix. Sueño
  - Últimas 4 semanas
- x. Indicadores suicidas
  - Último mes
  - Últimos 6 meses
  - Último año
  - De vida
- xi. Estilos de crianza
  - De vida
- xii. Eventos de vida
  - Primeros 18 años de vida
- xiii. Cohesión familiar
  - En el momento actual
- xiv. Sensación soporte social
  - En el momento actual
- xv. Estresores familiares
  - Últimos 12 meses
- xvi. Estresores por violencia terrorista
  - De vida
- xvii. Uso del tiempo libre
  - En el momento actual
  - Últimos 3 meses
- xviii. Vida religiosa
  - En el momento actual
- xix. Estrés ambiental
  - En el momento actual
- xx. Recursos recreativos comunitarios
  - En el momento actual
- xxi. Calidad de vida
  - En el momento actual
- xxii. Funcionamiento, Discapacidad e Imhabilidad
  - En el momento actual
- xxiii. Desarrollo humano
  - En el momento actual
- xxiv. Estigma hacia la salud mental
  - En el momento actual
- xxv. Autoestima
  - En el momento actual
- xxvi. Satisfacción con la vida
  - En el momento actual
- xxvii. Autoeficacia
  - En el momento actual
- xxviii. Resiliencia
  - En el momento actual
- xxix. Roles de género
  - En el momento actual

## xxx. Maltrato

- Últimos treinta días
- Últimos doce meses
- Últimos dos años
- De vida

## xxxi. Acoso escolar

- Últimos doce meses

## c. Función cognoscitiva

- i. Día de la entrevista

## d. Trastornos clínicos psiquiátricos

- i. Trastornos de ansiedad

## 1. Agorafobia

- Prevalencia de vida, anual, 6 meses y actual
- Acceso a servicios últimos 12 meses

## 2. Trastorno de pánico

- Prevalencia de vida, anual, 6 meses y actual
- Acceso a servicios últimos 12 meses

## 3. Fobia social

- Prevalencia de vida, anual, 6 meses y actual
- Acceso a servicios últimos 12 meses

## 4. Trastorno obsesivo-compulsivo

- Prevalencia de vida, anual, 6 meses y actual
- Acceso a servicios últimos 12 meses

## 5. Ansiedad generalizada

- Prevalencia de vida, anual, 6 meses y actual
- Acceso a servicios últimos 12 meses

## 6. Estado de estrés postraumático

- Prevalencia de vida, anual, 6 meses y actual
- Acceso a servicios últimos 12 meses

## ii. Trastornos hiperquinéticos del adulto

- 1. Prevalencia de vida, anual, 6 meses y actual
- 2. Acceso a servicios últimos 12 meses

## iii. Trastornos afectivos

## 1. Episodio depresivo

- Prevalencia de vida, anual, 6 meses y actual
- Acceso a servicios últimos 12 meses

## 2. Distimia

- Prevalencia de vida, anual, 6 meses y actual
- Acceso a servicios últimos 12 meses

## 3. Episodio maníaco

- Prevalencia de vida, anual, 6 meses y actual
- Acceso a servicios últimos 12 meses

## iv. Trastornos de la conducta alimentaria

## 1. Bulimia

- Prevalencia Actual (tres últimos meses)

## 2. Anorexia nerviosa

- Prevalencia (Actual)

- v. Trastornos adictivos
  1. Alcohol (dependencia/abuso)  
Prevalencia actual (últimos 12 meses) y de vida
  2. Drogas (dependencia/abuso)  
Prevalencia Actual (últimos 12 meses)
  3. Tabaquismo  
Prevalencia Actual
- vi. Juego patológico (ludopatía)  
Prevalencia actual
- vii. Episodio psicótico  
Prevalencia de vida, anual, 6 meses y actual  
Acceso a servicios últimos 12 meses
- e. Formulación idiográfica de los problemas mentales  
En el momento actual
- f. Acceso general a atención servicios de salud mental  
Últimos 6 y 12 meses
- g. Acceso general a atención servicios de salud  
Últimos 6 y 12 meses
- h. Síndromes folclóricos  
Prevalencia de vida, último año
- i. Desastres  
Actual

#### 6.4. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

**Validez de constructo.-** En el EEMSM-2002 se realizó un piloto para probar la encuesta en 100 viviendas, 25 viviendas de cada cono. Se realizaron ensayos en conjunto con el especialista para mejorar la consistencia. A través de este procedimiento se adaptó el instrumento. Para el Estudio Epidemiológico de la Sierra Peruana se realizaron los ajustes necesarios y una prueba en 25 viviendas, seleccionadas en áreas de la ciudad donde se encontraban personas oriundas de las ciudades que estaban involucradas en el estudio. Para el estudio en ciudades de la selva, fronteras, la costa y las áreas rurales de Lima, la sierra y la selva se realizaron *focus group* con cada una de las unidades de análisis para asegurar la comprensión de las preguntas e identificar las áreas más problemáticas. Asimismo, se ha efectuado un estudio de confiabilidad con cada una de las unidades de análisis en una de las ciudades de la sierra. Recientemente se ha publicado un estudio sobre confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos donde remitimos al lector para la información respectiva <sup>(143)</sup>.

#### 6.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto será evaluado por el Comité de Ética Institucional. Se solicitará un consentimiento informado antes del inicio de la encuesta. Se asegurará la absoluta confidencialidad de los datos reportados por los encuestados. Previamente y durante el desarrollo de la investigación se enviará información sobre la realización del estudio a las principales autoridades de Lima Metropolitana y Callao, solicitando además su apoyo.

Se enviarán oficios a los alcaldes, gobernadores, tenientes gobernadores, al ministro del Interior, Policía Nacional del Perú, autoridades de las áreas de salud y al presidente de la Región.

Concluido el estudio y el análisis del mismo se realizará un informe general, el cual será distribuido a las autoridades antes referidas. Asimismo, se programará una actividad específica para presentar los resultados del estudio directamente a la comunidad.

Para cualquier información adicional el responsable del proyecto, Dr. Javier Saavedra Castillo atenderá la solicitud vía correo electrónico (**saavedra@terra.com.pe**) ó telefónica (01-6149200 anexo 1057-1058).

## 6.6. CUESTIONARIOS A UTILIZARSE EN LA ENCUESTA (ANEXO I):

A. EL CUESTIONARIO EESISPR.A.00, MIEMBROS DEL HOGAR, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene 11 ítems de identificación geográfica y muestral.
- **Ficha familiar:** Contiene el nombre, edad, parentesco, sexo, estado civil, nivel educativo alcanzado, si aporta ingresos, si es residente habitual, módulos pertinentes según criterios de selección, cita de seleccionados, código personal y grado de dificultad encontrada.
- **Sección de registro de miembros y Tabla de Kish**
- **Características de la vivienda:** 15 preguntas

B. EL CUESTIONARIO EESISPR .B1.01.A, MODULO DATOS GENERALES MUJER, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene preguntas de identificación geográfica y muestral
- **Datos demográficos:** 22 preguntas

C. EL CUESTIONARIO EESISPR .B2.01.B, MODULO DATOS GENERALES ADULTO, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene preguntas de identificación geográfica y muestral
- **Datos demográficos:** 22 preguntas

D. EL CUESTIONARIO EESISPR .B3.01.C, MODULO DATOS GENERALES ADOLESCENTE, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene preguntas de identificación geográfica y muestral
- **Datos demográficos:** 22 preguntas

E. EL CUESTIONARIO EESISPR .B4.01.D, MODULO DATOS GENERALES ADULTO MAYOR, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene preguntas de identificación geográfica y muestral
- **Datos demográficos:** 22 preguntas

F. EL CUESTIONARIO EESISPR .C.02, MODULO DE SALUD INTEGRAL DEL ADULTO, tiene la siguiente estructura:

- **Problemas percibidos en el país:** 2 preguntas
- **Confianza en autoridades:** 13 preguntas
- **Sentimientos de protección:** 6 preguntas
- **Estresores cotidianos:** 11 preguntas
- **Estados anímicos prevalentes:** 18 preguntas
- **Satisfacción personal:** 9 preguntas
- **Discriminación:** 34 preguntas
- **Satisfacción laboral:** 6 preguntas
- **Rasgos psicopáticos:** 14 preguntas

- **Síntomas ansiosos y depresivos:** 27 preguntas
- **Indicadores suicidas:** 71 preguntas
- **Sueño:** 34 preguntas
- **Estilos de crianza:** 18 preguntas
- **Eventos de vida tempranos:** 23 preguntas
- **Aspectos de dinámica familiar:** 15 preguntas
- **Compartir sentimientos y pensamientos:** 11 preguntas
- **Estresores familiares actuales:** 6 preguntas
- **Estresores por violencia terrorista:** 10 preguntas
- **Uso de tiempo libre:** 14 preguntas
- **Vida religiosa:** 13 preguntas
- **Estrés ambiental:** 7 preguntas
- **Recursos comunitarios recreativos:** 10 preguntas
- **Ejercicio físico:** 2 preguntas
- **Calidad de vida:** 10 preguntas
- **Discapacidad física:** 1 pregunta
- **Discapacidad:** 6 preguntas
- **Desarrollo humano:** 8 preguntas
- **Estigma hacia la salud mental:** 12 preguntas
- **Autoeficacia:** 14 preguntas
- **Satisfacción con la vida:** 5 preguntas
- **Autoestima:** 10 preguntas
- **Resiliencia:** 10 preguntas
- **Hiperactividad:** 6 preguntas

**G. EL CUESTIONARIO EESISPR .D.03, MODULO DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE,** tiene la siguiente estructura:

- **Problemas percibidos en el país:** 2 preguntas
- **Confianza en autoridades:** 13 preguntas
- **Estresores cotidianos:** 11 preguntas
- **Estados anímicos prevalentes:** 17 preguntas
- **Satisfacción personal:** 9 preguntas
- **Satisfacción laboral:** 6 preguntas
- **Estrés ambiental:** 7 preguntas
- **Recursos comunitarios recreativos:** 10 preguntas
- **Síntomas ansiosos y depresivos:** 27 preguntas
- **Acceso a atención :** 42 preguntas
- **Uso de sustancias:** 36 preguntas
- **Rasgos psicopáticos:** 13 preguntas

- **Síndrome psicótico:** 14 preguntas
- **Indicadores suicidas:** 35 preguntas
- **Aspectos de dinámica familiar:** 13 preguntas
- **Compartir pensamientos y sentimientos:** 19 preguntas
- **Vida sexual:** 18 preguntas
- **Violencia familiar:** 31 preguntas
- **Uso de tiempo libre:** 14 preguntas
- **Vida religiosa:** 13 preguntas
- **Calidad de vida:** 10 preguntas
- **Discapacidad física:** 1 pregunta
- **Funcionamiento, Discapacidad e inhabilidad:** 6 preguntas
- **Problemas clínicos ansiosos:** 75 preguntas
- **Problemas clínicos depresivos:** 53 preguntas
- **Problemas alimentarios:** 58 preguntas
- **Autoeficacia:** 14 preguntas
- **Satisfacción con la vida:** 5 preguntas
- **Autoestima:** 10 preguntas
- **Resiliencia:** 10 preguntas
- **Acoso escolar:** 95 preguntas

**H. EL CUESTIONARIO EESISPR .E.04, MODULO DE SÍNDROMES CLÍNICOS A, tiene la siguiente estructura:**

**Trastornos de ansiedad:** 237 preguntas

- **Trastornos afectivos:** 122 preguntas
- **Trastorno psicóticos:** 32 preguntas
- **Trastorno hiperquinético del adulto:** 112

**I. EL CUESTIONARIO EESISPR .F.05, MODULO DE SÍNDROMES CLÍNICOS B, tiene la siguiente estructura:**

- **Trastornos de la alimentación:** 69 preguntas
- **Trastornos adictivos químicos:** 92 preguntas
- **Tabaquismo:** 11 preguntas
- **Juego patológico:** 49 preguntas
- **Maltrato:** 6 preguntas

**J. EL CUESTIONARIO EESISPR .G.06, MODULO DE ACCESO A SERVICIOS, tiene la siguiente estructura:**

- **Acceso a servicios de salud mental:** 138 preguntas
- **Formulación ideográfica del problema mental:** 16 preguntas
- **Conocimiento y prejuicios sobre la salud mental:** 17 preguntas
- **Relaciones de género:** 12 preguntas
- **Acceso a servicios de salud física:** 26 preguntas

- **Reproducción y aborto:** 10 preguntas

**K. EL CUESTIONARIO EESISPR .H.07, MODULO DE RELACIONES INTRAFAMILIARES, tiene la siguiente estructura:**

- **Maltrato hacia la mujer:** 151 preguntas
- **Reproducción y aborto:** 10 preguntas
- **Maltrato hacia los niños:** 26 preguntas
- **Conducta alimentaria del adolescente:** 6 preguntas
- **Estilos parentales:** 5 preguntas
- **Conducta adictiva enmascarada de familiar adulto:** 42 preguntas
- **Tabaquismo:** 12 preguntas
- **Abuso de alcohol:** 10 preguntas

**L. EL CUESTIONARIO EESISPR .I.08, MODULO DEL ADULTO MAYOR, tiene la siguiente estructura:**

- **Acceso a atención de salud:** 51 preguntas
- **Sentimientos anímicos prevalentes:** 17 preguntas
- **Satisfacción personal:** 9 preguntas
- **Discriminación:** 13 pregunta
- **Satisfacción laboral:** 6 preguntas
- **Estresores cotidianos:** 11 preguntas
- **Aspectos de dinámica familiar:** 11 preguntas
- **Síntomas ansiosos y depresivos:** 27 preguntas
- **Indicadores suicidas:** 65 preguntas
- **Vida religiosa:** 13 preguntas
- **Calidad de vida:** 10 preguntas
- **Discapacidad física:** 1 pregunta
- **Funcionamiento, Discapacidad e inhabilidad:** 6 preguntas
- **Episodio depresivo:** 54 preguntas
- **Ansiedad generalizada:** 65 preguntas
- **Trastorno psicótico:** 28 preguntas
- **Trastornos adictivos químicos:** 52 preguntas
- **Tabaquismo:** 11 preguntas
- **Maltrato hacia el adulto mayor:** 67 preguntas

**M. EL CUESTIONARIO E EESISPR .J.09, MODULO DE FUNCIONES COGNOSCITIVAS, tiene la siguiente estructura:**

- **Miniexamen mental cognoscitivo:** 22 preguntas
- **Actividades de la vida diaria:** 11 preguntas

**O. EL CUESTIONARIO EESISPR .K.10, MODULO SOCIOCULTURAL Y DE DESASTRES, tiene la siguiente estructura:**

- **Síndromes folclóricos:** 111 preguntas
- **Desastres:** 8 preguntas

## 7. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

- Construcción del Instrumento.- Se utilizó el mismo instrumento de los estudios anteriores del INSM validados a través de pruebas piloto y focus groups. Se remite al lector a los resultados de las pruebas psicométricas del instrumento. Se revisaron los resultados del estudio del año 2013 en las ciudades de Cerro de Pasco y Huánuco. Esto permitió hacer los ajustes finales a los cuestionarios.
- Se confeccionó un Manual del Entrevistador donde se especificaron las características de los cuestionarios, la organización del trabajo de campo, las funciones de los entrevistadores, la identificación y selección de viviendas, instrucciones generales y específicas para el llenado de los cuestionarios. Asimismo, se elaboró una Guía del Supervisor donde se especificaron sus funciones.
- Los entrevistadores seleccionados fueron egresados, bachilleres o titulados en psicología o en alguna otra área de la salud con alguna experiencia en trabajos de campo en hogares, de preferencia en temas de salud mental. Fueron seleccionados en la ciudad de Lima.
- La coordinadora de campo fue designado por el jefe de operaciones, la cual cuenta con una amplia experiencia en trabajos de campo y manejo de grupos de trabajo en estudios anteriores en la Institución. La coordinadora de campo tuvo la responsabilidad de la conducción técnica y administrativa de la Encuesta y velar por el estricto control en la calidad de la información recopilada.
- Los supervisores seleccionados fueron egresados, bachilleres o titulados, de preferencia en psicología o de otras áreas de salud, con experiencia en trabajos de campo en hogares. Los supervisores tuvieron la responsabilidad de la conducción de su grupo de trabajo durante el recojo de información durante la Encuesta y también debieron velar por el estricto control en la calidad de la información recogida en campo. Los supervisores fueron seleccionados en un proceso diferente al de los entrevistadores.
- Se requirieron 13 entrevistadores, 03 supervisores, un coordinador de campo, además de un jefe de operaciones.
- La capacitación técnica de los supervisores y entrevistadores fueron responsabilidad de los investigadores del INSM. El programa de capacitación se desarrolló en aproximadamente 57 horas e incluyó lo siguiente: aspectos conceptuales, manejo de los cuestionarios, actualización del marco muestral y registro de viviendas y prácticas de campo. Se hizo énfasis en la técnica de entrevista y en la resolución de posibles problemas a encontrar en el trabajo de campo. Los participantes fueron evaluados permanentemente durante los días de capacitación.
- Se conformaron tres equipos de trabajo, cada equipo compuesto por un supervisor y cuatro entrevistadores. Además un entrevistador realizó las reentrevistas en un 25% del total de entrevistados, distribuidos en las cuatro unidades de análisis.
- En el trabajo de campo los entrevistadores realizaron un promedio de dos viviendas visitadas por día en un ciclo de siete días: seis días de trabajo efectivo por uno de descanso. Al final de la encuesta se dio 08 días para realizar la recuperación de las viviendas faltantes.
- Recopilación de datos. Antes del inicio de la encuesta se realizó la actualización del marco muestral suministrado por el INEI y se trabajó en base a este registro actualizado. Se definió el número de hogares por vivienda y se eligió al hogar principal, realizando el registro de todos sus miembros. Se seleccionó para la entrevista a las cuatro unidades de análisis: una mujer unida, un adulto, un adolescente y un adulto mayor, utilizando la Tabla de Kish.
- La operación de campo en la ciudad de Abancay se realizó entre los meses de Mayo a Setiembre del año 2016.

- Control de calidad y consistencia de datos. La primera consistencia se realizó en el campo a través de los supervisores, tanto por observación directa como por las reentrevistas. Se programó la reentrevista al 25% de total de los encuestados. La segunda consistencia, contando con datos ya digitados, se realizó periódicamente, estableciendo los perfiles de los datos obtenidos por cada entrevistador y comparando las tendencias. Una tercera consistencia se refiere a la revisión de los datos para detectar omisiones, inconsistencias lógicas, identificación de valores extremos para su verificación.
- Control de calidad y consistencia de datos. Los datos serán ingresados por seis digitadores desde la segunda semana de iniciada la encuesta, utilizando los programas IOSAA y CSPRO. Los datos serán redigitados y analizados para determinar las inconsistencias y subsanarlas.

## 8. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

La muestra seleccionada en las 5 áreas poblacionales fue de 6 180 viviendas en total.

De las 2 068 viviendas programadas se logró entrevistar 1 914 viviendas completas obteniéndose una tasa de respuesta del 92,6%. La tasa de no respuesta fue 7,4%, constituida por 120 viviendas que rechazaron la entrevista, 14 viviendas con ocupantes ausentes y 19 por otras razones.

La muestra de la unidad de análisis del Adulto fue de 1 723, de los cuales se logró entrevistar al 100%. Combinando las tasas de respuesta de viviendas y personas, se obtuvo la tasa total de respuesta del 92,6% y la no respuesta total fue 7,4%

## 9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se analizarán 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 realizarán análisis estadísticos descriptivos como frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. Se describirán los aspectos de la salud mental, estimando las prevalencias.

Se relacionarán en forma general algunas variables de corte como edad, género, nivel de pobreza y ciudad de residencia, con las variables de salud mental. Si la variable independiente es nominal (ejemplo: depresión versus no depresión) y las variables relacionadas también (género, edad, condición de cobertura de necesidades básicas, como de residencia), para considerar el diseño de encuesta se utilizará la F corregida como una variante del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden y la significación basada en sus grados de libertad y un nivel de significancia de  $< 0,05$ . En cada caso se utilizarán análisis estadísticos según los procedimientos antes descritos, de acuerdo al tipo de variable. Asimismo, se describirán la mayoría de los estimados, el error estándar, los intervalos de confianza, el efecto de diseño (deff) y el coeficiente de variación. Se asumirá que un índice del coeficiente de variación es aceptable hasta en un 15,0%.

Se realizarán los análisis estadísticos en un computador Intel(R) Core(TM)2, mediante el programa estadístico de SPSS versión 20 para muestras complejas.

## II. ANALISIS COMPARATIVO DE LA POBLACIÓN ADULTA EN ABANCAY 2010 - 2016

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS





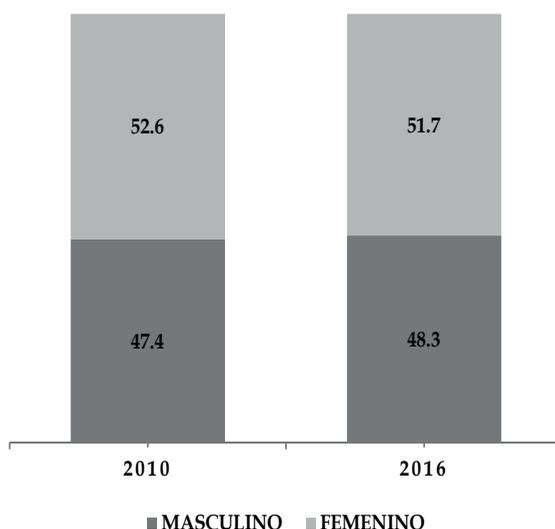
## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

Al realizar el análisis comparativo, se observa que la proporción del sexo masculino aumentó ligeramente en el año 2016, aunque de forma no significativa.

**TABLA 2**  
**TOTAL DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN ABANCAY 2010 - 2016**

ENCUESTADOS	2010			2016			ESTADÍSTICOS (FEMENINO / MASCULINO) 2010 vs 2016
	FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO	FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO	
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	1746	41,6	58,4	1724	43,7	56,3	$F=0,240; df1=1; df2=173; p=0,625$
EXPANDIDO	33442	47,4(45,0-49,8)	52,6(50,2-55,0)	45106	48,3(45,8-50,8)	51,7(49,2-54,2)	

**FIGURA 1. ADULTOS SEGÚN SEXO EN ABANCAY 2010 - 2016**



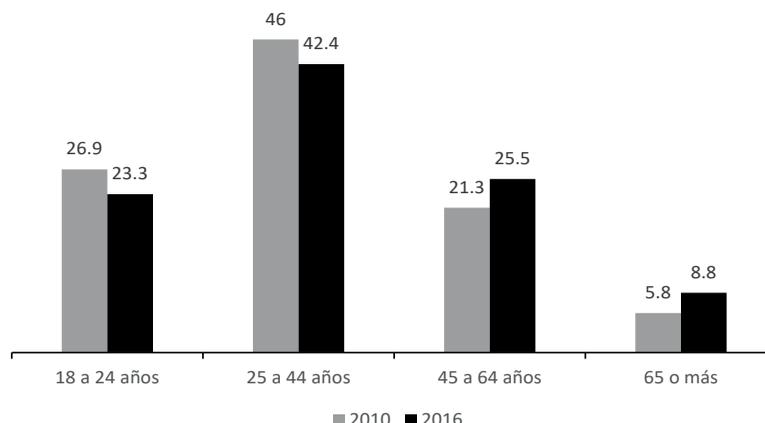
### EDAD

Al observar la edad promedio de los adultos en Abancay, se muestra con significación estadística, un ligero incremento de ésta, de 36,5 a 38,9 años entre el 2010 y el 2016. Mientras que, según los grupos etarios, la población se concentra mayormente entre los 25 a 44 años en los dos años de estudio. Llama la atención que la población de 45 a más años de edad disminuya en el 2010 en comparación al 2016 (Tabla 3)

**TABLA 3**  
**EDAD DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN ABANCAY 2010 - 2016**

EDAD PROMEDIO	2010		2016		ESTADÍSTICOS 2010 vs 2016
	MEDIA	ERROR ESTÁNDAR	MEDIA	ERROR ESTÁNDAR	
PONDERADA	36,56	0,498	38,94	0,53	$F=9,864; df1=1; df2=173; p=0,002$
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR	PONDERADO	SIN PONDERAR	$F=5,313; df1=2,847; df2=492,587; p=0,002$
18 A 24 AÑOS	26,9 (24,4 - 29,6)	25,0	23,3 (20,9 - 25,9)	21,7	
25 A 44 AÑOS	46,0 (43,4 - 48,6)	49,9	42,4 (39,7 - 45,1)	49,2	
45 A 64 AÑOS	21,3 (19,1 - 23,6)	18,8	25,5 (22,8 - 28,4)	19,6	
65 O MÁS	5,8 (4,6 - 7,3)	6,2	8,8 (7,4 - 10,4)	9,5	

**FIGURA 2. ADULTOS SEGÚN EDAD ENCUESTADOS EN ABANCAY 2010 - 2016**



**ESCOLARIDAD**

Existen mayor cantidad de mujeres adultas que no saben leer ni escribir, a en comparación de los adultos varones, tanto en el 2010 como en el 2016. Sin embargo la comparación no fue significativa.

**TABLA 4  
ADULTOS QUE NO SABEN LEER NI ESCRIBIR EN ABANCAY 2010 - 2016**

ANALFABETISMO	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
TOTAL	3,7	(2,9 - 4,7)	$F=39,624;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,000$	4,2	(3,0 - 5,8)	$F=19,278;$ $df1=1; df2=109;$ $p=0,000$	$F=0,289; df1=1; df2=173; p=0,592$
MASCULINO	0,5	(0,2 - 1,4)		0,9	(0,3 - 2,8)		$F=0,739; df1=1; df2=173; p=0,391$
FEMENINO	6,6	(5,2 - 8,4)		7,2	(5,2 - 9,8)		$F=0,145; df1=1; df2=173; p=0,704$

Luego, al observar los valores en el nivel de educación del 2010 al 2016, no hubo diferencias significativas a nivel comparativo. Sin embargo, en el año 2010 si se observan diferencias significativas entre el sexo masculino y femenino en los niveles: “sin nivel”, “primaria”, “superior universitario”, y “postgrado”. La ausencia de nivel educativo no llega al 8% de la población, sin embargo, hubo una marcada diferencia entre las mujeres sin nivel educativo en más de 6 puntos, en comparación a los hombres. Por otro lado, se muestra que hubo más hombres con educación superior universitaria en relación a las mujeres, así como con postgrado.

