

# ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO AL

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN FRONTERAS 2005 INFORME GENERAL

VOLUMEN XXII  
AÑO 2006  
NÚMEROS 1 Y 2  
ISSN-1023-389X

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

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

***Anales de Salud Mental***

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

San Martín de Porres. Lima 31, Perú

Teléfono: 4820206 ; Fax: 482-9806

E-mail: [insmhdhn@minsa.gob.pe](mailto:insmhdhn@minsa.gob.pe) – [oeaide@yahoo.com](mailto:oeaide@yahoo.com)

Se recomienda citar este documento como:

Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. *Anales de Salud Mental* Vol. XXII. Año 2006, Números 1 y 2. Lima

**ISSN - 1023-389X**

# ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú-2006-Volumen XXII. Nos. 1 y 2

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

## COMITÉ EDITORIAL

### DIRECTOR

Dr. Enrique Macher Ostolaza

### EDITOR

Dr. Javier Saavedra Castillo

### SECRETARIA DE EDICIÓN

Lic. Flor de María Alburquerque Jaramillo

### SECRETARIO DE REDACCIÓN

Dr. Santiago Stucchi Portocarrero

### MIEMBROS

Dr. Manuel Arellano Kanashiro

Dr. Eduardo Bernal García

Mg. D. Vilma Chuchón Calle

Dr. Yuri Cutipé Cárdenas

Dr. Santos González Farfán

Dr. Santiago Márquez Manrique de Lara

Lic. María Mendoza Vilca

Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

Lic. Yolanda Robles Arana

Dr. J. César Sotillo Zevallos

Lic. Emir Valencia Romero

## COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

Dr. Javier Mariátegui

Lic. Delicia Ferrando

Dr. Pablo Macera

Dr. Agustín Montoya

Dra. María Antonieta Silva

Dr. Moisés Lemlij

Ing. Wilfredo Mormontoy

## COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Dr. Renato Alarcón (Alabama, EE.UU.)

Dr. Juan E. Mezzich (Nueva York, EE.UU.)

Dr. Germán Berrios (Cambridge, Inglaterra)

Dr. Juan C. Negrete (Montreal, Canadá)

Dr. Eugene B. Brody (Maryland, EE.UU.)

Dr. Pierre Pichot (París, Francia)

Dr. Carlos Castilla del Pino (Córdoba, España)

Dr. Guillermo Vidal (Buenos Aires, Argentina)

Dra. Raquel Cohen (Miami, EE.UU.)

Dr. Moisés Gaviria (Chicago, EE.UU.)

## AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

DR. CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN  
Ministro de Salud

DR. JOSÉ GILMER CALDERÓN YBERICO  
Vice-Ministro de Salud

## DIRECTORIO DEL INSM

DR. ENRIQUE MACHER OSTOLAZA  
Director General del INSM

DR. NOÉ YACTAYO GUTIÉRREZ  
Director Adjunto del INSM

LIC. NORMA MACHICADO  
Directora Administrativa del INSM

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

DR. SANTOS GONZÁLEZ FARFÁN  
Director de la Oficina de Epidemiología

Participaron principalmente en la elaboración de este informe:  
Dr. Javier E. Saavedra, Dr. Santos González, Dr. Eduardo Bernal,  
Lic. Yolanda Robles, Dr. Yuri Cutipé, Dr. Rolando Pomalima,  
Dr. Santiago Stucchi, Lic. Violeta Vargas y Dra. Vilma Paz.

Se agradece la colaboración mecanográfica de la Srta. Milagros  
Ramírez, Srta. Liliana La Rosa, Srta. Jessica Pozo, Sra. Flor Ortiz  
y Srta. Shella Pérez.

## AUSPICIOS

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

**Asociación Psiquiátrica Peruana**



# ÁREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO

## COORDINADOR GENERAL DEL ESTUDIO

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

## COORDINADOR ADJUNTO DEL ESTUDIO

Dr. Santos González Farfán

## ÁREA DE ACCESO A SERVICIOS

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

## ÁREA DE ADICCIONES

Dr. Martín Nizama Valladolid

Dra. Rommy Kendall Folmer

## ÁREA DE CONDUCTAS SUICIDAS

Dr. Freddy Vásquez Gómez

Dr. Luis Matos Retamozo

Lic. Ysela Nicolás Hoyos

## ÁREA DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA

Dr. Julio Huamán Pineda

## ÁREA DE EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

Dr. Santos González Farfán

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

## ÁREA DE POBREZA Y SALUD MENTAL

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

Dr. Santos González Farfán

Dr. César Arellano Kanashiro

## ÁREA DE PSICOGERIATRÍA

Dra. Vilma Paz Schaeffer

## ÁREA DE CALIDAD DE VIDA

Lic. Yolanda Robles Arana

## ÁREA DE SALUD MENTAL GENERAL

Dr. César Arellano Kanashiro

Dr. Santos González Farfán

## ÁREA SOCIOCULTURAL Y DESASTRES

Dr. Eduardo Bernal García

## ÁREA DE TRASTORNOS AFECTIVOS

Dr. Abel Sagástegui Soto

Dr. Luis Matos Retamozo

Dr. Horacio Vargas Murga

## ÁREA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

Dr. Víctor Cruz Campos

## ÁREA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

Dr. Yuri Cutipé Cárdenas

## ÁREA DE TRASTORNOS PSICÓTICOS

Dr. Santiago Márquez Manrique de Lara

Dr. Santiago Stucchi Portocarrero

Dr. Ricardo Chirinos Quiroz

## ÁREA DE VIOLENCIA FAMILIAR

Dr. Víctor Cruz Campos

Lic. Violeta Vargas Palomino

## OTROS INVESTIGADORES COLABORADORES INVITADOS

Dr. Enrique Galli Silva

Dr. Jorge Castro Morales

## EQUIPO DE LA ENCUESTA

Consultor del Estudio - Diseño de la Muestra

Alberto Padilla Trejo

Consultora de Procesos Informáticos - Control de Calidad

Olinda Yaringaño

Jefe de Operación de Campo

Leoncio Ernesto Quezada Carrillo

Coordinadores de Campo

Herón Arsenio Salazar Olivares

Orlando Virgilio Quispe Lizárraga

Supervisores de Campo

Edgar Gómez Ordóñez

Erika Fernández Mendoza

Flora Bendezú Gamboa

Magaly Divizzia Acosta

Mirian Esquivel Carrán

Mónica De La Cruz Flores

Encuestadores

Bessy Culqui Fachín

Elizabeth Leiva Vega

Gabriela Lavalle Barrientos

Gloria Luyo Villanueva

José Huapaya Ames

Karla Ubillús Toro

Luz María Ayala Coveña

Mary Martel Atencia

Rosmery Paz Cruz

Janeth Torres Reynaga

Diana Molina Rondán

Eufemia Ubaldo Jamanca

Giovana Chávez Gamarra

Gloria Morote Contreras

Juan Carlos Quiliche Vargas

Lilia Aquije Salazar

María Panta Yman

Mónica Campos Rodríguez

Walter Razo Balabarca

Ysabel Aliaga Ferrel

# PRESENTACIÓN

Nuestro país es uno de enorme variedad de culturas, tanto modernas como antiguas, debido en gran parte a su diversidad geográfica y su composición étnica. Ello hace que las necesidades poblacionales sean, desde diversos puntos de vista, de una multiplicidad que requiere una gran variedad de aplicaciones ciudadanas para su resolución. Por lo tanto, se requiere conocer cada vez mejor esa diversidad, para ver la posibilidad de intervenciones que mejoren la calidad de vida. Pero no estamos aislados en este mundo, y la globalización nos ha alcanzado en un momento en el que esperamos que las contribuciones del Instituto sean aún de mayor provecho para continuar con la integración vecinal.

En este sentido, con la finalidad de promover el desarrollo regional y con miras a la integración sudamericana, el Estado ha propuesto los Lineamientos Básicos para el Desarrollo Integral de Zonas de Frontera y de Menor Desarrollo Relativo, entre cuyos objetivos se encuentra la prestación coordinada de infraestructura y bienes públicos en estas zonas. Por tal motivo, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi” incluyó en su plan de diagnóstico de la salud mental del país las zonas fronterizas, como complemento a los estudios que viene desarrollando desde el año 2002 en distintas ciudades del país. De esta manera, se espera que sus resultados sean una contribución para la toma de decisiones y la disposición de acciones normativas por parte de la alta dirección del Ministerio de Salud con miras no sólo a la integración de nuestros países, sino también a la ansiada descentralización.

La zona de fronteras se caracteriza por un importante intercambio cultural con los países vecinos, además que pone en marcha condiciones psicosociales particulares que las diferencias del resto de las ciudades del país. En esta oportunidad, se presenta los resultados del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras realizado en las ciudades de Bagua, Puno, Tacna, Tumbes y Puerto Maldonado, en las que se ingresó a más de 7 mil hogares. Así como en estudios pasados, se ha identificando las distintas prevalencias de los principales problemas y trastornos de salud mental, como la distribución de los problemas con el uso de alcohol, los trastornos de ansiedad, la depresión y la violencia. A ello se agrega, con un enfoque particular, el estudio de aspectos positivos de salud mental, como la confianza, el funcionamiento, la satisfacción en personal y laboral, y la calidad de vida en cuatro unidades de análisis -la mujer de casa, un adulto, un adulto mayor y un adolescente- lo que permitirá el desarrollo de distintos estudios a profundidad a publicarse en informes posteriores.

La salud mental es una gran parte de la calidad que ansiamos para todos en el Perú, y el INSM espera estar contribuyendo a que en el menor tiempo posible podamos integrar estos aspectos de la salud en los programas y proyectos de promoción de una salud integral y de una vida de mayor calidad.

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



## AGRADECIMIENTOS

Con este estudio llevamos 4 años de ardua labor investigativa en el campo de la salud mental del país, en los que se ha entrevistado a más de 30 000 personas, entre adolescentes, adultos, mujeres unidas y adultos mayores. En esta labor han participado profesionales de las diferentes disciplinas y áreas administrativas del Instituto y personal para la ejecución de las encuestas; tanto la ejecución de éstas como la elaboración del informe sólo se pudieron llevar a cabo con su diligente y esmerada participación.

Como siempre, empezaremos agradeciendo de manera especial a aquellas personas entrevistadas que con paciencia nos han permitido ingresar a sus hogares y dieron su tiempo en beneficio de su comunidad.

Agradecemos también a los miembros del Comité Ejecutivo de Investigación y de las áreas especializadas, por su dedicación en planificar y sobre todo estimular la formulación de protocolos de investigación, lo que está permitiendo conocer la realidad de la salud mental en nuestro país. Asimismo, nuestro especial reconocimiento al Dr. Enrique Galli, quien desde un inicio colaboró con nosotros en la validación del instrumento (MINI) y participó con sus inapreciables consejos.

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

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

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

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

LOS AUTORES



# ÍNDICE GENERAL

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD .....	5
AUSPICIOS .....	7
ÁREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO .....	9
EQUIPO DE LA ENCUESTA .....	10
PRESENTACIÓN .....	11
AGRADECIMIENTOS .....	13
ÍNDICE .....	15
BAGUA .....	21
PUERTO MALDONADO .....	21
PUNO .....	21
TACNA .....	21
TUMBES .....	22
PRÓLOGO .....	23

## INFORME GENERAL

25

I. INTRODUCCIÓN .....	27
1.1 Justificación .....	28
II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL .....	29
2.1. Aspectos generales de la salud mental .....	29
2.2. Violencia familiar .....	30
2.3. Los trastornos de ansiedad, depresivos y otros trastornos .....	32
2.4. Adicciones .....	33
2.5. El adulto mayor .....	33
2.6. Indicadores suicidas .....	34
2.7. Calidad de vida y salud mental .....	35
2.8. Trastornos mentales y discapacidad .....	35
2.9. Acceso a servicios de salud mental .....	35
2.10. Pobreza y salud mental .....	36
2.11. Eventos de vida y salud mental .....	37
2.12. Aspectos socioculturales y salud mental .....	38
2.13. Discriminación y salud mental .....	38
2.14. Estigma contra los trastornos mentales .....	39
III. OBJETIVOS .....	40
IV. METODOLOGÍA .....	41
4.1 Tipo de diseño y de estudio .....	41
4.2 Diseño muestral .....	41
4.2.1. Población de estudio .....	41

4.2.2. Niveles de inferencia .....	41
4.2.3. Marco muestral y unidades de muestreo .....	41
4.2.4. Estratificación .....	42
4.2.5. Tipo de muestra .....	42
4.2.6. Tamaño y distribución de la muestra .....	42
4.2.7. Unidades de análisis .....	43
4.2.8. Procedimientos de selección de la muestra .....	43
4.2.9. Criterios de inclusión de las personas que respondieron a la encuesta .....	44
<b>V. DEFINICIÓN DE VARIABLES .....</b>	<b>44</b>
5.1. Variables sociodemográficas y asociadas .....	44
5.2. Aspectos generales de salud mental .....	45
5.3. Trastornos clínicos .....	46
5.4. Discapacidad e inhabilidad .....	47
5.5. Módulo de acceso a servicios .....	47
5.6. Relaciones intrafamiliares .....	48
5.7. Funciones cognoscitivas .....	49
5.8. Síndromes socioculturales y salud mental .....	49
<b>VI. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO .....</b>	<b>50</b>
6.1. Diseño y estructura del cuestionario sobre salud mental .....	51
6.2. Método de la entrevista .....	53
6.3. Procesos de validación y calidad .....	53
6.4. Obtención de indicadores de validez y confiabilidad a partir de los propios datos de estudio .....	53
6.5. Entrenamiento en el uso de instrumentos .....	54
6.6. Consideraciones éticas .....	54
<b>VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO .....</b>	<b>54</b>
<b>VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO .....</b>	<b>55</b>
<b>IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....</b>	<b>55</b>
<b>RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO EN FRONTERAS</b> .....	<b>57</b>
<b>DATOS GENERALES DE LA MUESTRA</b> .....	<b>59</b>
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS</b> .....	<b>63</b>
EDAD .....	65
ESCOLARIDAD .....	65
ESTADO CIVIL .....	66
OCUPACIÓN .....	66
INGRESOS ECONÓMICOS .....	67

<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO .....</b>	<b>69</b>
SALUD MENTAL DEL ADULTO EN BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES .....	71
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL .....	71
ENTORNO GENERAL .....	71
ESTRESORES PSICOSOCIALES .....	73
DISCRIMINACIÓN .....	75
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES .....	77
SATISFACCIÓN PERSONAL .....	78
SATISFACCIÓN LABORAL .....	79
CALIDAD DE VIDA .....	80
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD .....	81
ASPECTOS PSICOPÁTICOS .....	82
INDICADORES SUICIDAS .....	82
TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA .....	85
FACTORES PROTECTORES .....	85
TRASTORNOS CLÍNICOS .....	86
USO DE SUSTANCIAS .....	89
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS .....	91
POBREZA Y SALUD MENTAL .....	92
SALUD MENTAL POR CIUDADES .....	94
EFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA .....	95
ESTILO DE CRIANZA Y SALUD MENTAL EN LA ADULTEZ .....	97
ACCESO A SERVICIOS .....	98
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN FRONTERAS .....	100
ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES .....	101

## **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS 103**

EDAD .....	105
ESCOLARIDAD .....	105
ESTADO CIVIL .....	106
OCUPACIÓN .....	106
INGRESOS ECONÓMICOS .....	107

<b>SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA .....</b>	<b>109</b>
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL .....	111
ENTORNO GENERAL .....	111
ESTRESORES PSICOSOCIALES .....	112
ESTADOS ANÍMICOS .....	113
SATISFACCIÓN PERSONAL .....	113
SATISFACCIÓN LABORAL .....	114
COHESIÓN FAMILIAR .....	115
CALIDAD DE VIDA .....	115
INDICADORES SUICIDAS .....	115
TRASTORNOS CLÍNICOS .....	116
ABUSO CONTRA LA MUJER UNIDA .....	117
ABUSO HACIA LA MUJER POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL .....	119
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE .....	125

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

127

EDAD .....	129
ESCOLARIDAD .....	129
ESTADO CIVIL .....	130
OCUPACIÓN .....	130
<b>SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE .....</b>	<b>131</b>
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL .....	133
ENTORNO GENERAL .....	133
ESTRESORES PSICOSOCIALES .....	135
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES .....	136
SATISFACCIÓN PERSONAL .....	137
SATISFACCIÓN LABORAL .....	138
CALIDAD DE VIDA .....	139
ASPECTOS PSICOPÁTICOS .....	140
INDICADORES SUICIDAS .....	140
TENDENCIA A LA VIOLENCIA .....	143
FACTORES PROTECTORES .....	143
TRASTORNOS CLÍNICOS .....	144
ABUSO DE ADOLESCENTES .....	147
ACCESO A SERVICIOS .....	147

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

151

EDAD .....	153
ESCOLARIDAD .....	153
ESTADO CIVIL .....	154
OCUPACIÓN .....	154
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR .....</b>	<b>155</b>
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL .....	157
ESTRESORES PSICOSOCIALES .....	157
DISCRIMINACIÓN .....	158
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES .....	158
SATISFACCIÓN PERSONAL .....	159
SATISFACCIÓN LABORAL .....	161
CALIDAD DE VIDA .....	162
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD .....	162
INDICADORES SUICIDAS .....	163
FACTORES PROTECTORES .....	163
TRASTORNOS CLÍNICOS .....	164
DETERIORO EN EL ADULTO MAYOR .....	165
MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR .....	167
ACCESO A SERVICIOS .....	167

## CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN FRONTERAS

171

ADULTOS .....	173
MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS .....	175
ADOLESCENTES .....	176
ADULTO MAYOR .....	177

<b>ANEXO</b>	<b>179</b>
--------------	------------

ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN .....	181
---	-----

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>223</b>
---------------------	------------



## BAGUA

Es la capital de la provincia de Bagua, la segunda más poblada del departamento de Amazonas, se encuentra ubicada en la región nororiental del país a 110 Km. de Chachapoyas, a 420 msnm, con una población de 11 678 habitantes, situada en el valle del río Marañón, de clima cálido, húmedo y con largos períodos de sequía. Destacan la producción de arroz, ganado vacuno, pequeñas fábricas de gaseosa y otras industrias manufactureras. Bagua Grande tiene la mayor actividad comercial del departamento de Amazonas y pertenece al distrito que tiene el más alto índice de tenencia de tierras agrícolas (18%) del departamento.

## PUERTO MALDONADO

Es la capital del departamento de Madre de Dios, el departamento menos poblado del Perú. Puerto Maldonado es la más oriental de las ciudades peruanas, fundada en la confluencia de los ríos Madre de Dios y Tambopata, cerca de la frontera de la selva de Bolivia. A una altura de 183 metros sobre el nivel del mar, sus principales recursos son: arroz, yuca, coco, caucho, maderas. En minería destaca la producción de oro. Allí se encuentra la Reserva Nacional de Tambopata-Candamo, así como la Reserva de Biosfera del Manu, reconocido por la UNESCO en marzo de 1973, y hoy Patrimonio de la Humanidad. La feria regional agropecuaria y artesanal se realiza del 27 al 31 de julio.

## PUNO

Su capital es Puno, considerada «la capital folklórica del Perú», situada a 3 827 metros sobre el nivel del mar. Puno es una ciudad con una intensa actividad agropecuaria y un importante centro artesanal. Se ha constituido en un centro de gran atracción turística por su riqueza folklórica en cantos, bailes y danzas, pero su principal atractivo es el lago Titicaca, el más alto del mundo, que sirve de conexión con Bolivia. Las chulpas de Sillustani son torres de forma cónica que eran, al parecer, monumentos mortuorios. Su artesanía es igualmente importante, especialmente en cerámica y tejidos. Es importante en su calendario turístico el festival de la Virgen de la Calendaría del 10 al 20 de febrero.

## TACNA

Es la capital del departamento del mismo nombre, el más sureño de los departamentos peruanos, limítrofe con Chile, y está situada a 562 metros sobre el nivel del mar. Tacna, «la ciudad heroica», es símbolo del amor, devoción a la patria y lealtad nacional, y tiene 172 393 habitantes. Sus principales recursos lo constituyen las uvas y el algodón. En la producción minera destaca el cobre. Son atractivos turísticos El Alto de La Alianza, con su monumento a los caídos en la batalla del mismo nombre, las fuentes termo-medicinales de Aguas Calientes y Chuschuco, la alameda Bolognesi, la catedral, la casa de Zela, el Teatro Municipal, los Museos Ferroviario e Histórico, la casa de Basadre.

## TUMBES

Es la capital del departamento de Tumbes, y está ubicada a orillas del río de su mismo nombre. Su altitud es de 6 metros sobre el nivel del mar. Tiene 73 683 habitantes y cuenta con hermosas playas, cuyas aguas son ricas en especies marinas. Es el principal productor de plátanos en el Perú, con los que se preparan sabrosos potajes típicos, entre ellos los ricos chifles. En la ciudad de Tumbes destaca el malecón Benavides, con 900 m de longitud, que bordea el río Tumbes, el único navegable de la costa. Entre agosto y noviembre se celebra la semana turística de Tumbes. Es visita obligada la catedral San Nicolás de Tolentino, el cabildo de Tumbes, la plazuela Bolognesi, el santuario nacional Los Manglares de Tumbes.

## PRÓLOGO

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM) inició en el año 2002 una serie de investigaciones epidemiológicas con el objetivo de realizar el diagnóstico de la salud mental en la población peruana. Desde entonces, año tras año, se han venido realizando investigaciones en distintas regiones del país. Estas investigaciones epidemiológicas han proporcionado datos actualizados no sólo de la prevalencia de trastornos mentales, tales como la depresión, los trastornos de ansiedad, las adicciones u otras patologías, sino también de aspectos muy relacionados con ellos, tales como el uso de servicios, la discapacidad en salud mental y la violencia en sus diferentes expresiones, incluyendo las conductas suicidas.

Asimismo, estos estudios han considerado la inclusión de variables socioeconómicas asociadas a las variables clínicas, así como el estudio de aspectos positivos de salud mental, como satisfacción personal y laboral, calidad de vida y funcionamiento. En el 2002, con el financiamiento del Ministerio de Salud, se realizó el estudio epidemiológico en la ciudad de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao; en el 2003 se efectuó el mismo tipo de estudio en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, de la sierra peruana; y en el 2004, en las ciudades de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, de la selva peruana.

En esta oportunidad, inspirados en el contexto del desarrollo de fronteras y de integración sudamericana, se presenta el informe del *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras*, realizado en el año 2005, cuyas conclusiones corroboran una vez más la importancia de desarrollar estudios por regiones; lo cual permite una mejor programación y focalización de las actividades a realizar en salud mental con datos científicos que lo sustenten.

Este estudio incrementa el aporte científico del Instituto Nacional de Salud Mental al conocimiento de las necesidades nacionales en materia de salud mental, y nos aproxima al propósito compartido con los líderes y organizaciones comunales, locales y regionales, de concretar un proyecto de desarrollo nacional de largo aliento. Confiamos en que sus resultados sean una contribución para la toma de decisiones y la disposición de acciones normativas por parte de la alta dirección del Ministerio de Salud.

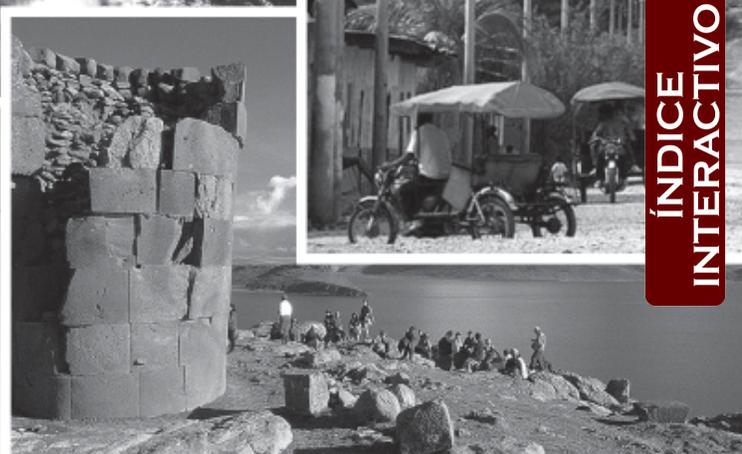
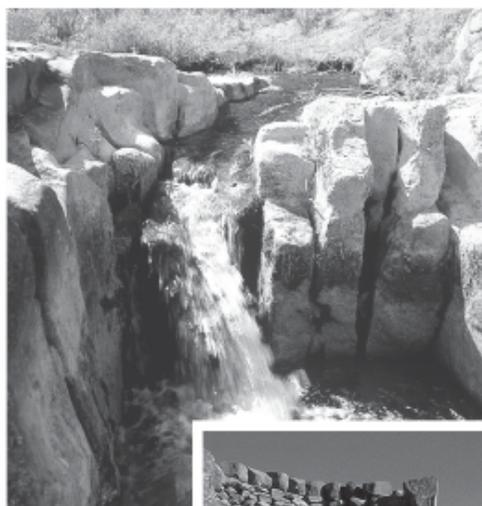
Como se ha remarcado en muchos lugares del mundo, no hay salud sin salud mental, y nuestra contribución involucra además el anhelo de una sociedad que garantice el ejercicio de la libertad y la justicia, en aras de la sociedad ética, donde todo peruano tenga acceso al bienestar y la felicidad común.

Dr. Martín Nizama Valladolid  
Ex-Director General del INSM  
“Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”  
Responsable de Gestión Administrativa del EESMF-2005



# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN FRONTERAS (BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES) - 2005

## INFORME GENERAL



ÍNDICE  
INTERACTIVO



## I. INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» (INSM) ha asumido desde el año 2002 el compromiso de echar los cimientos para mejorar la salud mental del país, brindando información a través de una serie de estudios epidemiológicos de salud mental en la población peruana. Se consideró conveniente evaluar ahora a otro grupo de ciudades diferenciadas de las ya estudiadas, para ir armando el mapa de la salud mental en el Perú, considerando sus diferentes matices socio-económicos y culturales. En esta oportunidad se presentan los resultados del *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005* (EESMF 2005), realizado en el segundo semestre del 2005, en las ciudades de Bagua Grande, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes.