**TABLA 5  
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS DE ABANCAY 2010 - 2016**

NIVEL EDUCATIVO	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA</b>							
TOTAL	4,0	(3,2 - 5,1)	$F=44,984;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,000$	4,3	(3,1 - 5,9)	$F=20,228;$ $df1=1; df2=109;$ $p=0,000$	$F=0,104; df1=1; df2=173; p=0,747$
MASCULINO	0,6	(0,2 - 1,5)		0,9	(0,3 - 2,8)		$F=0,447; df1=1; df2=173; p=0,505$
FEMENINO	7,1	(5,6 - 9,1)		7,4	(5,4 - 10,1)		$F=0,044; df1=1; df2=173; p=0,835$
<b>INICIAL / PREESCOLAR</b>							
TOTAL	0,1	(0,0 - 0,5)	$F=0,913;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,342$	0,3	(0,1 - 0,4)	$F=1,634;$ $df1=1; df2=109;$ $p=0,204$	$F=1,694; df1=1; df2=173; p=0,195$
MASCULINO	0,0	(0,0 - 0,0)		0,0	(0,0 - 0,0)		-
FEMENINO	0,1	(0,0 - 0,1)		0,6	(0,1 - 2,6)		$F=1,737; df1=1; df2=173; p=0,189$
<b>PRIMARIA</b>							
TOTAL	11,1	(9,1 - 13,5)	$F=7,115;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,009$	11,6	(9,6 - 14,0)	$F=2,847;$ $df1=1; df2=109;$ $p=0,094$	$F=0,105; df1=1; df2=173; p=0,747$
MASCULINO	8,5	(6,2 - 11,6)		9,8	(7,3 - 13,0)		$F=0,406; df1=1; df2=173; p=0,525$
FEMENINO	13,5	(10,8 - 16,6)		13,3	(10,5 - 16,8)		$F=0,005; df1=1; df2=173; p=0,944$
<b>SECUNDARIA</b>							
TOTAL	29,6	(27,0 - 32,4)	$F=0,288;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,593$	28,2	(25,2 - 31,3)	$F=0,560;$ $df1=1; df2=109;$ $p=0,456$	$F=0,471; df1=1; df2=173; p=0,494$
MASCULINO	30,3	(26,4 - 34,6)		29,1	(25,2 - 33,4)		$F=0,164; df1=1; df2=173; p=0,686$
FEMENINO	29,0	(25,8 - 32,4)		27,3	(23,8 - 31,1)		$F=0,432; df1=1; df2=173; p=0,512$

NIVEL EDUCATIVO	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>SUPERIOR NO UNIVERSITARIO</b>							
TOTAL	16,3	(14,2 - 18,6)	$F=0,275;$	14,2	(12,1 - 16,4)	$F=0,004;$	$F=2,053; df1=1; df2=173; p=0,154$
MASCULINO	16,8	(13,7 - 20,5)	$df1=1; df2=98;$	14,1	(11,4 - 17,2)	$df1=1; df2=109;$	$F=1,473; df1=1; df2=173; p=0,226$
FEMENINO	15,8	(13,6 - 18,3)	$p=0,601$	14,2	(11,5 - 17,4)	$p=0,949$	$F=0,797; df1=1; df2=173; p=0,373$
<b>SUPERIOR UNIVERSITARIO</b>							
TOTAL	36,9	(33,8 - 40,1)	$F=6,439;$	39,9	(36,1 - 43,7)	$F=10,782;$	$F=1,300; df1=1; df2=173; p=0,256$
MASCULINO	40,5	(36,0 - 45,1)	$df1=1; df2=98;$	44,1	(39,5 - 48,7)	$df1=1; df2=109;$	$F=1,189; df1=1; df2=173; p=0,277$
FEMENINO	33,7	(30,1 - 37,4)	$p=0,013$	35,9	(31,6 - 40,5)	$p=0,001$	$F=0,532; df1=1; df2=173; p=0,467$
<b>POSTGRADO</b>							
TOTAL	2,0	(1,3 - 2,9)	$F=13,499;$	1,6	(0,9 - 2,8)	$F=0,638;$	$F=0,365; df1=1; df2=173; p=0,547$
MASCULINO	3,3	(2,1 - 5,2)	$df1=1; df2=98;$	2,0	(1,0 - 3,9)	$df1=1; df2=109;$	$F=1,460; df1=1; df2=173; p=0,229$
FEMENINO	0,8	(0,4 - 1,6)	$p=0,000$	1,2	(0,4 - 3,3)	$p=0,426$	$F=0,458; df1=1; df2=173; p=0,499$

## ESTADO CIVIL

**TABLA 6**  
**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN ABANCAY 2010 - 2016**

ESTADO CIVIL	2010		2016	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
<b>CONVIVIENTE</b>				
TOTAL	27,7	(25,2 - 30,3)	31,2	(28,5 - 34,1)
MASCULINO	26,8	(23,6 - 30,3)	28,6	(24,6 - 32,9)
FEMENINO	28,4	(25,4 - 31,7)	33,7	(30,1 - 37,6)
<b>SEPARADO</b>				
TOTAL	8,1	(6,9 - 9,6)	8,1	(6,8 - 9,7)
MASCULINO	3,4	(2,2 - 5,1)	4,9	(3,2 - 7,5)
FEMENINO	12,4	(10,4 - 14,8)	11,1	(9,1 - 13,5)
<b>DIVORCIADO</b>				
TOTAL	0,4	(0,2 - 0,8)	0,4	(0,2 - 0,7)
MASCULINO	0,3	(0,1 - 1,3)	0,3	(0,1 - 1,0)
FEMENINO	0,5	(0,3 - 0,9)	0,4	(0,1 - 1,0)
<b>VIUDO</b>				
TOTAL	3,2	(2,5 - 4,2)	3,8	(3,0 - 4,9)
MASCULINO	1,2	(0,6 - 2,4)	1,2	(0,8 - 2,1)
FEMENINO	5,1	(3,9 - 6,7)	6,2	(4,7 - 8,3)
<b>CASADO</b>				
TOTAL	28,7	(26,3 - 31,3)	29,6	(26,7 - 32,6)
MASCULINO	31,4	(27,7 - 35,5)	30,3	(26,5 - 34,4)
FEMENINO	26,2	(23,2 - 29,5)	28,9	(25,0 - 33,1)
<b>SOLTERO</b>				
TOTAL	31,8	(29,0 - 34,8)	26,9	(24,3 - 29,6)
MASCULINO	36,8	(32,9 - 41,0)	34,6	(30,1 - 39,3)
FEMENINO	27,3	(24,1 - 30,7)	19,6	(16,9 - 22,8)

## SITUACIÓN LABORAL

Según las condiciones laborales, se observa que existe una diferencia en el porcentaje de varones y damas que trabaja o está buscando trabajo, en los dos años de estudio. Para el año 2016, se observa una ligera caída en el porcentaje total de adultos que trabajan, sin embargo, la comparación no fue significativa.

**TABLA 7**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS DE ABANCAY 2010 - 2016**

SITUACIÓN LABORAL	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR</b>							
TOTAL	65,3	(63,0 - 67,6)	$F=58,453;$	63,6	(60,6 - 66,6)	$F=58,453;$	$F=0,823; df1=1; df2=173; p=0,366$
MASCULINO	75,6	(72,3 - 78,6)	$df1=1; df2=98;$	73,4	(68,9 - 77,5)	$df1=1; df2=98;$	$F=0,633; df1=1; df2=173; p=0,427$
FEMENINO	56,1	(55,6 - 59,5)	$p=0,000$	54,5	(50,4 - 58,6)	$p=0,000$	$F=0,379; df1=1; df2=173; p=0,539$

SITUACIÓN LABORAL	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>ESTÁ BUSCANDO TRABAJO</b>							
TOTAL	4,0	(3,0 - 5,2)	$F=1,893;$	2,6	(1,7 - 3,9)	$F=1,081;$	$F=2,737; df1=1; df2=173; p=0,100$
MASCULINO	3,3	(2,2 - 4,9)	$df1=1; df2=98;$	2,1	(1,0 - 4,1)	$df1=1; df2=109;$	$F=1,357; df1=1; df2=173; p=0,246$
FEMENINO	4,6	(3,2 - 6,4)	$p=0,172$	3,1	(2,0 - 5,0)	$p=0,301$	$F=1,681; df1=1; df2=173; p=0,196$

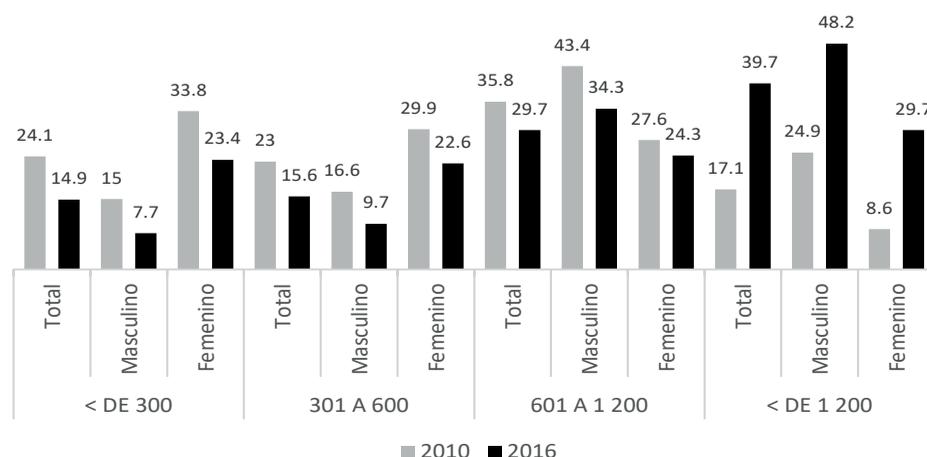
## INGRESOS ECONÓMICOS

Se puede observar que los ingresos promedios por niveles y por sexo presentan diferencias significativas entre los años 2010 y 2016, tanto por separado como comparativamente. La proporción de ingresos menores a 600 soles fue mayor en las mujeres, en cambio la proporción de ingresos mayores a 600 soles, estuvo a favor de los varones tanto en el 2010 como en el 2016, sin embargo estas diferencias se acentuaron en el último año de estudio.

**TABLA 8**  
**PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES) EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES DE ABANCAY 2010 - 2016**

INGRESOS (NUEVOS SOLES)	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>&lt; DE 300</b>							
TOTAL	24,1	(20,9 - 27,6)	$F=43,376;$	14,9	(12,3 - 18,1)	$F=32,711;$	$F=15,192; df1=1; df2=173; p=0,000$
MASCULINO	15,0	(11,7 - 19,1)	$df1=1; df2=98;$	7,7	(5,3 - 11,1)	$df1=1; df2=109;$	$F=8,694; df1=1; df2=173; p=0,004$
FEMENINO	33,8	(29,2 - 38,8)	$p=0,000$	23,4	(19,0 - 28,5)	$p=0,000$	$F=8,782; df1=1; df2=173; p=0,003$
<b>301 A 600</b>							
TOTAL	23,0	(20,4 - 25,8)	$F=21,703;$	15,6	(13,2 - 18,5)	$F=19,378;$	$F=13,019; df1=1; df2=173; p=0,000$
MASCULINO	16,6	(13,8 - 19,9)	$df1=1; df2=98;$	9,7	(6,9 - 13,5)	$df1=1; df2=109;$	$F=8,078; df1=1; df2=173; p=0,005$
FEMENINO	29,9	(25,4 - 34,8)	$p=0,000$	22,6	(18,4 - 27,4)	$p=0,000$	$F=4,664; df1=1; df2=173; p=0,032$
<b>601 A 1 200</b>							
TOTAL	35,8	(33,3 - 38,4)	$F=30,236;$	29,7	(26,5 - 33,2)	$F=6,913;$	$F=8,247; df1=1; df2=173; p=0,005$
MASCULINO	43,4	(39,6 - 47,2)	$df1=1; df2=98;$	34,3	(29,1 - 39,9)	$df1=1; df2=109;$	$F=6,699; df1=1; df2=173; p=0,010$
FEMENINO	27,6	(24,2 - 31,4)	$p=0,000$	24,3	(20,2 - 29,0)	$p=0,010$	$F=1,371; df1=1; df2=173; p=0,243$
<b>&gt; DE 1 200</b>							
TOTAL	17,1	(14,4 - 20,2)	$F=52,894;$	39,7	(35,6 - 44,0)	$F=26,539;$	$F=67,978; df1=1; df2=173; p=0,000$
MASCULINO	24,9	(20,8 - 29,5)	$df1=1; df2=98;$	48,2	(42,9 - 53,6)	$df1=1; df2=109;$	$F=39,945; df1=1; df2=173; p=0,000$
FEMENINO	8,6	(6,3 - 11,7)	$p=0,000$	29,7	(24,4 - 35,7)	$p=0,000$	$F=51,916; df1=1; df2=173; p=0,000$

**FIGURA 3. ADULTOS SEGÚN INGRESOS ENCUESTADOS EN ABANCAY 2010 - 2016**



# SALUD MENTAL DEL ADULTO



# SALUD MENTAL DEL ADULTO DE LA CIUDAD DE ABANCAY

## ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Los problemas percibidos por la población adulta de Abancay presentaron incrementos significativos en el 2016 respecto al 2010 en los aspectos: corrupción (18,7% a 28,2%), violencia (6,5% a 12,1%), y delincuencia (5,5% a 19,3%). Estos cambios significativos se dieron para estas categorías tanto en el sexo masculino como femenino. Por otro lado, hubo una disminución significativa en la percepción de problemas en relación con el desempleo (23,2% a 15,3%), pobreza (23,5% a 11,4%) y la inestabilidad política (2,7% a 1,1%), tanto para hombres como para mujeres.

**TABLA 9**  
**PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS POR LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

PROBLEMAS PERCIBIDOS	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>DESEMPLEO</b>							
TOTAL	23,2	(20,8 - 25,8)		15,3	(13,4 - 17,6)		F=22,169; df1=1; df2=173; p=0
MASCULINO	24,5	(21,2 - 28,1)	F=1,568; df1=1; df2=98;	13,4	(11,0 - 16,3)	F=2,589; df1=1; df2=109;	F=23,908; df1=1; df2=173; p=0
FEMENINO	22,1	(19,4 - 25,0)	p=0,213	17,2	(13,9 - 21,0)	p=0,11	F=4,52; df1=1; df2=173; p=0,035
<b>CORRUPCIÓN</b>							
TOTAL	18,7	(16,5 - 21,0)		28,2	(25,5 - 31,0)		F=28,39; df1=1; df2=173; p=0
MASCULINO	24,9	(21,4 - 28,7)	F=35,141; df1=1; df2=98;	36,0	(31,7 - 40,6)	F=26,596; df1=1; df2=109;	F=14,213; df1=1; df2=173; p=0
FEMENINO	13,1	(10,9 - 15,6)	p=0	20,9	(17,6 - 24,6)	p=0	F=14,032; df1=1; df2=173; p=0
<b>VIOLENCIA</b>							
TOTAL	6,5	(5,1 - 8,1)		12,1	(10,2 - 14,2)		F=18,786; df1=1; df2=173; p=0
MASCULINO	3,3	(2,1 - 5,3)	F=19,912; df1=1; df2=98;	7,4	(5,5 - 10,0)	F=23,461; df1=1; df2=109;	F=8,574; df1=1; df2=173; p=0,004
FEMENINO	9,3	(7,3 - 11,8)	p=0	16,4	(13,5 - 19,7)	p=0	F=13,145; df1=1; df2=173; p=0
<b>POBREZA</b>							
TOTAL	23,5	(20,7 - 26,5)		11,5	(9,6 - 13,7)		F=48,257; df1=1; df2=173; p=0
MASCULINO	18,0	(14,7 - 21,8)	F=17,195; df1=1; df2=98;	9,5	(7,0 - 12,7)	F=3,566; df1=1; df2=109;	F=12,489; df1=1; df2=173; p=0,001
FEMENINO	28,4	(24,6 - 32,6)	p=0	13,3	(10,7 - 16,6)	p=0,062	F=36,273; df1=1; df2=173; p=0
<b>FALTA DE CONFIANZA</b>							
TOTAL	1,5	(0,8 - 2,7)		1,6	(0,9 - 2,7)		F=0,011; df1=1; df2=173; p=0,916
MASCULINO	2,3	(1,1 - 4,8)	F=3,392; df1=1; df2=98;	1,6	(0,7 - 3,3)	F=0,003; df1=1; df2=109;	F=0,578; df1=1; df2=173; p=0,448
FEMENINO	0,8	(0,3 - 2,0)	p=0,069	1,6	(0,8 - 3,1)	p=0,957	F=1,521; df1=1; df2=173; p=0,219
<b>FALTA DE LIDERAZGO</b>							
TOTAL	1,0	(0,6 - 1,6)		0,7	(0,3 - 1,7)		F=0,511; df1=1; df2=173; p=0,476
MASCULINO	1,4	(0,8 - 2,5)	F=2,767; df1=1; df2=98;	1,0	(0,3 - 3,5)	F=2,333; df1=1; df2=109;	F=0,214; df1=1; df2=173; p=0,644
FEMENINO	0,6	(0,2 - 1,5)	p=0,099	0,3	(0,1 - 0,8)	p=0,13	F=0,71; df1=1; df2=173; p=0,401
<b>INESTABILIDAD POLÍTICA</b>							
TOTAL	2,7	(1,9 - 3,8)		1,1	(0,6 - 1,8)		F=8,767; df1=1; df2=173; p=0,003
MASCULINO	4,0	(2,6 - 6,1)	F=7,103; df1=1; df2=98;	1,5	(0,8 - 2,7)	F=2,445; df1=1; df2=109;	F=7,57; df1=1; df2=173; p=0,007
FEMENINO	1,5	(0,8 - 2,8)	p=0,009	0,7	(0,3 - 1,6)	p=0,121	F=2,04; df1=1; df2=173; p=0,155
<b>DELINCUENCIA</b>							
TOTAL	5,8	(4,7 - 7,1)		19,3	(17,1 - 21,9)		F=113,051; df1=1; df2=173; p=0
MASCULINO	4,8	(3,4 - 6,9)	F=1,824; df1=1; df2=98;	19,9	(16,1 - 24,4)	F=0,182; df1=1; df2=109;	F=53,719; df1=1; df2=173; p=0
FEMENINO	6,6	(5,0 - 8,7)	p=0,18	18,8	(16,0 - 22,0)	p=0,671	F=44,599; df1=1; df2=173; p=0
<b>TERRORISMO</b>							
TOTAL	0,4	(0,2 - 1,0)		0,1	(0,0 - 0,5)		F=2,266; df1=1; df2=173; p=0,134
MASCULINO	0,4	(0,1 - 1,3)	F=0,082; df1=1; df2=98;	0,0	-	F=2,075; df1=1; df2=109;	F=3,263; df1=1; df2=173; p=0,073
FEMENINO	0,5	(0,2 - 1,5)	p=0,776	0,3	(0,1 - 1,0)	p=0,153	F=0,449; df1=1; df2=173; p=0,504
<b>NARCOTRÁFICO</b>							
TOTAL	0,5	(0,2 - 1,2)		0,5	(0,2 - 1,4)		F=0,005; df1=1; df2=173; p=0,944
MASCULINO	0,6	(0,1 - 2,4)	F=0,307; df1=1; df2=98;	0,3	(0,1 - 1,6)	F=0,317; df1=1; df2=109;	F=0,256; df1=1; df2=173; p=0,613
FEMENINO	0,4	(0,1 - 1,0)	p=0,581	0,6	(0,1 - 2,5)	p=0,575	F=0,405; df1=1; df2=173; p=0,525

PROBLEMAS PERCIBIDOS	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>MANEJO ECONÓMICO</b>							
TOTAL	3,6	(2,7 - 4,9)	$F=1,628;$	1,7	(0,8 - 3,7)	$F=0,354;$	$F=3,295; df1=1; df2=173; p=0,071$
MASCULINO	2,9	(1,8 - 4,8)	$df1=1; df2=98;$	1,5	(0,6 - 3,5)	$df1=1; df2=109;$	$F=1,845; df1=1; df2=173; p=0,176$
FEMENINO	4,3	(3,0 - 6,2)	$p=0,205$	1,9	(0,8 - 4,7)	$p=0,553$	$F=2,842; df1=1; df2=173; p=0,094$
<b>FALTA DE VALORES</b>							
TOTAL	7,4	(6,0 - 9,0)	$F=4,071;$	5,2	(4,0 - 6,9)	$F=1,451;$	$F=3,904; df1=1; df2=173; p=0,05$
MASCULINO	8,9	(6,7 - 11,8)	$df1=1; df2=98;$	5,9	(4,2 - 8,3)	$df1=1; df2=109;$	$F=3,207; df1=1; df2=173; p=0,075$
FEMENINO	6,0	(4,6 - 7,9)	$p=0,046$	4,6	(3,2 - 6,6)	$p=0,231$	$F=1,523; df1=1; df2=173; p=0,219$
<b>NINGUNA</b>							
TOTAL	0,5	(0,2 - 1,2)	$F=2,237;$	0,3	(0,1 - 0,8)	$F=1,064;$	$F=0,993; df1=1; df2=173; p=0,32$
MASCULINO	0,8	(0,3 - 2,0)	$df1=1; df2=98;$	0,1	(0,0 - 0,6)	$df1=1; df2=109;$	$F=5,051; df1=1; df2=173; p=0,026$
FEMENINO	0,3	(0,1 - 0,9)	$p=0,138$	0,4	(0,1 - 1,6)	$p=0,305$	$F=0,08; df1=1; df2=173; p=0,778$
<b>OTRA</b>							
TOTAL	2,7	(1,5 - 4,6)	$F=0,529;$	1,0	(0,6 - 1,7)	$F=1,328;$	$F=6,692; df1=1; df2=173; p=0,011$
MASCULINO	2,3	(1,3 - 4,3)	$df1=1; df2=98;$	1,3	(0,7 - 2,7)	$df1=1; df2=109;$	$F=1,473; df1=1; df2=173; p=0,227$
FEMENINO	3,0	(1,6 - 5,6)	$p=0,469$	0,8	(0,4 - 1,4)	$p=0,252$	$F=10,266; df1=1; df2=173; p=0,002$

Para el 2016 comparado con el 2010, hubo un incremento significativo en los sentimientos de desilusión (4,8% a 6,6%), rabia (3,1% a 6%), y miedo o temor (1,8% a 3,9%) frente a los problemas nacionales, este aumento se dio tanto en el sexo masculino como femenino, aunque no en todos los casos de manera significativa. Por el contrario, hubo una disminución importante en los sentimientos de preocupación (29,1% a 25%) frente a los problemas nacionales.

**TABLA 10**  
**SENTIMIENTOS FRENTE A LOS PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

ESTADOS	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>INDIFERENCIA</b>							
TOTAL	3,7	(2,8 - 5,0)	$F=0,077;$	3,5	(2,5 - 4,8)	$F=5,268;$	$F=0,099; df1=1; df2=173; p=0,753$
MASCULINO	3,9	(2,5 - 6,0)	$df1=1; df2=98;$	4,6	(3,1 - 6,8)	$df1=1; df2=109;$	$F=0,33; df1=1; df2=173; p=0,566$
FEMENINO	3,6	(2,4 - 5,3)	$p=0,781$	2,4	(1,4 - 3,8)	$p=0,024$	$F=1,694; df1=1; df2=173; p=0,195$
<b>RESIGNACIÓN</b>							
TOTAL	1,9	(1,3 - 2,9)	$F=0,202;$	2,2	(1,5 - 3,3)	$F=1,6;$	$F=0,209; df1=1; df2=173; p=0,648$
MASCULINO	2,1	(1,2 - 3,6)	$df1=1; df2=98;$	2,8	(1,6 - 4,7)	$df1=1; df2=109;$	$F=0,505; df1=1; df2=173; p=0,478$
FEMENINO	1,8	(1,0 - 3,2)	$p=0,654$	1,7	(0,9 - 3,0)	$p=0,209$	$F=0,018; df1=1; df2=173; p=0,894$
<b>DESILUSIÓN</b>							
TOTAL	4,8	(3,8 - 6,0)	$F=1,047;$	6,6	(5,2 - 8,4)	$F=0,2;$	$F=3,953; df1=1; df2=173; p=0,048$
MASCULINO	5,3	(3,8 - 7,4)	$df1=1; df2=98;$	7,0	(5,1 - 9,5)	$df1=1; df2=109;$	$F=1,401; df1=1; df2=173; p=0,238$
FEMENINO	4,3	(3,1 - 5,8)	$p=0,309$	6,3	(4,6 - 8,7)	$p=0,655$	$F=3,094; df1=1; df2=173; p=0,08$
<b>AMARGURA</b>							
TOTAL	6,6	(5,2 - 8,4)	$F=14,09;$	5,8	(4,4 - 7,6)	$F=0,519;$	$F=0,518; df1=1; df2=173; p=0,473$
MASCULINO	9,1	(7,0 - 11,9)	$df1=1; df2=98;$	6,3	(4,5 - 8,8)	$df1=1; df2=109;$	$F=3,188; df1=1; df2=173; p=0,076$
FEMENINO	4,3	(3,0 - 6,2)	$p=0$	5,4	(3,7 - 7,8)	$p=0,473$	$F=0,707; df1=1; df2=173; p=0,402$
<b>RABIA</b>							
TOTAL	3,1	(2,2 - 4,3)	$F=0,244;$	6,0	(4,8 - 7,6)	$F=4,772;$	$F=10,883; df1=1; df2=173; p=0,001$
MASCULINO	2,9	(1,8 - 4,6)	$df1=1; df2=98;$	7,5	(5,5 - 10,2)	$df1=1; df2=109;$	$F=11,993; df1=1; df2=173; p=0,001$
FEMENINO	3,3	(2,2 - 5,0)	$p=0,622$	4,7	(3,4 - 6,3)	$p=0,031$	$F=1,625; df1=1; df2=173; p=0,204$
<b>CÓLERA</b>							
TOTAL	8,5	(6,9 - 10,6)	$F=0,475;$	8,7	(7,1 - 10,6)	$F=7,457;$	$F=0,016; df1=1; df2=173; p=0,898$
MASCULINO	9,1	(6,7 - 12,1)	$df1=1; df2=98;$	6,1	(4,2 - 8,6)	$df1=1; df2=109;$	$F=2,987; df1=1; df2=173; p=0,086$
FEMENINO	8,1	(6,3 - 10,3)	$p=0,492$	11,2	(8,7 - 14,4)	$p=0,007$	$F=3,633; df1=1; df2=173; p=0,058$
<b>PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN</b>							
TOTAL	15,7	(13,7 - 17,9)	$F=18,6;$	12,6	(9,9 - 16,0)	$F=10,067;$	$F=2,706; df1=1; df2=173; p=0,102$
MASCULINO	10,4	(8,1 - 13,4)	$df1=1; df2=98;$	9,1	(6,4 - 12,8)	$df1=1; df2=109;$	$F=0,371; df1=1; df2=173; p=0,543$
FEMENINO	20,6	(17,3 - 24,2)	$p=0$	16,0	(12,3 - 20,6)	$p=0,002$	$F=2,835; df1=1; df2=173; p=0,094$

ESTADOS	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>PREOCUPACIÓN</b>							
TOTAL	29,1	(26,7 - 31,5)	$F=0,153$ ;	25,0	(22,3 - 27,9)	$F=0,003$ ;	$F=4,869$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,029$
MASCULINO	29,6	(25,9 - 33,5)	$df1=1$ ; $df2=98$ ;	24,9	(20,4 - 29,9)	$df1=1$ ; $df2=109$ ;	$F=2,43$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,121$
FEMENINO	28,6	(25,6 - 31,8)	$p=0,696$	25,1	(21,6 - 28,9)	$p=0,956$	$F=2,074$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,152$
<b>IMPOTENCIA</b>							
TOTAL	8,4	(6,9 - 10,4)	$F=0,053$ ;	10,1	(8,2 - 12,4)	$F=2,763$ ;	$F=1,627$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,204$
MASCULINO	8,2	(6,0 - 11,2)	$df1=1$ ; $df2=98$ ;	11,5	(9,0 - 14,5)	$df1=1$ ; $df2=109$ ;	$F=2,852$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,093$
FEMENINO	8,6	(6,6 - 11,2)	$p=0,818$	8,8	(6,6 - 11,6)	$p=0,099$	$F=0,013$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,908$
<b>FRUSTRACIÓN</b>							
TOTAL	3,9	(3,0 - 5,1)	$F=4,391$ ;	3,3	(2,3 - 4,8)	$F=2,237$ ;	$F=0,506$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,478$
MASCULINO	5,0	(3,4 - 7,3)	$df1=1$ ; $df2=98$ ;	4,1	(2,7 - 6,2)	$df1=1$ ; $df2=109$ ;	$F=0,492$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,484$
FEMENINO	2,9	(2,0 - 4,2)	$p=0,039$	2,6	(1,5 - 4,4)	$p=0,138$	$F=0,142$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,707$
<b>DESESPERACIÓN O ANGUSTIA</b>							
TOTAL	2,0	(1,4 - 2,9)	$F=0,014$ ;	1,1	(0,5 - 2,4)	$F=1,116$ ;	$F=1,714$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,192$
MASCULINO	1,9	(1,0 - 3,6)	$df1=1$ ; $df2=98$ ;	0,7	(0,2 - 3,0)	$df1=1$ ; $df2=109$ ;	$F=1,772$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,185$
FEMENINO	2,0	(1,3 - 3,1)	$p=0,906$	1,6	(0,7 - 3,5)	$p=0,293$	$F=0,29$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,591$
<b>INDIGNACIÓN</b>							
TOTAL	8,6	(7,0 - 10,4)	$F=2,025$ ;	10,1	(8,3 - 12,3)	$F=5,947$ ;	$F=1,772$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,185$
MASCULINO	9,7	(7,4 - 12,7)	$df1=1$ ; $df2=98$ ;	12,2	(9,6 - 15,4)	$df1=1$ ; $df2=109$ ;	$F=1,709$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,193$
FEMENINO	7,5	(5,8 - 9,5)	$p=0,158$	8,1	(6,3 - 10,4)	$p=0,016$	$F=0,431$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,512$
<b>MIEDO O TEMOR</b>							
TOTAL	1,8	(1,1 - 2,7)	$F=8,828$ ;	3,9	(3,0 - 5,1)	$F=7,339$ ;	$F=10,368$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,002$
MASCULINO	0,7	(0,3 - 1,7)	$df1=1$ ; $df2=98$ ;	2,2	(1,3 - 3,9)	$df1=1$ ; $df2=109$ ;	$F=5,486$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,02$
FEMENINO	2,7	(1,7 - 4,4)	$p=0,004$	5,5	(4,0 - 7,6)	$p=0,008$	$F=5,989$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,015$
<b>NINGUNA</b>							
TOTAL	0,6	(0,3 - 1,1)	$F=1,829$ ;	0,5	(0,2 - 1,1)	$F=0,121$ ;	$F=0,073$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,787$
MASCULINO	0,3	(0,1 - 1,0)	$df1=1$ ; $df2=98$ ;	0,6	(0,2 - 1,6)	$df1=1$ ; $df2=109$ ;	$F=0,567$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,452$
FEMENINO	0,8	(0,4 - 1,7)	$p=0,179$	0,4	(0,1 - 1,4)	$p=0,728$	$F=0,789$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,376$
<b>OTRO</b>							
TOTAL	1,3	(0,7 - 2,4)	$F=0,864$ ;	0,4	(0,2 - 0,8)	$F=0,132$ ;	$F=6,601$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,011$
MASCULINO	1,7	(0,8 - 3,5)	$df1=1$ ; $df2=98$ ;	0,5	(0,2 - 1,2)	$df1=1$ ; $df2=109$ ;	$F=4,893$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,028$
FEMENINO	1,0	(0,4 - 2,5)	$p=0,355$	0,4	(0,1 - 1,0)	$p=0,717$	$F=2,051$ ; $df1=1$ ; $df2=173$ ; $p=0,154$

En la Tabla 11 observamos que la nada o poca confianza en policías femeninas (49,7% a 56,3%), en líderes de su comunidad (75,3% a 84,4%), periodistas (71% a 74,2%) y jueces (77,3% a 83,1%) ha aumentado del 2010 al 2016 y en el caso de líderes de la comunidad fue tanto en hombres como mujeres. La poca o nada confianza en los policías varones en el 2010 fue de 72,9% y en 2016 se incrementó a 76,3%. Las personas en quienes más se confía tanto en el 2010 como en el 2016 fue la categoría de médicos o doctores.