La población fronteriza constituye un grupo de interés epidemiológico porque está sometida a una doble influencia cultural, la peruana por un lado y la del país vecino por el otro, con diferentes grados de énfasis, a ambientes ecológicos compartidos y a una economía que depende mucho del contrabando, todo lo cual puede configurar factores de riesgo o protectores especiales para ciertos problemas de salud mental. En este sentido, el desarrollo de una encuesta en la zona fronteriza aportará luces sobre los problemas de salud mental particulares en la zona y sus magnitudes, con los cuales el Instituto, las autoridades de salud de las regiones concernidas y las autoridades del nivel nacional estarán en condiciones de adoptar políticas y programas apropiados para la realidad de tales poblaciones. Un argumento adicional es que este estudio se inscribe dentro de la política de la Comunidad Andina de Naciones de 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). A su vez, la encuesta permitirá consolidar la capacidad de investigación que se ha empezado a gestar en el INSM, lo que permitirá al país ser líder en estudios de salud mental en la región latinoamericana.<sup>1</sup> El enfoque regional de los estudios de los problemas de salud mental se sustenta en la multiculturalidad de las poblaciones, en la multifactorialidad de los problemas de salud mental y en la naturaleza biopsicosocial de los trastornos.

Los resultados hasta ahora encontrados han develado una serie de características y diferencias en la salud mental entre las ciudades, sobre las cuales no existían referentes estadísticos, toda vez que las investigaciones anteriores desarrolladas, tanto por el mismo Instituto como por otras instituciones, habían estado enfocadas en segmentos poblacionales específicos y con una cobertura temática también específica. Se han encontrado diferencias significativas entre las ciudades investigadas respecto a las prevalencias o incidencias de problemas de salud mental y las posibilidades de acceso a los servicios de salud para enfrentarlos. Los resultados del estudio realizado en Lima y Callao en el año 2002 (EEMSM)<sup>2</sup>, en la sierra en el año 2003 (EESMSP)<sup>3</sup> y en la selva en el año 2004 (EESMSLP)<sup>4</sup>, han permitido conocer importantes aspectos de la salud mental de adultos, mujeres, adolescentes y adultos mayores, entre ellos la alta prevalencia de depresión y ansiedad, y su vinculación con variables socioeconómicas; condiciones desfavorables de la salud mental de la mujer y en especial de la mujer maltratada; niveles importantes de deterioro cognoscitivo del adulto mayor; significativos indicadores suicidas en adultos y especialmente en adolescentes. Entre los hallazgos principales de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental en la Sierra y la Selva Peruanas (EESMSP/EESMSLP), han estado las diferencias en las prevalencias de ciertos trastornos psiquiátricos, sentimientos de confianza, violencia intrafamiliar y problemas con el uso de alcohol entre las distintas ciudades. En ambos casos resaltan particularmente los problemas relacionados al abuso y dependencia del alcohol. En este sentido, Ayacucho e Iquitos han mostrado las cifras más preocupantes, lo que podría estar en relación con los efectos de la violencia política.

La OMS ha llamado la atención sobre la necesidad de reducir la brecha en el tratamiento de problemas de salud mental.<sup>5</sup> Para el año 2020 se ha pronosticado que la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo. Para los países en desarrollo la perspectiva es aún peor y se estima que la depresión mayor será la primera causa de discapacidad para el año 2020.<sup>6,7</sup> Los estudios en Lima y la selva confirmaron el vínculo que se desarrolla entre la salud mental y los aspectos económicos, ratificando las observaciones realizadas en reportes internacionales.<sup>8,9</sup> Sin embargo, tal asociación no ha podido ser ratificada en los estudios de la sierra, lo que resalta la complejidad de la interacción de los diversos factores que inciden en la salud mental.

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

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

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

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

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

Entre las preguntas a las que respondería el estudio, se encuentran éstas: ¿cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental general en la población urbana de Bagua Grande, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes?; ¿cuál es la magnitud de la violencia contra la mujer unida y la repercusión en su salud mental?; ¿cuál es la prevalencia de la conducta adictiva?; ¿cuál es la magnitud y cuáles son los principales problemas de salud mental del adulto mayor en Bagua Grande, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes?; ¿cuál es la magnitud de los indicadores

suicidas en la población de Bagua Grande, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes?; ¿cuál es la prevalencia en estas ciudades de los principales trastornos psiquiátricos?; ¿cuál es allí la proporción exacta de personas que no logran ningún tipo de atención para los problemas de salud mental?; ¿cuál es la magnitud de los problemas de salud mental en la población pobre, en comparación con la población no pobre, de Bagua Grande, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes?; ¿cuál es el nivel de discriminación percibida por la población de Bagua Grande, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes?; ¿cuáles son las caracterizaciones de los síndromes culturales y cuál es su relación con los síndromes clínicos psiquiátricos en dichas poblaciones?

## II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL

Los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental realizados en Lima en el 2002<sup>2</sup>, en la sierra en el 2003<sup>3</sup>, y en la selva en el 2004<sup>4</sup>, revelaron importante información que ha puesto en evidencia tendencias observadas en estudios previos en el área de salud mental.<sup>10,11</sup> Se han confirmado observaciones internacionales con respecto a la alta prevalencia de los trastornos afectivos, así como indicadores suicidas, problemas con el uso de alcohol y violencia intrafamiliar. Sin embargo, ha sido notoria una menor prevalencia de trastornos de ansiedad en las ciudades del interior del país frente a los hallazgos limeños. Con respecto a la intervención de aspectos socioeconómicos en los trastornos mentales, si bien la asociación hallada en Lima y la selva ha sido contundente, no ha sucedido lo mismo con lo encontrado en el estudio en la sierra. Esto pondría de manifiesto la intervención de los aspectos socioculturales en la interacción de la pobreza y la salud mental.

### 2.1 ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL

Bajo el concepto de salud mental consideramos tanto aspectos relacionados con los trastornos psiquiátricos específicos, así como diversos problemas psicosociales que perturban la vida cotidiana, producen sufrimiento, menor calidad de vida y bienestar, lo cual con frecuencia afecta la productividad del individuo. Esto involucra comportamientos desviados o desadaptados, no necesariamente ubicables como categorías diagnósticas en las clasificaciones psiquiátricas vigentes.<sup>10</sup> Estudios internacionales han confirmado que sólo alrededor de la mitad de aquellas personas que buscan atención por problemas de salud mental tiene problemas psiquiátricos,<sup>12</sup> y algunos autores<sup>13</sup> han señalado que no necesariamente existe correspondencia entre la ausencia de patología y una buena salud mental. Asimismo, Corin señala que el lugar de partida del estudio de los problemas de salud mental ya no se sitúa en el individuo solamente, sino en la interacción constante entre la persona y su entorno, habiéndose identificado determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental.<sup>14,15,16</sup> La epidemiología social apoya especialmente la comprensión de la influencia de procesos sociales como la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el ingreso económico, la clase y la exclusión social (étnica, racial, de género, generacional, por discapacidad, por clase social o por sexualidad), el desarrollo del niño, los estilos de vida, las redes sociales y los entornos físicos entre otros, en la salud de las personas y las poblaciones.<sup>17,18,19</sup> De esta manera, se ha propiciado 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 las personas de disfrutar de más años con calidad de vida, la percepción y conciencia de los problemas al igual que de la posibilidad de la participación colectiva en la solución de los mismos.

Desde esta perspectiva, los estudios epidemiológicos realizados por el INSM en Lima, la sierra y la selva han mostrado que el principal problema del país percibido por la población, tanto masculina como femenina, es el desempleo (en alrededor del 50% de la población), seguida en menor proporción por la pobreza. Asimismo, es considerada la corrupción, la violencia y la inestabilidad política, pero en cantidades menores. Es generalizada en las ciudades estudiadas la gran desconfianza hacia las autoridades políticas (alrededor del 90%) y las autoridades policiales

(alrededor del 60% en Lima y la selva, y más del 70% en la sierra). El sentimiento de desprotección del Estado es alto, siendo 76,0% para Lima, 79,9% para la sierra y 72,4% para la selva.<sup>2,3,4</sup>

Es llamativo el nivel de desconfianza en los vecinos en la sierra (60,9%) y la selva (63,1%), lo que revela de alguna forma una situación crítica si consideramos la confianza como eje del desarrollo de las comunidades andinas y selváticas. En el caso de Ayacucho, el nivel de desconfianza frente a los vecinos pudo haber sido influido por la situación política y la polarización entre los grupos en conflicto. Con respecto a los estados anímicos negativos prevalentes, Lima reveló un porcentaje más elevado en comparación con las otras ciudades, siendo llamativos los estados de tensión.

Estos estudios han encontrado que las situaciones que generaban los niveles más altos de estrés, tanto en hombres como en mujeres, estaban relacionadas principalmente con el aspecto económico (39,7%) para Lima, y la salud en la sierra y la selva. El estrés ambiental se encuentra alto en todas las ciudades, particularmente las de la selva (54,8%). Estos resultados han sido más elevados que los encontrados en los estudios en adolescentes realizados por Perales y col. en 1996.<sup>11</sup> Asimismo, era significativa la proporción de personas insatisfechas con sus estudios (29,5% para Lima, 33,4% para la sierra y 34,5% para la selva) y con sus relaciones sociales (alrededor del 15%). Con relación a la satisfacción laboral, la satisfacción con la remuneración que se percibe es baja en una gran proporción de las poblaciones estudiadas (46,3% en Lima, 43,5 en la sierra y 35,4 en la selva). La insatisfacción vinculada al reconocimiento o trato que se recibe de los jefes en el centro laboral llega al 23,2% en Lima, 16,7% en la sierra y 13,0% en la selva. Respecto a los factores protectores de la salud mental en las poblaciones estudiadas de Lima, la sierra y la selva, la familia es la principal fuente de soporte psicosocial (alrededor del 70%). También se observó que, para la población, la religión constituye un recurso importante para enfrentar los problemas cotidianos.

Los estudios en la sierra y la selva mostraron que la percepción más importante de discriminación habida alguna vez en la vida tuvo que ver con el aspecto socioeconómico y el nivel educativo: alrededor de 11% y cerca del 10%, respectivamente. Por otro lado, en el último mes, entre el 10% y el 30% de las poblaciones había percibido significativamente sentimientos anímicos negativos.<sup>3</sup>

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.\* Un estudio de salud mental realizado en poblaciones altoandinas de Huanta, en Ayacucho, evaluando el impacto de la violencia política en la población, encontró una prevalencia general de trastornos mentales del 73% y que el 24,8% de la población mayor de 14 años había sufrido de estrés post-traumático.<sup>20</sup> Los estresores relacionados con estos resultados no sólo se derivan de la exposición diferencial a la violencia política, sino de la estructura de la sociedad, como la desigualdad social y la exclusión, la extrema pobreza, y la discriminación racial y étnica. Los estudios epidemiológicos de salud mental 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, fueron 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, la cifra de pérdidas personales se encontró en 12,2%, 8,8% y 7,1%, respectivamente. Estas experiencias se han asociado con un incremento en la morbilidad psiquiátrica.<sup>4</sup>

## 2.2 VIOLENCIA FAMILIAR

A pesar de la alta prevalencia del problema de la violencia familiar en nuestro país, aún carecemos de adecuada infraestructura, particularmente en medios rurales, donde los costos y

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

procedimientos tanto médicos como judiciales, aunados a las creencias y mitos sociales, impiden que las mujeres víctimas de violencia reciban ayuda adecuada.<sup>21</sup> Un estudio de violencia contra la mujer en el ámbito de Lima Metropolitana, realizado en 1999, da cuenta que la tasa de violencia en general era del 20% en la pareja, siendo el agresor, en más del 80% de los casos, el conviviente o el esposo; y la casa, el escenario de la conducta violenta.<sup>22</sup>

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2000)<sup>23</sup> encontró que el 34% de las mujeres vive o ha vivido situaciones de control; el 48% vive o ha vivido situaciones humillantes, el 25% vive o ha vivido situaciones de amenaza; 41 de cada 100 mujeres han sido empujadas, golpeadas o agredidas físicamente por su esposo o compañero. El estudio en mención añade que la mayor incidencia de maltrato infantil se registra en lugares de mayor pobreza y exclusión social. Asimismo, se relaciona con el bajo grado de instrucción de los padres. Los factores de riesgo que propician situaciones de maltrato no sólo están relacionados con los efectos de la difícil situación económica de las familias y el desempleo, sino también con la tolerancia que existe en nuestra cultura frente al castigo corporal.

Una investigación en el 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>24</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 84,7% de las víctimas fueron mujeres, frente al 15,2% de varones, y que los niños (menores de 15 años) afectados por la violencia familiar representaban el 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. Los motivos para la agresión fueron los celos en el 26,2% de los casos, problemas familiares en el 38,9% y problemas económicos en el 11,9%; el 4,5% reportaba agresión sexual. El 59,3% de los encuestados estaba ecuánime al momento de la agresión, 35,6% había ingerido alcohol y el 4,6% alcohol y otras drogas. Esto confirma los reportes de estudios que han asociado el abuso de sustancias con la conducta violenta.<sup>25,26</sup> El alcohol y las otras drogas pueden estar asociados con la violencia debido a factores farmacológicos, psicológicos y sociológicos que pueden modificar la expresión de conducta intoxicada o agresiva. Las implicancias de esto en la sierra y la selva son notables debido al alto consumo de alcohol en dichas regiones.

Con respecto a la violencia en la mujer, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del año 2002 incluyó como indicadores: intentos o actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, verbales o situaciones de abandono, y el haber sido objeto de éstos alguna vez en la vida y en el último año. En general, las mujeres casadas o convivientes sufren considerablemente más problemas de salud mental que los hombres, convirtiéndose de por sí en un grupo vulnerable, más aún la mujer maltratada. El 65,8% de las entrevistadas refirieron haber sido objeto de algún tipo de abuso en su vida, siendo el más frecuente la violencia psicológica. Este estudio encontró que el maltrato en la mujer está generado por celos, actitudes machistas, pareja controladora y arranques de violencia. La prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual fue de 47,0%. Sin embargo, una de cada cinco mujeres actualmente unidas es maltratada sistemáticamente, es decir, sufre diversas agresiones con una frecuencia de una a dos veces por mes. En general, la mujer maltratada tiene alrededor de dos veces el riesgo de padecer de algún trastorno psiquiátrico, incluyendo indicadores suicidas en comparación con las que no son maltratadas. Mientras que el 15,4% de las mujeres unidas sufre de algún episodio depresivo en los últimos 6 meses, esta cifra se eleva a 27,4% en el caso de las mujeres sistemáticamente maltratadas (una o dos veces al mes).

Un hallazgo importante es que en muchos casos estas características de maltrato o violencia se habían iniciado desde el periodo de enamoramiento con sus parejas, siendo las más prevalentes los celos de la pareja (50%), arranques de violencia (11,3%) y cualquier tipo de maltrato (69%). En la población de mujeres maltratadas en forma sistemática, la presencia de algún tipo de maltrato durante el periodo de enamoramiento asciende en estas mujeres a un 85,3%.<sup>2</sup>

La prevalencia de vida de maltrato a la mujer por la pareja actual reportada en Lima, Cajamarca y Huaraz, se encuentra entre 40 y 47%. Sin embargo, en Ayacucho, Iquitos, Pucallpa y Tarapoto las cifras son considerablemente mayores, encontrándose una prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual que va desde el 59,1% hasta el 63,8%. A pesar de esto, las prevalencias de violencia sistemática son mayores en Lima en comparación con la sierra y la selva, siendo una causa hipotética el nivel de estrés que se vive en la gran metrópoli.<sup>2,3,4</sup>

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

Uno de los primeros estudios epidemiológicos psiquiátricos fue el realizado por Mariátegui y colaboradores en el distrito de Lince (Lima) en 1969, a través de 2 901 encuestas, en el cual encontró una prevalencia de trastornos psiquiátricos del 18,75%, siendo para psiconeurosis como un todo el 5,48% y para alcoholismo el 1,76%. El más frecuente de estos problemas fue la neurosis de angustia con el 1,79% (a su vez la más frecuente de todas las patologías), la reacción ansiosa con el 1,45% y la reacción depresiva con el 0,97%.<sup>27</sup>

Luego, en 1983, en el distrito de Independencia (Lima), Minobe y colaboradores, sobre un total de 814 individuos, utilizando el DIS/DSM-III,<sup>28</sup> encontraron una prevalencia de vida<sup>29</sup> y a seis meses<sup>30</sup> de algún desorden psiquiátrico en un 32,1% y 22,9% respectivamente. Después de los problemas con el uso de alcohol, le seguían en frecuencia los trastornos afectivos (depresión mayor y menor) con una prevalencia de vida de 13,2% y una prevalencia a seis meses de 8,6% (2,2% varones y 6,4% mujeres) y los trastornos de ansiedad con una prevalencia de vida de 11,1% y una prevalencia a seis meses de 8,1%. Además, este estudio encontró prevalencias para el trastorno de personalidad antisocial del 3,1%, para deterioro cognitivo severo del 1,5%, y para esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme del 0,6%. Después de este estudio no se realizaron investigaciones de esta naturaleza 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 trastornos 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>31</sup>

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» en 43 distritos de Lima y Callao, en una población de 2 077 personas adultas, encontró una prevalencia actual y una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico de 23,5% y 37,3% respectivamente, correspondiendo una prevalencia de vida de 18,2% al episodio depresivo, 9,9% al trastorno de ansiedad generalizada, 7,9% a la fobia social, 6,0% al trastorno de estrés postraumático, 3,7% al trastorno de pánico, 3,4% a la agorafobia sin trastorno de pánico, 1,6% al trastorno obsesivo-compulsivo, 1,2% a la distimia, 1,1% a la agorafobia con trastorno de pánico, 1,0% a los trastornos psicóticos y 0,1% al trastorno bipolar.<sup>2</sup>

Los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental en la Sierra (2003) y la Selva (2004) encontraron una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico de un 37,3% y 39,3% respectivamente,<sup>3,4</sup> sin embargo, esta prevalencia se halló en 50% para el caso de la ciudad de Ayacucho. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la sierra y en la selva han sido el episodio depresivo con 16,2% y 21,4 respectivamente, seguido del trastorno de estrés postraumático con el 12,8% y 8,9% respectivamente.

El presente estudio evaluó la prevalencia de vida, a doce meses, a seis meses y actual de los principales trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).<sup>32</sup>

## 2.4 ADICCIONES

Las adicciones generan graves problemas sociales, afectan a una gran parte de la población y son altamente costosas. Los costos humanos y económicos relacionados con la morbilidad y mortalidad ocasionada por las drogas neutralizan cualquier ganancia monetaria que los gobiernos puedan obtener mediante impuestos y otras medidas económicas en ese campo.<sup>33</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>34</sup> Las adicciones, sin embargo, incluyen no sólo el consumo de sustancias psicoactivas, sino todo acto consciente que involucra cambios en la conciencia, humor, pensamiento y conducta para continuar realizando un acto que produce efectos nocivos en la salud física y mental del sujeto y su entorno.

El problema de las adicciones se viene arrastrando desde hace décadas. El estudio de Independencia realizado hace 20 años encontró 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>29,30</sup> Tal situación ha sido confirmada ampliamente en los estudios nacionales realizados desde 1988 hasta 1998, siendo los últimos generados por el mismo Gobierno peruano. En el estudio de 1998, la cifra de dependientes a 30 días oscilaba en alrededor del millón de peruanos.

En el 2002, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental reveló que la prevalencia de vida del consumo de sustancias no alcohólicas legales se encontraba en 71,6%, mientras que con las sustancias no alcohólicas ilegales se encontraba en un 7,8%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (69,5%), mientras que la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (6,3%), seguida de la cocaína (3,9%). El consumo actual (en la última semana) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se halló en un 22,0% y 0,2% respectivamente.<sup>2</sup> La prevalencia anual de uso perjudicial o dependencia de alcohol se encontró en 5,3%. Según la II Encuesta Nacional Sobre la Prevención y Consumo de Drogas 2002 por DEVIDA, la prevalencia de vida de alcohol y tabaco era de 94,2% y 68% respectivamente, por lo que se concluía que más de once millones de peruanos habían probado alcohol y más de ocho millones habían consumido tabaco.<sup>35</sup> Los estudios epidemiológicos de la sierra (2003) y de la selva (2004) realizados por el INSM con respecto a los trastornos por el uso de alcohol encontraron datos muy preocupantes; la prevalencia anual de abuso o dependencia de alcohol hallada fue de 10,5% y 8,8% respectivamente.<sup>34</sup> En la población de Ayacucho dicha prevalencia es del 15% en general y 27,8% en el caso de los varones.<sup>36</sup>

## 2.5 EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento progresivo de las poblaciones tendrá un impacto más 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; se calcula que en el 2010 esta población será del 9,6% y para el 2020, del 12,4%.<sup>37</sup> En el Perú, según el último censo del INEI-2005, el 8,77% de la población está conformada por adultos de 60 años o más.<sup>38</sup> En la actualidad, se ha estimado que hay más de 2 millones 300 mil, y en 1995 se proyectaba que para el 2020 la población de adultos mayores estaría en alrededor de los 4 millones.

El crecimiento acelerado de la población senescente en América Latina y el Caribe obliga a revisar las políticas de servicios para los ancianos, planteando la necesidad urgente de estructurar áreas específicas que cubran los requerimientos relacionados a salud, nutrición, educación y

vida social, entre otros. Por otro lado, siendo 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 confluyen factores biológicos, psíquicos y sociales que influirán no sólo en la expectativa de vida sino también en la calidad de la misma. Asimismo, es pertinente resaltar que en esta edad es frecuente la polipatología y la presencia de enfermedades crónicas degenerativas. Con relación a la salud mental, cabe destacar el predominio de alteraciones cognoscitivas, depresión y suicidios consumados.

Al respecto, el Estudio Epidemiológico de Salud Mental, realizado en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002, encontró que la prevalencia de deseos de morir en el último mes fue del 6,2 %, mientras que ningún adulto mayor de la muestra intentó suicidarse en ese periodo; similar hallazgo se encontró en la selva. En la sierra, la prevalencia de deseos de morir en el último mes fue de 11,1%. En Lima, la prevalencia actual del episodio depresivo fue del 9,8 %, mientras que para la sierra y la selva fue de 3,9% y 2,4% respectivamente. Por otro lado, los estudios de Lima, la sierra y la selva revelaron algún grado de deterioro cognoscitivo para aquellos adultos mayores con 8 o más años de instrucción: alrededor de 10,5% (punto de corte de  $d > 21$ ), 7,7 (punto de corte de  $d > 22$ ) y 16,1% (punto de corte de  $d > 22$ ) respectivamente, de la población adulta mayor de 60 o más años.

La discapacidad o inhabilidad, como se menciona más adelante, se refiere a la pérdida de la capacidad de funcionar de la persona en su cuidado personal, en su medio social, familiar u ocupacional. En Lima, el 37% de los adultos mayores presenta alguna discapacidad o inhabilidad, con predominio del género femenino (39,3%). En el caso de la sierra, la prevalencia de al menos algún grado de discapacidad o inhabilidad se encontró en un 44,9% de las personas, con predominio del género masculino (47,4%). En la selva, la presencia de algún tipo de discapacidad se encontró en 28,5%, siendo similar en varones y mujeres.

En nuestro medio no se habían realizado estudios epidemiológicos de salud mental en este grupo poblacional de fronteras, y poco o nada se conoce acerca del deterioro cognoscitivo en esta región.

## 2.6 INDICADORES SUICIDAS

Los estudios realizados por Perales y colaboradores en 1995 y en 1996 en los distritos del Rímac<sup>10</sup> y Magdalena<sup>11</sup> mostraban cifras preocupantes, que los resultados del EEMSM-2002<sup>2</sup> realizados en Lima y Callao sobre indicadores suicidas, no sólo confirman sino que muestran una tendencia generacional a incrementar. La prevalencia de vida de deseos de morir en el adulto, el adolescente y el adulto mayor se encontró en 30,3%, 29,1% y 27,8% respectivamente, lo que sugiere que, si en la actualidad la prevalencia de vida del adolescente es similar a la del adulto y superior a la del adulto mayor, estamos ante un incremento sustantivo de estas tendencias. Asimismo, la prevalencia anual de deseos de morir se encuentra más alta en los adolescentes (15,3%) en comparación con los adultos (8,5%) y los adultos mayores (12,2%). Los adolescentes que han presentado deseos de morir en el último año acusan como motivo principal los problemas con los padres, mientras que los adultos los relacionan principalmente con problemas de pareja.

Estos hallazgos son coherentes con la prevalencia puntual del episodio depresivo, que en el adolescente asciende a 8,6%, mientras que en el adulto se sitúa en 6,6%. En el caso de la sierra y la selva, las cifras de vida de deseos de morir alguna vez en la vida fue de 34,2% y 32,5% respectivamente; en el caso del adulto mayor fue de 24,3 y 33,3%, mientras que para el adolescente se halla en 29,6% y 25,4% respectivamente. Los intentos suicidas han sido mayores en Lima en comparación con la sierra y la selva, con una prevalencia de vida de 5,2%, 2,9% y 3,6% respectivamente.

No ha habido estudios sobre indicadores suicidas en las ciudades de fronteras. Así como en el estudio de la sierra y la selva, se incluirán como indicadores suicidas, no sólo los deseos de

morir y el intento suicida, sino también la presencia de pensamientos activamente suicidas, con la intención de profundizar aún más en la conducta suicida.