**TABLA 11**  
**SENTIMIENTOS FRENTE A LOS PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

CONFIANZA EN:	2010				2016				2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	
<b>POLICÍAS FEMENINAS</b>									
TOTAL	49,7	38,4	11,8	$F=24,845$ ;	56,3	32,3	11,4	$F=2,465$ ;	$F=4,047$ ; $df1=1,958$ ; $df2=338,735$ ; $p=0,019$
MASCULINO	40,7	44,4	14,9	$df1=1,99$ ;	53,1	35,7	11,2	$df1=1,916$ ;	$F=7,438$ ; $df1=1,93$ ; $df2=333,815$ ; $p=0,001$
FEMENINO	58,1	32,9	9,0	$df2=195,029$ ;	59,3	29,1	11,6	$df2=208,834$ ;	$F=1,475$ ; $df1=1,992$ ; $df2=344,63$ ; $p=0,23$
				$p=0$				$p=0,09$	
<b>POLICÍAS VARONES</b>									
TOTAL	72,9	20,9	6,2	$F=7,91$ ;	76,3	19,4	4,3	$F=0,239$ ;	$F=2,607$ ; $df1=1,97$ ; $df2=340,85$ ; $p=0,076$
MASCULINO	67,7	24,3	8,0	$df1=1,932$ ;	75,4	20,2	4,4	$df1=1,853$ ;	$F=4,662$ ; $df1=1,963$ ; $df2=339,542$ ; $p=0,01$
FEMENINO	77,7	17,7	4,7	$df2=189,354$ ;	77,1	18,7	4,2	$df2=201,992$ ;	$F=0,181$ ; $df1=1,993$ ; $df2=344,718$ ; $p=0,834$
				$p=0,001$				$p=0,771$	

CONFIANZA EN:	2010				2016				2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	
<b>MILITARES</b>									
TOTAL	71,9	20,5	7,5	$F=35,057$ ; $df1=1,996$ ; $df2=195,576$ ; $p=0$	67,7	23,8	8,5	$F=13,526$ ; $df1=1,984$ ; $df2=216,22$ ; $p=0$	$F=2,045$ ; $df1=1,964$ ; $df2=339,69$ ; $p=0,132$
MASCULINO	62,6	25,5	11,8		61,1	27,0	11,9		$F=0,152$ ; $df1=1,941$ ; $df2=335,864$ ; $p=0,853$
FEMENINO	80,4	16,0	3,6		73,9	20,8	5,3		$F=4,154$ ; $df1=1,957$ ; $df2=338,62$ ; $p=0,017$
<b>RELIGIOSOS</b>									
TOTAL	43,0	29,6	27,4	$F=1,867$ ; $df1=1,905$ ; $df2=186,646$ ; $p=0,159$	48,0	26,8	25,2	$F=7,959$ ; $df1=1,964$ ; $df2=214,11$ ; $p=0,001$	$F=2,378$ ; $df1=1,986$ ; $df2=343,64$ ; $p=0,095$
MASCULINO	43,6	31,6	24,9		53,5	26,2	20,2		$F=4,286$ ; $df1=1,96$ ; $df2=339,159$ ; $p=0,015$
FEMENINO	42,5	27,8	29,7		42,8	27,3	29,9		$F=0,021$ ; $df1=1,947$ ; $df2=336,773$ ; $p=0,977$
<b>MAESTROS</b>									
TOTAL	33,4	45,0	21,6	$F=12,008$ ; $df1=1,966$ ; $df2=192,656$ ; $p=0$	32,2	44,0	23,8	$F=7,311$ ; $df1=1,911$ ; $df2=208,329$ ; $p=0,001$	$F=0,803$ ; $df1=1,976$ ; $df2=341,819$ ; $p=0,448$
MASCULINO	26,9	49,4	23,7		26,2	46,1	27,6		$F=1,081$ ; $df1=1,976$ ; $df2=341,913$ ; $p=0,34$
FEMENINO	39,3	41,0	19,7		37,8	42,0	20,2		$F=0,136$ ; $df1=1,983$ ; $df2=343,073$ ; $p=0,871$
<b>MÉDICO O DOCTORES</b>									
TOTAL	23,7	46,5	29,9	$F=10,686$ ; $df1=1,961$ ; $df2=192,194$ ; $p=0$	24,4	47,9	27,7	$F=2,955$ ; $df1=1,961$ ; $df2=213,709$ ; $p=0,055$	$F=0,585$ ; $df1=1,969$ ; $df2=340,694$ ; $p=0,555$
MASCULINO	17,8	50,1	32,1		20,6	49,9	29,4		$F=0,627$ ; $df1=1,985$ ; $df2=343,347$ ; $p=0,533$
FEMENINO	28,9	43,1	27,9		27,9	46,1	26,0		$F=0,55$ ; $df1=1,966$ ; $df2=340,087$ ; $p=0,574$
<b>POLÍTICOS</b>									
TOTAL	93,5	5,7	0,8	$F=0,429$ ; $df1=1,989$ ; $df2=194,934$ ; $p=0,651$	93,7	5,2	1,1	$F=0,074$ ; $df1=1,953$ ; $df2=212,861$ ; $p=0,925$	$F=0,321$ ; $df1=1,988$ ; $df2=343,875$ ; $p=0,724$
MASCULINO	92,8	6,1	1,1		94,0	5,0	1,0		$F=0,271$ ; $df1=1,964$ ; $df2=339,793$ ; $p=0,759$
FEMENINO	94,0	5,3	0,6		93,4	5,4	1,2		$F=0,529$ ; $df1=1,993$ ; $df2=344,82$ ; $p=0,589$
<b>LÍDERES DE SU SINDICATO</b>									
TOTAL	63,3	26,7	10,0	$F=2,037$ ; $df1=1,78$ ; $df2=174,448$ ; $p=0,139$	64,4	29,0	6,6	$F=4,964$ ; $df1=1,659$ ; $df2=180,876$ ; $p=0,012$	$F=0,511$ ; $df1=1,938$ ; $df2=335,214$ ; $p=0,595$
MASCULINO	59,5	32,3	8,3		61,1	27,4	11,5		$F=0,324$ ; $df1=1,939$ ; $df2=335,515$ ; $p=0,717$
FEMENINO	69,1	18,3	12,6		68,1	30,9	1,0		$F=9,049$ ; $df1=1,938$ ; $df2=335,272$ ; $p=0$
<b>LÍDERES DE SU COMUNIDAD / ALCALDE</b>									
TOTAL	75,3	20,3	4,3	$F=9,989$ ; $df1=1,982$ ; $df2=194,194$ ; $p=0$	84,4	13,9	1,7	$F=0,764$ ; $df1=1,911$ ; $df2=208,308$ ; $p=0,461$	$F=11,861$ ; $df1=1,906$ ; $df2=329,796$ ; $p=0$
MASCULINO	70,2	25,0	4,8		83,8	14,1	2,1		$F=11,721$ ; $df1=1,906$ ; $df2=329,797$ ; $p=0$
FEMENINO	80,0	16,1	3,9		85,0	13,7	1,4		$F=5,885$ ; $df1=1,976$ ; $df2=341,763$ ; $p=0,003$
<b>JEFE EN EL TRABAJO</b>									
TOTAL	36,3	39,8	23,9	$F=0,421$ ; $df1=1,969$ ; $df2=192,939$ ; $p=0,654$	35,1	38,0	26,9	$F=3,619$ ; $df1=1,981$ ; $df2=215,884$ ; $p=0,029$	$F=0,549$ ; $df1=1,911$ ; $df2=330,656$ ; $p=0,57$
MASCULINO	35,2	41,3	23,5		30,6	41,6	27,8		$F=0,846$ ; $df1=1,992$ ; $df2=344,559$ ; $p=0,43$
FEMENINO	38,1	37,5	24,4		41,4	33,0	25,7		$F=0,565$ ; $df1=1,898$ ; $df2=328,326$ ; $p=0,56$
<b>VECINOS</b>									
TOTAL	64,0	29,0	7,0	$F=34,439$ ; $df1=1,931$ ; $df2=189,278$ ; $p=0$	68,1	26,9	5,0	$F=10,84$ ; $df1=1,992$ ; $df2=217,165$ ; $p=0$	$F=2,603$ ; $df1=1,866$ ; $df2=322,838$ ; $p=0,079$
MASCULINO	52,3	38,8	9,0		63,6	28,7	7,6		$F=6,126$ ; $df1=1,985$ ; $df2=343,474$ ; $p=0,002$
FEMENINO	74,6	20,2	5,2		72,4	25,1	2,5		$F=5,408$ ; $df1=1,824$ ; $df2=315,507$ ; $p=0,006$
<b>PERIODISTAS</b>									
TOTAL	71,0	25,9	3,1	$F=2,52$ ; $df1=1,884$ ; $df2=184,62$ ; $p=0,087$	74,2	21,6	4,3	$F=0,553$ ; $df1=1,876$ ; $df2=204,486$ ; $p=0,565$	$F=3,343$ ; $df1=1,904$ ; $df2=329,384$ ; $p=0,039$
MASCULINO	68,3	27,8	3,8		72,7	22,9	4,4		$F=1,8$ ; $df1=1,979$ ; $df2=342,374$ ; $p=0,167$
FEMENINO	73,6	24,1	2,4		75,6	20,4	4,1		$F=2,207$ ; $df1=1,991$ ; $df2=344,377$ ; $p=0,112$
<b>JUECES</b>									
TOTAL	77,3	19,9	2,7	$F=6,885$ ; $df1=1,99$ ; $df2=195,05$ ; $p=0,001$	83,1	14,6	2,2	$F=1,722$ ; $df1=1,853$ ; $df2=201,985$ ; $p=0,184$	$F=6,115$ ; $df1=1,935$ ; $df2=334,834$ ; $p=0,003$
MASCULINO	73,3	22,5	4,1		82,6	14,4	3,0		$F=6,73$ ; $df1=1,933$ ; $df2=334,477$ ; $p=0,002$
FEMENINO	81,0	17,5	1,5		83,7	14,9	1,5		$F=0,844$ ; $df1=1,978$ ; $df2=342,131$ ; $p=0,43$

## ASPECTOS DE SALUD MENTAL POSITIVA

### AUTOESTIMA

La valoración de la autoestima a través de la escala de Rosenberg muestra similitud en la puntuación promedio para las dos investigaciones. No se encuentran diferencias en los puntajes obtenidos por cada sexo en ambos estudios, es decir, que la puntuación de hombres se mantuvo sin cambios y la

puntuación de las mujeres igualmente. Se mantiene la diferencia de autoestima según sexo, observada en el estudio del 2010 con valores superiores para los varones. (Tabla 12).

**TABLA 12**  
**AUTOESTIMA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (ESCALA DE 10 A 40)	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS 2010 vs 2016		
								MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
<b>2010</b>										
TOTAL	29,5	0,1	29	29	28	31	<i>df1=1; df2=98; Wald F=42,214; p=0,000</i>	<i>df1=1; df2=173; Wald F=2,426; p=0,121</i>	<i>df1=1; df2=173; Wald F=1,148; p=0,286</i>	<i>df1=1; df2=173; Wald F=0,075; p=0,784</i>
MASCULINO	30,0	0,1	29	29	29	32				
FEMENINO	29,0	0,1	29	29	29	30				
<b>2016</b>										
TOTAL	29,4	0,2	29	29	28	30	<i>df1=1; df2=109; Wald F=5,745; p=0,018</i>			
MASCULINO	29,6	0,2	29	29	29	30				
FEMENINO	29,2	0,2	29	29	29	30				

### SATISFACCIÓN CON LA VIDA

La satisfacción con la vida explorada mediante la Escala de Diener aumentó significativamente en el año 2016, como se refleja en el puntaje promedio. No se encuentran diferencias en los puntajes obtenidos por cada sexo en ambos estudios. Al igual que en el estudio del 2010 se encuentra diferencia significativa en la satisfacción con la vida según sexo, con mayor valor en los hombres. (Tabla 13).

**TABLA 13**  
**SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE DIENER	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS 2010 vs 2016		
								MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
<b>2010</b>										
TOTAL	17,2	0,1	17,0	18,0	16,0	19,0	<i>df1=1; df2=98; Wald F=9,332; p=0,0029</i>	<i>df1=1; df2=173; Wald F=11,197; p=0,001</i>	<i>df1=1; df2=173; Wald F=4,207; p=0,042</i>	<i>df1=1; df2=173; Wald F=10,097; p=0,002</i>
MASCULINO	17,4	0,1	18,0	18,0	18,0	20,0				
FEMENINO	16,9	0,1	17,0	18,0	18,0	19,0				
<b>2016</b>										
TOTAL	17,8	0,2	18,0	20,0	16,0	20,0	<i>df1=1; df2=109; Wald F=18,589; p=0,000</i>			
MASCULINO	18,2	0,2	18,0	20,0	20,0	20,0				
FEMENINO	17,4	0,2	18,0	20,0	20,0	20,0				

### AUTOEFICACIA

La autoeficacia examinada con la Escala de Schwarzer y Jerusalem no presentó cambios significativos para el año 2016. Sin embargo, se observa un diferente comportamiento de los sexos en ambos estudios: mientras que las mujeres tienen una valoración similar en los dos años, en los hombres sí se observa un cambio, disminuyendo en el año 2016. Asimismo, se mantienen las diferencias significativas entre ambos sexos del estudio del año 2010, mayor en los varones. (Tabla 14).

**TABLA 14**  
**AUTOEFICACIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

ESCALA DE AUTOEFICACIA	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS 2010 vs 2016		
								MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
<b>2010</b>										
TOTAL	32,7	0,2	33,0	40,0	30,0	38,0	<i>df1=1; df2=98; Wald F=63,853; p=0</i>	<i>df1=1; df2=173; Wald F=11,879; p=0,001</i>	<i>df1=1; df2=173; Wald F=0,081; p=0,777</i>	<i>df1=1; df2=173; Wald F=2,536; p=0,113</i>
MASCULINO	34,1	0,3	35,0	40,0	40,0	38,0				
FEMENINO	31,4	0,3	32,0	40,0	40,0	37,0				
<b>2016</b>										
TOTAL	32,1	0,3	32,0	30,0	30,0	37,0	<i>df1=1; df2=109; Wald F=11,019; p=0,001</i>			
MASCULINO	32,8	0,3	33,0	30,0	30,0	37,0				
FEMENINO	31,6	0,4	31,0	30,0	30,0	37,0				

## RESILIENCIA

Los valores de resiliencia, examinada con la Escala de Block, son menores en el año 2016, mostrando una disminución estadísticamente significativa con relación al estudio del 2010. Se observa un diferente comportamiento de los sexos en ambos estudios: mientras que las mujeres tienen una valoración similar en los dos años, en los hombres se observa un cambio, disminuyendo en el año 2016. Se mantienen las diferencias entre ambos sexos del estudio del año 2010, mayor significativamente en los varones. (Tabla 15).

**TABLA 15**  
**AUTORESILIENCIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

ESCALA DE AUTORESILIENCIA	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS 2010 vs 2016		
								MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
<b>2010</b>										
TOTAL	45,3	0,2	46,0	42,0	42,0	51,0	$df1=1;$ $df2=98;$ $Wald F=33,869;$ $p=0$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=12,437;$ $p=0,001$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=1,582;$ $p=0,21$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=7,908;$ $p=0,005$
MASCULINO	46,7	0,3	47,0	42,0	50,0					
FEMENINO	44,1	0,3	45,0	50,0	50,0					
<b>2016</b>										
TOTAL	44,2	0,3	44,0	42,0	41,0	49,0	$df1=1;$ $df2=109;$ $Wald F=13,183;$ $p=0$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=12,437;$ $p=0,001$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=1,582;$ $p=0,21$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=7,908;$ $p=0,005$
MASCULINO	45,0	0,4	45,0	42,0	42,0	50,0				
FEMENINO	43,4	0,4	43,0	42,0	42,0	49,0				

## SATISFACCIÓN PERSONAL

En la exploración de la satisfacción personal la Escala muestra un aumento estadísticamente significativo con relación al año 2010, que se refleja en las diferencias significativas en cada sexo en los dos estudios. Persisten las diferencias entre sexos observada en el estudio del 2010, con mayores niveles de satisfacción en los varones. (Tabla 16).

**TABLA 16**  
**SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS 2010 vs 2016		
								MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
<b>2010</b>										
TOTAL	17,0	0,1	17,4	20,0	16,0	19,0	$df1=1;$ $df2=98;$ $Wald F=55,092;$ $p=0$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=14,983;$ $p=0$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=39,973;$ $p=0$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=38,457;$ $p=0$
MASCULINO	17,4	0,1	18,0	20,0	18,0	19,0				
FEMENINO	16,5	0,1	17,0	18,0	20,0	18,8				
<b>2016</b>										
TOTAL	17,7	0,1	18,0	20,0	17,0	19,9	$df1=1;$ $df2=109;$ $Wald F=23,788;$ $p=0$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=14,983;$ $p=0$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=39,973;$ $p=0$	$df1=1;$ $df2=173;$ $Wald F=38,457;$ $p=0$
MASCULINO	18,0	0,1	18,8	20,0	20,0	20,0				
FEMENINO	17,5	0,1	18,0	20,0	20,0	19,8				

\* En base a ítems sobre aspecto físico, inteligencia, nivel económico, estudios y relaciones sociales, en una escala de 5 puntos cada uno, transformados en sistema vigesimal.

En el análisis específico de los diferentes aspectos de la satisfacción personal destaca que en todos ellos se aprecia un aumento, significativo estadísticamente. Se mantiene para ambos estudios, el mayor porcentaje de entrevistados que refiere niveles altos de satisfacción con el color de la piel, la inteligencia y la profesión u oficio estudiado; y el mayor porcentaje de entrevistados que refiere menores niveles de satisfacción con el nivel educativo y el nivel socioeconómico. (Tabla 17).

Comparando la satisfacción de los hombres en ambos estudios, se advierten aumentos en todos los aspectos excepto el aspecto físico, la inteligencia y la profesión estudiada; en el caso de las mujeres igualmente se verifica un aumento en todos excepto que se mantiene sin variación la satisfacción con la profesión y con el nivel educativo.

Al comparar el grado de satisfacción de hombres y mujeres en cada uno de los estudios se aprecia que en la mayoría de aspectos se mantienen las diferencias significativas, favorables a los hombres; se reducen las diferencias registradas en el año 2010 con relación al aspecto físico y al color de la piel, y, por último, se mantiene igual nivel de satisfacción con la profesión u oficio.

**TABLA 17**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA	2010				2016				2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	
<b>ASPECTO FÍSICO</b>									
TOTAL	8,9	26,0	65,0	$F=8,177;$ $df1=1,981;$ $df2=194,145;$ $p=0$	6,3	19,3	74,4	$F=1,622;$ $df1=1,983;$ $df2=216,201;$ $p=0,200$	$F=9,912;$ $df1=1,902;$ $df2=329,041;$ $p=0$
MASCULINO	5,8	23,8	70,4		5,0	19,1	75,9		$F=1,742;$ $df1=1,995;$ $df2=345,201;$ $p=0,177$
FEMENINO	11,7	28,1	60,2		7,6	19,4	73,0		$F=10,675;$ $df1=1,863;$ $df2=322,334;$ $p=0$
<b>COLOR DE PIEL</b>									
TOTAL	5,6	18,2	76,2	$F=4,532;$ $df1=1,982;$ $df2=194,188;$ $p=0,012$	2,2	11,5	86,3	$F=2,331;$ $df1=1,947;$ $df2=212,208;$ $p=0,101$	$F=17,427;$ $df1=1,919;$ $df2=331,969;$ $p=0$
MASCULINO	3,4	18,3	78,3		1,3	11,1	87,6		$F=7,936;$ $df1=1,976;$ $df2=341,904;$ $p=0$
FEMENINO	7,5	18,1	74,4		3,1	11,8	85,2		$F=11,401;$ $df1=1,926;$ $df2=333,236;$ $p=0$
<b>INTELIGENCIA</b>									
TOTAL	7,0	20,7	72,3	$F=11,138;$ $df1=1,913;$ $df2=187,507;$ $p=0$	4,9	14,6	80,5	$F=7,454;$ $df1=1,926;$ $df2=209,947;$ $p=0,001$	$F=9,033;$ $df1=1,911;$ $df2=330,643;$ $p=0$
MASCULINO	4,5	16,5	79,0		2,4	15,6	82,0		$F=1,671;$ $df1=1,979;$ $df2=342,342;$ $p=0,119$
FEMENINO	9,2	24,5	66,3		7,1	13,6	79,2		$F=12,648;$ $df1=1,948;$ $df2=337,04;$ $p=0$
<b>NIVEL ECONÓMICO</b>									
TOTAL	25,6	46,1	28,3	$F=8,363;$ $df1=1,999;$ $df2=195,918;$ $p=0$	17,1	42,6	40,3	$F=10,489;$ $df1=1,998;$ $df2=217,757;$ $p=0,000$	$F=16,527;$ $df1=1,914;$ $df2=331,069;$ $p=0$
MASCULINO	21,1	46,7	32,2		12,2	44,3	43,5		$F=10,062;$ $df1=1,951;$ $df2=337,505;$ $p=0$
FEMENINO	29,6	45,6	24,8		21,6	41,0	37,4		$F=11,418;$ $df1=1,953;$ $df2=337,943;$ $p=0$
<b>PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)</b>									
TOTAL	9,9	18,7	71,4	$F=1,74;$ $df1=1,991;$ $df2=195,165;$ $p=0,178$	5,8	15,8	78,4	$F=1,361;$ $df1=1,999;$ $df2=217,938;$ $p=0,258$	$F=5,052;$ $df1=1,967;$ $df2=340,237;$ $p=0,007$
MASCULINO	7,9	18,9	73,1		4,4	15,1	80,4		$F=2,829;$ $df1=1,91;$ $df2=330,463;$ $p=0,063$
FEMENINO	11,9	18,4	69,6		7,4	16,4	76,2		$F=2,467;$ $df1=1,96;$ $df2=339,004;$ $p=0,087$
<b>NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO</b>									
TOTAL	31,0	28,0	41,0	$F=14,636;$ $df1=1,914;$ $df2=187,556;$ $p=0$	24,5	26,3	49,2	$F=20;$ $df1=1,993;$ $df2=217,237;$ $p=0,000$	$F=6,24;$ $df1=1,97;$ $df2=340,795;$ $p=0,002$
MASCULINO	23,3	30,8	45,8		17,1	26,5	56,4		$F=5,164;$ $df1=1,98;$ $df2=342,619;$ $p=0,006$
FEMENINO	38,0	25,4	36,6		31,6	26,0	42,4		$F=2,811;$ $df1=1,988;$ $df2=344,009;$ $p=0,062$
<b>RELIGIÓN</b>									
TOTAL	12,9	20,1	67,0	$F=15,29;$ $df1=1,999;$ $df2=195,917;$ $p=0$	9,2	15,6	75,2	$F=10,113;$ $df1=1,772;$ $df2=193,16;$ $p=0,000$	$F=7,242;$ $df1=1,895;$ $df2=327,763;$ $p=0,001$
MASCULINO	15,8	25,2	59,0		12,3	17,7	70,1		$F=6,998;$ $df1=1,983;$ $df2=343,031;$ $p=0,001$
FEMENINO	10,3	15,5	74,2		6,3	13,8	79,9		$F=3,314;$ $df1=1,889;$ $df2=326,847;$ $p=0,04$
<b>RELACIONES SOCIALES</b>									
TOTAL	13,5	32,7	53,9	$F=11,493;$ $df1=1,94;$ $df2=190,159;$ $p=0$	11,1	22,9	66,0	$F=7,082;$ $df1=1,928;$ $df2=210,142;$ $p=0,001$	$F=14,082;$ $df1=1,995;$ $df2=345,078;$ $p=0$
MASCULINO	8,5	34,6	56,9		8,0	23,7	68,3		$F=8,166;$ $df1=1,953;$ $df2=337,864;$ $p=0$
FEMENINO	17,9	30,9	51,2		14,1	22,2	63,7		$F=9,039;$ $df1=1,994;$ $df2=345,005;$ $p=0$
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>									
TOTAL	15,5	28,4	56,1	$F=4,864;$ $df1=1,954;$ $df2=191,489;$ $p=0,009$	9,4	20,9	69,7	$F=4,272;$ $df1=1,991;$ $df2=217,073;$ $p=0,015$	$F=17,252;$ $df1=1,959;$ $df2=338,89;$ $p=0$
MASCULINO	11,7	29,2	59,1		6,8	22,2	71,0		$F=7,279;$ $df1=1,985;$ $df2=343,33;$ $p=0,001$
FEMENINO	18,8	27,7	53,5		11,7	19,8	68,4		$F=12,876;$ $df1=1,974;$ $df2=341,583;$ $p=0$

**SATISFACCIÓN LABORAL**

La satisfacción laboral mostró incrementos significativos a nivel general y por sexos. Asimismo, es mayor estadísticamente de forma significativa en los hombres con respecto a las mujeres tanto en el estudio del 2010 como en el del 2016. (Tabla 18).