## 2.7 CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL

Se han utilizado diferentes indicadores para evaluar la calidad de vida: por un lado, los relacionados con la salud referidos a la percepción que tienen los pacientes de los efectos de las enfermedades y sus tratamientos; por otro lado, se viene dando énfasis a la percepción de los aspectos positivos de la salud en el sentido de bienestar.<sup>39</sup> Para el presente estudio se ha asumido este último enfoque. En efecto, la consideración de aspectos positivos de la salud mental, como la calidad de vida, junto con los tradicionales enfoques de enfermedad (o aspectos negativos) anticipan la aproximación a una ciencia del bienestar (Cloninger, 2002)<sup>40</sup> que, en opinión de algunos autores, facilitará la implementación de actividades promotoras de la salud como parte de los cuidados clínicos y de la salud pública.<sup>41,42</sup>

Para ello se ha utilizado el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores,<sup>43</sup> que evalúa diez áreas para determinar la calidad de vida, empleando una escala de 10 puntos, donde 10 es excelente. Para el estudio de Lima Metropolitana, la media para el grupo adulto fue de 7,63, mientras que para la sierra y la selva, la media se halló en 7,80 y 7,60 respectivamente. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana se encuentra una valoración consistentemente más alta en el funcionamiento ocupacional y más baja en el apoyo comunitario; asimismo, la valoración de la calidad de vida está relacionada con el sexo, el nivel educativo, el estado civil y el nivel de pobreza.

## 2.8 TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD

Los desórdenes psiquiátricos 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>44</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>45</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 así mismo el más bajo porcentaje para la recuperación de la total capacidad social y del trabajo.<sup>46</sup> Según esta misma información, la población discapacitada en el Perú ascendería a alrededor de 1 500 000 a 2 000 000 de personas, de las cuales aproximadamente 500 000 a 600 000 serían niños y adolescentes. Esta población suele ser discriminada y excluida de determinadas esferas sociales, generando dificultades en el desarrollo personal y en la integración social.

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>47</sup>

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

## 2.9 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Los estudios sobre acceso a los servicios de salud mental sostienen que éste se ve afectado principalmente en personas de menor recurso económico, cultural y lingüísticamente diferenciado,

y con niveles educativos bajos.<sup>48</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. El estudio sobre acceso a servicios de salud mental en Lima y el Callao confirmó la importancia de los aspectos culturales para el acceso a los servicios de salud mental, siendo aún más importantes que los aspectos económicos.<sup>49</sup>

En Lima, del total de la población que reconoce haber padecido problemas de salud mental, el 23,6% accedió a los servicios de salud. Los aspectos que se encontraron relacionados a acceso fueron: edad, estado civil, comunicación familiar, compromiso religioso y pertenencia a un sistema de seguro. Los motivos que adujeron los informantes para no buscar atención fueron, en orden de frecuencia: «lo debía superar solo» (59,4%), «no tenía dinero» (43,4%), «falta de confianza» (36,9%), «duda del manejo del problema por los médicos» (30,8%), entre otros; se remarca la influencia de los factores culturales y, en cierta medida, económicos. El factor pobreza no se encontró asociado estadísticamente al acceso, lo que hace suponer que priman los aspectos culturales a todo nivel.

En el caso de la sierra y la selva peruanas, 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% y el 14,3% de la sierra y la selva respectivamente, accedió a servicios de salud. Al igual que en Lima, la mayoría alude como motivo de no acceso el que «lo debía superar solo» (50,2%). Otra referencia con que se cuenta para evaluar este aspecto es el estudio sobre Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú realizado a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 (INEI), el cual encontró que las poblaciones con menores ingresos, rurales, con necesidades básicas insatisfechas, eran las que accedían menos; sin embargo, esta encuesta está dirigida sólo a problemas físicos y no ha considerado ninguna pregunta acerca de la salud mental.<sup>50</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, y mayor en la zona urbana que en la rural, tendiendo a aumentar con el nivel de ingresos.<sup>51</sup> Como vamos viendo, en el caso de la salud mental intervienen otras variables socioculturales.

El acceso a servicios de salud mental ha sido medido tanto a través de la morbilidad sentida (es decir, aquellas personas que han percibido en sí mismas 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 Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de vida y pobreza (ENAH0), realizada durante el IV trimestre del 2001, encontró que a nivel nacional la pobreza total se encontraba en 54,8%, y la pobreza extrema en 24,4%.<sup>52</sup> De las ciudades costeras seleccionadas para este estudio, los departamentos de Piura, La Libertad y Ancash corresponden a los clasificados por el INEI como de pobreza alta, mientras que los departamentos de Ica y Arequipa son considerados de pobreza media. Esto da una oportunidad para el estudio diferenciado por departamentos en la búsqueda de factores que discriminen mejor qué factores pueden estar interviniendo en la referida asociación.

La relación entre la pobreza y la salud mental crea un círculo vicioso: por un lado, la pobreza y sus condiciones afectan la salud psicológica o mental de las personas; y ésta, a su vez, influye en la economía de las familias –costos y producción.<sup>5</sup> La OMS, en su informe anual de salud del año 2001, enfatizó la relación entre la pobreza y la salud mental, en especial con el episodio depresivo.<sup>5</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>53</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 de pobreza y la presencia de disturbios emocionales severos en los distintos lugares estudiados,<sup>54</sup> lo que confirma la necesidad de realizar estudios por regiones.

En nuestro medio, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en la ciudad de Lima y Callao en el año 2002, encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza y trastornos ansiosos y depresivos, tanto en la percepción de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas como con la medición a través de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBIs). De esta manera, la prevalencia a 6 meses de trastornos depresivos (episodio depresivo o distimia) se encontraba en 6,6% entre las personas que manifestaron que podían satisfacer sus necesidades básicas y otras necesidades con sus ingresos familiares, mientras que dicha prevalencia se encontraba en 19,5% entre las personas que no podían satisfacer sus necesidades básicas nutricionales (pobres extremos).<sup>2</sup> En el caso de la sierra, esta asociación no ha sido tan clara, por lo menos para la percepción de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares.<sup>3</sup> Una explicación posible es que en la interacción entre la pobreza y la salud mental participen otras variables particulares a 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. En el caso de la selva, 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% entre los más pobres frente a 15,8% entre los menos pobres.<sup>4</sup>

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

## 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 de que, por ejemplo, la separación de los padres, las amenazas de éstos a sus niños con abandonarlos, el excesivo control del comportamiento de los niños y el descuido en la atención a los mismos, entre otras cosas, provocarían disturbios emocionales en la adultez.<sup>55</sup> El EESMSP 2003 realizado en la sierra 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 han recibido estilos de crianza negativos. El maltrato infantil (percepción de haber recibido más castigos de lo que se merecían) tiene el impacto más notable en todos los trastornos; sin embargo, también resalta la falta de ternura entre la persona y sus padres, en particular para los trastornos depresivos.<sup>3</sup>

La finalidad de la presente investigación es ampliar el estudio de esta relación en las ciudades fronterizas; para lo cual, en la encuesta del estudio epidemiológico, se han incluido preguntas sobre los eventos de vida adversos y estilos de crianza, para luego confrontarlos con los datos obtenidos con la prevalencia de desórdenes mentales. No hay estudios en la región a estudiar que hayan explorado este aspecto en la población objetivo.

## 2.12 ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

Las necesidades de salud de la población peruana 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>56</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 oficiales, recurriéndose a otros sistemas alternativos como los que ofrece entre otros la medicina tradicional o popular.<sup>57</sup>

La bibliografía peruana es rica en calidad, cantidad y variedad en esta área, gracias a estudios realizados por científicos peruanos y extranjeros en los últimos 50 años.<sup>58</sup> Por otro lado, los estudios de orden social, médico y folklórico sobre medicina tradicional o popular no han sido programados con un rigor metodológico<sup>59</sup> que permita una sistematización de ellos; así, tampoco se había realizado antes un estudio epidemiológico en el que se intentaran explorar no sólo los síndromes socioculturales, sino también los agentes que los resuelven, sus estrategias diagnósticas y de tratamiento. También se ha explorado, aunque en forma incipiente, la espiritualidad y religiosidad popular, pero como espacio de resistencia e identidad a la vez que de integración y de solidaridad.<sup>60</sup> Finalmente, aunque por ahora a modo de conclusiones de tipo hipótesis, se presentan algunos resultados de este módulo.

El EESMSP 2003 encontró que los síndromes folklóricos descritos desde antaño por los investigadores en medicina tradicional en el área de la 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>3</sup>

Así como en el Estudio Epidemiológico de la sierra y la selva, en las ciudades de fronteras se ha pretendido explorar aspectos en relación a la medicina tradicional y psiquiatría folklórica investigando variables importantes como: los agentes de la medicina tradicional, los síndromes clínicos populares o folklóricos y los métodos diagnósticos, los métodos terapéuticos y la correlación entre síntomas y signos clínicos con 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 un tanto el proceso de la discriminación.

Un número importante de estudios internacionales respaldan la importancia de la relación entre discriminación y salud mental. La discriminación como estresor psicosocial es considerada entre los estresores secundarios más importantes asociados a eventos estresores mayores, como la pérdida del trabajo o la exposición a la violencia.<sup>61</sup> Entre los motivos de discriminación de los que se ha hallado relación con la salud mental se encuentran el género, la orientación sexual,<sup>62</sup> la raza,<sup>63</sup> el grupo étnico,<sup>64</sup> el estatus social<sup>65</sup> e incluso la condición de salud mental en sí misma,<sup>66</sup> sin considerar formas más sutiles como la belleza física, la edad, etc.

Las medidas de salud mental empleadas para medir los efectos de la discriminación han sido el distrés psicológico, la satisfacción de vida, el sentimiento de felicidad, síntomas de ansiedad o depresivos.<sup>64</sup> Al parecer la prevalencia de la discriminación sería alta. Según un estudio

epidemiológico realizado en los EE.UU.<sup>65</sup>, la gran mayoría de las personas ha experimentado algún tipo de discriminación mayor en su vida, y un tercio considera experimentarla en algún momento en el día a día. Por ejemplo, según este estudio, el 48% de los encuestados percibe en algún momento que las personas actúan como si ellas fueran inferiores; un 40% percibe en algún momento un mal servicio en restaurantes o tiendas, y un 43% percibe en algún momento que las personas actúan como si ellas no fueran inteligentes.

Tanto en el estudio epidemiológico de salud mental de la sierra como de la selva, 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% y 11,8% respectivamente. El segundo tipo de discriminación más frecuente en ambos casos fue el nivel educativo. En la sierra, las principales áreas de discriminación para las mujeres fueron el sexo (11,7%), el nivel educativo (11,3%) y la condición económica o social (10,9%). En la población masculina de la sierra, 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, las áreas más importantes de discriminación en la población femenina fueron la condición socioeconómica (11,7%), el nivel educativo (10,1%) y el 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>3,4</sup> En las regiones objetivo no se cuenta con estudios que hayan explorado estos problemas.

## 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 el trabajo, en la práctica, es todavía insuficiente.<sup>67,68</sup> El estigma afecta a la personas con problemas de trastornos mentales y 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. Uno de los usos de los resultados del presente estudio debe ser sentar las bases para la introducción de proyectos de intervención que reduzcan los efectos negativos de los factores psicológicos relacionados con el estigma de las personas con problemas mentales y sus familiares.<sup>69,70</sup>

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

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

Podemos resumir las consecuencias del estigma en la siguiente forma:

- Aislamiento social.
- Desesperanza.
- Temor hacia los pacientes con esquizofrenia.

- Desprecio y rechazo.
- Menores oportunidades de empleo.
- Tratamientos inadecuados.

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

- Reducir los síntomas que la persona experimenta con el uso de un tratamiento farmacológico.
- Reducir las consecuencias adversas de la enfermedad.
- Mejorar la competencia social del individuo.
- Incrementar el soporte familiar y social en las áreas de empleo, labores hogareñas, socialización y recreación.<sup>71</sup>

El *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras: Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes* se presenta en el marco del diagnóstico de la salud mental en el Perú que iniciara el IESM en el año 2002, y que tiene proyectado cubrir las principales ciudades del país. En este informe se incluyen los resultados principales a nivel general de las cinco ciudades y algunos indicadores por ciudad. En un futuro próximo se realizarán los informes de cada ciudad y publicaciones a profundidad sobre temas específicos.

### III. OBJETIVOS

Presentamos los objetivos generales de cada uno de los diferentes sub-proyectos troncales.

- Conocer la magnitud de los potenciales de la salud mental, tales como sentimientos prevalentes de la población, conductas sociopáticas, nivel de cohesión y soporte familiar, calidad de vida, discapacidad, discriminación, manifestaciones de distrés emocional, etc. de las poblaciones de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Determinar la prevalencia de indicadores suicidas en adultos, adultos mayores y mujeres, así como en grupos específicos, tales como mujeres maltratadas, en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Conocer la magnitud de los factores asociados a la violencia familiar y la vinculación al área de las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Determinar la prevalencia, aspectos clínicos, factores de riesgo y protección relacionados a la conducta adictiva en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Conocer las características sociodemográficas, la prevalencia de los trastornos mentales y físicos más frecuentes, y los aspectos relacionados con la salud mental en general de la población mayor de 60 años en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Determinar la magnitud, factores de riesgo y factores asociados al trastorno depresivo, ansiedad e indicadores suicidas en adolescentes mayores de 12 años, en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Determinar la prevalencia y características de los trastornos de la alimentación, y sus factores de riesgo y protección, en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Estimar la prevalencia de los trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Estimar la prevalencia de los trastornos depresivos (distimia, depresión mayor), en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Estimar la prevalencia de los trastornos psicóticos (síndrome psicótico y trastorno bipolar), así como aspectos relacionados con la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales, en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.

- Determinar la magnitud y los factores que se asocian, influyen o interfieren en el acceso equitativo de personas con problemas de salud mental a la atención de salud (tanto en forma general como en patologías psiquiátricas específicas), en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Determinar la magnitud y la relación que existe entre el nivel socioeconómico, expresado en la presencia o ausencia de pobreza, y los problemas de salud mental en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Explorar aspectos sobre medicina tradicional, tales como agentes de la medicina tradicional, síndromes clínicos populares o folklóricos, métodos diagnósticos, métodos terapéuticos y correlación entre síntomas y signos clínicos de los síndromes populares o folklóricos con los síndromes clínicos psiquiátricos, en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Identificar las actitudes del estigma contra los trastornos mentales en las poblaciones de las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en el 2005.
- Explorar la relación entre los eventos de vida infanto-juveniles y la salud mental en la población adulta de las ciudades de Bagua, Puno, Tacna y Tumbes, en el año 2005.
- Explorar la percepción y las actitudes de la población de zonas fronterizas frente a los países vecinos y sus costumbres en el marco de una eventual integración fronteriza, así como su vinculación con aspectos de salud mental.

## IV. METODOLOGÍA

El *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005* consta de diversos temas y, como se mencionó, involucró a las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes. En la sección de procedimientos se incluirán, por lo tanto, los procedimientos generales para todas las ciudades mencionadas, con la intención de mantener el concepto general del estudio.

### 4.1 TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO

Tipo descriptivo epidemiológico de corte transversal.

### 4.2 DISEÑO MUESTRAL

#### 4.2.1 Población de estudio

La población investigada comprendió de manera general a las personas mayores de 12 años, residentes en viviendas particulares, de las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes.

Estas cinco ciudades son consideradas prototipo de las zonas fronterizas para el desarrollo de la investigación, considerándolas como cuatro grupos culturales diferenciados.

#### 4.2.2 Niveles de inferencia

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

#### 4.2.3 Marco muestral y unidades de muestreo

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

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

#### **Unidades primarias de muestreo:**

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

#### **Unidades secundarias de muestreo:**

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

#### **Unidades finales de muestreo:**

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

### **4.2.4 Estratificación**

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

### **4.2.5 Tipo de muestra**

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

### **4.2.6 Tamaño y distribución de la muestra**

La muestra constó de 6 324 hogares para adultos, adolescentes y mujeres unidas, y de 7 728 hogares en total para los adultos mayores.

Con el fin de asegurar un nivel de precisión más o menos constante en cada una de las ciudades en investigación, se optó por distribuir la muestra en partes iguales, en las ciudades de Puno, Tacna y Tumbes, correspondiendo 1 404 para adultos, adolescentes y mujeres unidas y 1 872 hogares para los adultos mayores en cada una de ellas. En la ciudad de Puerto Maldonado la muestra fue menor, correspondiendo 1 104 hogares para adultos, adolescentes, mujeres unidas y adultos mayores; y en la ciudad de Bagua, la muestra fue de 1008 hogares.

En las ciudades de Puno, Tacna y Tumbes se seleccionaron 117 conglomerados. Dentro de cada uno de ellos, se tomaron 2 segmentos compactos de 8 viviendas cada uno, totalizando 16 viviendas por cada conglomerado. En la ciudad de Puerto Maldonado, se seleccionaron 69 conglomerados de 16 viviendas por cada conglomerado. En la ciudad de Bagua, se seleccionaron 48 conglomerados de 21 viviendas cada uno.

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

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

**TABLA 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA**

Ciudad y Distritos	UPMs	Número de Viviendas	
		Adultos, Adolescentes y Mujeres unidas	Adultos mayores
Bagua Grande	48	1 008	1 008
Tumbes	117	1 404	1 872
Puno	117	1 404	1 872
Puerto Maldonado	69	1 104	1 104
Tacna	117	1 404	1 872
<b>Total</b>	<b>468</b>	<b>6 324</b>	<b>7 728</b>

Fuente. INEI

### 4.2.7 Unidades de análisis

Adolescente de 12 a 17 años.

Mujer casada o unida, jefa de hogar o pareja del jefe del hogar.

Adulto de 18 años de edad o más.

Adulto mayor de 60 o más años.

### 4.2.8 Procedimientos de selección de la muestra

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

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

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

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

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

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

- i) Se determinó el número de viviendas ocupadas del conglomerado, tomado del registro elaborado por el personal de campo.

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

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

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

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

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

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

## V. DEFINICIÓN DE VARIABLES

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

### 5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS

**Edad.-** Registrada como variable cuantitativa continua según unidades de análisis.

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

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

**Nivel de instrucción.-** Se registran las categorías: sin instrucción, inicial/preescolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato, superior no universitario, superior, postgrado. Se presentan como alternativas múltiples y se miden como escala ordinal.

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

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

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

**Nivel de pobreza según necesidades básicas insatisfechas (NBIs).-** Respuestas a preguntas sobre el número de necesidades básicas insatisfechas (viviendas con características físicas inadecuadas, hogares en hacinamiento, vivienda sin servicio higiénico, hogares con al menos un niño que no asistió a la escuela, hogares con el jefe de hogar con primaria incompleta y con tres personas o más por receptor de ingreso). La medida es hecha conforme a una escala ordinal.

## 5.2 ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

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

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

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

**Estrés ambiental.-** Es el estrés que experimenta la persona, producido por estímulos del entorno físico en el que se desenvuelve, como por ejemplo, ruidos, mal olor, pobre ventilación,

espacios reducidos, etc. Se evalúa a través del grado de malestar que causa a la persona. Se mide a través de una escala ordinal.

**Opinión sobre los problemas del país.**- Es la apreciación subjetiva de la persona entrevistada acerca de cuáles son los principales problemas del país. Se mide en escala nominal.

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

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

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

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

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

**Uso de sustancias.**- Patrones de consumo de alguna sustancia psicoactiva que puede generar consumo perjudicial o dependencia. 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 no utilizado para el trabajo o estudios, en que se desarrollan actividades recreativas o sociales. Se mide en escala nominal.

## 5.3 TRASTORNOS CLÍNICOS

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

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

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

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

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

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

## 5.4 DISCAPACIDAD E INHABILIDAD

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

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

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

## 5.5 MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS

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

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

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

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

**Conocimientos sobre salud mental.-** Conocimiento general de aspectos relacionados con los principales trastornos psiquiátricos y su tratamiento. En la confección y elección de estas preguntas participó el equipo multidisciplinario de investigadores del INSM, conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales). Estas preguntas fueron ajustadas de acuerdo al ensayo piloto antes referido. Se miden los conocimientos con una escala nominal.

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

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

## 5.6 RELACIONES INTRAFAMILIARES

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

**Actitudes machistas.-** Comportamientos del varón en los cuales resalta la diferencia entre ambos géneros, marcando la superioridad masculina. Se miden con una escala nominal.

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

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

**Violencia hacia los niños.-** Son acciones nocivas verbales, físicas, sexuales o de indiferencia hacia el niño, que pueden generar daño y secuelas físicas y/o psicológicas. Es evaluada en una escala nominal.

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

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

**Violencia hacia la mujer.-** Son acciones físicas, sexuales, o psicológicas hacia la mujer que generan daño físico y/o psicológico. Se incluyen las amenazas, los chantajes emocionales, las humillaciones, las manipulaciones y el abandono. Se ha asumido como sinónimo de maltrato hacia la mujer. Es evaluada en una escala nominal.

**Violencia por abandono.-** Se refiere a situaciones en que a la persona no le han procurado medicinas, ropa adecuada, atención médica u otras necesidades básicas. Es asumida como sinónimo de maltrato por abandono. Es evaluada en una escala ordinal que mide la frecuencia del acto. Se mide con una escala nominal.

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

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

## 5.7 FUNCIONES COGNOSCITIVAS

**Actividades de la vida diaria.**- Son aquellas que se realizan cotidianamente e incluyen: uso del propio dinero, poder comprar cosas tales como ropa y comestibles, prender y apagar la cocina para preparar café o cocinar, mantenerse al día con los acontecimientos que ocurren en la comunidad, en el vecindario y en la familia, poder seguir y discutir un acontecimiento difundido en algún medio de comunicación, manejar los propios medicamentos, recordar compromisos, pasear solo(a) por el vecindario y encontrar el camino de regreso a casa, y poder quedarse solo(a) en casa. Las actividades de la vida diaria se miden con la escala de Pfeffer.

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

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

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

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

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

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

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

## 5.8 SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

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

«**Susto**».- Se produce cuando el espíritu abandona supuestamente su cuerpo debido a una experiencia o accidente grave que produce miedo. Se mide con una escala nominal.

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

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

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

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

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

- **Cuestionario de Salud Mental.**- Elaborado originalmente en Colombia\* y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la Institución, tanto para adultos<sup>10</sup> como para adolescentes.<sup>11</sup> 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 comprendía tanto poblaciones grandes como pequeñas; nacionales, regionales, departamentales, provinciales o distritales, resaltándose su adecuación cultural. Su aplicación resulta sencilla y no requiere de experiencia clínica experta. Sus secciones recogen información sobre uso de sustancias, conductas antisociales, síntomas de distrés emocional, conductas de auto y hetero-agresividad, soporte social, estresores psicosociales, etc.
- **Índice de calidad de vida.**- Elaborado y validado por Mezzich y colaboradores en una versión española<sup>72</sup>, se trata de un cuestionario compuesto de 10 ítems que recogen los aspectos de la calidad de vida más frecuentemente utilizados para evaluar el constructo «calidad de vida». Recoge aspectos como: bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independiente, ocupacional e interpersonal, apoyo socio-emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud, así como una valoración global. El instrumento fue adaptado en una versión para la población peruana.
- **EMBU (Egna Minnen av Bardoms Uppfostran)** (Propia memoria acerca de la crianza).- Es un instrumento aplicado en varios países de Europa para evaluar actitudes de crianza de los padres en personas adultas, y deriva en cuatro factores: rechazo, calor emocional, sobreprotección y favoritismo. Para el presente estudio se utilizaron sólo algunos ítems de carga más alta de cada uno de los factores identificados por Someya y colaboradores.<sup>73</sup>
- **Mini Mental State Examination (MMSE).**- Elaborado por Folstein<sup>74</sup>, es uno de los instrumentos de evaluación cognoscitiva más utilizados; evalúa aspectos de orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva.
- **Cuestionario de Pfeffer.**- Instrumento que mide aspectos cognoscitivos a través de un informante. Mide las actividades instrumentales de la vida diaria. Al usarla junto con el MMSE, detecta deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia. Ambos tests, usados conjuntamente, han mostrado una alta sensibilidad (95%) y especificidad (84%).
- **Cuestionario de violencia familiar.**- Se elaboró un cuestionario en el que intervinieron expertos de la institución en esta área y que tuvo como punto de partida otros cuestionarios

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

como el utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y comportamientos asociados, en Lima Metropolitana y Callao, de Anicama y colaboradores y el de la Encuesta Nacional de Hogares del INEI. Asimismo, se introdujeron modificaciones derivadas de las experiencias de Lima y la sierra.

- **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión española CIE-10\*<sup>75</sup>.**- Elaborada por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, es un instrumento basado en la CIE 10, que obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos. Ha sido validada por sus autores, habiendo mostrado una adecuada concordancia con instrumentos de evaluación importantes<sup>76</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 adaptada lingüísticamente a través del ensayo piloto, para personas residentes de cien viviendas provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. El instrumento fue adaptado para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis meses, además de la prevalencia actual de los principales desórdenes psiquiátricos. En la sierra y en la selva fue nuevamente validada lingüísticamente a través de pruebas de campo.
- **Cuestionario sobre determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. Adaptado y modificado.**- El Instituto Nacional de Estadística e Informática introdujo preguntas sobre acceso a servicios de salud para la Encuesta Nacional de Hogares 1998<sup>77</sup>. Algunas de estas preguntas fueron adaptadas para el modelo de la salud mental, agregándose otras más en base a la revisión de la literatura. La identificación del grupo de estudio se realizó a través de la pregunta: «¿Alguna vez en su vida ha tenido algún problema con sus nervios o de tipo emocional, como por ejemplo excesiva ansiedad, depresión o preocupación, dificultad para relacionarse socialmente o para controlar sus pensamientos o problemas relacionados al consumo de alcohol o drogas?». Si la respuesta era positiva, se ubicaba el último periodo en el que se había padecido el problema para establecer el tiempo de referencia de 12 meses e indagar sólo en ellos sobre la temática del acceso y sus características. A través de esta pregunta de auto-percepción se evalúa la demanda tal y como se comporta naturalmente.
- **Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).**- Elaborado por Garner y Olmsted.<sup>78</sup> El EDI-2 es un valioso instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Es un instrumento de tipo autoinforme, de fácil aplicación, que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Este inventario ha sido adaptado y validado en nuestro medio por los responsables del área respectiva, encontrándose en proceso de publicación.

## 6.1 DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL

La presente descripción del cuestionario incluye todos los capítulos del *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005*.

### 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

**6.1.2.1. Cobertura geográfica.**- La encuesta se realizó a nivel urbano en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes.

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

**6.1.2.2 Cobertura temporal.**- La encuesta se desarrolló durante los meses de junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 2005.

**6.1.2.3 Cobertura temática y periodos de referencia.**- La cobertura temática de la investigación comprende:

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

## 6.2 MÉTODO DE LA ENTREVISTA

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

## 6.3 PROCESOS DE VALIDACIÓN Y CALIDAD

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

### Tipos de Confiabilidad

**Coefficiente de consistencia interna:** A través del estadístico Alpha de Cronbach se determinó la medición de homogeneidad de un instrumento a través de su variabilidad. Los coeficientes Alpha definitivos oscilaron entre 0,65 y 0,94 para los diversos ítems.

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

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

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

- **M.I.N.I.: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.** Esta prueba evalúa diversos trastornos clínicos, tales como depresión, ansiedad, estrés postraumático, fobia social, agorafobia, entre otros. Los índices de concordancia entre la evaluación de un psiquiatra y la aplicación del instrumento a la misma persona, a través de estadístico Kappa realizada en estudios pilotos, han reportado cocientes entre 0,60 y 0,87, siendo mejor para los cuadros que reportaron mayores prevalencias.
- **Cuestionario de Salud Mental:** División de Comportamiento Humano del MINSA Colombia. Este cuestionario fue adaptado por Perales y colaboradores en el año 1995. A través del proceso de revisión exhaustiva por el equipo multidisciplinario de investigadores del IESM, conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales), fue reajustado de acuerdo al ensayo piloto antes referido y mejorado su contenido y fraseo para las poblaciones

específicas. Los grados de concordancia a través del estadístico binomial tuvieron una significancia menor al 1,6% en promedio (siendo lo aceptable menor al 5%).

- **Índice de Calidad de Vida: Mezzich y colaboradores.** Esta escala fue procesada psicométricamente con análisis factoriales, los mismos que discriminaron la independencia de los factores que componen el constructo calidad de vida.
- **Mini Mental State Examination (MMSE):** Orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva (Folstein). El MMSE fue validado estadísticamente, realizándose correlaciones entre preguntas de la prueba y criterios diagnósticos a través de otros instrumentos afines.
- **Cuestionario de Violencia Familiar:** La validación del contenido y el análisis de confiabilidad mayor a 0,85 fueron los indicadores metodológicos que dieron valor a la información recogida.
- **EDI-2:** Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Esta escala discriminó la integración de cada ítem con la prueba en general, a través del análisis de variabilidad de las respuestas.

## 6.5 ENTRENAMIENTO EN EL USO DE INSTRUMENTOS

### Actividades de capacitación.

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

La capacitación técnica de los supervisores y encuestadores fue responsabilidad de los investigadores del IESM. El objetivo era desarrollar el conocimiento profundo de la problemática a estudiar, orientándose a los temas de salud mental y a los posibles problemas a encontrar por la exploración de este tipo de temas. Asimismo, se puso énfasis en la técnica de la entrevista y los cuidados en ella. La capacitación incluyó revisar detenidamente el diligenciamiento de los cuestionarios y la realización de ensayos en el campo. La capacitación tomó 90 horas distribuidas en 9 días; en los dos primeros días se revisaron aspectos conceptuales y definiciones relacionadas con el tema de estudio; el 3er y 4to día se dedicaron al manejo de los cuestionarios; en el 5to, 6to y 7mo día se realizaron ensayos en campo y, finalmente, el 8vo día se dedicó a estandarizar los procedimientos y a discutir los aspectos operativos. Se tomaron 3 evaluaciones teóricas y una evaluación permanente de las prácticas en campo.

### Actividades de la prueba piloto.

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

### Actividades de la supervisión.

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

## 6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

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

# VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

- Se confeccionó un Manual del Encuestador, en el cual se especificaron las características de los cuestionarios, la organización del trabajo de campo, las funciones de los encuestadores, la

identificación y selección de viviendas, e instrucciones generales y específicas para el llenado del cuestionario. Se incluyó en él la Guía del Supervisor, en donde se especificaron sus funciones.

- Los encuestadores seleccionados fueron bachilleres de psicología, psicólogos o personas de alguna otra área de la salud, con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares, de preferencia en temas de salud mental.
- Los supervisores seleccionados fueron también bachilleres de psicología, psicólogos o personas de alguna otra área de la salud, con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares o que habían participado en el proceso de validación del instrumento. Los supervisores tuvieron la responsabilidad de la conducción técnica y administrativa de la encuesta y velaron por el control de calidad de la información. Los supervisores fueron seleccionados en proceso de capacitación entre los que habían obtenido las mejores evaluaciones.
- Se requirieron 20 encuestadores, 6 supervisores, un coordinador y un sub-coordinador de campo, los cuales trabajaron como equipo en cada ciudad.
- Recopilación de los datos.- Se empleó el método de la entrevista directa. Se entrevistó el hogar principal. Se hizo un registro de todos los miembros del hogar para determinar los criterios de inclusión de las cuatro unidades de análisis: una mujer unida, un adulto, un adolescente y un adulto mayor. Se eligió a la mujer unida, jefa del hogar o esposa del jefe del hogar. Si la jefa del hogar no era mujer unida se procedía a elegir a otra persona que si lo fuera, elegida al azar a través de una tabla suministrada.
- En un plazo de 6 semanas los encuestadores recogieron toda la información, considerándose un promedio de 2,5 viviendas por día.
- Se estructuró un programa para la consistencia y el control de calidad de los datos a ingresar en la base de datos, codificando los resultados. Los resultados de las encuestas fueron ingresados por 4 digitadoras, desde la segunda semana de iniciada la encuesta. Se hizo una doble digitación para eliminar errores en esta etapa.
- Se dio consistencia a los datos. La primera consistencia se realizó en el campo a través de los supervisores. Después de la digitación se procedió a una consistencia mecanizada a través del programa referido, el cual detectó omisiones e inconsistencias lógicas; se validaron variables, así como se identificaron valores extremos para su posterior verificación.

## VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

De las 7 728 viviendas que se planearon en el estudio de las cinco ciudades se logró ingresar a 7 404 hogares, siendo 7 151 ingresos completos (92,53%) y 253 incompletos (3,27%). El rechazo se presentó en 104 viviendas (1,35%), las ausencias en 131 (1,70%), habiendo desocupadas 14 viviendas (0,18%). El grado de apertura exitosa fue del 97,15%. No existieron problemas mayores y la colaboración de los entrevistados fue muy satisfactoria.

## IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

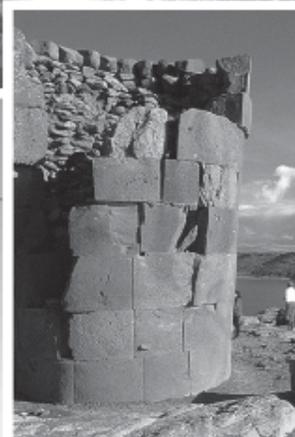
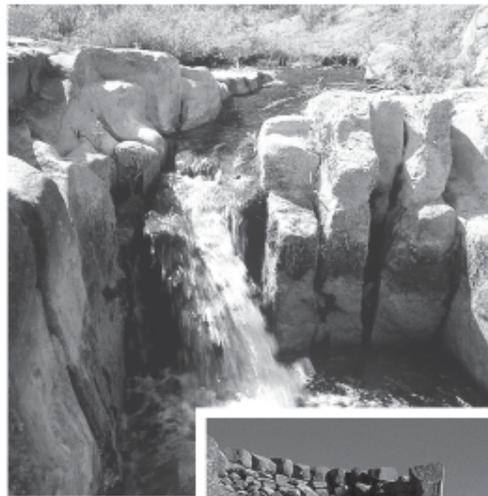
Para el presente informe se han analizado las características generales de la muestra y de cada una de las unidades de investigación, tales como edad promedio, grupos etarios, distribución por género, ocupación, educación, nivel socioeconómico según ingresos y nivel de pobreza.

Para ello se realizaron análisis estadísticos descriptivos, como frecuencias, medidas de tendencia central y las proporciones respectivas. Luego se procedió a describir a las personas con problemas de salud mental, por lo que se estimaron prevalencias.

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

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

# RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO EN FRONTERAS



ÍNDICE  
INTERACTIVO



## DATOS GENERALES DE LA MUESTRA



## DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

El objetivo de la encuesta consistió en ingresar a 7 728 hogares y entrevistar a través de módulos específicos a una mujer unida, preferentemente la jefa o esposa del jefe del hogar, un adulto, un adolescente y un adulto mayor. Estos tres últimos se eligieron al azar entre los miembros que reunían tales características. Por lo tanto, en algunas oportunidades, algunos de los entrevistados respondieron a más de un módulo. En la tabla 2 se presenta el número de encuestados por cada unidad de análisis en las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes.

**TABLA 2**  
**ENCUESTADOS SEGÚN UNIDADES DE ANÁLISIS DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

ENCUESTADOS	FRECUENCIA
ADULTOS	5 857
MUJERES UNIDAS	4 928
ADULTOS MAYORES	1 226
ADOLESCENTES	2 188

La muestra se distribuyó tomando en cuenta el tamaño de las poblaciones en las cinco ciudades, asegurándose que la representación considerara los niveles socioeconómicos de las poblaciones encuestadas. En la tabla 3 se presenta la población sobre la cual se han realizado las estimaciones según las ciudades.

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

CIUDAD	PONDERADO	%
BAGUA	17276	4,4
PUERTO MALDONADO	27786	7,0
PUNO	95272	24,0
TACNA	176685	44,5
TUMBES	80016	20,1
<b>TOTAL</b>	<b>397035</b>	<b>100,0</b>

Con respecto a la situación socioeconómica, se decidió evaluar los niveles de pobreza a través del método de necesidades básicas insatisfechas (NBIs), de modo similar al utilizado por el INEI, y un estimado subjetivo de la percepción de capacidad de cobertura de las necesidades básicas. En este sentido, se realizó una pregunta directa a la jefa del hogar o la esposa del jefe del hogar sobre si sus ingresos cubrían determinadas necesidades básicas. En la Tabla 4A observamos que, según la presencia de NBIs, el 30,9% de los hogares encuestados son pobres (presencia de 1 o más NBIs) y el 9,0% son pobres extremos (presencia de 2 o más NBIs) y, según la percepción de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares, el 30,7% de los hogares son pobres mientras que el 1,8% son pobres extremos (Tabla 4B).

**TABLA 4A**  
**NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS\* (NBI) DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

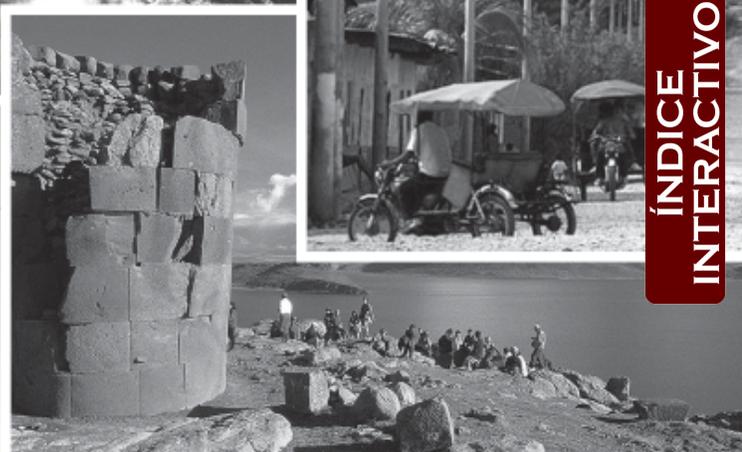
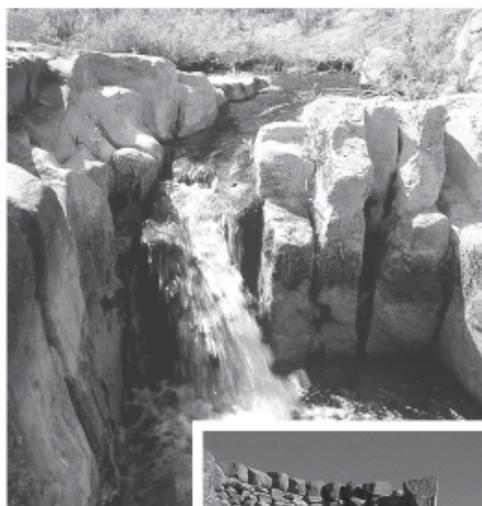
	NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	%
POBRES EXTREMOS	DOS Ó MÁS NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	9,0
POBRES	UNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	21,9
NO POBRES	NINGUNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	69,1

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

**TABLA 4B**  
**NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTOPERCEPCIÓN DE COBERTURA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTOPERCEPCIÓN DE CONSUMO		%
POBRES EXTREMOS	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	1,8
POBRES	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	28,9
NO POBRES BÁSICO	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO, ETC.	60,9
NO POBRES	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS NECESIDADES	8,5

# CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS





## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

El número de adultos encuestados fue de 5 857 y, acorde al diseño técnico de muestreo; otorgan una inferencia a 397 034 habitantes -48,9% varones y 51,1% mujeres- de las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes. Los resultados se presentan en base a la población expandida y balanceada con relación al género (Tabla 5).

**TABLA 5**  
NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN  
BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	5 857	46,6	53,4
EXPANDIDO	397 034	48,9	51,1

### EDAD

La edad promedio ponderada de los adultos encuestados fue de 38,0 años, siendo la distribución muy heterogénea, es decir, personas desde los 18 hasta los 94 años. De acuerdo a los grupos etarios, se aprecia que la muestra conformó una asimetría positiva, siendo el mayor porcentaje el de los grupos etarios de 25 a 44 años (Tabla 6).

**TABLA 6**  
EDAD DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN  
BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	38,0	15,4
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR
18 A 24 AÑOS	22,1%	19,0%
25 A 44 AÑOS	47,0%	52,8%
45 A 64 AÑOS	23,4%	21,7%
65 A MÁS	7,5%	6,5%

### ESCOLARIDAD

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

**TABLA 7**  
ADULTOS QUE NO SABEN LEER NI ESCRIBIR EN  
BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005

GRADO DE ANALFABETISMO	%
TOTAL	3,8
MASCULINO	1,6
FEMENINO	6,0

De la muestra en estudio, el 40,1% tiene por lo menos educación secundaria. No se hacen diferencias significativas entre el género masculino y femenino (Tabla 8). Las diferencias en los porcentajes que se observan entre las personas sin nivel de instrucción con aquellas que efectivamente no saben leer ni escribir denota que, a pesar de que las personas ingresan a los primeros niveles del sistema educativo, vuelven a ser analfabetas por desuso.

**TABLA 8**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	2,9	1,2	4,5
INICIAL / PREESCOLAR	0,1	0,1	0,0
PRIMARIA	17,4	14,2	20,6
SECUNDARIA	40,1	42,9	37,4
BACHILLERATO	0,2	0,1	0,2
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	16,3	15,2	17,4
SUPERIOR UNIVERSITARIO	21,2	23,7	18,8
POSTGRADO	1,8	2,5	1,1

## ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 59,3% de los adultos se encuentra en situación de unido (conviviente o casado) y un 8,7% está separado o divorciado. Una cuarta parte es soltero (Tabla 9).

**TABLA 9**  
**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

ESTADO CIVIL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
CONVIVIENTE	26,8	27,1	26,6
SEPARADO	8,0	4,4	11,5
DIVORCIADO	0,7	0,4	0,9
VIUDO	3,7	2,1	5,2
CASADO	32,5	34,0	31,2
SOLTERO	28,3	32,0	24,7

## OCUPACIÓN

Los varones estuvieron trabajando la semana anterior en un 74,4%, en contraste con las mujeres, con un 51,0% (Tabla 10). Las cifras de desempleo llegan al 3,1%, siendo un mayor porcentaje para los varones.

**TABLA 10**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	62,4	74,4	51,0
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	3,1	3,5	2,8

## INGRESOS ECONÓMICOS

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

**TABLA 11**  
**PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES (NUEVOS SOLES), DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

INGRESOS (NUEVOS SOLES)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
< DE 300	34,8	23,5	50,3
301 A 600	31,0	35,7	24,6
601 A 1 200	25,2	28,9	20,1
> DE 1 200	9,0	11,9	5,0



# SALUD MENTAL DEL ADULTO



# SALUD MENTAL DEL ADULTO EN BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES

## ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

## ENTORNO GENERAL

En cuanto a los problemas que enfrenta el país, tanto el hombre como la mujer perciben que el problema principal es el desempleo, con alrededor del 44%. Sigue en importancia la pobreza, percibida por las mujeres (19,9%) y los hombres (12,9%). A continuación han sido considerados el manejo económico y la corrupción, aunque en porcentajes mucho menores (Tabla 12). Frente a estos problemas la mayoría de los encuestados se manifiesta con preocupación, pena o tristeza y amargura o rabia. Hay diferencias entre ambos géneros en el sentimiento de tristeza o pena, la cual afecta más a las mujeres; lo mismo que en el sentimiento de amargura, rabia o cólera, que afecta más a los varones (Tabla 13).

**TABLA 12**  
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE  
BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005

PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
DESEMPLEO	43,8	44,2	43,5	MANEJO ECONÓMICO	1,6	1,8	1,4
POBREZA	16,5	12,9	19,9	FALTA DE CONFIANZA	0,8	0,5	1,0
CORRUPCIÓN	15,8	19,1	12,7	FALTA DE LIDERAZGO	0,8	1,4	0,2
VIOLENCIA	3,8	2,5	5,0	INESTABILIDAD POLÍTICA	2,0	2,6	1,5
DELINCUENCIA	3,7	3,4	4,0	FALTA DE VALORES	9,1	10,1	8,1
TERRORISMO	0,4	0,3	0,5	OTROS	0,9	1,0	0,8
NARCOTRÁFICO	0,3	0,2	0,5				

**TABLA 13**  
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE  
BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005

ESTADOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	ESTADO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
INDIFERENCIA	2,9	3,7	2,1	PREOCUPACIÓN	31,6	30,5	32,6
RESIGNACIÓN	2,1	2,9	1,3	IMPOTENCIA	8,0	8,5	7,5
DESILUSIÓN	9,1	10,9	7,3	FRUSTRACIÓN	2,8	3,8	1,9
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	15,3	10,3	20,1	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	3,1	2,6	3,6
RABIA	2,6	3,2	2,0	INDIGNACIÓN	6,8	7,7	6,0
CÓLERA	7,4	7,1	7,7	MIEDO O TEMOR	1,8	0,9	2,7
AMARGURA	5,4	6,5	4,3	OTROS	0,8	0,8	0,8

La falta de capital monetario y de sistemas de crédito financiero resalta la importancia de fortalecer el capital social, el cual se basa en la confianza. La medida en que las personas confían en sus autoridades y en las personas de su entorno nos da una referencia de estimación sobre el grado de confianza de la persona en el sistema. En este sentido, resalta la desconfianza en las autoridades políticas (alrededor del 92,6%), líderes de la comunidad o alcaldes, jueces, así como en las autoridades policiales y militares, tanto hombres como mujeres. Existe más confianza en religiosos y maestros (Tabla 14).

**TABLA 14**  
**CONFIANZA EN AUTORIDADES Y PERSONAS DEL ENTORNO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS</b>			
TOTAL	39,9	39,8	20,4
MASCULINO	37,9	39,7	22,4
FEMENINO	41,8	39,8	18,4
<b>AUTORIDADES POLICIALES VARONES</b>			
TOTAL	67,8	24,4	7,8
MASCULINO	65,3	26,2	8,5
FEMENINO	70,3	22,7	7,1
<b>AUTORIDADES MILITARES</b>			
TOTAL	60,1	29,7	10,2
MASCULINO	55,3	32,8	12,0
FEMENINO	64,8	26,7	8,5
<b>RELIGIOSOS</b>			
TOTAL	33,5	32,0	34,5
MASCULINO	35,9	33,3	30,9
FEMENINO	31,2	30,7	38,0
<b>MAESTROS</b>			
TOTAL	22,7	48,3	29,1
MASCULINO	20,4	50,4	29,2
FEMENINO	24,9	46,2	29,0
<b>MÉDICOS</b>			
TOTAL	20,9	43,1	36,1
MASCULINO	17,9	45,4	36,7
FEMENINO	23,7	40,8	35,5
<b>AUTORIDADES POLÍTICAS</b>			
TOTAL	92,6	6,5	0,9
MASCULINO	94,0	5,4	0,7
FEMENINO	91,2	7,6	1,2
<b>LÍDERES DE SINDICATOS</b>			
TOTAL	59,1	29,1	11,8
MASCULINO	58,6	27,0	14,4
FEMENINO	59,9	31,9	8,2
<b>LÍDERES DE LA COMUNIDAD/ALCALDES</b>			
TOTAL	77,8	18,6	3,6
MASCULINO	77,7	19,0	3,3
FEMENINO	78,0	18,2	3,9
<b>SU JEFE EN EL TRABAJO</b>			
TOTAL	24,1	38,9	37,0
MASCULINO	23,9	39,6	36,5
FEMENINO	24,4	37,8	37,8
<b>VECINOS</b>			
TOTAL	50,2	37,4	12,4
MASCULINO	43,3	42,9	13,8
FEMENINO	56,8	32,1	11,1
<b>PERIODISTAS</b>			
TOTAL	56,1	36,8	7,1
MASCULINO	55,4	37,1	7,5
FEMENINO	56,7	36,5	6,8
<b>JUECES</b>			
TOTAL	70,6	25,9	3,5
MASCULINO	71,4	25,5	3,1
FEMENINO	69,8	26,3	3,9

Con respecto a la seguridad que las personas perciben en su entorno, la gran mayoría no se siente protegida por el Estado (77,5%). Esto contrasta con los sentimientos de protección que genera la familia y la creencia en Dios, que en países latinoamericanos podría representar una de sus fortalezas y factores de protección frente a los problemas de salud mental.

**TABLA 15**  
**SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>DEL ESTADO</b>			
TOTAL	77,5	19,8	2,7
MASCULINO	78,0	19,5	2,6
FEMENINO	77,0	20,1	2,9
<b>DE LA FAMILIA</b>			
TOTAL	13,3	18,7	68,0
MASCULINO	13,8	19,9	66,3
FEMENINO	12,9	17,6	69,6
<b>DEL SINDICATO</b>			
TOTAL	52,0	36,1	11,9
MASCULINO	52,7	33,2	14,1
FEMENINO	50,9	40,3	8,8
<b>DE DIOS</b>			
TOTAL	3,3	4,5	92,3
MASCULINO	5,1	6,1	88,8
FEMENINO	1,5	3,0	95,6
<b>DE LA COMUNIDAD</b>			
TOTAL	40,7	42,1	17,1
MASCULINO	38,3	44,5	17,3
FEMENINO	43,1	39,9	17,0
<b>OTROS</b>			
TOTAL	10,6	23,2	66,2
MASCULINO	10,6	29,0	60,4
FEMENINO	10,6	18,8	70,6

## ESTRESORES PSICOSOCIALES

Los estresores psicosociales y el estrés que generan están relacionados directamente con el desarrollo de problemas o trastornos de la salud mental y también con problemas físicos de diversa naturaleza. La evaluación y medición de los mismos expresan en cierta medida las condiciones sociales y económicas del país. De las cifras que aquí se presentan se concluye que alrededor de un tercio de la población, tanto masculina como femenina, pasa por situaciones de alto estrés en diversas situaciones, siendo mayor la cifra en aquellas situaciones relacionadas con la delincuencia, el narcotráfico, la salud y el terrorismo. Las mujeres perciben más altos niveles de estrés en general en relación a los hombres en todos los indicadores (Tabla 16).

**TABLA 16**  
**MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>TRABAJO</b>			
TOTAL	40,5	31,5	27,9
MASCULINO	41,4	33,5	25,1
FEMENINO	39,3	28,9	31,7
<b>ESTUDIO</b>			
TOTAL	36,8	32,2	31,0
MASCULINO	37,7	30,5	31,8
FEMENINO	35,7	34,3	30,1
<b>HIJOS Y PARIENTES</b>			
TOTAL	49,1	19,3	31,5
MASCULINO	55,1	19,4	25,5
FEMENINO	43,5	19,3	37,2
<b>PAREJA</b>			
TOTAL	57,2	18,9	23,9
MASCULINO	61,9	18,3	19,9
FEMENINO	52,2	19,6	28,2
<b>DINERO</b>			
TOTAL	29,6	29,3	41,2
MASCULINO	34,8	30,9	34,3
FEMENINO	24,6	27,7	47,7
<b>SALUD</b>			
TOTAL	32,6	23,9	43,5
MASCULINO	37,5	24,5	38,0
FEMENINO	27,9	23,3	48,8
<b>ASUNTOS CON LA LEY</b>			
TOTAL	75,8	9,9	14,3
MASCULINO	76,7	10,5	12,8
FEMENINO	75,0	9,2	15,8
<b>TERRORISMO</b>			
TOTAL	44,6	11,0	44,4
MASCULINO	51,2	11,7	37,1
FEMENINO	38,3	10,3	51,4
<b>DELINCUENCIA</b>			
TOTAL	21,0	10,6	68,3
MASCULINO	24,7	13,0	62,3
FEMENINO	17,5	8,4	74,1
<b>NARCOTRÁFICO</b>			
TOTAL	29,9	11,1	59,1
MASCULINO	35,0	12,1	52,9
FEMENINO	25,0	10,1	65,0
<b>OTROS</b>			
TOTAL	5,3	12,2	82,5
MASCULINO	5,0	18,5	76,6
FEMENINO	5,7	5,0	89,2

El indicador de experiencias traumáticas consiste en haber sido testigo de algún acontecimiento extremadamente traumático, durante el cual han muerto personas o en las que el entrevistado ha visto gravemente amenazada su integridad física. En el caso de la población adulta, el 39,4% de la población se ha visto en situaciones semejantes, siendo la proporción algo mayor para el género masculino (Tabla 17).