**TABLA 18**  
**SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS 2010 vs 2016		
								MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
<b>2010</b>										
TOTAL	16,1	0,1	16,3	15,0	15,0	18,3	<i>df1=1; df2=98;</i> <i>Wald F= 4,37;</i> <i>p=0,039</i>	<i>df1=1;</i> <i>df2=173;</i> <i>Wald F=8,19;</i> <i>p=0,005</i>	<i>df1=1;</i> <i>df2=173;</i> <i>Wald F= 4,7;</i> <i>p=0,032</i>	<i>df1=1;</i> <i>df2=173;</i> <i>Wald F=11,493;</i> <i>p= 0,001</i>
MASCULINO	16,3	0,1	16,7	15,0	15,0	18,8				
FEMENINO	15,9	0,1	16,3	15,0	15,0	18,2				
<b>2016</b>										
TOTAL	16,6	0,1	17,5	20,0	15,0	19,0	<i>df1=1; df2=109;</i> <i>Wald F=5,386;</i> <i>p=0,022</i>	<i>df1=1;</i> <i>df2=173;</i> <i>Wald F=8,19;</i> <i>p=0,005</i>	<i>df1=1;</i> <i>df2=173;</i> <i>Wald F= 4,7;</i> <i>p=0,032</i>	<i>df1=1;</i> <i>df2=173;</i> <i>Wald F=11,493;</i> <i>p= 0,001</i>
MASCULINO	16,9	0,2	17,5	20,0	20,0	19,2				
FEMENINO	16,4	0,2	16,7	20,0	20,0	18,8				

Con respecto a las áreas específicas de la satisfacción laboral al comparar los dos años de estudio se encuentran cambios significativos aumentando la valoración de la satisfacción con los compañeros de trabajo, con la carga de trabajo y con la remuneración percibida. (Tabla 19).

Comparando la satisfacción de los hombres en ambos estudios, se advierten aumentos en todos los aspectos excepto el ambiente físico y el trato recibido; en el caso de las mujeres el aumento significativo sólo alcanza a la satisfacción con los compañeros.

Al comparar el grado de satisfacción laboral de hombres y mujeres en cada uno de los estudios se aprecia que para el año 2016 en la mayoría de aspectos se reducen las diferencias, discrepando sólo en relación a la satisfacción con los compañeros y a la remuneración.

**TABLA 19**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

SATISFACCIÓN LABORAL ESPECÍFICA	2010				2016				2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	
<b>CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA</b>									
TOTAL	8,7	6,3	11,4	<i>F=4,001;</i> <i>df1=1,995;</i> <i>df2=195,496;</i> <i>p=0,02</i>	8,7	8,6	8,9	<i>F=0,13;</i> <i>df1=1,988;</i> <i>df2=216,664;</i> <i>p=0,877</i>	<i>F=2,246; df1=1,941; df2=335,783; p=0,109</i>
MASCULINO	33,0	35,2	30,5		27,9	27,2	28,8		
FEMENINO	58,3	58,5	58,1		63,3	64,2	62,3		
<b>CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA</b>									
TOTAL	13,5	11,4	16,0	<i>F=5,144;</i> <i>df1=1,918;</i> <i>df2=187,957;</i> <i>p=0,007</i>	10,9	10,6	11,2	<i>F=0,497;</i> <i>df1=1,964;</i> <i>df2=214,047;</i> <i>p=0,605</i>	<i>F=1,874; df1=1,982; df2=342,859; p=0,156</i>
MASCULINO	35,0	39,3	30,0		32,6	31,0	34,7		
FEMENINO	51,5	49,3	54,0		56,5	58,5	54,1		
<b>CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>									
TOTAL	11,1	9,6	13,5	<i>F=1,125;</i> <i>df1=1,927;</i> <i>df2=188,854;</i> <i>p=0,325</i>	6,1	4,5	8,3	<i>F=2,02;</i> <i>df1=1,943;</i> <i>df2=211,74 ;</i> <i>p=0,137</i>	<i>F=8,223; df1=1,967; df2=340,216; p=0</i>
MASCULINO	36,8	36,9	36,6		29,9	32,0	27,0		
FEMENINO	52,1	53,6	49,9		64,0	63,5	64,6		
<b>CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO</b>									
TOTAL	16,1	13,5	19,2	<i>F=3,868;</i> <i>df1=1,955;</i> <i>df2=191,565;</i> <i>p=0,023</i>	12,6	9,6	16,2	<i>F=4,439;</i> <i>df1=1,931;</i> <i>df2=210,476;</i> <i>p=0,014</i>	<i>F=3,45; df1=1,995; df2=345,128; p=0,033</i>
MASCULINO	39,5	42,5	36,0		36,7	36,0	37,5		
FEMENINO	44,4	44,0	44,8		50,7	54,4	46,2		
<b>CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFS</b>									
TOTAL	19,9	18,2	22,7	<i>F=1,527;</i> <i>df1=1,992;</i> <i>df2=195,221;</i> <i>p=0,22</i>	15,6	15,3	16,2	<i>F=1,432;</i> <i>df1=1,932;</i> <i>df2=210,569;</i> <i>p=0,241</i>	<i>F=2,356; df1=1,976; df2=341,817; p=0,097</i>
MASCULINO	35,7	38,0	32,0		33,3	36,2	28,8		
FEMENINO	44,4	43,9	45,3		51,1	48,5	55,1		
<b>CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE</b>									
TOTAL	37,6	34,2	41,7	<i>F=3,14;</i> <i>df1=1,917;</i> <i>df2=187,892;</i> <i>p=0,048</i>	32,7	27,3	39,3	<i>F=7,598;</i> <i>df1=1,978;</i> <i>df2=215,652;</i> <i>p=0,001</i>	<i>F=4,472; df1=1,981; df2=342,76; p=0,012</i>
MASCULINO	43,6	45,7	41,1		42,0	44,9	38,5		
FEMENINO	18,8	20,2	17,2		25,3	27,9	22,3		

## CALIDAD DE SUEÑO

La medición de los componentes de la calidad de sueño para la ciudad de Abancay presentó

cambios significativos en el año 2016 en relación con el año 2010, tanto en el puntaje total como en los componentes de: calidad de sueño ( aumentó la valoración cualitativa del sueño), latencia del sueño (se percibió un mayor tiempo para quedarse dormido), duración del sueño (se incrementó las horas de sueño de los que durmieron de 6 horas a más, pero hubo una disminución para aquellos que durmieron menos de 6 horas), eficiencia del sueño (aumentó el porcentaje de déficit de sueño), medicación para dormir (se incrementó su uso por semana), (Tabla 20).

**TABLA 20**  
**CALIDAD DE SUEÑO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

COMPONENTES	CALIFICACIÓN				2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
<b>CALIDAD DE SUEÑO</b>	<b>BASTANTE BUENO</b>	<b>BUENO</b>	<b>MALO</b>	<b>BASTANTE MALO</b>	
2010	7,9% (ES 0,9) (IC95% 6,3-9,9)	79,0% (ES 1,2) (IC95% 76,6-81,2)	12,0% (ES 0,9) (IC95% 10,4-13,8)	1,1% (ES 0,3) (IC95% 0,6-1,9)	F=6,799; df1=2,794; df2= 483,44; p=0
2016	11,9% (ES 1,4) (IC95% 9,3-15,1)	80,6% (ES 1,5) (IC95% 77,4-83,5)	6,9% (ES 0,8) (IC95% 5,5-8,6)	0,6% (ES 0,3) (IC95% 0,3-1,4)	
<b>LATENCIA DEL SUEÑO</b>	<b>APROPIADA</b>	<b>LEVE ALTERACIÓN</b>	<b>MODERADA ALTERACIÓN</b>	<b>SEVERA ALTERACIÓN</b>	
2010	61,3% (ES 1,8) (IC95% 57,8-64,7)	29,4% (ES 1,5) (IC95% 26,5-32,5)	7,6% (ES 1,0) (IC95% 5,9-9,7)	1,7% (ES 0,4) (IC95% 1,1-2,6)	F=21,167; df1=2,781; df2=481,13; p=0
2016	41,9% (ES 2,1) (IC95% 37,9-46,0)	40,5% (ES 2,1) (IC95% 36,5-44,6)	13,2% (ES 1,4) (IC95% 10,7-16,1)	4,5% (ES 0,8) (IC95% 3,2-6,2)	
<b>DURACIÓN DEL SUEÑO</b>	<b>MÁS DE 7 HORAS</b>	<b>ENTRE 6 Y 7 HORAS</b>	<b>ENTRE 5 Y 6 HORAS</b>	<b>MENOS DE 5 HORAS</b>	
2010	44,2% (ES 1,5) (IC95% 41,2-47,2)	28,4% (ES 1,4) (IC95% 25,8-31,2)	23,3% (ES 1,3) (IC95% 20,9-25,9)	4,1% (ES 0,5) (IC95% 3,2-5,2)	F=2,991; df1=2,862; df2=495,137; p=0,033
2016	45,4% (ES 1,9) (IC95% 41,6-49,3)	28,6% (ES 1,7) (IC95% 25,3-32,2)	19,4% (ES 1,3) (IC95% 16,9-22,1)	6,6% (ES 0,8) (IC95% 5,1-8,4)	
<b>EFICIENCIA DEL SUEÑO</b>	<b>MÁS DEL 85%</b>	<b>DEL 75 AL 84%</b>	<b>DEL 65 AL 74%</b>	<b>MENOS DEL 65%</b>	
2010	83,1% (ES 1,4) (IC95% 80,2-85,6)	11,6% (ES 1,1) (IC95% 9,7-14,0)	3,3% (ES 0,5) (IC95% 2,4-4,4)	2,0% (ES 0,4) (IC95% 1,3-2,9)	F=5,145; df1=2,86; df2=494,727; p=0,002
2016	76,4% (ES 1,3) (IC95% 73,8-78,8)	16,9% (ES 1,3) (IC95% 14,6-19,5)	4,5% (ES 0,5) (IC95% 3,5-5,7)	2,3% (ES 0,5) (IC95% 1,5-3,5)	
<b>PERTURBACIONES DEL SUEÑO</b>	<b>NINGUNA</b>	<b>ENTRE 1 Y 9</b>	<b>ENTRE 10 Y 18</b>	<b>ENTRE 19 Y 27</b>	
2010	37,9% (ES 1,8) (IC95% 34,4-41,4)	57,9% (ES 1,7) (IC95% 54,5-61,3)	4,1% (ES 0,6) (IC95% 3,0-5,5)	0,1% (ES 0,1) (IC95% 0,0-0,4)	F=1,266; df1=2,367; df2=409,569; p=0,285
2016	34,8% (ES 2,4) (IC95% 30,2-39,6)	59,8% (ES 2,3) (IC95% 55,1-64,3)	5,4% (ES 0,8) (IC95% 4,0-7,3)	0,0% (ES 0,0) (IC95% 0,0-0,0)	
<b>MEDICACIÓN PARA DORMIR</b>	<b>NINGUNA VEZ EN ÚLTIMAS 4 SEM.</b>	<b>MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA</b>	<b>UNA O DOS VECES A LA SEMANA</b>	<b>TRES O MÁS VECES A LA SEMANA</b>	
2010	97,7% (ES 0,4) (IC95% 96,9-98,4)	1,0% (ES 0,3) (IC95% 0,6-1,7)	0,4% (ES 0,2) (IC95% 0,2-0,9)	0,9% (ES 0,3) (IC95% 0,5-1,6)	F=2,499; df1=2,938; df2=508,296; p=0,06
2016	95,9% (ES 0,6) (IC95% 94,5-96,9)	1,5% (ES 0,4) (IC95% 1,0-2,4)	0,9% (ES 0,3) (IC95% 0,5-1,8)	1,6% (ES 0,4) (IC95% 1,1-2,6)	
<b>DISFUNCIÓN DIURNA</b>	<b>NINGUNA</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADA</b>	<b>SEVERA</b>	
2010	66,0% (ES 1,8) (IC95% 62,4-69,4)	28,2% (ES 1,7) (IC95% 25,0-31,7)	5,1% (ES 0,7) (IC95% 4,0-6,6)	0,7% (ES 0,2) (IC95% 0,3-1,3)	F=1,378; df1=2,496; df2=431,865; p=0,252
2016	61,6% (ES 2,5) (IC95% 56,5-66,4)	33,0% (ES 2,4) (IC95% 28,5-37,8)	4,8% (ES 0,7) (IC95% 3,6-6,4)	0,6% (ES 0,2) (IC95% 0,3-1,2)	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>SIN PROBLEMA DE SUEÑO (SCORE &lt;5)</b>	<b>MERECE ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>MERECE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO</b>	<b>SE TRATA DE UN PROBLEMA DE SUEÑO GRAVE</b>	
2010	70,6% (ES 1,4) (IC95% 67,8-73,2)	23,0% (ES 1,2) (IC95% 20,8-25,5)	6,3% (ES 0,7) (IC95% 5,1-7,8)	0,1% (ES 0,1) (IC95% 0,0-0,5)	F=7,140; df1=2,8; df2=484,384; p=0
2016	61,5% (ES 1,9) (IC95% 57,6-65,2)	28,9% (ES 1,7) (IC95% 25,7-32,4)	9,1% (ES 0,9) (IC95% 7,5-11,1)	0,5% (ES 0,2) (IC95% 0,2-1,3)	

En relación a las perturbaciones del sueño se encontró que, la población de la ciudad de Abancay en el año 2016 en comparación con el año 2010, tuvo mayores problemas para dormir, principalmente debido a los siguientes: levantarse para ir al baño (31,5%), sentir frío (27,6%) o por tener pesadilla (23,9%). (Tabla 21)

**TABLA 21**  
**PERTURBACIONES DEL SUEÑO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

PROBLEMAS PARA DORMIR A CAUSA DE...	CALIFICACIÓN				2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEM.	MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	UNA O DOS VECES A LA SEMANA	TRES O MÁS VECES A LA SEMANA	
<b>DESPERTARSE DURANTE LA NOCHE</b>					
2010	65,9% (ES 1,6) (IC95% 62,6-69,0)	15,6% (ES 1,1) (IC95% 13,6-17,8)	11,8% (ES 1,0) (IC95% 10,0-13,9)	6,7% (ES 0,8) (IC95% 5,3-8,4)	F=0,467; df1=2,886; df2=499,274; p=0,698
2016	67,4% (ES 1,8) (IC95% 63,7-71,0)	15,9% (ES 1,5) (IC95% 13,3-19,1)	10,0% (ES 1,1) (IC95% 8,1-12,4)	6,6% (ES 0,9) (IC95% 4,9-8,7)	
<b>TENER QUE LEVANTARSE PARA IR AL BAÑO</b>					
2010	77,6% (ES 1,6) (IC95% 74,3-80,7)	11,3% (ES 0,9) (IC95% 9,6-13,2)	7,8% (ES 0,9) (IC95% 6,2-9,8)	3,3% (ES 0,6) (IC95% 2,3-4,6)	F=5,389; df1=2,696; df2=466,468; p=0,002
2016	68,5% (ES 2,2) (IC95% 63,9-72,7)	17,2% (ES 1,9) (IC95% 13,8-21,3)	9,0% (ES 1,2) (IC95% 6,9-11,6)	5,3% (ES 0,8) (IC95% 3,9-7,2)	
<b>NO PODER RESPIRAR BIEN</b>					
2010	93,3% (ES 0,8) (IC95% 91,6-94,7)	3,6% (ES 0,6) (IC95% 2,6-4,9)	2,7% (ES 0,5) (IC95% 1,9-3,8)	0,4% (ES 0,2) (IC95% 0,2-0,9)	F=3,423; df1=2,906; df2=502,783; p=0,018
2016	91,9% (ES 0,8) (IC95% 90,2-93,4)	5,9% (ES 0,7) (IC95% 4,6-7,5)	1,6% (ES 0,4) (IC95% 1,0-2,6)	0,6% (ES 0,2) (IC95% 0,3-1,1)	
<b>TOSER O RONCAR RUIDOSAMENTE</b>					
2010	90,9% (ES 1,1) (IC95% 88,6-92,8)	4,9% (ES 0,6) (IC95% 3,8-6,2)	3,4% (ES 0,7) (IC95% 2,3-5,2)	0,8% (ES 0,3) (IC95% 0,4-1,5)	F=0,763; df1=2,892; df2=500,279; p=0,511
2016	89,9% (ES 1,1) (IC95% 87,6-91,9)	6,2% (ES 0,9) (IC95% 4,6-8,2)	3,5% (ES 0,7) (IC95% 2,4-5,1)	0,4% (ES 0,2) (IC95% 0,2-1,1)	
<b>SENTIR FRÍO</b>					
2010	75,4% (ES 1,5) (IC95% 72,4-78,2)	12,4% (ES 1,0) (IC95% 10,5-14,4)	9,1% (ES 1,0) (IC95% 7,4-11,2)	3,1% (ES 0,6) (IC95% 2,2-4,5)	F=1,131; df1=2,744; df2=474,649; p=0,334
2016	72,4% (ES 2,2) (IC95% 67,9-76,5)	15,8% (ES 1,7) (IC95% 12,8-19,4)	9,1% (ES 1,5) (IC95% 6,6-12,4)	2,7% (ES 0,6) (IC95% 1,7-4,1)	
<b>SENTIR DEMASIADO CALOR</b>					
2010	88,5% (ES 1,3) (IC95% 85,6-90,9)	7,4% (ES 1,2) (IC95% 5,4-10,1)	3,4% (ES 0,6) (IC95% 2,4-4,8)	0,7% (ES 0,2) (IC95% 0,3-1,3)	F=3,697; df1=2,545; df2=440,259; p=0,017
2016	82,9% (ES 1,6) (IC95% 79,4-85,8)	11,7% (ES 1,5) (IC95% 9,1-15,0)	4,2% (ES 0,6) (IC95% 3,1-5,7)	1,2% (ES 0,3) (IC95% 0,8-2,0)	
<b>TENER PESADILLAS</b>					
2010	80,1% (ES 1,4) (IC95% 77,2-82,7)	12,7% (ES 1,2) (IC95% 10,6-15,2)	5,6% (ES 0,7) (IC95% 4,4-7,2)	1,6% (ES 0,3) (IC95% 1,0-2,4)	F=2,191; df1=2,713; df2=469,403; p=0,095
2016	76,1% (ES 1,8) (IC95% 72,4-79,4)	17,5% (ES 1,6) (IC95% 14,5-20,9)	5,1% (ES 0,9) (IC95% 3,6-7,4)	1,3% (ES 0,4) (IC95% 0,7-2,3)	
<b>SUFRIR DOLORES</b>					
2010	80,6% (ES 1,2) (IC95% 78,0-82,9)	9,1% (ES 0,7) (IC95% 7,7-10,6)	7,2% (ES 0,8) (IC95% 5,8-8,9)	3,2% (ES 0,5) (IC95% 2,3-4,5)	F=3,912; df1=2,913; df2=503,873; p=0,01
2016	79,0% (ES 1,5) (IC95% 75,8-81,9)	13,2% (ES 1,4) (IC95% 10,6-16,2)	6,0% (ES 0,9) (IC95% 4,5-8,0)	1,8% (ES 0,4) (IC95% 1,2-2,7)	

## DISCAPACIDAD E INHABILIDAD

Con respecto a los niveles de discapacidad, los incrementos del 2016 respecto al 2010, no mostraron significación estadística.

**TABLA 22**  
**NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
TOTAL	6,7	(5,2-8,6)	F=0,731; df1=1; df2=98; p=0,395	8,3	(6,4-10,7)	F=0,228; df1=1; df2=109; p=0,634	F=1,398; df1=1; df2=173; p=0,239
MASCULINO	5,9	(4,1-8,6)		7,9	(5,7-11,0)		F=1,417; df1=1; df2=173; p=0,236
FEMENINO	7,3	(5,2-10,2)		8,6	(6,4-11,4)		F=1,081; df1=1; df2=173; p=0,471

La Tabla 23 compara las prevalencias de la discapacidad e inhabilidad por tipos y por sexo entre los años 2010 y 2016. Se puede observar que los valores del 2016 son ligeramente menores en comparación al 2010, aunque éstos en varios casos no son significativos.

**TABLA 23**  
**DISCAPACIDAD O INHABILIDAD ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

TIPO DE DISCAPACIDAD	2010					2016					2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA TOTAL O ABSOLUTA	ESTADÍSTICOS	NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA TOTAL O ABSOLUTA	ESTADÍSTICOS	
<b>MANTENER REGULARMENTE EL ASEO DE SU CUERPO, SU ALIÑO O ARREGLO PERSONAL</b>											
TOTAL	99,3 (98,6-99,6)	0,3 (0,1-0,9)	0,3 (0,1-0,8)	0,0 (0,0-0,1)	F=1,753; df1=2,239; df2=219,414; p=0,171	96,5 (94,9-97,6)	1,6 (1,0-2,4)	1,6 (0,9-2,6)	0,4 (0,1-1,1)	F=2,903; df1=2,82; df2=307,357; p=0,038	F=11,309; df1=2,477; df2=428,507; p=0
MASCULINO	99,7 (98,0-100,0)	0,3 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)		97,7 (95,8-98,7)	1,5 (0,7-3,1)	0,7 (0,3-1,8)	0,1 (0,0-0,8)		F=2,801; df1=2,815; df2=486,952; p=0,043
FEMENINO	98,9 (97,8-99,5)	0,4 (0,1-1,2)	0,6 (0,3-1,4)	0,0 (0,0-0,3)		95,4 (93,4-96,9)	1,6 (0,9-2,6)	2,3 (1,3-4,1)	0,6 (0,2-2,2)		F=8,355; df1=2,555; df2=442,021; p=0
<b>DESEMPEÑAR EFICIENTEMENTE SUS OCUPACIONES (ESTUDIOS, TRABAJOS O CASA)</b>											
TOTAL	96,1 (94,6-97,2)	2,6 (1,7-3,8)	1,0 (0,5-1,8)	0,4 (0,1-1,0)	F=0,944; df1=2,759; df2=270,385; p=0,414	94,8 (92,9-96,2)	2,5 (1,7-3,8)	1,7 (1,1-2,8)	0,9 (0,4-2,2)	F=0,721; df1=2,544; df2=277,261; p=0,519	F=1,469; df1=2,939; df2=508,417; p=0,223
MASCULINO	96,3 (94,1-97,7)	2,5 (1,4-4,5)	0,6 (0,2-1,6)	0,5 (0,1-2,1)		95,6 (93,1-97,2)	2,4 (1,2-4,7)	1,2 (0,5-2,8)	0,8 (0,3-2,4)		F=0,39; df1=2,854; df2=493,666; p=0,751
FEMENINO	95,9 (93,4-97,4)	2,6 (1,5-4,5)	1,3 (0,6-2,9)	0,2 (0,1-0,6)		94,1 (91,6-95,8)	2,7 (1,4-4,2)	2,3 (1,2-4,2)	1,0 (0,4-2,4)		F=1,733; df1=2,623; df2=453,809; p=0,166
<b>ASUMIR Y DESEMPEÑAR SATISFACTORIAMENTE SUS FUNCIONES COMO MADRE, PADRE, ESPOSO(A) O HIJO(A)</b>											
TOTAL	97,0 (95,6-98,0)	1,2 (0,7-2,0)	1,4 (0,8-2,4)	0,4 (0,1-1,2)	F=2,97; df1=2,814; df2=275,814; p=0,035	96,4 (95,0-97,4)	1,7 (1,1-2,7)	1,3 (0,8-2,3)	0,6 (0,2-1,3)	F=2,092; df1=2,564; df2=279,514; p=0,111	F=0,351; df1=2,934; df2=507,522; p=0,784
MASCULINO	97,9 (96,3-98,9)	1,1 (0,5-2,4)	0,4 (0,1-1,2)	0,6 (0,2-2,2)		97,5 (95,8-98,5)	1,3 (0,6-2,6)	1,2 (0,5-2,8)	0,0 (0,0-0,0)		F=2,206; df1=2,937; df2=508,021; p=0,088
FEMENINO	96,2 (93,8-97,7)	1,3 (0,7-2,6)	2,3 (1,2-4,1)	0,2 (0,0-1,6)		95,3 (93,2-96,8)	2,1 (1,2-3,7)	1,5 (0,7-3,1)	1,1 (0,5-2,5)		F=1,474; df1=2,899; df2=501,527; p=0,222
<b>RELACIONARSE CON SUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS Y PERSONAS EN GENERAL</b>											
TOTAL	98,0 (96,8-98,7)	1,5 (0,9-2,4)	0,6 (0,2-1,3)	0,0 (0,0-0,0)	F=1,737; df1=1,894; df2=185,587; p=0,181	96,6 (95,2-97,6)	1,6 (1,1-2,6)	1,4 (0,8-2,4)	0,4 (0,2-1,1)	F=0,877; df1=2,644; df2=288,206; p=0,442	F=2,22; df1=2,753; df2=476,291; p=0,091
MASCULINO	98,6 (97,2-99,4)	0,8 (0,4-1,7)	0,6 (0,2-2,0)	0,0 (0,0-0,0)		97,0 (95,2-98,2)	1,7 (0,8-3,5)	1,1 (0,5-2,4)	0,1 (0,0-1,0)		F=1,196; df1=2,953; df2=510,814; p=0,311
FEMENINO	97,4 (95,5-98,5)	2,1 (1,1-3,8)	0,6 (0,2-1,8)	0,0 (0,0-0,0)		96,1 (94,2-97,4)	1,6 (0,9-2,6)	1,6 (0,8-3,3)	0,7 (0,2-2,1)		F=1,916; df1=2,785; df2=481,854; p=0,131
<b>PLANIFICAR SUS ACTIVIDADES, LUEGO ORGANIZARLAS Y EJECUTARLAS</b>											
TOTAL	97,5 (96,4-98,3)	1,4 (0,8-2,4)	0,8 (0,4-1,5)	0,3 (0,1-0,9)	F=2,433; df1=2,824; df2=276,797; p=0,069	95,2 (93,5-96,5)	2,2 (1,5-3,3)	1,8 (1,2-2,9)	0,7 (0,3-1,4)	F=2,619; df1=2,893; df2=315,353; p=0,053	F=2,817; df1=2,958; df2=511,678; p=0,039
MASCULINO	97,9 (96,2-98,8)	1,6 (0,8-3,1)	0,2 (0,0-0,6)	0,4 (0,1-2,2)		96 (93,9-97,4)	2,6 (1,5-4,4)	1,2 (0,6-2,3)	0,2 (0,1-1,0)		F=2,181; df1=2,684; df2=464,357; p=0,097
FEMENINO	97,2 (95,5-98,3)	1,3 (0,6-2,7)	1,3 (0,6-2,7)	0,2 (0,1-0,6)		94,5 (92,2-96,2)	1,9 (1,2-3,0)	2,5 (1,4-4,3)	1,1 (0,4-2,5)		F=2,655; df1=2,655; df2=459,246; p=0,055

**INDICADORES SUICIDAS**

Para el 2016 comparado al 2010, hubo una disminución significativa en la prevalencia de vida (35,9% a 28,5%), anual (9,4% a 5,5%) y mensual (3,7% a 2,1%) de los deseos de morir, esta reducción se dió tanto en el sexo masculino como femenino. En el resto de los indicadores hubo cambios sin un patrón determinado; en algunos como en la prevalencia de vida, anual y mensual de pensamiento suicida hubo una disminución mientras que en otros como en la prevalencia de vida de planes suicidas aumentó.