**TABLA 17**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	%
TOTAL	39,4
MASCULINO	40,7
FEMENINO	38,2

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

**TABLA 18**  
**PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON NIVELES ALTOS DE ESTRÉS AMBIENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

POBLACIÓN CON ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	%
TOTAL	60,8
MASCULINO	56,4
FEMENINO	64,9

## DISCRIMINACIÓN

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

**TABLA 19**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN SEGÚN TIPOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TIPO DE DISCRIMINACIÓN	PREVALENCIA DE VIDA %	NINGUNA VEZ %	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO	
			RARAS VECES U OCASIONALMENTE %	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE %
<b>SEXO</b>				
TOTAL	12,1	93,5	5,4	1,1
MASCULINO	4,8	97,5	2,3	0,2
FEMENINO	19,0	89,6	8,4	2,0
<b>EDAD</b>				
TOTAL	11,7	92,4	6,7	0,9
MASCULINO	9,9	93,7	5,8	0,5
FEMENINO	13,3	91,1	7,6	1,3
<b>PESO</b>				
TOTAL	9,5	93,2	5,4	1,4
MASCULINO	6,2	95,7	3,8	0,5
FEMENINO	12,7	90,9	6,9	2,1
<b>COLOR DE PIEL</b>				
TOTAL	5,0	97,5	2,2	0,2
MASCULINO	5,5	97,9	2,1	0,1
FEMENINO	4,5	97,2	2,4	0,4
<b>FORMA DE VESTIR</b>				
TOTAL	8,2	94,1	4,8	1,1
MASCULINO	5,9	95,9	3,6	0,5
FEMENINO	10,4	92,4	6,0	1,5
<b>CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL</b>				
TOTAL	16,1	88,7	9,6	1,7
MASCULINO	14,6	89,6	8,8	1,6
FEMENINO	17,5	87,8	10,5	1,7
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>				
TOTAL	11,9	92,0	6,5	1,5
MASCULINO	8,8	94,3	4,9	0,8
FEMENINO	14,9	89,8	8,1	2,1
<b>RELIGIÓN</b>				
TOTAL	5,2	96,2	3,3	0,6
MASCULINO	4,8	96,2	3,2	0,5
FEMENINO	5,5	96,1	3,3	0,6
<b>AMISTADES</b>				
TOTAL	5,3	96,1	3,6	0,3
MASCULINO	4,5	96,8	3,0	0,2
FEMENINO	6,1	95,4	4,1	0,5
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>				
TOTAL	4,4	97,7	1,9	0,4
MASCULINO	4,4	97,6	1,9	0,5
FEMENINO	4,5	97,7	1,9	0,4
<b>TALLA</b>				
TOTAL	5,2	96,5	3,4	0,2
MASCULINO	3,3	98,0	1,9	0,0
FEMENINO	7,0	95,0	4,7	0,3
<b>OTRA CONDICIÓN</b>				
TOTAL	2,2	98,8	1,0	0,2
MASCULINO	2,6	98,7	1,2	0,1
FEMENINO	1,9	98,9	0,9	0,2

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

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

**TABLA 20**  
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE  
BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	3,0	77,0	20,0
MASCULINO	4,2	85,6	10,3
FEMENINO	1,9	68,8	29,3
<b>TENSO</b>			
TOTAL	11,4	71,9	16,6
MASCULINO	15,8	75,9	8,3
FEMENINO	7,2	68,1	24,7
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	16,9	69,7	13,4
MASCULINO	22,3	71,0	6,7
FEMENINO	11,7	68,5	19,9
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	17,6	70,0	12,4
MASCULINO	20,4	72,2	7,4
FEMENINO	14,8	67,9	17,2
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	3,4	63,1	33,5
MASCULINO	5,1	71,6	23,3
FEMENINO	1,8	54,9	43,3
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	2,6	36,5	60,9
MASCULINO	2,0	28,0	70,0
FEMENINO	3,1	44,7	52,2
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	1,0	34,4	64,6
MASCULINO	0,4	28,3	71,3
FEMENINO	1,5	40,3	58,2
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	20,3	70,4	9,3
MASCULINO	22,7	71,5	5,8
FEMENINO	17,9	69,4	12,7
<b>OTRO</b>			
TOTAL	4,5	14,1	81,4
MASCULINO	6,0	11,4	82,6
FEMENINO	2,9	16,9	80,2

## SATISFACCIÓN PERSONAL

La satisfacción personal en las distintas áreas de la vida está en directa relación con la autoestima personal. La estima personal se construye en forma muy compleja desde temprana edad a través de las experiencias con el medio. Esta interacción deriva en logros con los cuales la persona puede o no estar conforme, lo cual influye en su autovalía personal. En una escala de 5 a 20, el grado de satisfacción personal de los encuestados se encuentra en una media de 16,6 (Tabla 21).

Con relación a la satisfacción personal específica, más de la mitad de los encuestados muestra una considerable satisfacción con respecto a su aspecto físico, inteligencia, la profesión u oficio que estudió o está estudiando y sus relaciones sociales. Sin embargo, esta satisfacción es mucho menor en el nivel económico y el nivel educativo alcanzado. El grado de insatisfacción con relación al aspecto económico (27,9%) se asocia con los niveles de pobreza (Tabla 22). En general, existe una tendencia a una menor satisfacción en las mujeres en comparación con los hombres.

**TABLA 21**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL\* EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

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

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

**TABLA 22**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASPECTO FÍSICO</b>			
TOTAL	11,1	34,4	54,6
MASCULINO	8,0	32,6	59,4
FEMENINO	14,0	36,1	50,0
<b>COLOR DE PIEL</b>			
TOTAL	5,6	23,5	70,9
MASCULINO	4,3	22,6	73,1
FEMENINO	6,9	24,4	68,7
<b>INTELIGENCIA</b>			
TOTAL	7,3	27,4	65,4
MASCULINO	5,2	27,2	67,6
FEMENINO	9,3	27,5	63,2
<b>NIVEL ECONÓMICO</b>			
TOTAL	27,9	49,4	22,6
MASCULINO	24,9	52,8	22,3
FEMENINO	30,8	46,2	23,0
<b>PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)</b>			
TOTAL	9,4	26,9	63,7
MASCULINO	8,7	27,2	64,1
FEMENINO	10,3	26,4	63,3
<b>NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO</b>			
TOTAL	28,3	34,8	36,9
MASCULINO	23,9	38,1	37,9
FEMENINO	32,5	31,6	35,9
<b>RELIGIÓN</b>			
TOTAL	8,8	19,4	71,8
MASCULINO	11,5	23,3	65,1
FEMENINO	6,2	15,8	78,0
<b>RELACIONES SOCIALES</b>			
TOTAL	13,2	33,1	53,8
MASCULINO	11,3	34,3	54,4
FEMENINO	14,9	31,9	53,2
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>			
TOTAL	12,2	31,8	56,0
MASCULINO	10,8	33,3	55,9
FEMENINO	13,6	30,4	56,1

## SATISFACCIÓN LABORAL

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

**TABLA 23**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

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

**TABLA 24**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA</b>			
TOTAL	11,5	34,1	54,4
MASCULINO	11,3	34,0	54,7
FEMENINO	11,8	34,2	54,0
<b>CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA</b>			
TOTAL	13,9	39,7	46,4
MASCULINO	12,7	41,0	46,4
FEMENINO	15,5	38,0	46,5
<b>CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>			
TOTAL	9,5	35,6	54,9
MASCULINO	9,0	37,5	53,5
FEMENINO	10,3	32,5	57,2
<b>CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO</b>			
TOTAL	17,8	43,3	38,9
MASCULINO	16,4	45,5	38,1
FEMENINO	19,7	40,4	39,9
<b>CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES</b>			
TOTAL	15,7	39,3	44,9
MASCULINO	16,5	41,0	42,6
FEMENINO	14,6	37,0	48,4
<b>CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE</b>			
TOTAL	35,7	48,4	15,9
MASCULINO	35,0	50,1	14,9
FEMENINO	36,8	46,0	17,2

## CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es una construcción conceptual que involucra áreas como el bienestar físico, psicológico, autocuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo socio-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. A continuación se presenta el resultado global correspondiente al Índice de Calidad de Vida <sup>72</sup> que, en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente, se halla en un 7,3. El valor de este resultado va a ser mejor apreciado como indicador comparativo en posteriores estudios. Aun así, la cifra encontrada indica un nivel aceptable de calidad de vida desde la perspectiva de la propia persona. Estudios posteriores presentarán los detalles específicos de este indicador (Tabla 25).

**TABLA 25**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	7,3	1,1	7,3	7,6	6,6	8,0
MASCULINO	7,3	1,0	7,4	7,6	6,7	8,0
FEMENINO	7,3	1,1	7,3	7,4	6,6	8,0

## DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

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

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

**TABLA 26**  
**NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20, DONDE 5 ES AUSENCIA DE DISCAPACIDAD)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	5,3	1,2	5,0	5,0	5,0	5,0
MASCULINO	5,2	1,0	5,0	5,0	5,0	5,0
FEMENINO	5,3	1,4	5,0	5,0	5,0	5,0

**TABLA 27**  
**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN GENERAL ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**  
**CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD**

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
TOTAL	11,1
MASCULINO	10,0
FEMENINO	12,1

## ASPECTOS PSICOPÁTICOS

El clima de paz y tranquilidad que debe existir entre los ciudadanos se ve afectado cuando la persona quiebra sistemáticamente las reglas y leyes de la sociedad. Si bien existe una personalidad definitivamente antisocial, cuyas causas se han relacionado hasta con factores genéticos, en esta ocasión evaluamos tendencias más sutiles y sensibles a los cambios e influencias de la sociedad. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente, la violencia o el robo. La primera se encuentra en el 9,1% de la población y la segunda en el 6,5%, cifras que denotan una importante proporción de individuos en estas condiciones (Tabla 28).

**TABLA 28**  
**ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
<b>PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA</b>	
TOTAL	9,1
MASCULINO	10,7
FEMENINO	7,6
<b>PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS</b>	
TOTAL	6,5
MASCULINO	8,7
FEMENINO	4,3

## INDICADORES SUICIDAS

En este estudio se han investigado los indicadores suicidas en una forma más detallada, empezando con las formas más sutiles como los deseos de morir, pasando por pensamientos suicidas específicos, el planeamiento y el intento suicidas. Estos indicadores son más sensibles, antes del suicidio consumado y más susceptibles de acciones preventivas. No se sostiene que las causas que expliquen uno u otro, o el mismo suicidio, deban ser necesariamente las mismas; sin embargo, existe algún tipo de vinculación importante. De primera intención observamos que los indicadores son importantes especialmente en el sexo femenino, llegando a un 15,2% la prevalencia anual de deseos de morir en la mujer. Esto es congruente con los hallazgos de estados prevalentes y con la presencia de trastornos clínicos, como veremos más adelante. En la Tabla 29, observamos que un 33,7% de la población adulta de las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna, Tumbes, alguna vez en su vida, ha presentado deseos de morir; un 11,0% lo ha considerado en el último año y, un 4,7%, en el último mes. Con relación a ideas suicidas más definidas, el 14,1% y el 5,2% ha tenido alguna vez en su vida pensamientos de quitarse la vida y planes suicidas, respectivamente. En cuanto a la conducta suicida que denota un indicador más objetivo con impacto familiar y económico, el 3,2% de la población encuestada ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 0,4% lo ha intentado en el último año. Esta última cifra, debido al tamaño de muestra y al nivel de precisión, debe ser tomada con cautela; sin embargo, es clara la tendencia. Un 9,4% de las personas que intentó hacerse daño considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución.

**TABLA 29**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

INDICADORES SUICIDAS	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR</b>	33,7
MASCULINO	21,7
FEMENINO	45,2
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR</b>	4,7
MASCULINO	2,3
FEMENINO	7,1
<b>PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR</b>	11,0
MASCULINO	6,6
FEMENINO	15,2
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	14,1
MASCULINO	8,7
FEMENINO	19,3
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	1,3
MASCULINO	0,7
FEMENINO	2,0
<b>PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	3,9
MASCULINO	2,4
FEMENINO	5,3
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	5,2
MASCULINO	3,1
FEMENINO	7,2
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	0,5
MASCULINO	0,2
FEMENINO	0,7
<b>PREVALENCIA ANUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	1,3
MASCULINO	0,4
FEMENINO	2,2
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	3,2
MASCULINO	1,9
FEMENINO	4,3
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	0,2
MASCULINO	0,0
FEMENINO	0,4
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	0,4
MASCULINO	0,1
FEMENINO	0,8
<b>PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA</b>	0,3 (9,4% DE LOS INTENTOS)
MASCULINO	0,1
FEMENINO	0,6

Observamos en la Tabla 30 que los principales motivos del deseo de morir y de pensamientos suicidas son, en orden de frecuencia: problemas con la pareja, problemas económicos y problemas con los padres. Se aprecia también que los principales motivos de intento suicida son: problemas de pareja, problemas con los padres y problemas económicos. En el caso del sexo femenino, más de la mitad de los casos de intento suicida se relacionan con la pareja. En el caso de los hombres, la distribución es más heterogénea siendo la causa más frecuente los problemas económicos. Es probable que esto se deba a que los hombres resienten más que las mujeres la responsabilidad económica del hogar.

**TABLA 30**  
**MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TÓPICOS	MOTIVOS DE	MOTIVOS DE
	DESEOS SUICIDAS	INTENTOS SUICIDAS
	%	%
<b>PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN</b>	0,9	0,0
MASCULINO	1,1	0,0
FEMENINO	0,9	0,0
<b>PROBLEMAS CON PADRES</b>	15,7	21,5
MASCULINO	17,6	22,8
FEMENINO	14,9	21,0
<b>PROBLEMAS CON HIJOS</b>	4,8	3,8
MASCULINO	3,6	0,0
FEMENINO	5,4	5,4
<b>PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES</b>	6,3	9,4
MASCULINO	3,7	4,8
FEMENINO	7,5	11,3
<b>PROBLEMAS CON PAREJA</b>	34,7	48,2
MASCULINO	27,2	40,9
FEMENINO	38,2	51,3
<b>PROBLEMAS CON AMISTADES</b>	0,9	0,0
MASCULINO	0,6	0,0
FEMENINO	1,0	0,0
<b>PROBLEMAS LABORALES</b>	2,2	3,0
MASCULINO	3,6	3,2
FEMENINO	1,5	2,9
<b>PROBLEMAS CON ESTUDIOS</b>	3,3	4,8
MASCULINO	5,7	10,2
FEMENINO	2,2	2,5
<b>PROBLEMAS ECONÓMICOS</b>	19,2	7,2
MASCULINO	20,9	5,9
FEMENINO	18,4	7,8
<b>PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA</b>	10,8	7,7
MASCULINO	9,8	2,8
FEMENINO	11,2	9,7
<b>SALUD FÍSICA DE ALGÚN FAMILIAR</b>	3,0	1,4
MASCULINO	2,5	0,0
FEMENINO	3,3	2,0
<b>SEPARACIÓN DE FAMILIAR</b>	2,1	3,5
MASCULINO	3,0	4,0
FEMENINO	1,7	3,3
<b>MUERTE DE PAREJA</b>	1,4	0,6
MASCULINO	1,0	1,7
FEMENINO	1,6	0,2
<b>MUERTE DE UN HIJO</b>	0,7	0,3
MASCULINO	0,3	0,0
FEMENINO	0,9	0,4
<b>MUERTE DE PADRE(S) O MADRE</b>	4,0	2,9
MASCULINO	4,8	2,8
FEMENINO	3,6	3,0
<b>PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA</b>	2,3	1,9
MASCULINO	3,0	0,7
FEMENINO	2,0	2,5
<b>SIN MOTIVO APARENTE</b>	1,3	0,2
MASCULINO	2,5	0,6
FEMENINO	0,7	0,0
<b>OTROS</b>	12,2	9,1
MASCULINO	13,4	16,4
FEMENINO	11,7	5,9

## TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA

La violencia es uno de los principales problemas que ha enfrentado nuestra sociedad. En este caso sólo se ha medido la prevalencia de vida de conductas como peleas con algún tipo de armas y abuso físico a menores, habiéndose hallado que un 26,9% de la población se ha visto involucrada en alguno de estos tipos de conducta. También se han tomado en cuenta indicadores más sutiles como el pensamiento homicida (Tabla 31).

**TABLA 31**  
**TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

INDICADOR	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TENDENCIAS VIOLENTAS</b>	
TOTAL	26,9
MASCULINO	37,6
FEMENINO	16,6
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>	
TOTAL	4,1
MASCULINO	5,0
FEMENINO	3,2
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>	
TOTAL	0,3
MASCULINO	0,2
FEMENINO	0,3
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>	
TOTAL	1,1
MASCULINO	1,2
FEMENINO	1,0

## FACTORES PROTECTORES

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

**TABLA 32**  
**GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	18,2	2,3	19,2	20,0	17,0	20,0
MASCULINO	18,3	2,2	19,2	20,0	17,5	20,0
FEMENINO	18,0	2,4	19,2	20,0	16,7	20,0

**TABLA 33**  
**TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TENDENCIAS RELIGIOSAS	SIENTE PROTECCIÓN DE DIOS	DIOS ES MUY IMPORTANTE	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	PARTICIPA ACTIVAMENTE	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	TRASMITE RELIGIÓN A HIJOS	PREDICA RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
	%	%	%	%	%	%	%	%
TOTAL	92,3	90,8	73,1	15,4	62,6	62,5	29,7	62,8
MASCULINO	88,8	86,2	68,4	14,3	62,0	55,9	27,4	63,0
FEMENINO	95,6	95,2	77,4	16,5	63,1	68,2	31,8	62,5

## TRASTORNOS CLÍNICOS

En la Tabla 34 se presentan las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual por grupos de trastornos clínicos según criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En general, las mujeres padecen más trastornos depresivos y ansiosos que los hombres y éstos padecen marcadamente más problemas por uso de sustancias. Más de un tercio de la población de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna, Tumbes (34,7%) alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico; cerca de una quinta parte lo ha sufrido en los últimos 12 a seis meses (21,6 - 20,0), y un 16,4% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta. Como grupo, los trastornos de ansiedad han sido los más frecuentes; sin embargo, disminuyen considerablemente las prevalencias del último año, lo que estaría reflejando la disminución de los estresores psicosociales en la región. Sin embargo, si consideramos las prevalencias anuales, los trastornos por uso de sustancias son los más frecuentes (10,0%), seguidos por los trastornos depresivos (7,0%).

Las Tablas 35, 36, 37 y 38A presentan respectivamente las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual de los principales trastornos psiquiátricos de la población de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna, Tumbes, así como la distribución por sexo. En lo que concierne a prevalencia de vida, el desorden más frecuente es el episodio depresivo (17,1%), seguido por el trastorno de estrés postraumático (6,7%) y el trastorno de ansiedad generalizada (7,4%) (Tabla 35). Con respecto a las prevalencias anuales (Tabla 36), observamos que los principales problemas desde el punto de vista psiquiátrico que enfrentan estas ciudades son los trastornos de dependencia o abuso de alcohol (4,7%) y el episodio depresivo (6,9%). Este último caso afecta con mayor frecuencia al sexo femenino y, el primer caso, a alrededor de una quinta parte del sexo masculino. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien las prevalencias son bajas, las conductas de riesgo reportadas son moderadas (9,0%), especialmente en las mujeres (11,9%) (Tabla 38A). La tabla 38B presenta la edad de inicio de los principales trastornos psiquiátricos. La edad de inicio más temprana se encontró para la fobia social y más tardía para la distimia y el trastorno de ansiedad generalizada. En general, la edad de inicio de la mayoría de trastornos se sitúa entre los 20 y 30 años, sin embargo, en muchos casos estos trastornos se iniciaron a edades muy tempranas.

**TABLA 34**  
**PREVALENCIA DE VIDA, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN GENERAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TIPO DE TRASTORNOS	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO*</b>	
TOTAL	34,7
MASCULINO	31,9
FEMENINO	37,5
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	
TOTAL	21,6
MASCULINO	23,7
FEMENINO	19,5
<b>PREVALENCIA A SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**</b>	
TOTAL	20,0
MASCULINO	22,7
FEMENINO	17,5
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**</b>	
TOTAL	16,4
MASCULINO	21,3
FEMENINO	11,8
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL***</b>	
TOTAL	17,5
MASCULINO	11,3
FEMENINO	23,4
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
TOTAL	7,7
MASCULINO	4,9
FEMENINO	10,5
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN GENERAL.</b>	
TOTAL	6,8
MASCULINO	3,8
FEMENINO	9,6
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
TOTAL	4,7
MASCULINO	2,8
FEMENINO	6,5
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL****</b>	
TOTAL	17,4
MASCULINO	12,3
FEMENINO	22,3
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	7,0
MASCULINO	4,5
FEMENINO	9,4
<b>PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	5,7
MASCULINO	3,6
FEMENINO	7,7
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	3,1
MASCULINO	2,0
FEMENINO	4,1
<b>PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA</b>	
TOTAL	9,0
MASCULINO	16,5
FEMENINO	1,8

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

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

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

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

**TABLA 35**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,1	0,2	0,0
TRASTORNO BIPOLAR	0,1	0,0	0,1
EPISODIO DEPRESIVO	17,1	12,2	21,8
DISTIMIA	0,6	0,1	1,1
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	2,7	1,6	3,9
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	6,7	3,9	9,4
FOBIA SOCIAL	3,6	2,5	4,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	7,4	5,0	9,7
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,3	0,2	0,4
TRASTORNO DEPRESIVO EN GENERAL	17,4	12,3	22,3

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

**TABLA 36**  
**PREVALENCIA ANUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

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

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

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

**TABLA 37**  
**PREVALENCIA DE LOS SEIS ÚLTIMOS MESES DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

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

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

**TABLA 38A**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,0	0,0	0,0
EPISODIO DEPRESIVO	2,9	1,9	3,7
DISTIMIA**	0,4	0,1	0,7
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,6	0,3	0,8
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	0,7	0,4	1,0
FOBIA SOCIAL	1,2	0,8	1,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,5	1,5	3,4
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,1	0,1	0,0
TRASTORNO DE PÁNICO	0,1	0,0	0,2
BULIMIA NERVIOSA	0,3	0,0	0,5
ANOREXIA NERVIOSA	0,0	0,0	0,0
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS ***	9,0	5,8	11,9

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

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

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

**TABLA 38B**  
**EDAD DE INICIO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TIPO DE TRASTORNO *	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	MIN	MAX	N
EDAD DE INICIO DEL EPISODIO DEPRESIVO	28,95	0,61	26,0	17,0	4,0	88,0	1242
EDAD DE INICIO DE DISTIMIA	34,21	3,15	31,0	48,0	6,0	68,0	39
EDAD DE INICIO DE AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	22,52	1,19	25,0	24,0	12,0	57,0	115
EDAD DE INICIO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	26,41	1,05	23,0	16,0	3,0	72,0	411
EDAD DE INICIO DE FOBIA SOCIAL	19,98	1,83	17,0	17,0	6,0	66,0	169
EDAD DE INICIO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	31,56	0,92	30,0	30,0	4,0	71,0	408

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

## USO DE SUSTANCIAS

En esta área son importantes, desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, la prevalencia de consumos en general, la edad de inicio y las conductas alcohólicas riesgosas, entre otras. Las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco, seguidas por la hoja de coca; y en todos los casos se encuentra una mayor frecuencia de uso, abuso y dependencia en el género masculino. En la Tabla 39 observamos que, sin considerar el alcohol, la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales se encuentra en 84,9%, mientras que la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se halla en un 3,8%. El consumo actual (en el último mes) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 35,7% y 0,2% respectivamente. Con respecto a las sustancias específicas, la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (2,8%), seguida de la cocaína con el 1,2%; las prevalencias de consumo actual (en el último mes) siguen siendo importantes para el alcohol (48,2%) y el tabaco (21,0%) (Tabla 40).

**TABLA 39**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	84,9	93,9	76,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	84,9	93,9	76,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHÓLICAS	3,8	7,1	0,7
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	35,7	42,7	29,1
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	35,7	42,7	29,1
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	0,2	0,5	0,0

**TABLA 40**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TIPO DE SUSTANCIA*	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	97,4	98,9	95,9
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	48,2	59,9	37,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	71,0	89,2	53,5
PREVALENCIA MENSUAL CONSUMO DE TABACO	21,0	32,5	10,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	1,5	1,5	1,5
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,2	0,2	0,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	3,6	2,8	4,3
PREVALENCIA MENSUAL DE PASTILLAS PARA DORMIR	0,4	0,2	0,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	30,9	26,0	35,6
PREVALENCIA MENSUAL DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	10,7	8,5	12,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	1,4	0,3	2,5
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,1	0,0	0,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	28,4	31,1	25,8
PREVALENCIA MENSUAL DE HOJA DE COCA	8,8	8,0	9,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	2,8	5,1	0,6
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,2	0,4	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA	1,2	2,3	0,1
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	1,2	2,4	0,1
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE PBC	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	2,0	3,9	0,1
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	0,1	0,1	0,0

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

En la Tabla 41 se aprecia en la mayoría de los entrevistados que la edad de inicio de consumo, considerando todas las sustancias, se encuentra en promedio entre los 14 y 30 años, y la sustancia que se inicia en promedio a menor edad es el éxtasis. Sin embargo, se debe considerar que esta edad de inicio es con respecto a la población adulta, por lo que no es representativa necesariamente de los patrones de consumo actuales.

**TABLA 41**  
**EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TIPO DE SUSTANCIA*	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	MIN	MAX
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	18,4	4,6	18,0	18,0	2,0	68,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	19,2	5,8	18,0	18,0	3,0	70,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	29,3	10,5	25,0	24,0	12,0	57,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	25,4	9,5	22,0	20,0	14,0	60,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉXTASIS	19,4	3,8	21,3	23,0	15,0	23,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	24,0	9,3	20,0	17,0	4,0	71,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	24,6	11,7	20,0	17,0	5,0	55,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	22,0	10,7	20,0	20,0	2,0	83,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	21,0	6,0	20,0	18,0	12,0	42,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	18,9	9,4	12,0	12,0	10,0	40,0

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

Con respecto a las conductas problemáticas en cuanto al uso de alcohol, se ha definido al bebedor riesgoso como aquel que durante el año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte), encontrándose una prevalencia del 13,7%. En lo que respecta al uso de sustancias, se ha considerado sólo la prevalencia en el año. Como se mencionara líneas arriba, la prevalencia más frecuente es la del abuso o dependencia del alcohol según criterios de investigación de la CIE-10, con un 4,3%, seguido por el tabaco con el 1,2% (Tabla 42).