**TABLA 24**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

INDICADORES SUICIDAS	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>DESEOS DE MORIR - PREVALENCIA DE VIDA</b>							
TOTAL	35,9	(33,2-38,7)	F=130,484; df1=1; df2=98; p=0	28,5	(25,5-31,8)	F=67,394; df1=1; df2=109; p=0	F=11,755; df1=1; df2=173; p=0,001
MASCULINO	18,6	(15,5-22,2)		17,1	(13,9-20,9)		F=0,368; df1=1; df2=173; p=0,545
FEMENINO	51,4	(47,3-55,5)		39,2	(34,7-43,8)		F=15,648; df1=1; df2=173; p=0

INDICADORES SUICIDAS	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>DESEOS DE MORIR - PREVALENCIA ANUAL</b>							
TOTAL	9,4	(7,9-11,2)	$F=36,436;$	5,5	(4,3-7,2)	$F=26,01; df1=1;$	$F=11,823; df1=1; df2=173; p=0,001$
MASCULINO	4,0	(2,6-5,9)	$df1=1; df2=98;$	2,0	(1,1-3,5)	$df2=109; p=0$	$F=4,233; df1=1; df2=173; p=0,041$
FEMENINO	14,4	(11,8-17,3)	$p=0$	8,9	(6,6-11,9)		$F=7,255; df1=1; df2=173; p=0,008$
<b>DESEOS DE MORIR - PREVALENCIA MENSUAL</b>							
TOTAL	3,7	(2,7-5,1)	$F=31,434;$	2,1	(1,4-3,1)	$F=11,338;$	$F=5,143; df1=1; df2=173; p=0,025$
MASCULINO	1,0	(0,5-1,9)	$df1=1; df2=98;$	0,6	(0,2-1,7)	$df1=1; df2=109;$	$F=0,572; df1=1; df2=173; p=0,451$
FEMENINO	6,1	(4,3-8,7)	$p=0$	3,4	(2,2-5,3)	$p=0,001$	$F=4,179; df1=1; df2=173; p=0,042$
<b>PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA - PREVALENCIA DE VIDA</b>							
TOTAL	14,9	(12,8-17,1)	$F=51,584;$	12,4	(10,4-14,8)	$F=12,37;$	$F=2,669; df1=1; df2=173; p=0,104$
MASCULINO	7,7	(5,9-10,0)	$df1=1; df2=98;$	8,1	(5,8-11,3)	$df1=1; df2=109;$	$F=0,061; df1=1; df2=173; p=0,806$
FEMENINO	21,3	(18,1-25,0)	$p=0$	16,5	(13,2-20,3)	$p=0,001$	$F=3,929; df1=1; df2=173; p=0,049$
<b>PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA - PREVALENCIA ANUAL</b>							
TOTAL	4,0	(2,8-5,7)	$F=16,454;$	2,5	(1,6-4,0)	$F=5,536;$	$F=2,43; df1=1; df2=173; p=0,121$
MASCULINO	1,6	(0,8-3,2)	$df1=1; df2=98;$	1,3	(0,7-2,7)	$df1=1; df2=109;$	$F=0,118; df1=1; df2=173; p=0,732$
FEMENINO	6,2	(4,3-8,8)	$p=0$	3,6	(2,1-6,4)	$p=0,02$	$F=2,525; df1=1; df2=173; p=0,114$
<b>PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA - PREVALENCIA MENSUAL</b>							
TOTAL	1,8	(1,1-3,0)	$F=17,744;$	0,8	(0,4-1,5)	$F=0,808;$	$F=3,649; df1=1; df2=173; p=0,058$
MASCULINO	0,3	(0,1-1,1)	$df1=1; df2=98;$	0,6	(0,2-1,8)	$df1=1; df2=109;$	$F=0,071; df1=1; df2=173; p=0,401$
FEMENINO	3,2	(1,8-5,5)	$p=0$	1,1	(0,5-2,3)	$p=0,371$	$F=5,699; df1=1; df2=173; p=0,018$
<b>PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA - PREVALENCIA DE VIDA</b>							
TOTAL	6,6	(5,4-8,1)	$F=33,291;$	7,2	(5,7-8,9)	$F=5,784;$	$F=0,325; df1=1; df2=173; p=0,57$
MASCULINO	2,2	(1,3-3,8)	$df1=1; df2=98;$	4,7	(2,9-7,5)	$df1=1; df2=109;$	$F=4,53; df1=1; df2=173; p=0,035$
FEMENINO	10,5	(8,3-13,2)	$p=0$	9,5	(7,1-12,5)	$p=0,018$	$F=0,358; df1=1; df2=173; p=0,551$
<b>PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA - PREVALENCIA ANUAL</b>							
TOTAL	1,7	(1,1-2,7)	$F=9,976; df1=1;$	1,0	(0,6-1,9)	$F=0,011;$	$F=2,001; df1=1; df2=173; p=0,159$
MASCULINO	0,5	(0,2-1,5)	$df2=98; p=0,002$	1,0	(0,4-2,3)	$df1=1; df2=109;$	$F=0,889; df1=1; df2=173; p=0,347$
FEMENINO	2,8	(1,7-4,6)		1,0	(0,5-2,3)	$p=0,916$	$F=4,775; df1=1; df2=173; p=0,03$
<b>PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA - PREVALENCIA MENSUAL</b>							
TOTAL	0,6	(0,3-1,3)	$F=5,198; df1=1;$	3,9	(2,9-5,2)	$F=0,31; df1=1;$	$F=1,733; df1=1; df2=173; p=0,19$
MASCULINO	0,2	(0,0-0,8)	$df2=98; p=0,025$	2,0	(1,1-3,7)	$df2=109;$	$F=0,241; df1=1; df2=173; p=0,624$
FEMENINO	1,0	(0,5-2,2)		5,7	(4,0-8,1)	$p=0,579$	$F=3,469; df1=1; df2=173; p=0,064$
<b>CONDUCTAS SUICIDAS - PREVALENCIA DE VIDA</b>							
TOTAL	3,2	(2,3-4,3)	$F=18,787;$	3,9	(2,9-5,2)	$F=8,502;$	$F=0,888; df1=1; df2=173; p=0,347$
MASCULINO	1,0	(0,4-2,1)	$df1=1; df2=98;$	2,0	(1,1-3,7)	$df1=1; df2=109;$	$F=2,249; df1=1; df2=173; p=0,136$
FEMENINO	5,2	(3,7-7,2)	$p=0$	5,7	(4,0-8,1)	$p=0,004$	$F=0,13; df1=1; df2=173; p=0,719$
<b>CONDUCTAS SUICIDAS - PREVALENCIA ANUAL</b>							
TOTAL	0,6	(0,2-1,7)	$F=3,425; df1=1;$	0,4	(0,1-0,9)	$F=0,523;$	$F=0,54; df1=1; df2=173; p=0,464$
MASCULINO	0,0	(0,0-0,0)	$df2=98; p=0,067$	0,2	(0,1-1,0)	$df1=1; df2=109;$	$F=1,395; df1=1; df2=173; p=0,239$
FEMENINO	1,1	(0,4-3,1)		0,5	(0,1-1,5)	$p=0,471$	$F=1,359; df1=1; df2=173; p=0,245$
<b>CONDUCTAS SUICIDAS - PREVALENCIA MENSUAL</b>							
TOTAL	0,4	(0,1-1,6)	$F=1,712; df1=1;$	0,0	(0,0-0,3)	$F=1,065;$	$F=3,886; df1=1; df2=173; p=0,05$
MASCULINO	0,0	(0,0-0,0)	$df2=98; p=0,194$	0,1	(0,0-0,7)	$df1=1; df2=109;$	$F=0,722; df1=1; df2=173; p=0,397$
FEMENINO	0,7	(0,2-3,0)		0,0	(0,0-0,0)	$p=0,304$	$F=2,463; df1=1; df2=173; p=0,118$
<b>POTENCIALIDAD SUICIDA*</b> (6,45% DE LOS INTENTOS)							
TOTAL	0,5	(0,2-1,6)	$F=3,562; df1=1;$	0,4	(0,2-1,0)	$F=5,468;$	$F=0,032; df1=1; df2=173; p=0,858$
MASCULINO	0,1	(0,0-0,9)	$df2=98; p=0,062$	0,0	(0,0-0,0)	$df1=1; df2=109;$	$F=1,367; df1=1; df2=173; p=0,244$
FEMENINO	0,8	(0,2-2,9)		0,9	(0,4-1,9)	$p=0,021$	$F=0; df1=1; df2=173; p=0,988$

\* Se refiere a la situación de aquella persona que, habiendo intentado suicidarse, considera todavía esa posibilidad.

**TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA**

En la Tabla 25 se aprecia que la prevalencia de vida de tendencias violentas ha sido significativamente mayor en los varones (2016: 34,6%; 2010: 36,5%) que en las mujeres (2016: 14,8%; 2010: 16,2%). Y, ligeramente menor en el 2016 respecto al 2010, aunque la diferencia entre ambos años no fue estadísticamente significativa.

En general, respecto a los diversos tipos de tendencias violentas, las prevalencias de vida tienden a ser ligeramente menores en el 2016, aunque estas diferencias al compararlas con el 2010 no han sido significativas.

En el 2016, el 20,2% de los adultos entrevistados ha participado en más de una pelea que acabó a golpes, con una diferencia significativamente mayor en los varones (32,5%) que en las mujeres (10,2%). Aunque la prevalencia ha sido ligeramente menor en comparación con el 2010 esta diferencia no alcanza significancia.

La prevalencia de haberle pegado alguna vez a un niño dejándole moretones, en el 2016, en los varones (6,9%) hubo una ligera disminución comparando con el 2010 (7,9%); mientras que en las mujeres fue ligeramente mayor (2016: 8,8%; 2010: 7,6%), aunque ninguna de estas diferencias fue significativa.

En relación a haber usado alguna vez en una pelea piedras, palos, cuchillos (navajas), hondas, machete, verduguillo u hoz; la proporción de varones (2016: 4,8%; 2010: 3,6%) que ha participado en este tipo de violencia fue ligeramente mayor que de mujeres (2016: 3,2%; 2010: 2,3%), manteniéndose esta tendencia en el 2016 sin que las diferencias hayan sido significativas.

Haber usado armas de fuego ha sido exclusivo de los varones. Ninguna mujer, ni en el 2010 ni en el 2016, usó armas de fuego en una pelea.

La prevalencia de vida de pensamientos homicidas en el 2010 fue ligeramente mayor en las mujeres (5%) que en los varones (3,5%) y en el 2016 aumentó en los varones (5,8%) aunque en las mujeres disminuyó (3,9%). La prevalencia anual de pensamientos homicidas fue de 0,8% en el 2010, ligeramente mayor en las mujeres (1%) que en los varones (0,7%); disminuyó en el 2016 a 0,5%, sin que estas diferencias hayan sido significativas, ligeramente mayor en los varones (0,6%) que en las mujeres (0,4%). En cuanto a la prevalencia mensual en el 2010, el 1,3% de los adultos presentó pensamientos homicidas, habiendo sido algo mayor en las mujeres (1,4%) que en los varones (1,1%); en el 2016 la prevalencia mensual disminuyó a 0,8%, habiendo sido ligeramente mayor en los varones (0,9%) que en las mujeres (0,7%).

**TABLA 25**  
**TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

INDICADOR	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TENDENCIAS VIOLENTAS*</b>							
TOTAL	25,8	(23,2 - 28,7)	$F=61,604;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0$	24,3	(21,2 - 27,8)	$F=56,898;$ $df1=1;$ $df2=109;$ $p=0$	$F=0,468; df1=1; df2=173; p=0,495$
MASCULINO	36,5	(32,1 - 41,0)		34,6	(30,2 - 39,3)		$F=0,341; df1=1; df2=173; p=0,56$
FEMENINO	16,2	(13,6 - 19,3)		14,8	(11,6 - 18,7)		$F=0,463; df1=1; df2=173; p=0,497$
<b>LE HA PEGADO A UN NIÑO MENOR Y LE HA DEJADO MORETONES</b>							
TOTAL	7,7	(6,3 - 9,5)	$F=0,047;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,829$	7,9	(6,2 - 9,9)	$F=1,444;$ $df1=1;$ $df2=109;$ $p=0,232$	$F=0,013; df1=1; df2=173; p=0,908$
MASCULINO	7,9	(5,8 - 10,6)		6,9	(5,0 - 9,3)		$F=0,427; df1=1; df2=173; p=0,514$
FEMENINO	7,6	(5,9 - 9,8)		8,8	(6,4 - 12,0)		$F=0,528; df1=1; df2=173; p=0,469$
<b>HA PARTICIPADO EN MÁS DE UNA PELEA QUE HAYA ACABADO A GOLPES</b>							
TOTAL	20,8	(18,4 - 23,4)	$F=95,444;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0$	20,2	(17,5 - 23,3)	$F=52,349;$ $df1=1,969;$ $df2=214,671;$ $p=0$	$F=0,679; df1=1,988; df2=343,964; p=0,507$
MASCULINO	32,5	(28,4 - 36,9)		32,0	(27,5 - 36,8)		$F=0,652; df1=1,991; df2=344,449; p=0,521$
FEMENINO	10,2	(8,2 - 12,7)		9,2	(7,2 - 11,8)		$F=0,41; df1=1; df2=173; p=0,523$

INDICADOR	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>EN UNA PELEA HA USADO PIEDRAS, PALOS, CUCHILLOS (NAVAJAS), HONDAS, MACHETE, VERDUGUILLO U HOZ</b>							
TOTAL	2,9	(2,0 - 4,1)	$F=1,498;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,224$	4,0	(2,8 - 5,6)	$F=1,666;$ $df1=1,593;$ $df2=173,658;$ $p=0,197$	$F=1,652; df1=1,856; df2=321,126; p=0,195$
MASCULINO	3,6	(2,2 - 5,6)		4,8	(3,0 - 7,6)		$F=1,158; df1=1,998; df2=345,675; p=0,315$
FEMENINO	2,3	(1,3 - 3,9)		3,2	(1,9 - 5,4)		$F=0,948; df1=1; df2=173; p=0,332$
<b>EN UNA PELEA HA USADO ARMAS DE FUEGO COMO PISTOLAS</b>							
TOTAL	0,5	(0,2 - 1,4)	$F=3,979;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,049$	0,3	(0,1 - 0,9)	$F=2,182;$ $df1=1,971;$ $df2=214,848;$ $p=0,116$	$F=0,849; df1=1,973; df2=341,405; p=0,428$
MASCULINO	1,1	(0,4 - 3,0)		0,5	(0,2 - 1,9)		$F=0,862; df1=1,978; df2=342,129; p=0,422$
FEMENINO	0,0	(0,0 - 0,0)		0,0	(0,0 - 0,0)		-
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA**</b>							
TOTAL	4,3	(3,2 - 5,7)	$F=1,247;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,267$	4,8	(3,7 - 6,3)	$F=2,347;$ $df1=1;$ $df2=109;$ $p=0,128$	$F=0,357; df1=1; df2=173; p=0,551$
MASCULINO	3,5	(2,1 - 5,7)		5,8	(4,0 - 8,4)		$F=2,575; df1=1; df2=173; p=0,11$
FEMENINO	5,0	(3,4 - 7,2)		3,9	(2,7 - 5,6)		$F=0,914; df1=1; df2=173; p=0,34$
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>							
TOTAL	0,8	(0,4 - 1,8)	$F=0,201;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,655$	0,5	(0,2 - 1,1)	$F=0,199;$ $df1=1;$ $df2=109;$ $p=0,657$	$F=1,139; df1=1; df2=173; p=0,287$
MASCULINO	0,7	(0,3 - 1,8)		0,6	(0,1 - 2,1)		$F=0,088; df1=1; df2=173; p=0,767$
FEMENINO	1,0	(0,3 - 2,8)		0,4	(0,1 - 1,0)		$F=1,685; df1=1; df2=173; p=0,196$
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>							
TOTAL	1,3	(0,7 - 2,4)	$F=0,175;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,677$	0,8	(0,4 - 1,5)	$F=0,199;$ $df1=1;$ $df2=109;$ $p=0,657$	$F=1,4; df1=1; df2=173; p=0,238$
MASCULINO	1,1	(0,5 - 2,7)		0,9	(0,3 - 2,4)		$F=0,147; df1=1; df2=173; p=0,702$
FEMENINO	1,4	(0,7 - 3,2)		0,7	(0,3 - 1,5)		$F=1,8; df1=1; df2=173; p=0,181$

\* Se refiere a si, después de los 18 años, le ha pegado a un niño menor y le ha dejado moretones, o desde los 18 años ha participado en más de una pelea que haya acabado en golpes o ha usado piedras, palos, cuchillos o armas de fuego en una pelea.

\*\* Se refiere a si el entrevistado ha tenido la idea de matar a alguien.

## TRASTORNOS CLÍNICOS

La prevalencia de vida y prevalencia anual y actual de trastorno mentales en general se mantenido; en el 2016, 27,5% de los adultos presentó algún trastorno mental diagnosticable alguna vez en su vida y uno de 10 personas lo presentaba al momento de realizar la entrevista. En relación con los trastornos psiquiátricos en general no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos periodos 2010 y 2016. Existen grupos de trastornos clínicos específicos que si presentaron diferencias significativas al año 2016: la prevalencia de vida de trastornos de ansiedad en general disminuyó en un 3,8% para el total, y en particular 5,5% para las mujeres, aunque no se establecieron diferencias significativas para los hombres ni para la prevalencia anual, de seis meses o actual. La prevalencia de vida y anual de trastornos depresivos en general no mostró diferencias significativas entre ambos periodos, pero si para la prevalencia de seis meses y prevalencia actual, donde se encuentra un incremento porcentual en el año 2016, tanto en hombres como en mujeres, de 1,2 y 1,9 respectivamente. No se encontró diferencias significativas en la prevalencia anual de abuso o dependencia a sustancias.

**TABLA 26**

### PREVALENCIA DE VIDA, ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS MENTALES EN GENERAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016

TIPO DE TRASTORNOS	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO*</b>							
TOTAL	28,8	(26,1-31,6)		27,5	(23,6-31,8)		$F=0,280; df1=1; df2=173; p=0,597$
MASCULINO	23,2	(19,7-27,1)	$F=17,475; df1=1;$ $df2=98; p=0,00006$	24,0	(20,1-28,5)	$F=7,372; df1=1;$ $df2=109; p=0,008$	$F=0,082; df1=1; df2=173; p=0,774$
FEMENINO	33,8	(30,3-37,5)		30,7	(25,7-36,3)		$F=0,892; df1=1; df2=173; p=0,346$
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>							
TOTAL	13,5	(11,7-15,4)		14,6	(12,0-17,6)		$F=0,445; df1=1; df2=173; p=0,506$
MASCULINO	13,9	(11,3-17,0)	$F=0,140; df1=1;$ $df2=98; p=0,709$	16,2	(13,0-20,0)	$F=3,574; df1=1;$ $df2=109; p=0,061$	$F=1,065; df1=1; df2=173; p=0,304$
FEMENINO	13,1	(10,6-16,1)		13,1	(10,3-16,5)		$F=0,000; df1=1; df2=173; p=0,989$

TIPO DE TRASTORNOS	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**</b>							
TOTAL	11,7	(9,9-13,7)		13,8	(11,2-16,8)		F=1,631; df1=1; df2=173; p=0,203
MASCULINO	12,9	(10,2-16,2)	F=1,189; df1=1; df2=98; p=0,278	16,1	(12,9-19,9)	F=7,586; df1=1; df2=109; p=0,007	F=1,993; df1=1; df2=173; p=0,160
FEMENINO	10,6	(8,1-13,6)		11,6	(9,0-14,9)		F=0,241; df1=1; df2=173; p=0,624
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**</b>							
TOTAL	9,2	(7,7-11,1)		10,6	(8,4-13,2)		F=0,908; df1=1; df2=173; p=0,342
MASCULINO	12,1	(9,7-15,1)	F=7,285; df1=1; df2=98; p=0,008	13,5	(10,5-17,1)	F=11,503; df1=1; df2=109; p=0,001	F=0,434; df1=1; df2=173; p=0,511
FEMENINO	6,7	(4,6-9,5)		7,9	(5,8-10,8)		F=0,497; df1=1; df2=173; p=0,482
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL***</b>							
TOTAL	15,0	(13,1-17,3)		11,2	(8,9-14,0)		F=4,967; df1=1; df2=173; p=0,027
MASCULINO	10,0	(7,8-12,8)	F=22,652; df1=1; df2=98; p=0,00001	9,2	(6,8-12,1)	F=4,532; df1=1; df2=109; p=0,036	F=0,207; df1=1; df2=173; p=0,650
FEMENINO	19,6	(16,6-23,0)		13,1	(10,0-17,1)		F=6,578; df1=1; df2=173; p=0,011
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>							
TOTAL	4,3	(3,3-5,6)		4,1	(3,0-5,8)		F=0,040; df1=1; df2=173; p=0,843
MASCULINO	2,6	(1,6-4,2)	F=7,808; df1=1; df2=98; p=0,006	4,0	(2,4-6,5)	F=0,091; df1=1; df2=109; p=0,764	F=1,507; df1=1; df2=173; p=0,221
FEMENINO	5,9	(4,3-8,1)		4,3	(3,0-6,3)		F=1,545; df1=1; df2=173; p=0,216
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>							
TOTAL	3,6	(2,7-4,9)		3,8	(2,6-5,4)		F=0,024; df1=1; df2=173; p=0,876
MASCULINO	2,4	(1,4-4,1)	F=4,261; df1=1; df2=98; p=0,042	3,9	(2,4-6,5)	F=0,058; df1=1; df2=109; p=0,809	F=1,806; df1=1; df2=173; p=0,181
FEMENINO	4,8	(3,2-7,0)		3,7	(2,4-5,6)		F=0,837; df1=1; df2=173; p=0,361
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>							
TOTAL	2,5	(1,7-3,7)		2,3	(1,5-3,6)		F=0,082; df1=1; df2=173; p=0,776
MASCULINO	1,9	(1,0-3,4)	F=1,461; df1=1; df2=98; p=0,230	2,0	(1,1-3,6)	F=0,639; df1=1; df2=109; p=0,426	F=0,014; df1=1; df2=173; p=0,905
FEMENINO	3,1	(1,8-5,1)		2,6	(1,5-4,5)		F=0,183; df1=1; df2=173; p=0,669
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL****</b>							
TOTAL	15,3	(13,0-17,9)		16,8	(13,9-20,2)		F=0,701; df1=1; df2=173; p=0,404
MASCULINO	8,3	(6,0-11,4)	F=40,037; df1=1; df2=98; p<0,00001	10,3	(7,7-13,6)	F=29,022; df1=1; df2=109; p<0,00001	F=1,046; df1=1; df2=173; p=0,308
FEMENINO	21,6	(18,6-25,0)		23,0	(18,5-28,2)		F=0,217; df1=1; df2=173; p=0,642
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>							
TOTAL	4,2	(3,3-5,3)		5,4	(4,2-7,1)		F=2,371; df1=1; df2=173; p=0,125
MASCULINO	1,7	(1,0-2,9)	F=23,696; df1=1; df2=98; p<0,00001	2,8	(1,7-4,3)	F=18,345; df1=1; df2=109; p<0,00001	F=2,360; df1=1; df2=173; p=0,126
FEMENINO	6,5	(5,0-8,3)		7,9	(5,8-10,7)		F=1,025; df1=1; df2=173; p=0,313
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>							
TOTAL	2,7	(2,1-3,6)		4,9	(3,8-6,5)		F=10,077; df1=1; df2=173; p=0,02
MASCULINO	0,7	(0,3-1,7)	F=21,144; df1=1; df2=98; p<0,00001	2,8	(1,7-4,3)	F=13,737; df1=1; df2=109; p=0,0003	F=9,210; df1=1; df2=173; p=0,003
FEMENINO	4,6	(3,4-6,0)		7,0	(5,1-9,5)		F=4,119; df1=1; df2=173; p=0,044
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>							
TOTAL	1,1	(0,7-1,8)		3,0	(2,1-4,3)		F=11,915; df1=1; df2=173; p=0,001
MASCULINO	0,3	(0,1-1,2)	F=7,363; df1=1; df2=98; p=0,008	1,5	(0,8-2,8)	F=8,186; df1=1; df2=109; p=0,005	F=5,664; df1=1; df2=173; p=0,018
FEMENINO	1,8	(1,0-3,1)		4,4	(2,8-6,7)		F=6,891; df1=1; df2=173; p=0,009
<b>PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA A CUALQUIER SUSTANCIA</b>							
TOTAL	5,5	(4,3-7,0)		5,7	(4,3-7,5)		-
MASCULINO	10,4	(8,1-13,3)	F=57,224; df1=1; df2=98; p<0,00001	10,6	(8,0-14,0)	F=62,578; df1=1; df2=109; p<0,00001	-
FEMENINO	1,1	(0,6-2,2)		1,1	(0,5-2,2)		-

\* En dependencia o consumo perjudicial de sustancias se incluye solo la prevalencia anual; en la conducta alimentaria, solo la prevalencia actual.

\*\*Se incluye la prevalencia anual de consumo perjudicial o dependencia de sustancias nocivas.

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

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

En general los trastornos mentales más frecuentemente identificados en la población adulta de Abancay en el año 2016 fueron el consumo perjudicial o dependencia de alcohol (5,5%), el episodio depresivo moderado a severo (5,6%), el trastorno de estrés postraumático (1,2%), el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social (1,1%). Con respecto a las prevalencias anual de los principales trastornos mentales, se observaron cambios significativos en el 2016 respecto al 2010 en: episodio psicótico (incremento en el 2016 de 1,0%), significativo entre las mujeres pero no entre los varones;

agorafobia s/c historia de trastorno de pánico (incremento en el 2016 de 0,5%) pero sólo significativo entre los varones; fobia social (disminución en el 2016 de 1,3%); el trastorno de ansiedad generalizada (incremento en el 2016 en 0,7% pero sólo significativo entre los varones. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en el episodio depresivo moderado a severo, ni con respecto al trastorno de estrés postraumático.