**TABLA 42**  
**PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TIPO DE SUSTANCIA (PREVALENCIA ANUAL)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	13,7	24,0	3,9
ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	4,3	8,1	0,8
ABUSO O DEPENDENCIA DEL TABACO	1,2	1,8	0,6
ABUSO O DEPENDENCIA DE LA MARIHUANA	0,1	0,1	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DEL CLORHIDRATO DE COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE LA PBC	0,0	0,1	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA	0,0	0,1	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS	0,0	0,0	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	10,0	17,9	2,5
DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	5,3	9,3	1,4

## TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS

La distribución de los trastornos clínicos en forma general es más frecuente entre los 18 y 44 años; sin embargo, el análisis específico revela una prevalencia más o menos uniforme en los trastornos depresivos. Asimismo, observamos diferencias estadísticamente significativas en el abuso/dependencia del alcohol, con una mayor prevalencia entre los 25 y 44 años y una menor prevalencia anual entre personas mayores de 65 años (4,0%) (Tabla 43).

**TABLA 43**  
**PREVALENCIA ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	18 A 24 AÑOS %	25 A 44 AÑOS %	45 A 64 AÑOS %	MAYOR DE 65 AÑOS %
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=4,441; DF1=2,965; DF2=1372,579; P=0,004)	20,9	23,3	21,7	12,6
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=4,842; DF1=2,973; DF2=1376,392; P=0,002)	18,8	22,0	20,1	11,2
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=2,777; DF1=2,934; DF2=1358,556; P=0,041)	14,7	17,8	17,0	10,6
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F=2,586; DF1=2,850; DF2=1319,422; P=0,055)	7,3	9,2	6,4	4,5
PREVALENCIA A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F= 2,409; DF1=2,842; DF2=1315,659; P=0,069)	5,9	8,2	5,7	4,5
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F=2,041; DF1=2,881; DF2=1333,871; P=0,109)	3,2	5,7	4,3	4,2
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=2,431; DF1=2,928; DF2=1355,787; P=0,06515)	6,0	7,2	8,6	4,3
PREVALENCIA A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=2,920; DF1=2,776; DF2=1285,262; P=0,037)	4,6	6,0	6,8	2,9
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=4,123; DF1=2,820; DF2=1305,849; P=0,008)	1,9	2,9	4,7	2,4
PREVALENCIA ANUAL DE USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (F=2,815; DF1=2,914; DF2=1349,128; P=0,040)	9,8	9,9	8,1	4,0

## POBREZA Y SALUD MENTAL

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

En este informe presentamos las asociaciones entre los primeros indicadores y los trastornos clínicos generales. En un reporte posterior se presentarán los análisis más detallados conjuntamente con el método de necesidades básicas insatisfechas. En la Tabla 44 podemos observar que existe una asociación estadísticamente significativa entre las prevalencias del último año, seis meses y actual de trastornos psiquiátricos y la pobreza -medida a través de las estimaciones subjetivas de la esposa del jefe del hogar sobre la satisfacción de las necesidades- con los ingresos familiares. Esta asociación es similar en trastornos depresivos como en trastornos de ansiedad; sin embargo, no existe esa asociación con los problemas de abuso/dependencia del alcohol. Hallazgos similares fueron encontrados en Lima Metropolitana y el Callao y estuvieron ausentes en la sierra. La pobreza en Frontera tiene características distintivas que serían importantes para el desarrollo de la salud mental. Así por ejemplo, es posible que el estrés asociado a la pobreza sea mayor en ciudades como Lima y las de selva en comparación con las ciudades de frontera. Estudios a profundidad ayudarán a esclarecer mejor estos hallazgos.

**TABLA 44**  
**PREVALENCIA ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**  
**GENERALES POR NIVEL DE POBREZA, SEGÚN PERCEPCIÓN DE CAPACIDAD DE COBERTURA DE NECESIDADES**  
**BÁSICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

<b>TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES</b>	<b>%</b>
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	F=1,836; DF1=2,922; DF2=1352,915; p=0,140
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	33,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	22,5
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	21,1
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	19,6
<b>PREVALENCIA A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	F=2,299; DF1=2,898; DF2=1341,886; p=0,078
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	32,4
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	21,5
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	19,2
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	18,6
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	F=4,341; DF1=2,909; DF2=1346,878; p=0,005
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	30,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	18,7
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	15,0
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	15,7
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL*</b>	F=2,445; DF1=2,778; DF2=1286,412; p=0,067
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	18,5
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	7,9
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	8,0
<b>PREVALENCIA A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	F=2,511; DF1=2,772; DF2=1283,300; p=0,062
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	17,5
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,3
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	6,6
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	7,5
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	F=5,241; DF1=2,817; DF2=1304,089; p=0,002
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	16,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	5,4
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	3,9
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,5
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL**</b>	F=3,610; DF1=2,882; DF2=1334,392; p=0,014
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	11,4
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	6,4
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	4,5
<b>PREVALENCIA A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	F=5,776; DF1=2,888; DF2=1337,369; p=0,001
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	7,7
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	4,9
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	3,0
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	F=7,025; DF1=2,870; DF2=1328,788; p=0,00014
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	9,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	2,3
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,7
<b>PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO/DEPENDENCIA DEL ALCOHOL</b>	F=0,274; DF1=2,923; DF2=1353,176; p=0,839
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	7,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	8,9
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	10,3

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

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

## SALUD MENTAL POR CIUDADES

Se ha agregado un análisis de los problemas de trastornos clínicos por ciudades. En líneas generales observamos una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en la Frontera en comparación con las otras ciudades, en la mayoría de los tiempos de referencia. En los análisis por tipo de trastornos, no se encuentran diferencias significativas con respecto a los trastornos depresivos (Tabla 45). Puerto Maldonado mantiene prevalencias más altas (en el último año) de trastornos psiquiátricos en general, y se revela una tendencia en particular a problemas con el alcohol, al igual que Tumbes, en comparación con las otras ciudades. En general, Tacna tiende a mostrar cifras más favorables de salud mental.

TABLA 45

PREVALENCIA DE VIDA, ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN CIUDADES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	BAGUA %	PTO. MALDONADO %	PUNO %	TACNA %	TUMBES %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	35,2	48,0	32,7	32,1	38,1	34,7	F=6,458; DF1=3,227; DF2=1494,213; P=0,00016
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	15,8	25,4	22,1	20,2	23,8	21,6	F=2,125; DF1=2,980; DF2=1379,851; P=0,096
PREVALENCIA A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	13,8	23,3	21,0	18,9	21,5	20,0	F=1,898; DF1=2,940; DF2=1361,355; P=0,129
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	9,6	19,5	17,5	15,0	18,5	16,4	F=2,881; DF1=2,938; DF2=1360,297; P=0,036
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	13,0	16,7	17,6	20,1	12,8	17,5	F=6,545; DF1=3,042; DF2=1408,565; P=0,00020
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	2,8	5,3	8,0	10,1	4,1	7,7	F=10,620; DF1=2,988; DF2=1383,645; P<0,00001
PREVALENCIA A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	2,3	4,5	7,5	8,9	3,0	6,8	F=12,462; DF1=2,814; DF2=1302,862; P<0,00001
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	0,6	2,9	5,7	6,3	1,5	4,7	F=13,131; DF1=2,783; DF2=1288,341; P<0,00001
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	24,0	33,2	16,5	13,6	20,0	17,4	F=15,338; DF1=3,366; DF2=1558,379; P<0,00001
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	7,0	9,2	8,2	6,5	6,1	7,0	F=1,533; DF1=3,043; DF2=1408,865; P=0,204
PREVALENCIA A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	5,5	6,5	7,3	5,4	4,1	5,7	F=2,579; DF1=2,925; DF2=1354,248; P=0,054
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	2,2	2,7	4,4	3,2	1,5	3,1	F=4,044; DF1=3,005; DF2=1391,231; P=0,007
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	7,0	14,1	8,7	6,2	14,3	9,0	F=12,371; DF1=3,076; DF2=1424,089; P<0,00001

## EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA

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

**TABLA 46A**  
**FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADOS DIRECTAMENTE**  
**CON LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA TERRORISTA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TIPO DE PÉRDIDA	BAGUA %	PTO. MALDONADO %	PUNO %	TACNA %	TUMBES %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
MUERTE DE FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO(A), HIJOS)	0,5	0,4	0,2	0,7	0,3	0,5	F=1,714; DF1=3,383; DF2=1566,165; P=0,155
MUERTE DE OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	5,4	6,6	4,4	3,2	3,2	3,8	F=3,829; DF1=3,034; DF2=1404,893; P=0,009
FAMILIAR DESAPARECIDO	3,1	2,5	1,6	1,6	1,4	1,7	F=1,183; DF1=2,980; DF2=1379,725; P=0,315
TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	2,4	2,3	3,0	1,4	1,6	1,9	F=3,155; DF1=2,989; DF2=1384,078; P=0,024
FAMILIAR DETENIDO	2,3	2,0	2,4	1,2	1,9	1,7	F=1,535; DF1=2,520; DF2=1166,805; P=0,210
FAMILIAR EN PRISIÓN	2,7	1,2	1,3	0,4	2,1	1,1	F=7,648; DF1=2,943; DF2=1362,395; P=0,00005
PÉRDIDA DE BIENES	1,6	1,5	1,0	0,7	0,5	0,8	F=1,614; DF1=2,973; DF2=1376,516; P=0,185
CAMBIO DE RESIDENCIA	2,0	2,6	1,7	2,2	1,0	1,8	F=1,838; DF1=2,887; DF2=1336,840; P=0,141
AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	11,2	11,1	8,8	7,3	6,7	8,0	F=2,948; DF1=2,936; DF2=1359,255; P=0,033
ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	7,9	8,3	5,3	4,3	4,4	5,0	F=4,137; DF1=3,142; DF2=1454,658; P=0,005

En la Tabla 46B, se observa la tendencia a que la prevalencia de vida de algún trastorno psiquiátrico en las personas que han perdido algún familiar sea más elevada (47,9%) en comparación con aquellas personas que no han presentado ninguna pérdida familiar. Esta relación parece significativa con respecto a la prevalencia de vida de trastorno de ansiedad y a la presencia actual de trastornos depresivos.

**TABLA 46B**
**PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN PRESENCIA O AUSENCIA DE PÉRDIDAS PERSONALES POR LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA TERRORISTA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	CON ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO %	SIN ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	47,9	34,0	F=13,763; DF1=1; DF2=463; P=0,00023
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	28,9	21,0	F=6,156; DF1=1; DF2=463; P=0,013
PREVALENCIA A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	26,5	19,5	F=4,979; DF1=1; DF2=463; P=0,026
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	21,7	16,0	F=4,185; DF1=1; DF2=463; P=0,41
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	25,7	17,0	F=9,012; DF1=1; DF2=463; P=0,003
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	9,2	7,4	F=0,845; DF1=1; DF2=463; P=0,358
PREVALENCIA A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	8,3	6,5	F=0,919; DF1=1; DF2=463; P=0,338
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	5,9	4,5	F=0,888; DF1=1; DF2=463; P=0,346
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	24,4	17,1	F=5,751; DF1=1; DF2=463; P=0,017
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	9,3	6,8	F=1,516; DF1=1; DF2=463; P=0,219
PREVALENCIA A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	7,7	5,5	F=1,424; DF1=1; DF2= 463; P=0,233
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	4,6	3,0	F=1,360; DF1=1; DF2=463; P=0,244
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	13,2	8,8	F=5,500; DF1=1; DF2=463; P=0,019

## ESTILOS DE CRIANZA Y SALUD MENTAL EN LA ADULTEZ

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

**TABLA 47A**  
**ALGUNOS ESTILOS DE CRIANZA REFERIDOS POR LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

ESTILOS DE CRIANZA	BAGUA %	PTO. MALDONADO %	PUNO %	TACNA %	TUMBES %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
LE DIERON MÁS CASTIGOS DE LOS QUE MEREÍA	22,8	29,0	24,3	25,7	22,3	24,8	F=1,710 DF1=3,301 DF2=1528,270 P=0,158
LE PERMITÍAN HACER COSAS QUE A SUS HERMANOS NO	7,0	13,2	21,5	22,1	11,4	18,5	F=15,615 DF=2,903 DF2=1343,898 P<0,00001
SI LAS COSAS IBAN MAL SUS PADRES TRATABAN DE CONFORTARLO Y ANIMARLO	72,6	68,4	71,3	67,9	77,5	70,9	F=7,413 DF1=3,102 DF2=1436,023 P=0,00005
EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES	90,1	84,7	82,2	82,6	92,2	84,9	F=14,454 DF1=2,693 DF2=1246,820 P<0,00001
LE PROHIBÍAN HACER COSAS QUE A OTROS NIÑOS SÍ LES ERAN PERMITIDAS PORQUE TEMÍAN QUE ALGO MALO LE PODÍA OCURRIR	50,6	52,1	55,4	56,3	52,1	54,7	F=1,326 DF1=3,535 DF2=1636,887 P=0,261
ERAN MUY EXIGENTES CON RESPECTO A SUS CALIFICACIONES ESCOLARES, DESEMPEÑO DEPORTIVO O ACTIVIDADES SIMILARES	57,9	60,4	62,5	56,8	57,1	58,5	F=2,480 DF1=3,027 DF2=1401,717 P=0,059
LE PERMITÍAN TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES COMO P OR EJEMPLO ELEGIR SU ROPA, ESCOGER A SUS AMISTADES, LOS ESTUDIOS, DISTRACCIONES, ETC.	45,8	45,0	47,3	47,7	49,4	47,7	F=0,555 DF1=2,975 DF2=1377,502 P=0,644
SUS PADRES NO SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES	59,7	54,1	54,5	57,4	66,1	58,3	F=7,486 DF1=3,054 DF2=1413,998 P=0,00005
LA ANSIEDAD DE SUS PADRES DE QUE ALGO MALO PODÍA SUCEDERLE ERA EXAGERADA	37,4	39,6	35,0	38,7	38,0	37,7	F=0,989 DF1=3,565 DF2=1650,393 P=0,406

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

**TABLA 47B**
**PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN ALGUNOS ESTILOS DE CRIANZA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

ESTILOS DE CRIANZA	PREVALENCIA DE VIDA	CUALQUIER TRASTORNO (PG :37,3%)	TRASTORNOS ANSIEDAD (PG: 21,1%)	TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 17,0%)
LE DIERON MÁS CASTIGOS DE LOS QUE MERECEÍA		47,6 (p<0,00001)	25,4 (p<0,00001)	25,6 (p<0,00001)
LE PERMITÍAN HACER COSAS QUE A SUS HERMANOS NO		35,5 (p=0,701)	17,2 (p=0,939)	16,7 (p=0,626)
SI LAS COSAS IBAN MAL SUS PADRES TRATABAN DE CONFORTARLO Y ANIMARLO		32,1 (p<0,00001)	15,4 (p<0,00001)	16,0 (p=0,001)
NO EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES		32,9 (p<0,00001)	15,9 (p<0,00001)	16,0 (p<0,00001)
LE PROHIBÍAN HACER COSAS QUE A OTROS NIÑOS SÍ LES ERAN PERMITIDAS PORQUE TEMÍAN QUE ALGO MALO LE PODÍA OCURRIR		35,8 (p=0,231)	18,2 (p=0,297)	17,9 (p=0,441)
ERAN MUY EXIGENTES CON RESPECTO A SUS CALIFICACIONES ESCOLARES, DESEMPEÑO DEPORTIVO O ACTIVIDADES SIMILARES		35,8 (p=0,215)	18,5 (p=0,106)	18,0 (p=0,368)
LE PERMITÍAN TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES COMO POR EJEMPLO ELEGIR SU ROPA, ESCOGER A SUS AMISTADES, LOS ESTUDIOS, DISTRACCIONES, ETC.		31,8 (p=0,001)	14,7 (p<0,00008)	14,6 (p=0,00009)
SUS PADRES NO SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES		31,8 (p=0,00005)	15,1 (p=0,00003)	15,1 (p=0,00003)
LA ANSIEDAD DE SUS PADRES DE QUE ALGO MALO PODÍA SUCEDERLE ERA EXAGERADA		39,4 (p=0,00002)	22,2 (p<0,00001)	19,4 (p=0,015)

**ACCESO A SERVICIOS**

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

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o de los nervios, (demanda sentida); un 44,5% de los pacientes respondió afirmativamente; de éstos, el 15,6% del total de encuestados identificó su problema en los últimos seis meses. Considerando este último período de referencia, se encontró que el 12,7% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 87,3% no recibió ningún tipo de atención en el sistema de salud (Tabla 48). Del 12,7% que recibió ayuda, el 4,2% acudió a los centros del MINSA, seguido del 4,8% que acudió a ESSALUD. Cabe resaltar que la mayoría de la demanda sentida expresada es atendida en los

hospitales generales (Tabla 49). Hasta donde podemos constatar, la mayoría (49,0%) recibió algún tipo de medicamento para su problema, un 12,3% recibió psicoterapia y un 61,3% recibió consejería (Tabla 50).

**TABLA 48**  
**DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

DEMANDA	%
<b>DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (COMO PROBLEMAS EMOCIONALES O NERVIOS)</b>	
TOTAL	44,5
MASCULINO	39,9
FEMENINO	49,0
<b>DEMANDA SENTIDA A SEIS MESES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM)</b>	
TOTAL	15,6
MASCULINO	11,9
FEMENINO	19,2
<b>DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)</b>	
TOTAL	12,7
MASCULINO	12,3
FEMENINO	13,5

**TABLA 49**  
**LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
<b>MINSA</b>		4,2
PUESTOS O CENTROS DE SALUD	2,4	(33,5% DE LO ATENDIDO)
HOSPITAL GENERAL	1,8	
<b>ESSALUD</b>		4,8
POSTA O POLICLÍNICO	1,6	(36,1% DE LO ATENDIDO)
HOSPITAL GENERAL	3,0	
CENTRO DE SALUD MENTAL	0,2	
<b>FFAA</b>		0,3
HOSPITAL FFAA Y PN	0,3	(2,5% DE LO ATENDIDO)
<b>PRIVADA</b>		1,3
CLÍNICA PARTICULAR	0,4	(10,1% DE LO ATENDIDO)
CONSULTORIO PARTICULAR	0,9	
<b>OTROS</b>		2,1
CONSULTORIO DE INST. ACADÉMICA	0,1	(14,6% DE LO ATENDIDO)
CONSULTORIO DE CENTRO PARROQUIAL	0,1	
OTROS	1,9	

**TABLA 50**  
**TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINA %	PSICOTERAPIA %	CONSEJO %	HOSPITALIZACIÓN %	OTROS %
TOTAL	49,0	12,3	61,3	4,1	3,8

Con relación a los motivos por los cuales la persona no buscó atención alguna por su problema emocional, la mayoría (52,9%) pensaba que lo debía superar solo, seguida de un 34,8% que no acudió por no tener dinero y, en tercer lugar, un 24,1% por falta de confianza. Es evidente que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y los económicos (Tabla 51).

**TABLA 51**  
**MOTIVOS PRINCIPALES DE NO BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS QUE PERCIBIERON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	52,9
NO TENÍA DINERO	34,8
FALTA DE CONFIANZA	24,1
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	15,2
NO SABÍA DÓNDE IR	22,1
NO ME BENEFICIARÍA	20,2
POR VERGÜENZA	10,8
PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	11,0
LARGAS LISTAS DE ESPERA	11,8
NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	7,5
NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	6,4
TENÍA DINERO, PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	8,2

## SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN FRONTERAS

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

**TABLA 52**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES FOLKLÓRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

SÍNDROMES FOLKLÓRICOS	TOTAL %
DAÑO	8,3
SUSTO	14,0
MAL DE OJO	4,3
AIRE	13,3
CHUCAQUE	15,0
ATAQUE DE NERVIOS	2,4
EPILEPSIA	1,4
PROBLEMAS DE ALCOHOL	1,3

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

**TABLA 53**  
**ASOCIACIÓN ENTRE PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, EPISODIO DEPRESIVO Y SÍNTOMAS PARANOIDES Y PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES FOLKLÓRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**  
**(N = 5 857)**

SÍNDROMES	PREVALENCIAS DE VIDA PARA ADULTOS		
	TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	EPISODIO DEPRESIVO	SÍNTOMAS PARANOIDES (2 SÍNTOMAS)
	% (p)	% (p)	% (p)
DAÑO	31,8 (<0,00001)	28,9 (<0,00001)	4,1 (0,044)
SUSTO	25,6 (<0,00001)	24,0 (0,00006)	3,0 (0,388)
MAL DE OJO	21,3 (0,199)	18,2 (0,707)	2,2 (0,790)
AIRE	20,6 (0,061)	21,3 (0,006)	4,8 (0,00013)
CHUCAQUE	14,4 (0,018)	21,8 (0,002)	1,0 (0,004)
ATAQUE DE NERVIOS	47,4 (<0,00001)	37,5 (<0,00001)	1,7 (0,454)
POBL. GENERAL	17,5	17,1	2,4

La población encuestada pudo identificar síntomas médicos-psicológicos (angustia, tristeza, depresión), folklóricos («amarres, mala suerte etc.») y folklóricos que tienen solución médica (trastorno de la mente-locura, mal del corazón, ataque de nervios, abuso de bebidas alcohólicas) (Tabla 54).

**TABLA 54**  
**PORCENTAJE DE PROBLEMAS Y AGENTES DE MODELOS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

SÍNTOMAS	MODELOS DE ATENCIÓN	MODELO MÉDICO %	MODELO FOLKLÓRICO %	OTROS MODELOS %	NINGÚN MODELO %
PSICOLÓGICOS		74,9	5,0	5,3	14,6
FOLKLÓRICOS		4,4	23,0	7,8	61,6
FOLKLÓRICOS CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS		82,6	5,2	4,6	7,2

## ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

Un 42,3% de la población no considera la depresión como un desorden mental, la que pasa inadvertida. El 46,2% de la población no considera los problemas de personalidad como patología psiquiátrica.

**TABLA 55**  
**IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS COMO TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

TIPO DE PROBLEMAS	IDENTIFICA COMO TRASTORNO MENTAL %	
	SI	NO
A) NERVIOS EXCESIVOS O FOBIAS	60,2	34,9
B) TRISTEZA EXCESIVA O DEPRESIÓN	54,3	42,3
C) PSICOSIS O LOCURA	85,6	11,8
D) CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y DROGAS	73,0	24,3
E) PROBLEMAS DEL CARÁCTER O DE LA PERSONALIDAD	46,2	50,0

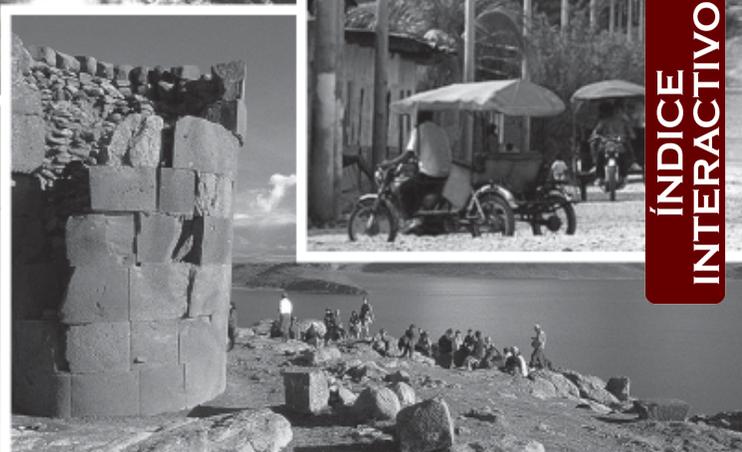
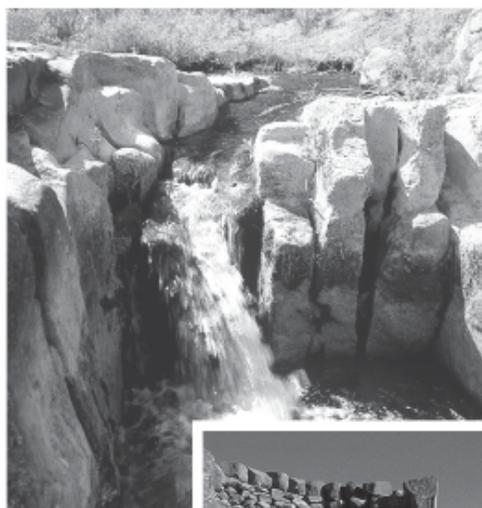
La suma de porcentajes entre el «sí» y el «no», restado del 100%, corresponde a las respuestas «no sabe».

En la Tabla 56 se aprecia que un 31,8% de la población acepta a las personas con enfermedades mentales, y un 48,0% está dispuesto a brindarle algún tipo de ayuda. En el mismo sentido, tratándose de familiares con enfermedades mentales, un 23,5% aproximadamente tiende a no aceptar la enfermedad en ellos. Por otro lado, un 9,1% de la población general piensa que, en el caso de sufrir una enfermedad mental, no sería aceptado en su comunidad. Sin embargo, es sorprendente la expectativa de la población general de la selva peruana, pues un 87,7% de la población piensa que las personas con enfermedades mentales pueden ser rehabilitadas y reintegradas en su comunidad.

**TABLA 56**  
**ACTITUDES FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA, TUMBES 2005**

PREGUNTAS	RESPUESTAS						
	LA ACEPTA COMO PERSONA CON UNA ENFERMEDAD	SE MUESTRA INDIFERENTE CON ELLA	SE ALEJA DE ELLA	LE OFRECE ALGUNA AYUDA	LA RECHAZA	LA OCULTARÍA	OTRA
	%	%	%	%	%	%	%
ANTE UNA PERSONA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL ¿CÓMO REACCIONA USTED...?	31,8	4,7	12,7	48,0	1,2	-	1,5
SI USTED TUVIERA (TIENE) UNO O MÁS MIEMBROS DE SU FAMILIA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿USTED...?	23,5	0,3	0,8	74,2	0,3	0,3	0,5
SI USTED TUVIERA UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿CÓMO PIENSA QUE REACCIONARÍA SU COMUNIDAD...?	9,1	24,4	12,3	19,9	12,2	-	0,9

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



**ÍNDICE  
INTERACTIVO**



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

La muestra de La encuesta fue dirigida a mujeres actualmente unidas. La muestra estuvo conformada por 4 928 personas, considerando el diseño técnico de muestreo que se infiere a 126 445 habitantes para las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes (Tabla 57).

**TABLA 57**  
NÚMERO TOTAL DE MUJERES ENCUESTADAS ACTUALMENTE UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS EN LA POBLACIÓN DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005

NÚMERO DE ENCUESTADAS	FRECUENCIA
MUESTRA TOTAL	4 928
EXPANDIDO	126 445

### EDAD

La edad promedio de las mujeres encuestadas se encuentra al alrededor de los 41,5 años, teniendo una desviación estándar de 13,5 años, lo que nos indica una asimetría negativa en referencia a la composición de grupos etarios, como se aprecia en la Tabla 58.

**TABLA 58**  
EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005

GRUPO ETARIO	%
MENOR DE 18 AÑOS	0,3
18 A 24 AÑOS	7,2
25 A 44 AÑOS	54,9
45 A 64 AÑOS	31,1
MAYOR DE 65 AÑOS	6,5

### ESCOLARIDAD

El grado de analfabetismo en la mujer actualmente unida o alguna vez unida es del 8,0%. Son cifras mayores, si se compararan con las correspondientes a las del género masculino (1,6%), halladas en el módulo de adultos.

El 65,6% de las mujeres entrevistadas tiene una instrucción primaria o secundaria (Tabla 59).

**TABLA 59**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

GRADO DE ESTUDIOS	%
GRADO DE ANALFABETISMO	8,0
SIN NIVEL/ NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	5,7
INICIAL / PREESCOLAR	0,1
PRIMARIA	28,1
SECUNDARIA	37,5
BACHILLERATO	0,3
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	14,2
SUPERIOR UNIVERSITARIO	13,5
POSTGRADO	0,6

## ESTADO CIVIL

El 80,8% de las mujeres encuestadas refiere encontrarse en situación de unidas (conviviente o casada). Más de la tercera parte (35,2%) está en la condición de conviviente (Tabla 60).

**TABLA 60**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ADULTAS ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

ESTADO CIVIL	%
CONVIVIENTE	35,2
SEPARADA	12,4
DIVORCIADA	0,8
VIUDA	6,0
CASADA	45,6
SOLTERA	0,0

## OCUPACIÓN

El 56,4% de las mujeres unidas refiere haber trabajado la semana anterior, porcentaje menor al de los varones (74,4%); y el 2,0% ha estado buscando trabajo la semana anterior, lo cual podría indicar que hay un número importante de mujeres que estaría dedicándose a las labores del hogar (Tabla 61).

**TABLA 61**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES ADULTAS ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

SITUACIÓN LABORAL	%
REALIZÓ ACTIVIDAD LABORAL EN SEMANA ANTERIOR	56,4
ESTUVO BUSCANDO TRABAJO EN SEMANA ANTERIOR	2,0

## INGRESOS ECONÓMICOS

Si se comparan las cifras con las del sexo masculino, consignadas en el módulo de adultos, los ingresos de las mujeres unidas son menores.

**TABLA 62**  
**PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES (NUEVOS SOLES)**  
**EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES)	%
MENOS DE 300	50,2
301 A 600	24,2
601 A 1 200	19,7
MÁS DE 1 200	5,8



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



## ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

### ENTORNO GENERAL

El desempleo es percibido por aproximadamente la mitad de las encuestadas como problema principal en el país (43,2%). La pobreza es otro problema percibido de manera importante (21,4%). La cifra más baja corresponde a «falta de liderazgo» (0,3%) (Tabla 63).

**TABLA 63**  
PRINCIPALES PROBLEMAS DEL PAÍS PERCIBIDOS POR LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005

PROBLEMAS PERCIBIDOS	%
DESEMPLEO	43,2
CORRUPCIÓN	11,7
VIOLENCIA	5,9
POBREZA	21,4
FALTA DE CONFIANZA	0,8
FALTA DE LIDERAZGO	0,3
INESTABILIDAD POLÍTICA	1,4
DELINCUENCIA	4,9
TERRORISMO	0,9
NARCOTRÁFICO	0,5
MANEJO ECONÓMICO	1,9
FALTA DE VALORES	5,7
OTRO	0,6

Frente a estos problemas cerca de la tercera parte de las encuestadas (31,5%) responden con preocupación al igual que con pena, tristeza o depresión (22,9%) (Tabla 64).

**TABLA 64**  
SENTIMIENTOS FRENTE AL PRINCIPAL PROBLEMA NACIONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005

SENTIMIENTOS	%
INDIFERENCIA	1,9
RESIGNACIÓN	1,8
DESILUSIÓN	6,8
AMARGURA	4,5
RABIA	2,6
CÓLERA	8,8
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	22,9
PREOCUPACIÓN	31,5
IMPOTENCIA	6,0
FRUSTRACIÓN	1,6
DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	4,0
INDIGNACIÓN	3,7
MIEDO O TEMOR	3,2
OTRO	0,5

Confían bastante o mucho en su jefe en el trabajo cerca de la mitad de las encuestadas (37,7%); en cambio, las cifras más altas de poca o nula confianza corresponden a las relacionadas con autoridades políticas (91,6%) y líderes de la comunidad (77,0%) (Tabla 65).

**TABLA 65**  
**CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	45,9	37,1	17,0
AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	70,2	22,3	7,5
MILITARES	65,5	26,3	8,2
RELIGIOSOS	32,9	29,6	37,5
MAESTROS	25,5	45,1	29,4
MÉDICOS	25,5	41,9	32,6
AUTORIDADES POLÍTICAS	91,6	7,2	1,2
LÍDERES DE SU SINDICATO	57,9	32,4	9,7
LÍDERES DE SU COMUNIDAD	77,0	19,1	3,9
JEFE EN EL TRABAJO	25,4	36,9	37,7
VECINOS	56,1	32,4	11,5
PERIODISTAS	57,2	35,6	7,2
AUTORIDADES JUDICIALES	72,5	23,8	3,7

Un porcentaje alto se siente protegido por Dios (95,0%), mientras que el 78,2% siente que «nada o poco» le protege el Estado (Tabla 66).

**TABLA 66**  
**SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO	78,2	19,1	2,6
DE LA FAMILIA	14,2	19,0	66,8
DE SU SINDICATO	46,8	40,7	12,5
DE DIOS	1,6	3,4	95,0
DE LA COMUNIDAD	45,5	37,6	16,9
DE OTRO NO MENCIONADO	15,5	18,4	66,1

## ESTRESORES PSICOSOCIALES

La delincuencia viene a ser el estresor más importante en las encuestadas. El narcotráfico, el terrorismo y la salud siguen en importancia. Para la mitad de entrevistadas (49,9%) la pareja es nada o poco estresante (Tabla 67).

**TABLA 67**  
**ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE BAGUA, PUERTO**  
**MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	36,4	25,7	37,8
ESTUDIO	45,8	21,9	32,3
HIJOS Y PARIENTES	40,4	18,4	41,1
PAREJA	49,9	19,5	30,6
DINERO	23,7	25,9	50,5
SALUD	24,8	22,7	52,5
ASUNTOS CON LA LEY	74,3	9,5	16,2
TERRORISMO	36,2	9,8	54,0
DELINCUENCIA	16,0	8,4	75,6
NARCOTRÁFICO	25,4	9,4	65,2

## ESTADOS ANÍMICOS

De manera similar a la sección de adultos, se señala que las alternativas de respuestas no son mutuamente excluyentes en la persona entrevistada. Los estados anímicos desfavorables de mayor frecuencia que se sienten «siempre o casi siempre» son la preocupación (49,7%) y tristeza (34,5%). Por otro lado, un 54,8% siente alegría y el 47,8% siente tranquilidad (Tabla 68).

**TABLA 68**  
**ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	1,7	63,8	34,5
TENSA	6,2	62,3	31,5
ANGUSTIADA	10,0	64,8	25,2
IRRITABLE	12,4	66,8	20,9
PREOCUPADA	1,5	48,8	49,7
TRANQUILA	3,6	48,6	47,8
ALEGRE	2,1	43,1	54,8
ABURRIDA	19,0	67,6	13,4

## SATISFACCIÓN PERSONAL

La media del grado de satisfacción personal en las mujeres encuestadas es de 16,1 puntos en una escala de 5 a 20 puntos (Tabla 69).

**TABLA 69**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
	16,1	16,3	20,0	14,8	18,0

Con relación a la satisfacción personal respecto a algunas características personales, más de la mitad se siente satisfecha «bastante o mucho» con su religión (78,9%), su color de piel (67,8%), sus estudios (62,6%), su nivel intelectual (58,6%) y su lugar de residencia (54,6%). Por otro lado, aproximadamente la mitad de las encuestadas (41,2%) siente «ninguna o poca» satisfacción con relación al nivel educativo alcanzado (Tabla 70).

**TABLA 70**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

ÁREA:	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	15,8	36,7	47,5
COLOR DE PIEL	8,4	23,8	67,8
INTELIGENCIA	11,7	29,7	58,6
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	33,2	47,2	19,6
ESTUDIOS	12,7	24,8	62,6
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	41,2	30,9	28,0
RELIGIÓN	6,4	14,7	78,9
RELACIONES SOCIALES	17,6	32,4	50,0
LUGAR DE RESIDENCIA	14,1	31,3	54,6

## SATISFACCIÓN LABORAL

La media de las mujeres encuestadas muestra un grado de satisfacción laboral aceptable: 15,7 en una escala de 5 a 20 (Tabla 71).

**TABLA 71**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

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

Más de la mitad se encuentra satisfecha con relación a los diferentes indicadores laborales. Por ejemplo, el 55,5% siente satisfacción («bastante o mucho») con sus compañeros de trabajo y, un 53,2%, con las actividades o funciones que realiza (Tabla 72).

**TABLA 72**  
**CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	13,9	33,0	53,2
EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	16,0	37,1	46,9
SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	10,7	33,8	55,5
LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	22,2	38,7	39,1
EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES O PATRONES	15,2	34,2	50,6
LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	40,9	43,0	16,1

## COHESIÓN FAMILIAR

La media en el grado de cohesión familiar es de 18,1 en una escala de 5 a 20 puntos (Tabla 73).

**TABLA 73**  
**COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
	18,1	19,2	20,0	16,7	20,0

## CALIDAD DE VIDA

En las mujeres unidas (o alguna vez unidas) se encuentra un promedio alto de calidad de vida, puesto que se obtiene un índice de 7,2 puntos (en una escala de 0 a 10 puntos) (Tabla 74).

**TABLA 74**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA MUJER UNIDA (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	Sx.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	7,2	1,1	7,2	7,4	6,5	8,0

## INDICADORES SUICIDAS

Los indicadores suicidas se han explorado en un espectro amplio, desde los deseos de morir hasta el intento suicida. Los deseos de morir representan el nivel más sensible en la evaluación. En la muestra, el 46,9% de la población de mujeres unidas o alguna vez unidas ha deseado morir alguna vez en su vida. El aspecto referido al pensamiento de índole suicida explora la parte cognoscitiva de la conducta potencialmente suicida, y en las mujeres unidas ha sido mayor que en los adultos masculinos, tanto en la prevalencia de vida (21,3% vs. 8,7%) y prevalencia mensual (2,4% vs. 0,7%) como en la prevalencia anual (5,7% vs. 2,4%). El intento suicida involucra también la conducta y presenta una prevalencia de vida de 4,6%, siendo mayor al del adulto masculino (1,9%) (Tabla 75).

**TABLA 75**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

PERIODO	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	46,9
PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR	7,0
PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR	15,0
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	21,3
PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	2,4
PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	5,7
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	8,3
PREVALENCIA MENSUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	0,7
PREVALENCIA ANUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	2,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS	4,6
PREVALENCIA MENSUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,3
PREVALENCIA ANUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,5
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,7

## TRASTORNOS CLÍNICOS

En la tabla 76A se observa una cifra importante en la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico (40,2%). Otras cifras llamativas son la prevalencia de vida del episodio depresivo (25,0%) y del trastorno de ansiedad generalizada.

**TABLA 76A**  
**TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN EL CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDADES**  
**DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

TRASTORNO CLÍNICO	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	40,2
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	20,6
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	18,4
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	13,0
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	12,0
PREVALENCIA ANUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	5,2
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	5,2
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	4,4
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	10,3
PREVALENCIA ANUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	2,9
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	2,3
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,2
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	25,0
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	11,3
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	9,2
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	5,6
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA	1,3
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	1,1

En la tabla 76B se muestran datos comparativos correspondientes a las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes de las mujeres actualmente unidas en la cual se observan cifras similares.

**TABLA 76B**  
**TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN EL CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS EN LAS CIUDADES DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

TRASTORNO SEGÚN LA CIE-10	BAGUA %	PUERTO MALDONADO %	PUNO %	TACNA %	TUMBES %	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	35,6	46,9	37,3	38,7	35,7	38,2
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	12,6	17,1	23,1	23,0	12,6	19,9
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	9,5	14,3	21,3	21,9	8,5	17,7
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	4,4	8,0	16,5	15,9	3,7	12,3
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	5,0	6,7	15,5	12,5	5,6	11,0
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0,7	2,0	6,8	6,7	2,0	5,1
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0,6	2,1	6,9	6,6	2,1	5,1
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0,6	2,0	6,0	5,9	1,5	4,4
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO	7,5	13,2	8,4	12,1	8,6	10,3
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST - TRAUMÁTICO	1,9	3,7	2,6	3,4	1,8	2,8
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST - TRAUMÁTICO	1,5	2,9	1,9	3,0	1,1	2,3
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO	0,3	1,7	1,2	1,3	0,3	1,0
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	28,7	38,7	22,2	18,5	27,0	23,2
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	9,3	12,0	12,7	10,8	8,2	10,7
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	6,6	9,1	11,1	9,4	4,8	8,7
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	2,6	3,9	7,5	5,7	1,9	5,1
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA	1,2	1,3	1,0	1,5	0,1	1,1
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	0,8	0,8	1,2	0,8	0,3	0,8

## ABUSO CONTRA LA MUJER UNIDA

En el estudio de fronteras se ha considerado abuso contra la mujer unida o alguna vez unida el hecho de haber sido ésta víctima de actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, agresiones verbales o situaciones de abandono. La prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra la mujer unida o alguna vez unida es de 80,1%.

### Trato inadecuado en el periodo de enamoramiento

Con relación al trato inadecuado en el periodo de enamoramiento de la pareja actual (o última pareja), se indaga una variedad de comportamientos inadecuados, correspondiendo las cifras más altas de prevalencia a los celos de la pareja (41,5%) y el tener actitudes machistas (27,7%). Aproximadamente la quinta parte dice que su pareja la controlaba mucho (27,1%), le mentía mucho (20,0%), la descuidaba por el consumo de alcohol (19,1%) y la engañaba (16,7%). Las prevalencias más bajas corresponden a las relaciones sexuales forzadas (4,4%), maltrato físico (5,9%) y abundancia de gritos (7,4%) (Tabla 77).

**TABLA 77**  
**CARACTERÍSTICAS DEL TRATO INADECUADO DE LA PAREJA ACTUAL EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO GENERAL EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	%
LE GRITABA MUCHO	7,4
TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	8,6
LA ENGAÑÓ	16,7
LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	5,9
LA FORZÓ A RELACIONES SEXUALES	4,4
SE MOSTRÓ INDIFERENTE	12,0
LE MENTÍA MUCHO	20,0
ERA MUY CELOSO	41,5
LA CONTROLABA MUCHO	27,1
LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	19,1
TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	27,7
OTRO	0,7

En la estimación global de tratos inadecuados a mujeres unidas, en el periodo de enamoramiento, por su actual pareja o última pareja, se tiene que aproximadamente dos tercios de esta muestra (59,7%) es objeto de estos tratos inadecuados y cerca de la sexta parte (14,7%) sufre algún tipo de violencia (Tabla 78).

**TABLA 78**  
**PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO CON PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

TRATO INADECUADO EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO	TOTAL %
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA (AL MENOS UN TIPO DE MALTRATO)	59,7
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	14,7

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

Se seleccionó una sub-muestra para determinar aquellas mujeres unidas que tienen pareja actual, ya sea por matrimonio o convivencia; la sub-muestra fue del 81,3% de la muestra total que, ponderada o expandida, representa a 102 630 mujeres unidas de la población. En la Tabla 79 se observa que cerca de la mitad de las encuestadas (59,3%) presenta una prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual. Los insultos y el abuso físico siguen en orden de frecuencia y aproximadamente una de cada 10 mujeres unidas es víctima de abuso sexual (10,5%).

**TABLA 79**  
**PREVALENCIA DE VIDA Y TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL**  
**EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDADES DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	BAGUA %	PTO. MALDONADO %	PUNO %	TACNA %	TUMBES %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE ALGÚN ABUSO	54,5	60,4	65,3	58,8	54,3	59,3	F = 4,624 DF1= 3,143 DF2=1467,969 P = 0,003
ABUSO SEXUAL	6,6	10,5	12,8	10,6	8,7	10,5	F = 2,830 DF1= 3,109 DF2=1451,921 P = 0,035
ABUSO FÍSICO	34,6	41,0	46,4	40,8	35,5	40,7	F = 4,816 DF1= 3,199 DF2=1493,957 P = 0,002
INSULTOS	49,5	53,9	58,5	52,7	49,0	53,3	F = 3,064 DF1= 3,136 DF2=1464,562 P = 0,025
CHANTAJES, HUMILLACIONES	26,6	28,8	35,4	26,1	17,6	26,8	F=15,045 DF1= 3,131 DF2=1462,001 P<0,00001
ABANDONO	10,3	16,7	18,6	15,6	12,4	15,4	F = 3,411 DF1= 3,311 DF2=1546,079 P = 0,014

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

**TABLA 80**  
**PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA**  
**EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDADES DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	BAGUA %	PTO. MALDONADO %	PUNO %	TACNA %	TUMBES %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL	29,1	36,7	35,8	32,9	35,0	34,1	F = 0,652 DF1= 4,528 DF2=2114,731 P = 0,645
ABUSO SEXUAL	2,7	4,0	3,9	3,9	3,1	3,7	F =0,414 DF1= 3,172 DF2= 1481,133 P = 0,754
ABUSO FÍSICO	9,5	14,7	13,6	14,2	11,4	13,3	F = 1,379 DF1= 3,284 DF2= 1533,717 P = 0,245
INSULTOS	26,5	32,3	31,6	30,2	31,3	30,7	F = 0,538 DF1= 3,342 DF2= 1560,512 P = 0,675
CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	12,0	16,9	16,4	12,5	11,7	13,6	F = 2,914 DF1= 3,087 DF2= 1441,690 P = 0,032
ABANDONO	5,2	9,3	7,7	9,8	7,6	8,6	F = 1,783 DF1= 3,208 DF2= 1498,178 P = 0,144

### Abuso sistemático hacia la mujer unida (frecuencia de al menos uno a dos por mes)

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

**TABLA 81**  
**PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO POR PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE**  
**MUJERES UNIDAS MALTRATADAS EN LAS CIUDADES DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	BAGUA %	PTO. MALDONADO %	PUNO %	TACNA %	TUMBES %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	8,2	14,2	7,2	9,7	13,6	10,2	$F = 5,260$ $DF1 = 3,184$ $DF2 = 1487,110$ $P = 0,001$
ABUSO SEXUAL	0,8	0,7	0,7	0,6	1,0	0,7	$F = 0,460$ $DF1 = 3,009$ $DF2 = 1405,307$ $P = 0,711$
ABUSO FÍSICO	1,0	1,8	1,5	2,2	1,8	1,8	$F = 0,662$ $DF1 = 3,381$ $DF2 = 1579,119$ $P = 0,593$
INSULTOS	6,8	11,2	6,3	8,1	11,4	8,5	$F = 4,240$ $DF1 = 3,254$ $DF2 = 1519,730$ $P = 0,004$
CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	3,1	6,6	4,4	3,9	5,2	4,5	$F = 1,490$ $DF1 = 3,149$ $DF2 = 1470,798$ $P = 0,214$
ABANDONO	1,5	4,3	2,4	3,0	3,8	3,0	$F = 1,441$ $DF1 = 3,191$ $DF2 = 1489,980$ $P = 0,227$

A diferencia de las cifras mostradas en la Tabla 78, con relación a los tratos inadecuados durante el periodo de enamoramiento, en la población de mujeres maltratadas sistemáticamente estos tratos ascienden a un 81,9%. Este contraste es mayor cuando se trata de la prevalencia de algún tipo de violencia (33,1% vs. 14,7%) (Tabla 82).

**TABLA 82**  
**ANTECEDENTES DE TRATO INADECUADO POR LA PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE**  
**MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE EN LAS CIUDADES DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

ANTECEDENTES AL MALTRATO	%
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	81,9
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	33,1

De manera similar a la población general de mujeres unidas y adultos masculinos, aquí también se aprecia que las mujeres maltratadas sistemáticamente «no confían o confían poco» en las autoridades policiales masculinas (75,4%) y en las autoridades políticas (90,8%) (Tabla 83).

**TABLA 83**

**CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	45,8	34,0	20,2
AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	75,4	15,9	8,8
AUTORIDADES POLÍTICAS	90,8	8,1	1,1
AUTORIDADES JUDICIALES	74,0	21,6	4,3

La percepción de sentirse protegida por parte del entorno familiar es compartida por casi la mitad de la muestra (49,8%) y es menor en comparación a la población general de mujeres unidas (66,8%). Por otro lado, el 81,7% «no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas por el Estado», siendo esta cifra mayor en comparación con la de las mujeres unidas en general (78,2%) (Tabla 84).

**TABLA 84**

**SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO	81,7	14,8	3,5
DE LA FAMILIA	24,2	26,0	49,8

### Estresores psicosociales en la mujer maltratada sistemáticamente

El estresor psicosocial que más perturba a las mujeres maltratadas sistemáticamente es el dinero (59,0%) y el menos perturbador es la salud. (Tabla 85).

**TABLA 85**

**ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	32,6	24,8	42,6
ESTUDIO	53,5	3,4	43,2
HIJOS Y PARIENTES	31,8	24,8	43,4
PAREJA	24,4	21,9	53,7
DINERO	20,4	20,7	59,0
SALUD	22,9	25,8	51,3

## Sentimientos anímicos prevalentes en la mujer unida maltratada sistemáticamente

En las mujeres unidas maltratadas sistemáticamente, las prevalencias más altas corresponden a los siguientes estados anímicos negativos: preocupación (67,7%) y tristeza (53,9%), siendo estas cifras mayores con relación al total de encuestadas (preocupación, 49,7% y tristeza, 34,5%) (Tabla 86).

**TABLA 86**  
SENTIMIENTOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	1,1	45,0	53,9
TENSA	4,2	46,8	49,1
ANGUSTIADA	5,5	54,5	40,0
IRRITABLE	7,5	55,1	37,4
PREOCUPADA	0,0	32,3	67,7
TRANQUILA	5,7	58,6	35,8
ALEGRE	2,7	56,3	41,0
ABURRIDA	11,6	62,8	25,6

## Satisfacción personal en la mujer unida maltratada sistemáticamente

El promedio de satisfacción personal en las mujeres maltratadas sistemáticamente (15,5) no es muy diferente al de las mujeres unidas en general (16,1) (Tablas 69 y 87).

**TABLA 87**  
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES- 2005

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	Sx.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	15,5	2,7	15,8	15,0	13,9	17,5

## Indicadores suicidas en la mujer unida maltratada sistemáticamente

Más de la mitad de las mujeres maltratadas sistemáticamente ha deseado morir alguna vez en su vida y, cerca de la tercera parte, en el último año. En el caso de pensamientos suicidas, las mujeres maltratadas sistemáticamente duplican en cifras si se compara con la muestra total de mujeres unidas: prevalencia de vida, 38,2% vs. 21,3%; prevalencia anual, 16,7% vs. 5,7% (Tabla 88).

**TABLA 88**  
**IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS**  
**SISTEMÁTICAMENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

PREVALENCIAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	60,5
PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR	18,2
PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR	33,3
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	38,2
PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	6,7
PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	16,7

Acerca del intento o conducta suicida, la cifra de prevalencia de vida es mayor, si se compara con la del total de mujeres unidas encuestadas (10,0% vs. 4,6%) (Tabla 89).

**TABLA 89**  
**INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS**  
**SISTEMÁTICAMENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

PREVALENCIAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE INTENTO SUICIDA	10,0
PREVALENCIA MENSUAL DE INTENTO SUICIDA	1,2
PREVALENCIA ANUAL DE INTENTO SUICIDA	2,4
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	2,3

### Factores protectores en la mujer unida maltratada sistemáticamente

El grado de cohesión familiar en las mujeres maltratadas sistemáticamente (17,0) es ligeramente menor que el manifestado por la población de mujeres unidas en general (18,1) (Tablas 73 y 90).