**TABLA 27**
**PREVALENCIA DE ANUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

TRASTORNOS MENTALES	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>EPISODIO PSICÓTICO*</b>							
TOTAL	0,4	(0,1-1,0)		1,4	(0,8-2,4)		F=5,465; df1=1; df2=173; p=0,021
MASCULINO	0,7	(0,2-2,2)	F=6,428; df1=1; df2=98; p=0,013	1,7	(0,9-3,4)	F=2,481; df1=1; df2=109; p=0,118	F=2,053; df1=1; df2=173; p=0,154
FEMENINO	0,1	(0,0-0,4)		1,0	(0,5-2,0)		F=15,886; df1=1; df2=173; p=0,00010
<b>EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO</b>							
TOTAL	3,9	(3,0-5,0)		5,3	(4,0-6,9)	F=19,200; df1=1; df2=109; p=0,00003	F=2,989; df1=1; df2=173; p=0,086
MASCULINO	1,7	(1,0-2,9)	F=20,389; df1=1; df2=98; p=0,00002	2,6	(1,6-4,2)		F=1,841; df1=1; df2=173; p=0,177
FEMENINO	6,0	(4,5-7,8)		7,8	(5,7-10,6)		F=1,733; df1=1; df2=173; p=0,190
<b>AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO</b>							
TOTAL	0,1	(0,0-0,4)		0,6	(0,3-1,3)		F=6,660; df1=1; df2=173; p=0,011
MASCULINO	0,2	(0,0-0,8)	F=0,539; df1=1; df2=98; p=0,465	0,9	(0,3-2,3)	F=1,853; df1=1; df2=109; p=0,176	F=4,149; df1=1; df2=173; p=0,043
FEMENINO	0,1	(0,0-0,5)		0,4	(0,1-1,0)		F=2,513; df1=1; df2=173; p=0,115
<b>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b>							
TOTAL	1,3	(0,8-2,1)		1,2	(0,7-2,0)		F=0,060; df1=1; df2=173; p=0,806
MASCULINO	0,5	(0,2-1,6)	F=5,132; df1=1; df2=98; p=0,026	0,9	(0,3-2,6)	F=0,886; df1=1; df2=109; p=0,349	F=0,384; df1=1; df2=173; p=0,536
FEMENINO	2,1	(1,2-3,5)		1,6	(0,9-2,6)		F=0,550; df1=1; df2=173; p=0,459
<b>FOBIA SOCIAL</b>							
TOTAL	2,4	(1,6-3,5)		1,1	(0,5-2,2)		F=3,963; df1=1; df2=173; p=0,048
MASCULINO	1,9	(1,0-3,4)	F=1,022; df1=1; df2=98; p=0,315	1,2	(0,5-3,1)	F=0,285; df1=1; df2=109; p=0,595	F=0,531; df1=1; df2=173; p=0,467
FEMENINO	2,8	(1,7-4,8)		0,9	(0,4-2,3)		F=4,930; df1=1; df2=173; p=0,028
<b>TRASTORNO DE PÁNICO</b>							
TOTAL	0,1	(0,0-0,7)		0,2	(0,1-0,6)		F=0,235; df1=1; df2=173; p=0,628
MASCULINO	-	-	F=1,152; df1=1; df2=98; p=0,286	0,3	(0,1-1,2)	F=0,883; df1=1; df2=109; p=0,350	F=1,361; df1=1; df2=173; p=0,245
FEMENINO	0,2	(0,0-1,3)		0,1	(0,0-0,5)		F=0,390; df1=1; df2=173; p=0,533
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA</b>							
TOTAL	0,5	(0,2-0,9)		1,2	(0,6-2,1)		F=4,459; df1=1; df2=173; p=0,036
MASCULINO	0,1	(0,0-0,5)	F=6,822; df1=1; df2=98; p=0,010	0,9	(0,4-2,2)	F=0,634; df1=1; df2=109; p=0,428	F=7,191; df1=1; df2=173; p=0,008
FEMENINO	0,8	(0,4-1,6)		1,4	(0,7-2,8)		F=1,342; df1=1; df2=173; p=0,248
<b>TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO</b>							
TOTAL	0,1	(0,0-0,5)		0,5	(0,2-1,3)		F=4,344; df1=1; df2=173; p=0,039
MASCULINO	0,2	(0,0-1,2)	F=1,091; df1=1; df2=98; p=0,299	0,7	(0,2-2,5)	F=0,347; df1=1; df2=109; p=0,557	F=1,637; df1=1; df2=173; p=0,202
FEMENINO	-	-		0,4	(0,2-1,0)		F=3,650; df1=1; df2=173; p=0,058
<b>TRASTORNO DEPRESIVO EN GENERAL</b>							
TOTAL	4,2	(3,3-5,3)		5,4	(4,2-7,1)		F=2,371; df1=1; df2=173; p=0,125
MASCULINO	1,7	(1,0-2,9)	F=23,696; df1=1; df2=98; p=0,000004	2,8	(1,7-4,3)	F=18,345; df1=1; df2=109; p=0,00004	F=2,360; df1=1; df2=173; p=0,126
FEMENINO	6,5	(5,0-8,3)		7,9	(5,8-10,7)		F=1,025; df1=1; df2=173; p=0,313
<b>CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL</b>							
TOTAL	4,8	(3,8-6,2)		5,5	(4,1-7,2)		F=0,409; df1=1; df2=173; p=0,523
MASCULINO	9,3	(7,2-11,9)	F=53,538; df1=1; df2=98; p=0	10,2	(7,6-13,5)	F=59,211; df1=1; df2=109; p=0	F=0,216; df1=1; df2=173; p=0,643
FEMENINO	0,8	(0,4-1,9)		1,1	(0,5-2,2)		F=0,257; df1=1; df2=173; p=0,613

\* Los criterios del MINI consideran la presencia de episodio psicótico con la presencia de al menos un síntoma psicótico. Para el caso de este estudio se ha considerado positivo el síntoma psicótico siempre y cuando exista un completo convencimiento del síntoma y haya estado presente al menos un síntoma psicótico al mes (Tabla 35 B).

Con relación la prevalencia actual se encontrado diferencias significativas con respecto a: episodio psicótico (incremento de 0,4% en el 2016); episodio depresivo (incremento de 2,0% en el 2016), existiendo diferencias significativas tanto entre varones como entre mujeres; trastorno de estrés postraumático (incremento 0,25 % en el 2016); fobia social (disminución en el 2016 de 1,4%); trastorno de ansiedad generalizada (incremento de 0,7%, pero solo significativo entre los varones).

TABLA 28

PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016

TRASTORNOS MENTALES	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>EPISODIO PSICÓTICO*</b>							
TOTAL	0,1	(0,0-0,5)		0,5	(0,2-1,1)		F=4,946; df1=1; df2=173; p=0,027
MASCULINO	0,2	(0,0-1,1)	F=1,116; df1=1; df2=98; p=0,293	0,6	(0,2-1,6)	F=0,151; df1=1; df2=109; p=0,699	F=1,776; df1=1; df2=173; p=0,184
FEMENINO	0,0	(0,0-0,0)		0,5	(0,2-1,2)		F=3,789; df1=1; df2=173; p=0,053
<b>EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO</b>							
TOTAL	0,8	(0,5-1,4)		2,8	(1,9-4,1)		F=15,246; df1=1; df2=173; p=0,0001
MASCULINO	0,3	(0,1-1,2)	F=4,303; df1=1; df2=98; p=0,041	1,2	(0,6-2,5)	F=9,822; df1=1; df2=109; p=0,002	F=3,986; df1=1; df2=173; p=0,047
FEMENINO	1,3	(0,7-2,4)		4,2	(2,7-6,6)		F=11,140; df1=1; df2=173; p=0,001
<b>DISTIMIA</b>							
TOTAL	0,3	(0,1-0,8)		0,4	(0,2-0,9)		F=0,251; df1=1; df2=173; p=0,617
MASCULINO	0,0	(0,0-0,0)	F=3,245; df1=1; df2=98; p=0,075	0,3	(0,1-1,1)	F=0,096; df1=1; df2=109; p=0,758	F=1,887; df1=1; df2=173; p=0,171
FEMENINO	0,5	(0,2-1,5)		0,4	(0,1-1,4)		F=0,060; df1=1; df2=173; p=0,807
<b>AGORAFOBIA s/c HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO</b>							
TOTAL	0,1	(0,0-0,4)		0,3	(0,1-0,8)		F=1,708; df1=1; df2=173; p=0,193
MASCULINO	0,2	(0,0-0,8)	F=0,539; df1=1; df2=98; p=0,465	0,4	(0,1-1,4)	F=0,432; df1=1; df2=109; p=0,512	F=0,751; df1=1; df2=173; p=0,388
FEMENINO	0,1	(0,0-0,5)		0,2	(0,1-0,7)		F=1,118; df1=1; df2=173; p=0,292
<b>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b>							
TOTAL	0,0	(0,0-0,1)		0,2	(0,1-0,6)		F=5,472; df1=1; df2=173; p=0,020
MASCULINO	0,0	(0,0-0,0)	F=0,888; df1=1; df2=98; p=0,348	0,1	(0,0-1,1)	F=0,117; df1=1; df2=109; p=0,733	F=0,727; df1=1; df2=173; p=0,395
FEMENINO	0,0	(0,0-0,3)		0,2	(0,1-0,9)		F=2,651; df1=1; df2=173; p=0,105
<b>FOBIA SOCIAL</b>							
TOTAL	2,0	(1,3-3,1)		0,6	(0,3-1,4)		F=6,653; df1=1; df2=173; p=0,011
MASCULINO	1,6	(0,8-3,2)	F=0,506; df1=1; df2=98; p=0,479	0,5	(0,1-1,9)	F=0,137; df1=1; df2=109; p=0,712	F=2,566; df1=1; df2=173; p=0,111
FEMENINO	2,3	(1,2-4,3)		0,7	(0,3-2,1)		F=3,715; df1=1; df2=173; p=0,056
<b>TRASTORNO DE PÁNICO</b>							
TOTAL	0,0	(0,0-0,1)		0,1	(0,0-0,4)		F=0,813; df1=1; df2=173; p=0,369
MASCULINO	0,0	(0,0-0,0)	F=0,900; df1=1; df2=98; p=0,345	0,1	(0,0-0,8)	F=1,075; df1=1; df2=109; p=0,302	F=0,715; df1=1; df2=173; p=0,399
FEMENINO	0,0	(0,0-0,2)		0,0	(0,0-0,0)		F=1,314; df1=1; df2=173; p=0,253
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA</b>							
TOTAL	0,4	(0,2-0,8)		1,1	(0,6-2,0)		F=5,535; df1=1; df2=173; p=0,020
MASCULINO	0,1	(0,0-0,5)	F=5,048; df1=1; df2=98; p=0,027	1,0	(0,4-2,3)	F=0,224; df1=1; df2=109; p=0,637	F=8,106; df1=1; df2=173; p=0,005
FEMENINO	0,6	(0,3-1,4)		1,3	(0,6-2,8)		F=1,559; df1=1; df2=173; p=0,214
<b>TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO</b>							
TOTAL	0,0	(0,0-0,0)		0,3	(0,1-0,8)		F=3,130; df1=1; df2=173; p=0,079
MASCULINO	0,0	(0,0-0,0)	-	0,3	(0,0-1,4)	F=0,069; df1=1; df2=109; p=0,793	F=0,968; df1=1; df2=173; p=0,327
FEMENINO	0,0	(0,0-0,0)		0,3	(0,1-1,0)		F=2,571; df1=1; df2=173; p=0,111

\* Los criterios del MINI consideran la presencia de episodio psicótico con la presencia de al menos un síntoma psicótico. Para el caso de este estudio se ha considerado positivo el síntoma psicótico siempre y cuando exista un completo convencimiento del síntoma y haya estado presente al menos un síntoma psicótico al mes (Tabla 35 B).

ACCESO A SERVICIOS

Con respecto a la pregunta de que alguna vez en su vida el adulto ha padecido algún problema tipo emocional o de nervios (morbilidad sentida), en el 2016 alcanzó un 35,2%, incrementándose significativamente en 8,8% respecto al 2010. Esta tendencia también se presentó al analizar en las mujeres (+9,1%) y varones (+8,6%). Al considerar el periodo de referencia en los últimos doce meses también se observa un incremento en general (6,8%), y en cada grupo de sexo (mujeres: +8,1%, varones: +5,5%). Con respecto al nivel de acceso a través de la morbilidad sentida y expresada se observa diferencias entre hombres y mujeres. Mientras que la mujer incrementó significativamente su nivel de acceso a servicios por problemas de salud mental de 14,9% (IC95% 9,8-21,9) en el 2010 a 32,0% (IC95% 24,7-40,2) en el 2016, el hombre disminuyó su acceso de 25,1% (IC95% 15,5-38,1) en el 2010 a 19,3% (IC95% 13,0-27,8) aunque no alcanzó significancia estadística (Tabla 29).

**TABLA 29**  
**MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>MORBILIDAD MENTAL SENTIDA ALGUNA VEZ EN LA VIDA</b>							
TOTAL	26,4	(23,6-29,5)		35,2	(31,0-39,6)		F=13,749; df1=1; df2=173; p=0
MASCULINO	20,8	(17,9-24,1)	F=20,024; df1=1; df2=98; p=0,000	29,4	(24,6-34,6)	F=13,758; df1=1; df2=109; p=0,000	F=9,352; df1=1; df2=173; p=0,003
FEMENINO	31,5	(27,3-36,0)		40,6	(35,3-46,2)		F=7,184; df1=1; df2=173; p=0,008
<b>MORBILIDAD MENTAL SENTIDA A DOCE MESES</b>							
TOTAL	11,8	(10,0-14,0)		18,6	(15,7-22,0)		F=14,071; df1=1; df2=173; p=0
MASCULINO	9,0	(6,9-11,6)	F=9,533; df1=1; df2=98; p=0,003	14,5	(11,7-17,8)	F=15,476; df1=1; df2=109; p=0,000	F=7,858; df1=1; df2=173; p=0,006
FEMENINO	14,4	(11,7-17,5)		22,5	(18,5-27,0)		F=10,182; df1=1; df2=173; p=0,002
<b>MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES</b>							
TOTAL	18,6	(13,6-24,9)		27,2	(21,4-33,9)		F=3,871; df1=1; df2=173; p=0,051
MASCULINO	25,1	(15,5-38,1)	F=2,753; df1=1; df2=98; p=0,100	19,3	(13,0-27,8)	F=6,493; df1=1; df2=109; p=0,012	F=0,721; df1=1; df2=173; p=0,397
FEMENINO	14,9	(9,8-21,9)		32,0	(24,7-40,2)		F=11,367; df1=1; df2=173; p=0,001

Con respecto los lugares donde se brindó la atención, se encontró un incremento significativo de la atención a nivel del MINSA entre el 2010 y el 2016, tanto en centros de salud como el hospital general. En el 2016, 53,2% de la atención se realizó en establecimientos del MINSA, 24% en establecimientos de ESSALUD, y 3% en el sector privado (Tabla 30). No hubo diferencias significativas en el tipo de ayuda recibida entre los dos periodos, siendo la intervención de consejería la más frecuente (Tabla 31).

**TABLA 30**  
**LUGARES DE ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

LUGAR DE ATENCIÓN	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	PARCIALES	(IC95%)	TOTALES	PARCIALES	(IC95%)	TOTALES	
<b>·MINSA</b>			5,2			26,4	F=10,741; df1=1; df2=173; p=0,001
-PUESTOS O CENTROS DE SALUD	2,4	(1,2-4,5)	(28,1% de lo atendido)	5,3	(3,0-9,1)	(53,2% de lo atendido)	F=3,891; df1=1; df2=173; p=0,050
-HOSPITAL GENERAL	2,9	(1,2-6,6)		9,2	(6,0-13,6)		F=7,126; df1=1; df2=173; p=0,008
<b>·ESSALUD</b>			8,1			6,5	F=0,301; df1=1; df2=173; p=0,584
-HOSPITAL GENERAL	6,6	(3,3-12,9)	(43,6% de lo atendido)	3,1	(1,6-5,9)	(24% de lo atendido)	F=2,738; df1=1; df2=173; p=0,100
-POSTA O POLICLÍNICO	1,5	(0,5-4,6)		3,4	(1,7-6,8)		F=1,631; df1=1; df2=173; p=0,203
<b>·PRIVADA</b>			4,3			3,0	
-CLÍNICA PARTICULAR	1,5	(0,3-7,2)		0,7	(0,2-1,9)		F=0,863; df1=1; df2=173; p=0,354
-CONSULTORIO PARTICULAR	1,4	(0,4-4,4)		2,3	(1,1-4,8)		F=0,498; df1=1; df2=173; p=0,481
-CONSULTORIO DE CENTRO PARROQUIAL	0,4	(0,1-2,5)	(23,2% de lo atendido)	-	-	(10,8% de lo atendido)	-
-CONSULTORIO DE INSTITUCIÓN ACADÉMICA	1,0	(0,2-4,7)		-	-		-
<b>·OTRO</b>			1,0			2,1	
-OTRO	1,0	(0,2-4,6)	(5,2% de lo atendido)	2,1	(1,0-4,4)	(7,6% de lo atendido)	F=0,788; df1=1; df2=173; p=0,376

**TABLA 31**  
**TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

TIPO DE AYUDA RECIBIDA	2010		2016		2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	
MEDICINA	43,3	(26,0-62,5)	41,3	(31,3-52,0)	F=0,035; df1=1; df2=173; p=0,851
PSICOTERAPIA	30,8	(15,4-52,0)	35,2	(24,6-47,5)	F=0,152; df1=1; df2=173; p=0,697
CONSEJO	74,4	(55,7-87,1)	85,1	(74,4-91,8)	F=1,553; df1=1; df2=173; p=0,214
HOSPITALIZACIÓN	9,7	(2,2-33,6)	8,1	(3,4-18,1)	F=0,048; df1=1; df2=173; p=0,827
OTROS	1,2	(0,2-8,7)	4,2	(1,3-12,5)	F=1,278; df1=1; df2=173; p=0,26

Con relación a los motivos de no haber buscado atención a pesar de haberlo percibido resaltan

algunas diferencias significativas entre el 2010 y 2016 especialmente entre las mujeres, en los siguientes aspectos: no existía servicios de salud mental cercano, falta de confianza, duda de manejo por médicos, creía que lo debería supera solo (tanto hombre como mujeres), y por vergüenza (tabla 32).

**TABLA 32**  
**MOTIVOS PRINCIPALES DE NO BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA POBLACIÓN ADULTA QUE PERCIBIÓ PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE ABANCAY 2010-2016**

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>NO SABÍA DÓNDE IR</b>							
TOTAL	26,6	(19,7 - 35,0)		24,9	(18,4 - 32,7)		F=0,11; df1=1; df2=173; p=0,741
MASCULINO	30,7	(17,9 - 47,3)	F=0,531; df1=1; df2=98;	21,1	(11,5 - 35,5)	F=0,672; df1=1; df2=109;	F=0,993; df1=1; df2=173; p=0,32
FEMENINO	24,6	(17,2 - 33,9)	p=0,468	27,6	(19,6 - 37,3)	p=0,414	F=0,249; df1=1; df2=173; p=0,619
<b>NO TENÍA DINERO</b>							
TOTAL	24,9	(17,1 - 34,7)		21,7	(14,4 - 31,4)		F=0,261; df1=1; df2=173; p=0,61
MASCULINO	19,6	(9,8 - 35,3)	F=1,102; df1=1; df2=98;	25,1	(15,0 - 38,9)	F=0,729; df1=1; df2=109;	F=0,417; df1=1; df2=173; p=0,519
FEMENINO	27,5	(18,6 - 38,8)	p=0,296	19,3	(11,3 - 31,1)	p=0,395	F=1,273; df1=1; df2=173; p=0,261
<b>TENÍA DINERO, PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA</b>							
TOTAL	7,0	(3,9 - 12,4)		3,4	(1,2 - 9,6)		F=1,521; df1=1; df2=173; p=0,219
MASCULINO	7,8	(2,8 - 19,9)	F=0,072; df1=1; df2=98;	2,4	(0,8 - 6,6)	F=0,35; df1=1; df2=109;	F=3,009; df1=1; df2=173; p=0,085
FEMENINO	6,6	(3,1 - 13,5)	p=0,789	4,1	(0,9 - 16,3)	p=0,555	F=0,352; df1=1; df2=173; p=0,554
<b>NO CUBRÍA SEGURO MEDICO</b>							
TOTAL	3,6	(1,5 - 8,5)		2,1	(0,9 - 4,7)		F=2,807; df1=1,837; df2=317,749; p=0,067
MASCULINO	3,8	(0,9 - 14,8)	F=0,22; df1=1,84; df2=180,325;	1,8	(0,4 - 7,3)	F=1,234; df1=1,852; df2=201,861;	F=0,896; df1=1,796; df2=310,785; p=0,4
FEMENINO	3,5	(1,3 - 8,9)	p=0,784	2,3	(0,8 - 6,7)	p=0,292	F=3,937; df1=1,991; df2=344,481; p=0,021
<b>LARGAS LISTAS DE ESPERA</b>							
TOTAL	8,2	(4,3 - 15,3)		13,2	(7,7 - 21,6)		F=1,297; df1=1; df2=173; p=0,256
MASCULINO	3,5	(0,8 - 13,5)	F=2,177; df1=1; df2=98;	12,0	(5,2 - 25,6)	F=0,122; df1=1; df2=109;	F=2,674; df1=1; df2=173; p=0,104
FEMENINO	10,6	(5,1 - 20,8)	p=0,143	14,0	(7,8 - 24,1)	p=0,728	F=0,384; df1=1; df2=173; p=0,536
<b>NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCAÑO</b>							
TOTAL	18,0	(11,5 - 27,2)		4,5	(2,0 - 10,0)		F=3,365; df1=1,709; df2=295,743; p=0,043
MASCULINO	18,5	(8,6 - 35,4)	F=0,012; df1=1; df2=98;	4,4	(1,5 - 12,1)	F=1,359; df1=1,162; df2=126,705;	F=1,759; df1=1,593; df2=275,544; p=0,181
FEMENINO	17,8	(11,2 - 27,1)	p=0,912	4,6	(2,1 - 9,6)	p=0,251	F=10,593; df1=1; df2=173; p=0,001
<b>FALTA DE CONFIANZA</b>							
TOTAL	40,6	(31,6 - 50,3)		22,7	(15,8 - 31,6)		F=7,281; df1=1; df2=173; p=0,008
MASCULINO	30,3	(18,6 - 45,3)	F=2,897; df1=1; df2=98;	19,7	(10,4 - 34,0)	F=0,552; df1=1; df2=109;	F=1,352; df1=1; df2=173; p=0,247
FEMENINO	45,7	(34,4 - 57,4)	p=0,092	24,9	(16,9 - 35,1)	p=0,459	F=6,898; df1=1; df2=173; p=0,009
<b>DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS</b>							
TOTAL	17,7	(12,1 - 25,3)		8,6	(4,7 - 15,3)		F=4,239; df1=1; df2=173; p=0,041
MASCULINO	20,3	(10,9 - 34,6)	F=0,256; df1=1; df2=98;	11,9	(5,3 - 24,7)	F=2,599; df1=1; df2=109;	F=1,214; df1=1; df2=173; p=0,272
FEMENINO	16,5	(9,7 - 26,6)	p=0,614	6,2	(3,5 - 11,0)	p=0,11	F=6,469; df1=1; df2=173; p=0,012
<b>PENSABA QUE NO LE AYUDARÍA</b>							
TOTAL	18,5	(13,1 - 25,5)		11,8	(7,2 - 19,0)		F=2,187; df1=1; df2=173; p=0,141
MASCULINO	22,1	(12,1 - 37,0)	F=0,601; df1=1; df2=98;	10,5	(4,2 - 23,5)	F=0,175; df1=1; df2=109;	F=2,236; df1=1; df2=173; p=0,137
FEMENINO	16,8	(11,0 - 24,7)	p=0,44	12,8	(7,3 - 21,6)	p=0,677	F=0,61; df1=1; df2=173; p=0,436
<b>CREÍA QUE LO DEBÍA SUPERAR SOLO(A)</b>							
TOTAL	60,8	(53,0 - 68,1)		38,6	(29,5 - 48,5)		F=14,832; df1=1; df2=173; p=0
MASCULINO	72,3	(57,4 - 83,5)	F=4,117; df1=1; df2=98;	41,6	(28,0 - 56,7)	F=0,432; df1=1; df2=109;	F=8,99; df1=1; df2=173; p=0,003
FEMENINO	55,1	(45,6 - 64,2)	p=0,045	36,4	(26,7 - 47,2)	p=0,512	F=7,994; df1=1; df2=173; p=0,005
<b>PREFERENCIA POR REMEDIOS CASEROS</b>							
TOTAL	7,0	(3,9 - 12,1)		6,0	(2,8 - 12,4)		F=0,098; df1=1; df2=173; p=0,754
MASCULINO	1,4	(0,2 - 9,3)	F=4,937; df1=1; df2=98;	9,4	(3,4 - 23,2)	F=1,757; df1=1; df2=109;	F=4,184; df1=1; df2=173; p=0,042
FEMENINO	9,7	(5,2 - 17,4)	p=0,029	3,5	(1,1 - 10,6)	p=0,188	F=2,714; df1=1; df2=173; p=0,101
<b>POR VERGÜENZA</b>							
TOTAL	22,0	(15,0 - 31,0)		9,9	(5,0 - 18,6)		F=4,406; df1=1; df2=173; p=0,037
MASCULINO	17,1	(8,9 - 30,4)	F=0,92; df1=1; df2=98;	11,3	(4,5 - 25,7)	F=0,251; df1=1; df2=109;	F=0,601; df1=1; df2=173; p=0,439
FEMENINO	24,4	(15,5 - 36,1)	p=0,34	8,9	(4,1 - 18,1)	p=0,617	F=5,683; df1=1; df2=173; p=0,018

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	2010			2016			2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
<b>SU ESPOSO(A) O PAREJA LA(O) CRITICARÍA O NO LE GUSTARÍA</b>							
TOTAL	6,1	(2,9 - 12,3)	$F=1,389;$ $df1=1,974;$ $df2=193,417;$ $p=0,252$	2,3	(0,9 - 5,7)	$F=1,379;$ $df1=1,992;$ $df2=217,125;$ $p=0,254$	$F=2,237; df1=1,963; df2=339,582; p=0,109$
MASCULINO	2,6	(0,3 - 16,5)		0,0	(0,0 - 0,0)		$F=0,984; df1=1,934; df2=334,56; p=0,372$
FEMENINO	7,9	(3,5 - 16,7)		4,0	(1,6 - 10,0)		$F=1,933; df1=1,92; df2=332,226; p=0,148$
<b>SU ESPOSO(A) O PAREJA SE BURLARÍA DE USTED</b>							
TOTAL	4,9	(2,3 - 10,4)	$F=2,423;$ $df1=1,953;$ $df2=191,438;$ $p=0,093$	1,6	(0,6 - 4,7)	$F=1,098;$ $df1=1,982;$ $df2=216,026;$ $p=0,335$	$F=1,976; df1=1,941; df2=335,727; p=0,142$
MASCULINO	0,0	(0,0 - 0,0)		0,0	(0,0 - 0,0)		$F=0,054; df1=1; df2=173; p=0,817$
FEMENINO	7,4	(3,4 - 15,3)		2,8	(0,9 - 8,2)		$F=2,462; df1=1,975; df2=341,691; p=0,087$
<b>SU ESPOSO(A) O PAREJA NO LE AYUDARÍA ECONÓMICAMENTE PARA LA CONSULTA</b>							
TOTAL	3,6	(1,4 - 9,0)	$F=1,394;$ $df1=1,83;$ $df2=179,365;$ $p=0,251$	2,6	(0,7 - 9,5)	$F=0,579;$ $df1=1,559;$ $df2=169,947;$ $p=0,52$	$F=0,498; df1=1,957; df2=338,62; p=0,604$
MASCULINO	1,3	(0,2 - 9,2)		3,7	(0,9 - 13,6)		$F=0,313; df1=1,77; df2=306,192; p=0,705$
FEMENINO	4,8	(1,7 - 12,8)		1,8	(0,4 - 7,9)		$F=1,78; df1=1,981; df2=342,785; p=0,171$
<b>SU ESPOSO(A) O PAREJA LO PROHIBIRÍA</b>							
TOTAL	1,3	(0,3 - 5,3)	$F=0,859;$ $df1=1,848;$ $df2=181,148;$ $p=0,418$	0,7	(0,1 - 5,1)	$F=0,445;$ $df1=1,769;$ $df2=192,843;$ $p=0,617$	$F=0,397; df1=1,957; df2=338,636; p=0,668$
MASCULINO	2,6	(0,3 - 16,5)		0,0	(0,0 - 0,0)		$F=1,016; df1=1,937; df2=335,167; p=0,361$
FEMENINO	0,7	(0,1 - 4,7)		1,3	(0,2 - 8,6)		$F=0,897; df1=1,939; df2=335,483; p=0,406$
<b>SUS VECINOS HABLARÍAN MAL DE UD. SI SE ENTERARAN</b>							
TOTAL	9,7	(5,8 - 15,9)	$F=0,994;$ $df1=1,93;$ $df2=189,091;$ $p=0,369$	4,2	(1,3 - 12,3)	$F=5,411;$ $df1=1,847;$ $df2=201,311;$ $p=0,006$	$F=1,264; df1=1,861; df2=321,892; p=0,283$
MASCULINO	8,1	(2,9 - 20,2)		9,0	(2,9 - 24,3)		$F=0,664; df1=1,935; df2=334,736; p=0,511$
FEMENINO	10,6	(5,6 - 19,2)		0,8	(0,1 - 5,3)		$F=5,572; df1=1,958; df2=338,65; p=0,004$
<b>POR TEMOR A QUE LO(A) VIERAN COMO ENFERMO(A) MENTAL</b>							
TOTAL	9,3	(5,7 - 14,8)	$F=0,449;$ $df1=1,842;$ $df2=180,515;$ $p=0,623$	5,1	(1,8 - 13,8)	$F=0,443;$ $df1=1; df2=109;$ $p=0,507$	$F=1,458; df1=1,964; df2=339,763; p=0,234$
MASCULINO	7,5	(2,7 - 19,2)		6,9	(1,7 - 24,1)		$F=0,01; df1=1; df2=173; p=0,922$
FEMENINO	10,2	(5,8 - 17,6)		3,9	(1,0 - 13,6)		$F=1,893; df1=1,996; df2=345,269; p=0,152$
<b>EXPERIENCIA DE MALA ATENCIÓN ANTERIOR</b>							
TOTAL	9,3	(5,0 - 16,7)	$F=0,384;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,537$	8,0	(3,8 - 16,2)	$F=0,019;$ $df1=1; df2=109;$ $p=0,891$	$F=0,089; df1=1; df2=173; p=0,766$
MASCULINO	6,9	(2,2 - 19,8)		7,7	(2,3 - 22,5)		$F=0,019; df1=1; df2=173; p=0,891$
FEMENINO	10,5	(4,9 - 21,0)		8,3	(4,2 - 15,7)		$F=0,223; df1=1; df2=173; p=0,637$
<b>POR FALTA DE TIEMPO</b>							
TOTAL	29,8	(22,5 - 38,3)	$F=0,056;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,814$	-	-	-	-
MASCULINO	31,1	(18,9 - 46,8)		-	-	-	-
FEMENINO	29,1	(20,4 - 39,6)		-	-	-	-
<b>NO HAY CENTRO DE SALUD CERCANO</b>							
TOTAL	6,9	(3,3 - 14,1)	$F=0,901;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,345$	-	-	-	-
MASCULINO	4,0	(0,9 - 15,2)		-	-	-	-
FEMENINO	8,4	(3,6 - 18,5)		-	-	-	-
<b>PREFERÍA TRATAMIENTO CON NATURISTA O YERBERO</b>							
TOTAL	5,1	(2,6 - 9,7)	$F=0,014;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,905$	-	-	-	-
MASCULINO	5,4	(1,6 - 16,3)		-	-	-	-
FEMENINO	4,9	(2,1 - 11,0)		-	-	-	-
<b>O CON CURANDERO O BRUJO</b>							
TOTAL	1,3	(0,3 - 5,3)	$F=0,006;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,937$	-	-	-	-
MASCULINO	1,4	(0,2 - 9,5)		-	-	-	-
FEMENINO	1,3	(0,2 - 8,1)		-	-	-	-
<b>NO ERA SERIO, GRAVE O MUY IMPORTANTE</b>							
TOTAL	22,6	(15,8 - 31,3)	$F=0,367;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,546$	-	-	-	-
MASCULINO	19,3	(9,8 - 34,4)		-	-	-	-
FEMENINO	24,2	(15,8 - 35,3)		-	-	-	-
<b>OTRO</b>							
TOTAL	8,2	(4,4 - 14,5)	$F=1,987;$ $df1=1; df2=98;$ $p=0,162$	21,3	(13,6 - 31,7)	$F=0,36;$ $df1=1,456;$ $df2=158,712;$ $p=0,63$	$F=5,795; df1=1,554; df2=268,779; p=0,007$
MASCULINO	3,4	(0,7 - 15,1)		19,8	(10,6 - 34,0)		$F=4,495; df1=1,721; df2=297,654; p=0,016$
FEMENINO	10,4	(5,4 - 19,3)		22,3	(13,2 - 35,1)		$F=3,856; df1=1; df2=173; p=0,051$

**SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL**

En relación a la prevalencia de vida se encontró que, la población de la ciudad de Abancay en el año 2016 en comparación con el año 2010, manifestó menor presencia de los síndromes “susto” y “mal de aire”, (Tabla 33).

**TABLA 33**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES FOLKLÓRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

SÍNDROMES FOLKLÓRICOS	2010		2016		2010 vs 2016 ESTADÍSTICOS
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	
DAÑO	6,3	(5,1-7,9)	6,4	(5,0-8,2)	$F=0,004; df1=1; df2=173; p=0,949$
SUSTO	17,9	(15,4-20,7)	13,9	(11,4-16,8)	$F=4,421; df1=1; df2=173; p=0,037$
MAL DE OJO	0,9	(0,6-1,4)	1,5	(0,9-2,5)	$F=2,141; df1=1; df2=173; p=0,145$
AIRE	16,8	(14,8-19,1)	8,6	(6,5-11,3)	$F=20,999; df1=1; df2=173; p=0,000$
CHUCAQUE	1,4	(0,9-2,2)	0,5	(0,2-1,3)	$F=3,674; df1=1; df2=173; p=0,057$
ATAQUE DE NERVIOS	1,4	(0,8-2,3)	2,3	(1,7-3,2)	$F=2,847; df1=1; df2=173; p=0,093$
ÉPILEPSIA	1,2	(0,7-2,0)	1,5	(0,8-2,7)	$F=0,379; df1=1; df2=173; p=0,539$
PROBLEMAS DE ALCOHOL	3,1	(2,1-4,7)	4,9	(3,5-7,0)	$F=2,776; df1=1; df2=173; p=0,098$

En la Tabla 34 se muestra asociación de los síndromes socioculturales con la presencia de trastornos de ansiedad, episodio depresivo y episodio psicótico en la población de la ciudad de Abancay. Sin embargo, en el año 2010 se observa que los síndromes “susto” y “aire” son factores protectores para la presencia de episodio psicótico.

**TABLA 34**  
**ASOCIACIÓN DE LOS SÍNDROMES FOLKLÓRICOS CON LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ABANCAY 2010-2016**

SÍNDROMES FOLKLÓRICOS	2010			2016		
	TRASTORNOS DE ANSIEDAD (AL MENOS UNO)* OR (IC95%)	EPISODIO DEPRESIVO OR (IC95%)	EPISODIO PSICÓTICO (AL MENOS 2 SÍNTOMAS) OR (IC95%)	TRASTORNOS DE ANSIEDAD (AL MENOS UNO)* OR (IC95%)	EPISODIO DEPRESIVO OR (IC95%)	EPISODIO PSICÓTICO (AL MENOS 2 SÍNTOMAS) OR (IC95%)
DAÑO	2,7 (1,6-4,8)	2,2 (1,2-4,0)	4,5 (0,8-25,2)	2,6 (1,3-5,1)	2,2 (1,4-3,6)	2,9 (1,4-6,0)
SUSTO	1,9 (1,4-2,7)	1,6 (1,1-2,3)	1,0 (0,2-4,1)	1,8 (1,2-2,7)	1,4 (0,9-2,2)	1,9 (1,0-3,7)
MAL DE OJO	1,2 (0,3-4,8)	0,9 (0,3-2,7)	0,0 (0,0-0,0)	1,4 (0,4-4,6)	1,1 (0,3-4,5)	4,8 (1,0-23,0)
AIRE	1,7 (1,2-2,4)	1,1 (0,8-1,6)	0,4 (0,1-1,6)	1,3 (0,8-2,4)	1,7 (1,0-2,8)	1,3 (0,5-2,9)
CHUCAQUE	1,5 (0,6-4,0)	2,2 (0,8-6,1)	0,0 (0,0-0,0)	2,3 (0,4-11,9)	1,1 (0,2-6,3)	8,5 (1,4-50,7)

\* Trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de estrés postraumático.



### III. HALLAZGOS GENERALES DEL ESTUDIO EN ABANCAY





## DISCUSIÓN

En relación a las características sociodemográficas de la población en estudio, en términos generales, se mantiene la distribución por sexo a favor del sexo femenino en los años 2010 y 2016, sin poder confirmarse un ligero incremento en la proporción de varones, por falta de significación estadística en la comparación.

Si bien la mayor proporción de la población se concentra entre los 25 y 44 años en los dos periodos de estudio, la proporción de la población por debajo de los 44 años fue mayor en el 2010. A partir de los 45 años, se produjo una disminución progresiva y proporcional en función del tiempo y la edad en el 2010 y el 2016, siendo más acentuada esta diferencia en el 2010. Por otro lado, la edad promedio de la población aumentó en dos puntos a favor del 2016, lo que podría sugerir un incremento en la esperanza de vida al nacer, una mejora en las condiciones generales de salud, lo que se refleja en una mayor proporción de personas mayores a 45 años en el 2016 en comparación al 2010, sin dejarse de lado una mayor investigación sobre el tema.

Se puede observar que en el año 2010 las mujeres estuvieron en desventaja en relación a los hombres en la condición de no saber leer ni escribir, los niveles educativos más bajos, así como en los más altos. Aunque estos niveles educativos tienden a incrementarse en la población femenina joven, todavía no se refleja en los niveles educativos superiores de las mujeres de mayor edad. Éste incremento podría reflejar el inicio de un cambio en los niveles educativos de las mujeres, pero todavía insuficiente, frente a la persistencia de los antiguos patrones educativos, al parecer sostenidos por la persistencia de factores culturales y el desempeño de roles asignados a la mujer.

En relación a la condición de trabajo, en los dos años de estudio por separado, los varones mantuvieron una mayor proporción de la condición de estar trabajando en comparación a las mujeres, una semana antes de la aplicación de la encuesta.

En la comparación de la situación económica de la población de estudio entre el 2010 y 2016 se corroboró significativamente que, la proporción de mayores ingresos favoreció a los hombres, en comparación a las mujeres. Al parecer, los trabajos con mayores niveles remunerativos fueron ocupados generalmente por los varones y en comparación a las mujeres quienes tendieron a tomar las labores que generan menores ingresos. Se reveló una mejoría de la situación económica de la población en general en el año 2016, en comparación al 2010. Estas diferencias parecen estar condicionadas por los factores culturales, los bajos niveles educativos de la mujer en general y roles asignado a la mujer en la sociedad, entre otras variables.

No se pudo evidenciar estadísticamente un cambio en las prevalencias de la discapacidad psiquiátrica e inhabilidad en la población adulta de Abancay en la comparación de los estudios del 2010 y 2016. Lo que pone en evidencia que en el periodo de 6 años las condiciones de la discapacidad como una condición de salud, no tuvo variación ni impacto en la población estudiada.

En líneas generales no se ha observado cambios importantes en la prevalencia general de trastornos mentales. En cuanto a trastornos específicos se observó un incremento de trastorno depresivos y trastornos de ansiedad en el 2016 en comparación con el 2010. Asimismo, se observó una disminución de la fobia social en las mujeres y un incremento del trastorno de ansiedad generalizada en los varones. No hay una explicación muy clara sobre esto ya que entre el 2010 y 2016 disminuyó la pobreza en la región<sup>(191)</sup>, aunque no puede descartarse que otros eventos explique este aumento estadísticamente significativo, tanto en hombres como mujeres. Con respecto al acceso debemos señalar que el MINSA a través del Instituto Nacional de Salud Mental implementó a partir del 2010 el Proyecto Apurímac: “Salud Mental para el desarrollo de la Región Apurímac en el Marco del aseguramiento Universal”. Este proyecto ha tenido como objetivo fortalecer las redes sociales y las redes de salud de la Región Apurímac para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental desde la perspectiva de la salud mental colectiva<sup>(192)</sup>. Este proyecto incluyó: 1) diagnóstico de la situación de la salud mental en la ciudad de Abancay en el año 2010, con lo que se están comparando los resultados en el 2016, y el resto de acciones a partir del 2011 con una duración de 4 años; 2) Desarrollo de capacidades tanto del personal de salud como de los líderes y redes sociales para la reflexión crítica y el intercambio

de saberes necesario para evaluar y disponer la normatividad regional y local desde la perspectiva de la salud mental; 3) Mejoramiento de la infraestructura y recurso humanos especializados para la atención de la salud mental; 4) Intervenciones comunitarias; 5) Implementación de equipos de salud mental en tres hospitales generales y veinticinco centros de salud y psicólogos el resto de centros de salud; 6) Implementación de programas de comunicación social, de crianza saludable, prestaciones de baja y de median complejidad, internamiento breve de hospitales generales, etc. 7) acciones de asesoría seguimiento y transferencias de agentes locales. A la luz de estas acciones observamos que se incrementó global en acceso de un 46,23%, sin embargo, el incremento es significativo sólo para las mujeres y no para los varones donde inclusive se evidencia una disminución en acceso que no alcanza significancia estadística. El nivel de acceso alcanzado por las mujeres ha sido similar al obtenido por las mujeres adultas en la ciudad de Lima, territorio con los más altos niveles de acceso del país<sup>(193)</sup>. Una explicación a estos hallazgos podría estar en que las intervenciones aplicadas, entre ellas prevención de la violencia intrafamiliar, han sido más efectivas en las mujeres quienes tendrían una mayor disposición a la participación en actividades comunitarias. Por otro lado, es notable el incremento de la atención en establecimientos del MINSA ya que el Proyecto Apurímac solo se aplicó a la red del MINSA. Con respecto a los motivos de no acceso no ha habido diferencias en los motivos económicos, y si una disminución de otros motivos que pueden haber influenciado en el mayor acceso especialmente en las mujeres. La estrategia de fortalecer la red y ampliar los lugares de atención del Proyecto Apurímac estarían directamente relacionados la disminución del motivo “no existía servicios de salud mental cercano”. Por otro lado, los programas de difusión y de comunicación social pueden haber incidido en una disminución del estigma ya que disminuyeron motivos como “falta de confianza”, “duda de manejo por médicos”, “creía que lo debería supera solo” (tanto hombre como mujeres), y por “vergüenza”. Sin embargo, la disminución de estos motivos, salvo que “creía que lo debería supera solo”, solo se dio en las mujeres.

Los problemas percibidos por la población adulta de Abancay presentaron incrementos significativos en el 2016 respecto al 2010 en los aspectos: corrupción, violencia, y delincuencia. Estos cambios significativos se dieron para estas categorías tanto en el sexo masculino como femenino. Por otro lado, hubo una disminución significativa en la percepción de problemas en relación con la pobreza y la inestabilidad política, tanto para hombres como para mujeres.

En el Estudio Epidemiológico realizado en Lima 2012, los principales problemas percibidos en el país fueron la delincuencia, corrupción y desempleo.

Para el 2016 comparado con el 2010, hubo un incremento significativo en los sentimientos de desilusión, rabia, y miedo o temor frente a los problemas nacionales, este aumento se dio tanto en el sexo masculino como femenino, aunque no en todos los casos de manera significativa. Por el contrario, hubo una disminución importante en los sentimientos de preocupación frente a los problemas nacionales.

En el estudio epidemiológico realizado en Lima 2012 los sentimientos mas frecuentes fueron preocupación, pena, tristeza y cólera.

La nada o poca confianza en policías femeninas, en líderes de su comunidad, periodistas y jueces ha aumentado del 2010 al 2016 y en el caso de líderes de la comunidad fue tanto en hombres como mujeres.

Para el 2016, hubo una disminución significativa en la prevalencia de vida, anual y mensual de los deseos de morir, esta reducción se dió tanto en el sexo masculino como femenino. En el resto de los indicadores hay cambios sin un patrón determinado.

Es importante mencionar que según el Análisis de la Situación de Salud del Hospital regional Guillermo Díaz De La Vega para los años 2010 al 2015, en el año 2013 hubo un incremento importante en el número de atendidos y atenciones tanto en los servicios de psiquiatría como psicología, tendencia que en el año 2015 cambio y disminuyó. La causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones en el servicio de psiquiatría fue por Trastorno mixto de ansiedad y depresión con 115 casos con (13,94%), seguido de episodio depresivo moderado con 100 casos con (12,12%), luego el examen psiquiátrico general no clasificado en otra parte con 78 casos con (9,45%) y como cuarta causa el de esquizofrenia paranoide con 69 casos (8,36%).

Las prevalencias de vida de las tendencias violentas han disminuido ligeramente en Abancay

2016 en comparación con Abancay 2010, a excepción de la prevalencia de vida de consideraciones o pensamientos de índole homicida que fue mayor en el 2016, aunque no significativamente. Algunas tendencias violentas fueron significativamente más frecuentes en varones, tanto en el 2010 como en el 2016. Es el caso de haber participado en más de una pelea que haya acabado a golpes y, de haber usado armas de fuego como pistolas que fue exclusivo de los varones, tanto en el 2010 como en el 2016. Aunque la diferencia entre hombres y mujeres fue significativa solo en el 2010. Es posible que esta mayor tendencia de los varones a participar en peleas que hayan terminado a golpes y al uso de armas de fuego, estén relacionadas con el consumo en grupo de drogas legales como el alcohol; factores culturales, como el machismo y roles de género que identifican la masculinidad con conductas riesgosas como la violencia y el consumo de alcohol<sup>(194)</sup>. Resultados semejantes se han encontrado en otras zonas del Perú. En Lima Metropolitana en el 2012<sup>(195)</sup>, también las prevalencias de vida de haber participado en más de una pelea que haya terminado a golpes, el uso de armas de fuego, el uso de otros instrumentos como piedras, palos, cuchillos, navajas, hondas, machete, verduguillo u hoz, fueron significativamente mayores en los varones. En Selva Rural<sup>(196)</sup>, fue significativa solo la mayor proporción de hombres que han participado en más de una pelea que haya terminado a golpes.

Allí, el haber usado en una pelea piedras, palos, cuchillos, navajas, verduguillo, hondas u hoz fue casi por igual en hombres (2,7%) y en mujeres (2,0%). En las ciudades en que se estudiaron los tipos de tendencias violentas, la más frecuente ha sido el uso de golpes en una pelea, con prevalencias variables, de 19,2% en Lima Metropolitana y Callao 2012<sup>(195)</sup>, 17,0% en Selva Rural<sup>(196)</sup> y 13,2% en Sierra Rural<sup>(197)</sup>.

La prevalencia de vida de consideraciones o pensamientos de índole homicida en el 2016 fue ligeramente más alta en los varones (5,8%) que en las mujeres (3,9%), mientras que en el 2010 esta prevalencia fue más alta en las mujeres (5,0%) que en los varones (3,0%). Aunque estas diferencias entre hombres y mujeres, y, entre el 2010 y el 2016 no fueron significativas.

La población que reconoció problemas del sueño que merecían atención médica fue principalmente la del año 2016 con un 38,5% frente a un 29,4% manifestado en el año 2010. De la misma forma, las prevalencias de las perturbaciones del sueño se incrementaron en ese año. En relación al estudio de Calderón y col., nuestro estudio coincidió que la latencia del sueño fue uno de los componentes comprometidos<sup>(198)</sup>; sin embargo, difiere en otros como la eficiencia del sueño y la medicación para dormir. Asimismo, Calderón y col. señalaron que fue el insomnio, la alteración de sueño más frecuente, debido principalmente por levantarse a media noche y permanecer despierto<sup>198</sup> al igual que el estudio epidemiológico de Cerro de Pasco<sup>(199)</sup>, ambas difiriendo con nuestro estudio que encontró como causa más frecuente el levantarse para ir al baño. Lo hallado en la ciudad de Cerro de Pasco, en relación al porcentaje de personas que merecían atención y tratamiento médico, es más cercano a lo encontrado en el año 2010 de la ciudad de Abancay<sup>(199)</sup>.

El aumento de problemas de sueño puede deberse a diversos factores asociados, como se halló en el estudio Muñoz-Pareja y col., en el que percibir una mala o regular salud, ser obeso, cursar con depresión y presentar problemas cognitivos de localización temporal se asociaron a una mala calidad de sueño<sup>(200)</sup>; pero a la misma vez presentar consecuencias importantes, como lo destacan Duran y col., al encontrar asociación entre pocas horas de sueño y la calidad de vida<sup>(201)</sup>. Por tanto, estudios explicativos sobre los cambios obtenidos en este estudio comparativo son necesarios.

Los síndromes socioculturales pertenecientes a la medicina tradicional son aún reconocidos como desequilibrantes de nuestra salud; sin embargo, en el transcurso de los años prevalencias, como por ejemplo, dos síndromes de presentación mundial como el “susto” y el “aire” disminuyeron, situación contradictoria al origen de una región llena de tradiciones y asiento de nuestra cultura milenaria<sup>(202)</sup>. Asimismo, la existencia de asociación entre presencia de síndromes socioculturales y trastornos mentales, generan la importancia de mantenerlas vigentes en su conocimiento y regulación. Esta asociación encontrada es coincidente con los resultados de los estudios epidemiológicos de Lima Urbana y Rural<sup>(203,204)</sup> y con el estudio epidemiológico de la Sierra Peruana<sup>(205)</sup>. En ese mismo sentido, E. Bernal halló que las frecuencias y asociaciones variaban según ciudades de estudio<sup>(206,207)</sup>.

En los seis indicadores de salud mental positiva se observan aumentos en los niveles de satisfacción: personal, laboral y con la vida; mientras que los que permanecen igual son la autoestima y la autoeficacia. Es posible que las dos últimas consideradas como creencias y percepciones respecto de uno mismo

sean más estables, mientras que el nivel de satisfacción pueda estar en relación con la experiencia de bienestar más determinado por condiciones externas, reflejando la mejora en las condiciones de vida. Es llamativa, y requeriría mayor análisis, la disminución de la resiliencia, que refleja el nivel percibido de recursos para afrontar situaciones adversas.

Tomando como referencia los valores hallados en el EESML-2012-Replicación para la población adulta se aprecia que en los seis indicadores los valores de satisfacción con la vida y de satisfacción personal (17,7 y 17,8, respectivamente) son cercanos a los hallados en el último año en Abancay mientras que los valores de autoeficacia, resiliencia y satisfacción laboral (34,3, 47,1 y 17,4) son mayores.

En las áreas evaluadas se observa consistentemente y de manera significativa estadísticamente, la superioridad de las puntuaciones de los hombres frente a las mujeres, lo que indica que los hombres en general valoran en mayor nivel sus recursos y tienen una autopercepción más favorable.

En los aspectos más específicos de satisfacción personal es de notar consistentemente la importancia otorgada a los temas educativos: un mayor porcentaje valora positivamente su nivel intelectual y la profesión o estudios realizados y un mayor porcentaje refiere poca o nula satisfacción con el nivel educativo.

## CONCLUSIONES

Se puede evidenciar estadísticamente una mejora en la condición económica de la población adulta estudiada en el 2016, reflejada en un incremento de ingresos económicos aunque a favor de los hombres en comparación a las mujeres.

La mayor proporción de personas mayores de 45 años en el 2016 en comparación al 2010, sugieren una mejora en las condiciones generales de salud de la población y la esperanza de vida al nacer. Esta mejoría podría estar relacionada a la mejoría de la situación económica de la población estudiada,

Se mantiene una desventaja en los niveles educativos y niveles de ingresos económicos en las mujeres, en comparación a los hombres reflejándose una situación de inequidad y discriminación.

La discapacidad por separado, tanto como en conjunto con la inhabilidad no mostraron variación significativa en la comparación de las pre valencias.

La prevalencia de trastornos mentales entre 2010 y el 2016 se ha mantenido estable con variaciones menores en con leve incremento de la prevalencia actual de la depresión y de trastornos de ansiedad en el 2016.

Existe cierta evidencia de que el Proyecto Apurímac habría producido un incremento de la cobertura de atención en un 46%.

Entre los dos periodos se ha incrementado el acceso la atención de servicios, pero esta disminución de la brecha se ha dado sólo para las mujeres y no para los varones.

Entre los motivos por los cuales las personas no acudieron a atenderse por problemas de salud mental resaltan la disminución de aspectos que se relaciona con el estigma, pero solo en las mujeres.

Con relación a los problemas percibidos hay un incremento significativo en algunos aspectos como corrupción, violencia y delincuencia mientras que en otras hubo disminución en la percepción de los problemas como en pobreza e inestabilidad política.

Frente a los problemas nacionales, hubo un incremento de los sentimientos de desilusión, rabia y miedo mientras que se dio una disminución en los sentimientos de preocupación.

Sobre los indicadores suicidas hubo una disminución estadísticamente significativa en el deseo de morir. En el pensamiento suicida hubo una reducción no significativa. Las prevalencias de vida de plan y conducta suicida aumentaron mas no la anual y mensual que disminuyeron.

Los adultos varones están más en riesgo de participar en peleas que acaben a golpes, a usar armas

de fuego, y a utilizar piedras, machetes, hondas, navajas, verdugillo, palos, hondas u hoz.

Identificar cambios en la calidad de sueño y el incremento de las perturbaciones para dormir y el impacto de estos cambios en el desempeño de las personas e incluso en la propia calidad de vida, permiten la consideración de políticas sobre el cuidado, la higiene del sueño y medidas de prevención de desencadenamientos de diversas patologías como consecuencia de un mal dormir.

La presencia de asociación entre los síndromes socioculturales y trastornos mentales permite la reflexión para su enseñanza e integración de estos conocimientos tradicionales en los sistemas de salud que principalmente asisten con intervenciones occidentales alejados de una práctica intercultural.

Aumentan de manera significativa los niveles de satisfacción con la vida, de satisfacción personal y de satisfacción laboral en relación al año 2016.

Se mantienen los niveles de autoestima y autoeficacia, y disminuye la resiliencia.

Los varones consistentemente se reconocen mayores recursos en relación a su autoestima, resiliencia, autoeficacia y satisfacción con la vida, personal y laboral, en comparación con las mujeres.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda la elaboración e implementación de programas de salud mental y desarrollo humano para mejorar el potencial y capacidad humana de la población, en favor de su soporte, evolución y desarrollo, para generar mayores condiciones de salud y salud mental, con equidad y justicia social, así como crecimiento económico individual, poblacional y del país.

Se requiere el desarrollo e implementación de programas de rehabilitación para combatir la discapacidad psiquiátrica en la población estudiada, al margen de otros programas de salud y salud mental para mejorar las condiciones de salud de la población.

Reevaluar los alcances de Proyecto Apurímac a la luz de los resultados actuales que parecen haber tenido influencia sólo en las mujeres y no en los varones.

Se sugiere estudios cualitativos que indaguen sobre las diferencias encontradas entre mujeres y hombres a niveles de la eficacia del programa de reforzamiento de las redes de atención.

Reevaluar las propuesta actuales sobre la Reforma de la salud mental para anticipar hallazgos similares en las nuevas intervenciones.

Programar talleres, a cargo de personal de salud entrenado, dirigidos a varones adultos jóvenes para que aprendan a resolver problemas o situaciones conflictivas sin el uso de la fuerza física, o de armas.

Programar talleres para reformular roles y conceptos sobre masculinidad y feminidad, dirigidos a adultos jóvenes de ambos sexos, para que aprendan a relacionarse entre si, asumiendo sus semejanzas y respetando sus diferencias.

Estudios que permitan analizar causas, riesgos y factores protectores para la mejora de la calidad de sueño son áreas recomendables de su estudio.

El conocimiento y la práctica de la medicina tradicional es responsabilidad del sector por lo que su estudio a profundidad es necesario continuar.

Las características personales de autoeficacia, autoestima y resiliencia son consideradas recursos para permitir a las personas afrontar con mayor éxito las dificultades cotidianas y eventualmente problemas mayores, considerándose necesario su desarrollo desde etapas tempranas.



## BIBLIOGRAFÍA



## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1436-1442.
- 2 Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1498-1504.
- 3 World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO; 2001.
- 4 Ustun TB, Sartorius N, eds *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester, England: Wiley Press; 1995:323-334.
- 5 Valdez Huarcaya W, Miranda Monzon JS. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. Lima: Dirección General de Epidemiología, MINSA. Junio 2014.
- 6 Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: OPS-OMS; 1997. p. 1-31.
- 7 Ronald C. Kessler, Ph.D., Ellen E. Walters, M.S., and Melinda S. Forthofer, Ph.D. The Social Consequences of Psychiatric Disorders, III: Probability of Marital Stability. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1092-1096.
- 8 Ettner SL, Frank RG, Kessler RC. The impact of psychiatric disorders on labor market incomes. *Industrial and Labor Relations Rev* 1997; 51:64-81.
- 9 Chatterji P, Alegria M, Takeuchi D. Psychiatric disorders and labor market outcomes: Evidence from the National Comorbidity Survey-Replication. *J Health Econ*. 2011 September ; 30(5): 858-868. doi:10.1016/j.jhealeco.2011.06.006.
- 10 Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social Consequences of Psychiatric Disorders, I: Educational Attainment. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1026-1032.
- 11 Scott KM, Al-Hamzawi AO, Andrade LH, Borges G, Caldas-de-Almeida JM, Fiestas F, Gureje O, Hu C, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Levinson D, Lim CC, Navarro-Mateu F, Okoliyski M, Posada-Villa J, Torres Y, Williams DR, Zakhosha V, Kessler RC. Associations between subjective social status and DSM-IV mental disorders: results from the World Mental Health surveys. *JAMA Psychiatry*. 2014 Dec 1;71(12):1400-8.
- 12 Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: OPS-OMS; 1997. p. 1-31.
- 13 Akinbami LJ, Liu X, Pastor PN, Reuben CA. Attention deficit hyperactivity disorder among children aged 5-17 years in the United States, 1998-2009; NCHS Data Brief. 2011 Aug;(70):1-8.
- 14 Zwaanswijk M, van Dijk CE, Verheij RA. Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analyses. *BMC Fam Pract*. 2011 Dec 1;12:133.
- 15 Bailey RK, Patel TC, Avenido J, Patel M, Jaleel M, Barker NC, Khan JA, Ali S, Jabeen S. Suicide: current trends. *J Natl Med Assoc*. 2011 Jul;103(7):614-7.
- 16 Fullerton CA, Busch AB, Normand SL, McGuire TG, Epstein AM. Ten-year trends in quality of care and spending for depression: 1996 through 2005. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Dec;68(12):1218-26.
- 17 Rosenthal E, Sundram CJ. La importancia de los derechos humanos consagrados internacionalmente en la legislación nacional sobre salud mental. OMS, 2004 Obtenido de: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/en/WHO\\_chapter\\_hr\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/WHO_chapter_hr_spanish.pdf?ua=1)
- 18 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano, 2013 El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso. New York: PNUD; 2013
- 19 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013; XXIX: 1-392.
- 20 Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2010; 71:517-528.
- 21 World Health Organization Breaking the vicious cycle between mental ill-health & poverty. In: *The WHO Mind Project: Mental Improvement for Mental Development*. Department of Mental Health & Substance Abuse. Geneva: WHO 2007. Disponible en : [www.who.int/mental\\_health/policy/development/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html)
- 22 Cloninger R : Implications of comorbidity for the classifications of mental disorders: The need for a psychobiology of coherent; in Maj M, Gaebel W, et al (eds): *Psychiatric Diagnosis and Classification*. Chichester, Wiley, 2002.
- 23 Mezzich JE. Positive Health: Conceptual Place, Dimensions and Implications. *Psychopathology* 2005; 38:177-179.
- 24 Herrman H, Saxena S Moodie R (eds): *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva, WHO, 2005.
- 25 Schmolke M, Lecic-Tosevsky D (eds): *Health promotion: An integral component of effective clinical care*. *Dyn Psychiatry* 2003; 36 (special issue): 221-319.
- 26 Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Multidimensionalidad de la pobreza. En Perú: Perfil del la pobreza por dominios geográficos 2004-2013*.
- 27 Kessler RC, Merinkangas KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004; 13(2): 60-68.
- 28 Stillwell, Frank; Jordan, KIRRILY. Economic Inequality and (Un)happiness. *Social Alternatives*, 2007 Fourth Quarter, Vol. 26 Issue 4, p16-21, 6p

- 29 WHO. Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis. Geneva, WHO, 2011.
- 30 Bruffaerts R, Posada-Villa J, Al-Hamzawi AO, Gureje O, Huang Y, Hu C, Bromet EJ, Viana MC, Hinkov HR, Karam EG, Borges G, Florescu SE, Williams DR, Demyttenaere K, Kovess-Masfety V, Matschinger H, Levinson D, de Girolamo G, Ono Y, de Graaf R, Browne MO, Bunting B, Xavier M, Haro JM, Kessler RC. Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *Br J Psychiatry*. 2015 Feb;206(2):101-9. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141424. Epub 2014 Nov 13.
- 31 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.
- 32 World Health Organization. International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva, 1992
- 33 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.
- 34 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
- 35 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). 1-216.
- 36 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental* 2005; XXI (1-2): 1-212.
- 37 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2006; XXII (1-2). 1-227.
- 38 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2007; XXIII. (1-2):1-226.
- 39 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.
- 40 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2008; XXIV (1 y 2):1-247.
- 41 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2009; XXV (1 y 2): 1- 318.
- 42 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013; XXIX: 1-392.
- 43 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.
- 44 Murphy HB. *Comparative Psychiatry. The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*. Berlin: Springer-Verlag, 1982.
- 45 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.
- 46 Perales A. Salud mental en el Perú variables socioeconómicas, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental* 1993; IX: 83-107.
- 47 Corin E, Bibeau G, Matin J-C, Laplante R. *Comprendre pour soigner autrement*. Canada: Les presses de l'Université de Montréal de Montréal, 1990.
- 48 Organización Panamericana de La Salud. *Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las políticas públicas saludables*. Washington DC: OPS, 2000.
- 49 Breilh J. *Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, 2003.
- 50 Moya J. *Las otras muertes: 20 años de violencia en los andes del Perú*. Lima: IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES), 2004. Ag 11-14.
- 51 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.
- 52 Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. *Estudio epidemiológico Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana*. Lima: Oficina General de Epidemiología, Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999.
- 53 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.
- 54 Johnson E, Belfer M. Substance abuse and violence: cause and consequence. *J Health Care Poor Underserved* 1995;6(2):113-21.
- 55 Johns A. Substance misuse: a primary risk and a major problem of comorbidity. *International Review of Psychiatry* 1997; 9 (2-3):233-242.
- 56 Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)*, 2014 Lima:

- INEI, 2015.
- 57 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2013. <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2014/05/Presentaci%C3%B3n-de-Resultados-ENDES-2013.pdf>
- 58 Mariátegui J, Alva V & León O. Epidemiología psiquiátrica de un distrito urbano de Lima. Un estudio de prevalencia en Lince. Ed. de la Revista de Neuropsiquiatría, 1969, Lima
- 59 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington D.C: American Psychiatric Press; 1980.
- 60 Colareta JR. Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural. Tesis para optar el título de médico cirujano, 1993,UPCH.
- 61 Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A., Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos: Mujeres, cap. (8): 283-328. Organización Panamericana de la Salud. 1997.
- 62 OMS. Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, Resumen, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003, Pág.5.
- 63 Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Lanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. Anales de Salud Mental 1990; VI: 9-20
- 64 Perales A & Sogi C. Epidemiología psiquiátrica en el Perú. Anales de Salud Mental 1995; XI: 9-29.
- 65 Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA. Encuesta Nacional Consumo de Drogas - Población general 2010. Perú 2012.
- 66 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho. Anales de Salud Mental 2004; XX (1-2)
- 67 World Health Organization. International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva: OMS; 1992.
- 68 United Nations Population Division Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects. New York: United Nations; 2000.
- 69 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Lima: INEI; 2007. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/> . Obtenido el 08 de febrero del 2012
- 70 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total, por Años Calendario y Edades Simples 1950-2050. Lima: INEI, 2009.
- 71 Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and the community from preschool to adult life. Arch Dis Chil 2005; 90(Suppl1):i2-i7. Downloaded from [adc.bmj.com](http://adc.bmj.com) on 5 august 2007.
- 72 Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ. The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2006; 163:716-723.
- 73 Bland RC. Psychiatry and the burden of mental illness. Can J Psychiatry 1998; 43(8): 801-10.
- 74 WPA/PTD; OPS, APAL: Programa Educativo de la WPA/PTD sobre trastornos depresivos. Visión de conjunto y aspectos fundamentales. Versión en español.
- 75 Jablensky A, Schwartz R, Tomov T. WHO collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. Acta Psychiatr Scand 1980; 62 (Suppl 285): 152-159.
- 76 Huamán J. Programa de Rehabilitación Integral en Salud Mental: Sub programa de Rehabilitación psicosocial. Anales de Salud Mental 1996 XII: 271-284.
- 77 U.S. Department of Health and Human Services. The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness. En Mental Health: A Report of the Surgeon General – Executive Summary. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
- 78 Lama A. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL. Lima: INEI; 2000. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.HTM>). Acceso el 12 de septiembre del 2005.
- 79 OPS. Hoja Resumen sobre Desigualdades en Salud Perú, División de Salud y Desarrollo Humano. Programa de Políticas Públicas y Salud. [Alianza para la Equidad en Salud en Perú Web site]. Feb 2002. Available at: <http://www.aes.org.pe/docs/resumenperu.pdf>. Acceso el 20 de Agosto, 2005
- 80 Saavedra JE. Factores asociados al acceso a la atención en salud mental en Lima Metropolitana y Callao 2002. Tesis para optar el grado de magíster UPCH, 2006
- 81 Saavedra JE. Utilización de servicios de salud mental en Lima Metropolitana y Callao. Informe final INSM. Manuscrito no publicado.
- 82 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina, 2014, (LC/G.2635-P), CEPAL: Santiago de Chile, 2014.
- 83 Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington DC: OPS-OMS, 1997, pp 1-31
- 84 World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO, 2001.
- 85 Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. Br J Psychiatry 2001; 178:228-233.

- 86 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.
- 87 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico No 002-Abril 2002. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) - IV Trimestre 2001. Lima; 2002. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe>.
- 88 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Compendio estadístico 2011:Pobreza. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe/Sisd/index.asp>.
- 89 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza monetaria 2009-2014 - Informe Técnico - Abril 2015. Lima: INEI. 2015. Disponible en [http://www.inei.gov.pe/media/cifras\\_de\\_pobreza/informetecnico\\_pobreza2014.pdf](http://www.inei.gov.pe/media/cifras_de_pobreza/informetecnico_pobreza2014.pdf)
- 90 Henderson, AS. Life Experiences as Causes of Mental Disorders: The main hypotheses. En: An Introduction to Social Psychiatry. New York: Oxford Medical Publication;1988, pp 69-105.
- 91 Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(2):113-123.
- 92 Hoertel N, Franco S, Wall MM, Oquendo MA, Wang S, Limosin F, Blanco C. Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study. J Clin Psychiatry. 2015 Jul;76(7):916-23.
- 93 Hovens JG, Giltay EJ, Spinhoven P, van Hemert AM, Penninx BW. Impact of childhood life events and childhood trauma on the onset and recurrence of depressive and anxiety disorders. J Clin Psychiatry. 2015 Jul; 76(7):931-8.
- 94 Bernal E. Estudio Psicopatológico en Brujos del Pueblo de Salas (Lambayeque). Anales de Salud Mental 1985; 1: 162-179.
- 95 Medina E. La Medicina Tradicional o Popular. En Gomberoff, L. (Eds.) Revista de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Doctor José Horwitz Barak, Santiago de Chile. 1986.
- 96 Glass B. El Poder de la Palabra en La Medicina Tradicional de la Costa Norte del Perú. En Trabajos del II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Lima Junio 1988.
- 97 Caycho A. Estudio sobre el curanderismo y los curanderos en el Perú. En Seguí, C.A. y Ríos, R. (Eds.): Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Lima.1969
- 98 Tejada D, Sanchez F, Mella C. Religiosidad Popular y Psiquiatría. Editora Corripio C. por A. Santo Domingo, 1995.
- 99 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):208-30.
- 100 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):1869-76.
- 101 Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. Ethn Health 2000; 5(3-4):243-68
- 102 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
- 103 Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. Schizophr Bull 2001;27(2):219-25.
- 104 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
- 105 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)
- 106 Ostman M; Kjellin L. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. Br J Psychiatry 2002;181:494-8 (ISSN: 0007-1250)
- 107 Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy stigma--a focus group study of relatives of schizophrenia patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;38(10):593-602.
- 108 Jorge M Tamayo, 2001. ¿Qué es el Estigma? Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - Versión en HTML. <http://usuarios.lycos.es/igonzal/estigma>.
- 109 Mezzich JE. Positive Health: Conceptual Place, Dimensions and Implications. Psychopathology 2005; 39:177-179.
- 110 Magyary D. Positive mental health: a turn of the century perspective. Issues in Mental Health Nursing 2002, 23:331-349.
- 111 Mezzich JE, Üstün TB. Quantitative and Experimental Methods in Psychiatry: Epidemiology. En: Sadock BJ, Sadock VA (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition. Baltimore, Williams & Wilkins, 2004.
- 112 Ville Lehtinen\*1, Britta Sohlman1 and Viviane Kovess-Masfety2 Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2005, 1:9 doi:10.1186/1745-0179-1-9. This article is available from: <http://www.cpementalhealth.com/content/1/1/9>
- 113 Cloninger R : Implications of comorbidity for the classifications of mental disorders: The need for a psychobiology of coherent; in Maj M, Gaebel W, et al (eds): Psychiatric Diagnosis and Classification. Chichester, Wiley, 2002.
- 114 Herrman H, Saxena S Moodie R (eds): Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva, WHO, 2005.
- 115 Korkeila J. Measuring aspects of mental health. Helsinki: STAKES, 2000.

- 116 Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What Good Are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *J Pers Soc Psychol*. 2003 February ; 84(2): 365-376.
- 117 Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla. Estado de Arte en Resiliencia. OPS/OMS/CEANIM. Washington DC: OPS, 1997. Obtenido en: [www.psicologia-positiva.com/resiliencia.html](http://www.psicologia-positiva.com/resiliencia.html). Acceso el 14 feb 2006.
- 118 OMS. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS. 1993
- 119 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Fourth Edition. Text Revision. Washington: APA, 2000.
- 120 Crummy F, Cameron P, Swann P, Kossmann T, Naughton M. Prevalence of sleepiness in surviving drivers of motor vehicle collisions. *Internal Medicine Journal [serial on the Internet]*. (2008, Oct); 38(10): 769-775. Available from: MEDLINE.
- 121 Santos E, de Mello M, Pradella-Hallinan M, Luchesi L, Pires M, Tufik S. Sleep and sleepiness among Brazilian shift-working bus drivers. *Chronobiology International [serial on the Internet]*. (2004), [cited September 10, 2010]; 21(6): 881-888. Available from: MEDLINE.
- 122 Kao C, Huang C, Wang M, Tsai P. Insomnia: prevalence and its impact on excessive daytime sleepiness and psychological well-being in the adult Taiwanese population. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation [serial on the Internet]*. (2008, Oct); 17(8): 1073-1080. Available from: MEDLINE.
- 123 Zeitlhofer J, Schmeiser-Rieder A, Tribl G, Rosenberger A, Bolitschek J, Kapfhammer G, Saletu B, Katschnig H, Holzinger B, Popovic R, Kunze M. Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurol Scand* 2000; 102: 249-257.
- 124 Gureje O, Makanjuola VA, Kola L. Insomnia and role impairment in the community. Results from the Nigerian survey of mental health and wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:495-501.
- 125 Simon GE, VonKorff M. Prevalence, Burden and Treatment of Insomnia in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1417-1423.
- 126 Leger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Current Medicla Research and Opinion* 2008; 24(1):307-317.
- 127 Nugent A, Gleadhill I, McCrum E, Patterson C, Evans A, MacMahon J. Sleep complaints and risk factors for excessive daytime sleepiness in adult males in Northern Ireland. *Journal Of Sleep Research [serial on the Internet]*. (2001, Mar); 10(1): 69-74. Available from: MEDLINE.
- 128 Olweus D. Aggression in the schools: Bullies and whipping boys. London: Hemisphere, 1978.
- 129 Defensor del Pueblo. Violencia Escolar: El Maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006. Madrid: Publicaciones de la Oficina del Defensor del Pueblo, 2007.
- 130 Fekkes M, Pijpers FIM, Verloove-Vanhorick SP. Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Education Research* 2005; 20 (1): 81-91.
- 131 Fleschler Peskin M, Tortolero SR, Markham CM. Bullying and victimization among black and hispanic adolescents. *Adolescence* 2006; 41 (163): 467-484.
- 132 Oñate A. Piñuel y Zabala I. Informe Cisneros VII "Violencia y Acosos Escolar" en alumnos de primaria, eso y bachiller. Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo, 2005. Disponible en [www.internenes.com/acoso/docs/ICAM.pdf](http://www.internenes.com/acoso/docs/ICAM.pdf). Acceso: 6 de febrero del 2009.
- 133 Sourander A, Jensen P, Rönning JA, Niemelä S, Helenius H, Sillanmäki L, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Moilanen I, Almqvist F. What Is the Early Adulthood Outcome of Boys Who Bully or Are Bullied in Childhood? The Finnish "From a Boy to a Man" Study. *Pediatrics* 2007;120:397-404.
- 134 Houbre B, Tarquinio C, Thuillier I. Bullying among students and its consequences on health. *European Journal of Psychology of Education* 2006; 21 (2): 183-208.
- 135 Shin Kim Y, Koh YJ, Leventhal B. School Bullying and Suicidal Risk in Korean Middle School Students. *Pediatrics* 2005;115:357-363
- 136 Jordanova V, Stewart R, Goldberg D, Bebbington PE, Brugha T, Singleton N, Lindesay JEB, Jenkins R, Prince M, Meltzer H. Age variations in life events and their relationship with common mental disorders in a national survey population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:611-616.
- 137 Flynt SW, Morton RC. Alabama Elementary Principals' Perceptions of Bullying. *Education* 2008; 129 (2):187-191.
- 138 Sourander A, Gyllenberg D, Klomek AB, Sillanmäki L, Ilola AM, Kumpulainen K. Association of Bullying Behavior at 8 Years of Age and Use of Specialized Services for Psychiatric Disorders by 29 Years of Age. *JAMA Psychiatry*. 2015. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2419. Published online December 9, 2015.
- 139 Salmivalli C, Kaukiainen A, Voeten M. Anti-bullying intervention: Implementation and outcome. *British Journal of Educational Psychology* 2005; 75: 465-487.
- 140 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.
- 141 Ortiz C. Conceptos de la inteligencia. *Revista de Educación Superior* 1999. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/25036139/Concepciones-de-La-Inteligencia>.

- 142 Guilford, JP. Teorías de la Inteligencia. En: Wolman, B.B. (Ed.) Manual de Psicología General. Barcelona: Martínez  
Roca, 1980.
- 143 Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos  
de Salud Mental de Lima y de la Selva Peruana. Anales de Salud Mental 2009; Vol. XXV, Suplemento 1.
- 144 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.
- 145 Someya T, Uehara T, Kadowaki M, Sakado K, Reist C, Tang S, Takahashi S. Factor analysis of the EMBU Scale in  
a large sample of japanese volunteers. *Acta Psychiatr Scand*, 1999;100:252-257.
- 146 Henderson AS. An Introduction to Social Psychiatry. By A. S. Henderson. Oxford Medical Publications, Oxford  
University Press: New York. 1988.
- 147 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.
- 148 Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio epidemiológico Violencia y comportamientos asociados en  
Lima Metropolitana. Oficina General de Epidemiología, Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999
- 149 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.
- 150 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.
- 151 Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora L.I, Lépine J.P, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan K.H,  
Knapp F y Sheehan M. Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (M.I.N.I. Plus). Versión en español  
5.0.0. 2000.
- 152 Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R, Secnik K, Spencer T, Ustun TB,  
Walters EE. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use  
in the general population. *Psychol Med*. 2005 Feb;35(2):245-56.
- 153 Garner DM, Olmsted MP, & Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory  
for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34
- 154 Vásquez-Morejón A, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en  
población clínica española. *Apuntes de Psicología* 2004; 22 (2): 247-255.
- 155 Pequeña, J. Relación entre la autoestima y el locus de control en estudiantes del primer semestre de la Universidad  
Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de Licenciatura en Psicología, U.N.M.S.M., 1999.
- 156 Schmitt DP, Allik J. Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the  
Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *J Pers Soc Psychol* 2005; 89: 623-42.
- 157 Rojas-Barahona CA, Zegers B, Förster CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una  
muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 791-800.
- 158 World Health Organization (1997). *Multiaxial Presentation of ICD-10 for Adults*. Cambridge, U.K.:Cambridge  
University Press.
- 159 WPA IGDA Workgroup,. IGDA.7. Standardized multi-axial diagnostic formulation. *British Journal of Psychiatry*  
2003; 182 (supp. 45): s52-s54.
- 160 Pavot, William y Diener, Ed. Review of the Satisfaction with life scale. *Psychological Assessment* 1993; 5 (2):164-  
172.
- 161 Cabañero Martínez JM, Richart Martínez M, Cbrero García J, Orts Cortés MI, Reig Ferrer A, Tosal Herrero B.  
Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y  
puérperas. *Psicothema* 2004; 16 (3): 448-455.
- 162 Harrington, R. y Loffredo, D.A.. The relationships between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-  
Briggs Type Inventory Dimensions. *Journal of Psychology* 2001, 135: 439-450.
- 163 Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. . Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción  
con la Vida en adolescentes. *Psicothema* 2000, 12: 314-319.
- 164 Ly, G. 2004. Atribuciones causales de la satisfacción con la vida en un grupo de adultos de Lima. Tesis de  
Licenciatura en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- 165 Andrews FM & Withey SB. *Social Indicators of Well-being: Americans ' Perceptions of Life Quality'*, Plenum  
Press, 1976, New York, USA
- 166 Andrews FM. Social Indicators of Perceived Life Quality. *Social Indicators Research* 1974; 1: 279-299.
- 167 Burström B, Fredlund P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower  
as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health* 2001;55:836-840.
- 168 Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Koskenvuo M, Kaprio J. Self-reported happiness in life and suicide in  
ensuing 20 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38 : 244-248.
- 169 Schwarzer R, Scholz U. Cross-Cultural Assessment of coping resources: The general perceived self.efficacy scale.  
Reporte presentado en el Congreso de Psicología de la Salud en Asia 2000: Health Psychology and Culture, Tokio,  
Japan, Agosto 28-29.
- 170 Alcalde, M. 1998. Nivel de autoeficacia percibida y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima.

- Tesis de Maestría en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- 171 Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y estrés* 1996; 2 (1): 1-8.
- 172 Cid H P, Orellana Y A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med Chile* 2010; 138: 551-557.
- 173 Sanjuán Suárez P, Pérez García AM, Bermúdez Moreno J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para la población española. *Psicothema* 2000; 12, Supl 2, 509-513.
- 174 Alcalde M. Nivel de autoeficacia percibida y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima. Tesis de Maestría en Psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica de Lima, 1998.
- 175 Block J, Kremen A. OQ and Ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996; 70 (2): 349-361.
- 176 Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What Good Are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001.
- 177 Al-Naser F, Sandman MMA. Evaluating resiliency patterns using the ER89: A case study from Kuwait. *Social Behavior and Personality* 2000; 28 (5): 505-514.
- 178 Defensor del Pueblo. Informe sobre violencia escolar: El maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria. Elaborado por C. Del Barrio, E. Martín, L. Hierro, I. Fernández, I. Montero, H. Gutiérrez, y E. Ochaíta. Madrid: Publicaciones de la Oficina del Defensor del Pueblo, 2000.
- 179 Lesieur HR, Blume SB. The south oaks gambling screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987;144:1184-8.
- 180 De Oliveira MP, Araujo Silva MT, da Silveira DX. Validity Study of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) among distinct groups of Brazilian gamblers *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(4):170-6.
- 181 De Oliveira MP, da Silveira DX, de Carvalho SV, Collakis ST, Bizeto J, Silva MT. Reliability, Validity and Classification Accuracy of the South Oaks Gambling Screen in a Brazilian Sample. *Journal of Gambling Studies* 2009; 25 (4): 557.
- 182 Echeburúa E, Báez C, Fernández- Montalvo J, Páez D. Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): Validación Española. *Análisis y Modificación de Conducta* 1994; 20 (74): 769-791.
- 183 De Meneses-Gaya C, Zuardi AW, de Azevedo Marques JM, Souza RM, Loureiro SR, Crippa JA. Psychometric qualities of the Brazilian versions of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index. *Nicotine Tob Res.* 2009 Oct;11(10):1160-5.
- 184 Etter JF, Vu Due T, Perneger TV. Saliva Cotinine Levels in Smokers and Nonsmokers. *Am J of Epidemiology* 2000; 15 (3): 251 - 257.
- 185 Soto-Brandt G, Portilla Huidobro R, Huepe Artigas D, RiveraRei A, Escobar MJ, Salas Guzmán N, Canales-Johnson A, Ibáñez A, Martínez Guzmán C, Castillo-Carniglia A. Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones.* 2014; 26 (4): 291-302.
- 186 Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra: OMS, 2001.
- 187 Buysee DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research* 1989; 28:193-213.
- 188 Rosales E, Egoavil M, La Cruz C, Rey de Castro J. Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *An Fac Med Lima* 2007; 68(2): 150-158.
- 189 Luna Y, Robles Y. Validación del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh en adultos de Liam Metropolitana. Informe Final, INSM, 2015. Documento no publicado.
- 190 INEI. Manual de la Encuestadora de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 IV trimestre Oct 2000.
- 191 INEI. Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2017. Informe técnico, Abril 2018. Obtenido de [https://www.inei.gob.pe/media/cifras\\_de\\_pobreza/informe\\_tecnico\\_pobreza\\_monetaria\\_2007-2017.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/informe_tecnico_pobreza_monetaria_2007-2017.pdf)
- 192 Cutipé Y. Proyecto Apurímac: "Salud mental para el desarrollo de la Región Apurímac en el marco del Aseguramiento Universal. Documento Técnico. MINSa, 2010.
- 193 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012 Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2013; 29 (Suplemento 1): 1-392.
- 194 Vazquez V, Castro R. Masculinidad hegemónica, violencia y consumo de alcohol en el medio universitario. *RMIE,* Jul-Sept 2009;14(42):701-719. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14011807003>. Acceso: 08 de enero de 2019.
- 195 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. Informe general. *Anales de Salud Mental.* 2013; XXIX Suppl 1:S103-4.
- 196 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009. Informe general. *Anales de Salud Mental.* 2012; XXVIII; Suppl 2:S95-6.
- 197 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe general. *Anales de Salud Mental* 2009; XXV(1-2):100.
- 198 Calderón R, Quiroz A, Rosales E, Rey de Castro J. Calidad de sueño en pobladores de una comunidad andina a 3200 msnm en Perú. *Rev Med Hered.* 2010; 21: 65-69.

- 199 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Ciudad de Cerro de Pasco 2013. Informe General. 2016; 32 (1): 1-299.
- 200 Muñoz-Pareja M, Loch MR, dos Santos HG, Sakay MS, Durán A, De Andrade SM. Factores asociados a mala calidad de sueño en población brasilera a partir de los 40 años de edad: estudio VIGICARDIO. Gac Sanit. 2016; 30 (6): 444-450.
- 201 Durán S, Mattar P, Bravo N, Moreno C, Reyes S. Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. Rev Med Chile. 2014; 142: 1371-1376.
- 202 Presidencia del Consejo de Ministros. Estudio diagnóstico y zonificación de la provincia Abancay. Resolución Jefatural N° 003-2006-PCM/DNTDT. [Internet]. [Consultado 13 diciembre 2018]. Disponible en: <http://sdot.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2016/06/abancay.pdf>.
- 203 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. Informe General. Anales De Salud Mental. 2013; 29 (1): 1-341.
- 204 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural. 2007; 24 (1-2): 1-249.
- 205 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en la Sierra Peruana. Informe General. Anales de Salud Mental. 2003; 19 (1-2):1-218.
- 206 Bernal E. Síndromes Folkloricos en cuatro ciudades de la sierra del Perú. Prevalencia de vida, asociación con tres síndromes psiquiátricos y sistemas de atención. Anales de Salud Mental. 2010; 26 (1): 39-48.
- 207 Bernal E. Estudio Epidemiológico y Síndromes Folkloricos en cinco ciudades de la Selva Peruana. Prevalencia de vida, asociación con tres síndromes psiquiátricos. 2010; 26 (1): 49-57.



# ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## Estudio Epidemiológico de Salud Mental Comparativo ciudad de Abancay 2010-2016

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	9
<b>I. INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES</b> .....	19
1. JUSTIFICACIÓN .....	21
2. FUNDAMENTACIONES: ÁREAS DE ESTUDIO .....	22
3. OBJETIVOS .....	40
4. METODOLOGÍA .....	42
5. DEFINICIÓN DE VARIABLES .....	46
6. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO...	52
7. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO .....	67
8. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO .....	68
9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	68
<b>II. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA POBLACIÓN ADULTA EN     ABANCAY 2010 - 2016</b> .....	69
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS .....	71
<b>III. HALLAZGOS GENERALES DEL ESTUDIO EN EL COMPARATIVO CIUDAD     ABANCAY 2010 - 2016</b> .....	99



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