**TABLA 90**  
**COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	Sx.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	17,0	2,7	17,5	20,0	15,8	19,2

### Calidad de vida en las mujeres maltratadas sistemáticamente

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

**TABLA 91**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

CALIDAD DE VIDA GLOBAL (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	Sx.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	6,9	1,1	6,8	6,0	6,0	7,5

## TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

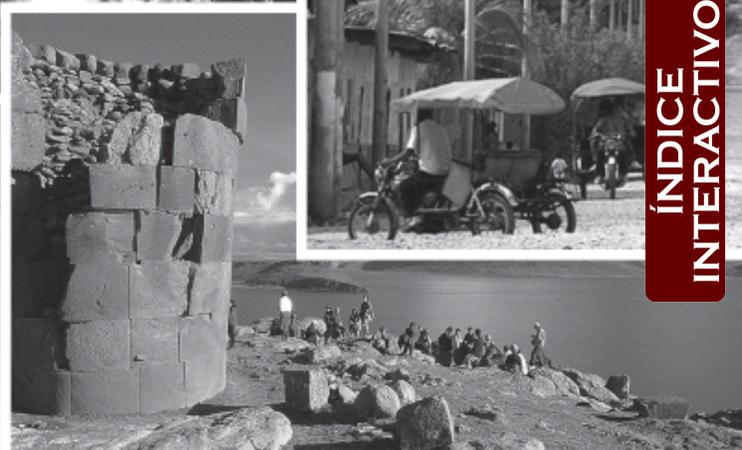
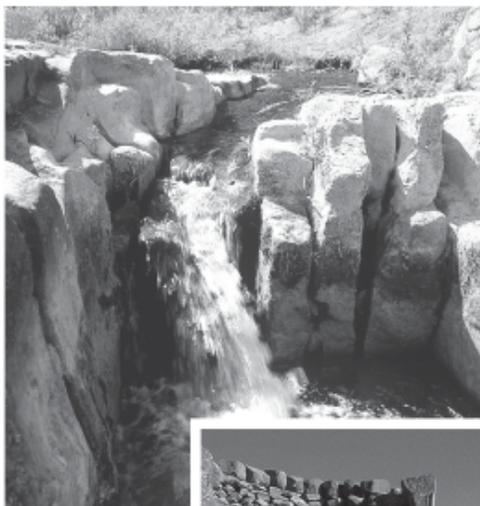
En la Tabla 92 se observan las prevalencias de los trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente. Estas son mayores, si se comparan con las cifras de los trastornos clínicos observados en las mujeres unidas en general, como, por ejemplo, la prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad generalizada (7,7% vs. 4,8%); la prevalencia actual del trastorno de estrés post traumático (3,3% vs. 0,8%); la prevalencia a seis meses del episodio depresivo (depresión mayor) (22,5% vs. 7,2%), etc.

**TABLA 92**  
**ALGUNOS TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES - 2005**

TRASTORNO CLÍNICO	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	61,9% (VERSUS 35,6% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 58,187 DF1 = 1 DF2 = 467 P < 0,00001
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	40,8% (VERSUS 17,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 62,769 DF1 = 1 DF2 = 467 P < 0,00001
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	38,3% (VERSUS 15,4% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 62,480 DF1 = 1 DF2 = 467 P < 0,00001
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	28,3% (VERSUS 10,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 49,990 DF1 = 1 DF2 = 467 P < 0,00001
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	7,7% (VERSUS 4,8% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 3,661 DF1 = 1 DF2 = 467 P = 0,056
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	8,9% (VERSUS 3,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 9,985 DF1 = 1 DF2 = 467 P = 0,002
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	18,0% (VERSUS 9,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 21,227 DF1 = 1 DF2 = 467 P = 0,00001
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	3,3% (VERSUS 0,8% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 14,86 DF1 = 1 DF2 = 467 P = 0,00013
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	42,6% (VERSUS 21,0% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 56,69 DF1 = 1 DF2 = 467 P < 0,00001
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	25,5% (VERSUS 9,1% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 58,22 DF1 = 1 DF2 = 467 P < 0,00001
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	22,5% (VERSUS 7,2% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 59,13 DF1 = 1 DF2 = 467 P < 0,00001
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	14,3% (VERSUS 4,0% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 51,58 DF1 = 1 DF2 = 467 P < 0,00001
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	4,5% (VERSUS 0,3% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) F = 60,013 DF1 = 1 DF2 = 467 P < 0,00001



# CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS





## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

El número de adolescentes encuestados fue de 2 188, cifra que, de acuerdo al diseño técnico del muestreo, otorga una inferencia para una población de 72 316 adolescentes de las ciudades de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes. En la muestra se encontró una proporción de 49,7% de varones y otra de 50,3% de mujeres (Tabla 93).

**TABLA 93**  
TOTAL DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS Y POBLACIÓN PONDERADA DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005

ENCUESTADOS	FRECUENCIA %	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL	2 188	49,7	50,3
PONDERADA	72 317	49,7	50,3

### EDAD

La edad promedio de los adolescentes es de 14,5 años. Se aprecia que los grupos de 12 a 14 y 15 a 17 años guardan similar proporción respecto del total de adolescentes (Tabla 94).

**TABLA 94**  
EDAD DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	14,5	1,7
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR
12 A 14 AÑOS	50,1%	51,5%
15 A 17 AÑOS	49,9%	48,5%

### ESCOLARIDAD

Se ha encontrado que la prevalencia de analfabetismo en la población adolescente de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, en conjunto es de 0,5%, mucho menor que en la población adulta e igual que en las ciudades de la sierra y Lima Metropolitana. El mayor porcentaje de los adolescentes que estudian o han estudiado tienen nivel secundario (76,9%) y, una pequeña proporción, nivel superior (0,7%) (Tabla 95).

**TABLA 95**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
GRADO DE ANALFABETISMO	0,5	0,3	0,6
SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	0,1	0,1	0,0
INICIAL / PREESCOLAR	0,0	0,1	0,0
PRIMARIA	22,1	22,2	21,9
SECUNDARIA	76,9	77,2	76,6
BACHILLERATO	0,3	0,0	0,5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,3	0,3	0,3
SUPERIOR UNIVERSITARIO	0,4	0,2	0,6

## ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil, el 98,3% de los adolescentes son solteros. Se ha encontrado que el 3,9% de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo, y el 0,4%, un aborto.

## OCUPACIÓN

La ocupación laboral de los adolescentes suele ser un indicador de los problemas económicos familiares. El 12,0% de los adolescentes de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes había trabajado la semana anterior a la encuesta (Tabla 96), con un ingreso mensual neto promedio de 129,73 Nuevos Soles.

**TABLA 96**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADOLESCENTES DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	12,0	15,0	8,9
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	1,6	2,3	0,9

# SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE



## ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

## ENTORNO GENERAL

Respecto a los problemas que enfrenta el país, más del 40% de los adolescentes de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes identifica como problemas principales: la pobreza y la corrupción, seguidos de la falta de valores, desempleo y violencia (Tabla 97). Frente a estos problemas la mayoría siente principalmente preocupación y pena, tristeza o depresión (Tabla 98).

**TABLA 97**  
**PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS POR LOS ADOLESCENTES DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 20054**

PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
DESEMPLEO	14,8	15,1	14,5	FALTA DE LIDERAZGO	1,9	2,5	1,3
CORRUPCIÓN	16,3	19,9	12,6	INESTABILIDAD POLÍTICA	2,8	4,0	1,6
VIOLENCIA	13,3	11,0	15,7	FALTA DE CONFIANZA	3,0	1,9	4,1
POBREZA	17,2	15,0	19,4	MANEJO ECONÓMICO	2,5	1,8	3,2
DELINCUENCIA	8,9	11,1	6,6	FALTA DE VALORES	15,1	13,1	17,2
TERRORISMO	2,0	1,9	2,1	OTROS	0,5	0,5	0,5
NARCOTRÁFICO	1,3	1,6	0,9				

**TABLA 98**  
**SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN ADOLESCENTES DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

SENTIMIENTOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	SENTIMIENTOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
INDIFERENCIA	5,2	5,6	4,9	PREOCUPACIÓN	23,9	20,7	27,1
RESIGNACIÓN	1,9	2,2	1,6	IMPOTENCIA	3,5	3,5	3,5
DESILUSIÓN	10,1	10,2	10,0	FRUSTRACIÓN	1,6	2,4	0,7
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	21,7	20,2	23,1	DESESPERACIÓN O ANGSTIA	2,1	2,5	1,8
RABIA	3,6	4,3	2,9	INDIGNACIÓN	5,1	3,9	6,4
CÓLERA	8,8	11,0	6,7	MIEDO O TEMOR	4,4	4,0	4,7
AMARGURA	7,7	9,2	6,2	OTROS	0,2	0,0	0,3

Respecto a la confianza en autoridades, como en Lima y Callao, en la sierra y en la selva, llama la atención la poca confianza de los adolescentes en las autoridades políticas (78,9%) así como en los líderes sindicales (75,1%) y comunales (66,2%); estos resultados contrastan con la confianza plena de los adolescentes en los médicos (51,0%), maestros (50,9%) y religiosos (46,7%) (Tabla 99).

**TABLA 99**  
**CONFIANZA EN LAS AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>POLICÍAS FEMENINAS</b>			
TOTAL	29,9	42,5	27,6
MASCULINO	32,2	41,8	26,1
FEMENINO	27,6	43,3	29,1
<b>POLICÍAS MASCULINAS</b>			
TOTAL	47,3	33,8	18,9
MASCULINO	37,1	35,9	27,0
FEMENINO	57,4	31,8	10,8
<b>MILITARES</b>			
TOTAL	47,0	33,3	19,7
MASCULINO	39,4	32,8	27,7
FEMENINO	54,5	33,9	11,7
<b>RELIGIOSOS</b>			
TOTAL	27,2	26,1	46,7
MASCULINO	30,2	24,5	45,3
FEMENINO	24,2	27,6	48,2
<b>MAESTROS</b>			
TOTAL	15,8	33,2	50,9
MASCULINO	15,8	28,5	55,7
FEMENINO	15,9	37,9	46,2
<b>MÉDICOS</b>			
TOTAL	14,6	34,3	51,0
MASCULINO	13,4	30,0	56,6
FEMENINO	15,9	38,6	45,5
<b>AUTORIDADES POLÍTICAS</b>			
TOTAL	78,9	17,7	3,5
MASCULINO	76,8	19,3	3,8
FEMENINO	80,9	16,0	3,1
<b>LÍDERES SINDICALES</b>			
TOTAL	75,1	24,9	0,0
MASCULINO	72,6	27,4	0,0
FEMENINO	78,0	22,0	0,0
<b>LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ALCALDES</b>			
TOTAL	66,2	26,5	7,3
MASCULINO	62,4	28,1	9,6
FEMENINO	70,0	24,9	5,1
<b>JEFE DE TRABAJO</b>			
TOTAL	15,8	26,2	58,0
MASCULINO	9,5	24,5	66,0
FEMENINO	25,0	28,7	46,3
<b>VECINOS</b>			
TOTAL	45,3	36,9	17,7
MASCULINO	38,1	39,4	22,5
FEMENINO	52,5	34,5	13,0
<b>PERIODISTAS</b>			
TOTAL	38,4	41,9	19,7
MASCULINO	34,2	41,4	24,4
FEMENINO	42,7	42,3	15,0

## ESTRESORES PSICOSOCIALES

Con relación a los estresores psicosociales que percibe el adolescente como muy tensionantes, resaltan la delincuencia (55,2%), el narcotráfico (48,6%), la salud (43,7%) y el terrorismo (43,4%) (Tabla 100), en especial para las mujeres.

**TABLA 100**  
**MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>TRABAJO</b>			
TOTAL	57,8	20,9	21,3
MASCULINO	59,5	21,8	18,7
FEMENINO	55,0	19,2	25,8
<b>ESTUDIO</b>			
TOTAL	46,8	24,5	28,6
MASCULINO	49,9	24,5	25,6
FEMENINO	43,9	24,6	31,6
<b>HIJOS Y PARIENTES</b>			
TOTAL	55,3	18,7	26,1
MASCULINO	58,6	17,7	23,6
FEMENINO	51,8	19,6	28,6
<b>PAREJA</b>			
TOTAL	69,8	17,0	13,2
MASCULINO	70,8	15,7	13,5
FEMENINO	68,6	18,6	12,8
<b>DINERO</b>			
TOTAL	56,7	24,6	18,8
MASCULINO	60,8	23,9	15,3
FEMENINO	52,6	25,2	22,3
<b>LA SALUD</b>			
TOTAL	39,5	16,9	43,7
MASCULINO	43,2	16,3	40,5
FEMENINO	35,7	17,4	46,9
<b>LA LEY</b>			
TOTAL	73,1	15,7	11,2
MASCULINO	73,6	15,3	11,2
FEMENINO	72,7	16,1	11,2
<b>TERRORISMO</b>			
TOTAL	44,2	12,4	43,4
MASCULINO	48,6	11,2	40,2
FEMENINO	39,9	13,5	46,6
<b>DELINCUENCIA</b>			
TOTAL	30,8	14,1	55,2
MASCULINO	34,1	14,9	50,9
FEMENINO	27,4	13,2	59,4
<b>NARCOTRÁFICO</b>			
TOTAL	36,5	14,9	48,6
MASCULINO	41,7	12,6	45,8
FEMENINO	31,3	17,2	51,5

Respecto al estrés ambiental, el 56,4% de los adolescentes percibe un alto nivel de estrés (ruidos, ventilación, olores, espacio), cifra análoga a la de los adolescentes de la selva y mayor que la de Lima y Callao (42,6%) (EEMSM 2002) y de la sierra (42,5%) (EESMSP 2003).

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

En cuanto a los estados anímicos que, sin ser por sí mismos patológicos, pueden generar repercusiones significativas en la calidad de vida de los adolescentes, llaman la atención los resultados respecto a los estados negativos: entre el 12,2% y el 17,2% de los adolescentes dice experimentar siempre o casi siempre sentimientos de tristeza, tensión, angustia, irritabilidad o aburrimiento, siendo mucho mayor la afectación en las adolescentes. La tendencia a la preocupación tiende a ser alta, aunque se ha encontrado que tiene connotaciones relacionadas con el tener que asumir responsabilidades por algo, de manera similar que en la selva, sierra, Lima y Callao (Tabla 101).

**TABLA 101**  
**PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	7,4	79,8	12,8
MASCULINO	9,5	81,9	8,6
FEMENINO	5,3	77,8	16,9
<b>TENSO</b>			
TOTAL	20,1	66,4	13,5
MASCULINO	22,5	66,6	10,9
FEMENINO	17,8	66,1	16,1
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	23,4	64,4	12,2
MASCULINO	26,0	63,2	10,8
FEMENINO	20,9	65,6	13,5
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	22,0	60,8	17,2
MASCULINO	27,0	60,0	13,0
FEMENINO	17,0	61,6	21,5
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	9,9	62,8	27,3
MASCULINO	13,3	65,1	21,6
FEMENINO	6,4	60,6	33,0
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	4,4	26,8	68,9
MASCULINO	3,8	25,4	70,8
FEMENINO	4,9	28,2	66,9
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	0,7	20,0	79,3
MASCULINO	0,9	20,0	79,1
FEMENINO	0,6	19,9	79,5
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	21,4	65,6	13,0
MASCULINO	24,7	63,8	11,4
FEMENINO	18,1	67,4	14,5
<b>OTRO</b>			
TOTAL	8,9	27,3	63,8
MASCULINO	1,5	34,1	64,4
FEMENINO	19,2	17,8	63,0

## SATISFACCIÓN PERSONAL

Se reconoce que la satisfacción con lo que se es o se hace tiene una enorme influencia en el desarrollo de una autoestima saludable, especialmente en las edades tempranas de la vida, como es la adolescencia. Se ha medido el grado de satisfacción personal de los adolescentes en una escala de 5 a 20, encontrándose una media de 17,5 semejante a la de los adolescentes de Lima y Callao (16,1), sierra (16,9) y selva (17,2) (Tabla 102).

La mayor fuente de satisfacción para los adolescentes de frontera está en la inteligencia, la profesión u oficio, la religión, las amistades y en el aspecto físico. El 15,5% está muy poco o nada satisfecho con su nivel económico, área que causa con mayor frecuencia escasa satisfacción personal (Tabla 103).

**TABLA 102**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	17,5	17,6	20	16,3	18,9
MASCULINO	17,6	17,8	20	16,4	19,6
FEMENINO	17,4	17,6	20	16,1	18,9

**TABLA 103**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASPECTO FÍSICO</b>			
TOTAL	7,9	28,1	64,0
MASCULINO	7,6	27,2	65,2
FEMENINO	8,2	28,9	62,8
<b>COLOR DE LA PIEL</b>			
TOTAL	7,9	19,6	72,5
MASCULINO	6,4	21,4	72,1
FEMENINO	9,3	17,8	72,9
<b>INTELIGENCIA</b>			
TOTAL	6,6	23,8	69,5
MASCULINO	4,8	23,9	71,3
FEMENINO	8,4	23,8	67,8
<b>CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA</b>			
TOTAL	15,5	41,7	42,8
MASCULINO	15,1	42,3	42,6
FEMENINO	15,9	41,1	43,0
<b>PROFESIÓN U OFICIO</b>			
TOTAL	8,5	24,4	67,1
MASCULINO	8,0	25,1	66,9
FEMENINO	8,9	23,8	67,3
<b>NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO</b>			
TOTAL	8,6	28,6	62,8
MASCULINO	9,1	30,9	60,0
FEMENINO	8,2	26,2	65,6
<b>RELIGIÓN</b>			
TOTAL	13,0	20,6	66,4
MASCULINO	16,4	22,4	61,2
FEMENINO	9,7	18,8	71,5
<b>AMISTADES O RELACIONES SOCIALES</b>			
TOTAL	10,0	23,8	66,1
MASCULINO	8,9	23,1	68,1
FEMENINO	11,2	24,6	64,2
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>			
TOTAL	11,4	26,8	61,8
MASCULINO	9,1	25,6	65,3
FEMENINO	13,7	28,0	58,3

## SATISFACCIÓN LABORAL

Partiendo de una situación en la que muchos adolescentes tienen que trabajar para ayudar a mantener sus hogares, es importante la evaluación de esta área. En lo que respecta a la evaluación global, el grado de satisfacción laboral (16,2) es similar al del adolescente de Lima y Callao (15,2), sierra (16,0) y selva (16,6), siendo la mayor razón de insatisfacción laboral la remuneración que recibe (30,4%). Es importante mencionar que un 59,5% de los adolescentes señala a los compañeros de trabajo como fuente de satisfacción laboral y un 60,4% el trato de los jefes (Tablas 104 y 105).

**TABLA 104**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN**  
**ADOLESCENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,2	16,7	17,5	15,0	18,3
MASCULINO	16,2	16,7	17,5	15,0	18,3
FEMENINO	16,3	17,0	20,0	14,2	19,0

**TABLA 105**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE**  
**DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA</b>			
TOTAL	10,2	34,2	55,6
MASCULINO	9,5	36,1	54,4
FEMENINO	11,4	31,1	57,5
<b>CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA</b>			
TOTAL	15,9	36,1	48,0
MASCULINO	14,1	39,2	46,7
FEMENINO	18,8	31,1	50,1
<b>CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>			
TOTAL	20,3	20,1	59,5
MASCULINO	21,5	18,1	60,4
FEMENINO	18,3	23,7	58,0
<b>CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA</b>			
TOTAL	16,8	42,1	41,0
MASCULINO	15,1	44,2	40,7
FEMENINO	19,7	38,7	41,6
<b>CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES</b>			
TOTAL	18,9	20,7	60,4
MASCULINO	17,9	26,0	56,1
FEMENINO	20,3	12,8	66,9
<b>CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE</b>			
TOTAL	30,4	40,0	29,6
MASCULINO	30,9	41,8	27,3
FEMENINO	29,5	37,0	33,6

## CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida involucra áreas como bienestar físico, psicológico, autocuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, sentido de apoyo socio-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. El resultado global del Índice de Calidad de Vida -en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente- se halla en 7,6, cifra que indica un nivel aceptable. El valor encontrado es semejante a la media hallada en los adolescentes de las ciudades de la selva, sierra y Lima y Callao (Tabla 106).

**TABLA 106**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE**  
**DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MODA	P25	P75
TOTAL	7,6	1,1	7,4	6,9	8,4
MASCULINO	7,6	1,0	7,8	6,9	8,3
FEMENINO	7,7	1,1	7,4	7,0	8,4

## ASPECTOS PSICOPÁTICOS

Las conductas psicopáticas pueden iniciarse desde edades tempranas y pueden ser predictoras de problemas severos de personalidad de difícil ayuda en la adultez. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas se refieren a conductas como la mentira frecuente, la violencia; y como tendencias delictivas, se considera el robo u otras conductas abiertamente en conflicto con la ley. La permisividad a la psicopatía en la población adolescente de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes es significativamente menos frecuente que en la población de adolescentes de la sierra y de Lima y Callao (Tabla 107).

**TABLA 107**  
**ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
<b>PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA</b>	
TOTAL	5,7
MASCULINO	6,9
FEMENINO	4,4
<b>PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS</b>	
TOTAL	39,4
MASCULINO	45,9
FEMENINO	33,0
<b>PREVALENCIA DE TENDENCIAS DELICTIVAS</b>	
TOTAL	6,4
MASCULINO	8,1
FEMENINO	4,6

## INDICADORES SUICIDAS

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

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

En la Tabla 108, observamos que el 25,6% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 13,6% en el último año y un 5,6% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más severa, el 1,8% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y, un 0,9%, en el último año. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años.

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

**TABLA 108**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL %	12 A 14 AÑOS %	15 A 17 AÑOS %
<b>DESEOS DE ÍNDOLE SUICIDA</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	25,6	20,4	30,9
PREVALENCIA MENSUAL	5,6	5,1	6,1
PREVALENCIA ANUAL	13,6	11,3	16,0
<b>PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	10,6	7,5	13,6
PREVALENCIA MENSUAL	2,2	2,7	1,7
PREVALENCIA ANUAL	5,5	4,5	6,5
<b>PLANEACIÓN SUICIDA</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	4,4	3,3	5,6
PREVALENCIA MENSUAL	0,9	1,0	0,8
PREVALENCIA ANUAL	2,7	2,2	3,1
<b>CONDUCTAS SUICIDAS</b>			
PREVALENCIA DE VIDA	1,8	1,4	2,3
PREVALENCIA MENSUAL	0,3	0,3	0,2
PREVALENCIA ANUAL	0,9	0,9	1,0
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,3	0,1	0,5

Según la Tabla 109, los motivos de deseo e intento de suicidio están relacionados. En cuanto a los motivos por los cuales los adolescentes desean o intentan quitarse la vida, resaltan principalmente los problemas con los padres (61,3 % y 61,4%), siendo éstos más relevantes entre los 12 y 14 años (63,3 y 81,0%). Además de los problemas con los padres y otros familiares, resaltan entre los adolescentes de 12 a 14 años los problemas con los estudios y, entre los de 15 a 17 años, los problemas económicos.

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

**TABLA 109**  
**MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

<b>MOTIVOS DEL DESEO O INTENTO SUICIDA</b>	<b>MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS %</b>	<b>MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %</b>
<b>PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN</b>		
TOTAL	1,9	2,5
12 A 14	1,2	0,0
15 A 17	2,4	3,8
<b>PROBLEMAS CON LOS PADRES</b>		
TOTAL	61,3	61,4
12 A 14	63,3	81,0
15 A 17	60,0	51,0
<b>PROBLEMAS CON SUS HIJOS</b>		
TOTAL	0,8	0,0
12 A 14	0,3	0,0
15 A 17	1,2	0,0
<b>PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES</b>		
TOTAL	10,7	18,6
12 A 14	14,9	13,9
15 A 17	8,0	21,2
<b>PROBLEMAS CON TU PAREJA O ENAMORADA(O)</b>		
TOTAL	3,6	4,8
12 A 14	0,3	0,0
15 A 17	5,8	7,4
<b>PROBLEMAS CON AMIGOS(AS)</b>		
TOTAL	5,1	4,9
12 A 14	5,4	0,0
15 A 17	5,0	7,5
<b>PROBLEMAS CON EL TRABAJO</b>		
TOTAL	0,3	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	0,5	0,0
<b>PROBLEMAS CON TUS ESTUDIOS</b>		
TOTAL	11,2	6,4
12 A 14	13,7	12,6
15 A 17	9,6	3,0
<b>PROBLEMAS ECONÓMICOS</b>		
TOTAL	8,9	7,1
12 A 14	6,6	0,0
15 A 17	10,5	10,9
<b>PROBLEMAS CON LA SALUD FÍSICA</b>		
TOTAL	2,6	1,5
12 A 14	3,8	0,0
15 A 17	1,8	2,3
<b>PROBLEMAS DE SALUD DE UN FAMILIAR</b>		
TOTAL	2,6	7,4
12 A 14	2,5	11,0
15 A 17	2,6	5,4
<b>SEPARACIÓN DE FAMILIAR</b>		
TOTAL	4,1	4,9
12 A 14	4,7	11,0
15 A 17	3,7	1,6
<b>SEPARACIÓN DE PAREJA O ENAMORADA(O)</b>		
TOTAL	0,3	9,8
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	0,5	15,0
<b>MUERTE DE HIJO</b>		
TOTAL	0,0	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	0,0	0,0
<b>MUERTE DE PADRE O MADRE</b>		
TOTAL	2,3	8,2
12 A 14	0,2	0,0
15 A 17	3,7	12,5
<b>PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA</b>		
TOTAL	1,4	1,5
12 A 14	2,1	0,0
15 A 17	0,9	2,4
<b>SIN MOTIVO APARENTE</b>		
TOTAL	0,6	0,0
12 A 14	0,1	0,0
15 A 17	0,9	0,0
<b>OTRAS</b>		
TOTAL	12,0	18,2
12 A 14	12,7	8,7
15 A 17	11,6	23,3

## TENDENCIA A LA VIOLENCIA

La violencia es uno de los principales problemas sociales que enfrenta la sociedad. En este estudio sólo se ha medido la prevalencia de vida de conductas como peleas con algún tipo de armas o abuso físico contra menores. Se verificó que un 16,6% de la población adolescente se ha visto involucrado en algún tipo de estas conductas, siendo la prevalencia tanto más alta cuanto mayor la edad. En cuanto al pensamiento homicida, las prevalencias también resultan llamativas, pues un 1,3% de la población adolescente habría tenido alguna vez en su vida pensamientos homicidas (Tabla 110). Estos indicadores son considerablemente menores que los de los adolescentes de Lima y Callao (23,5 y 3,2%) (EEMSM 2002).

**TABLA 110**  
TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE BAGUA,  
PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005

INDICADOR	AÑOS	%
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	TOTAL	16,6
	12 A 14 AÑOS	14,7
	15 A 17 AÑOS	18,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	1,3
	12 A 14 AÑOS	1,0
	15 A 17 AÑOS	1,6
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	0,5
	12 A 14 AÑOS	0,6
	15 A 17 AÑOS	0,5
PREVALENCIA ANUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	1,0
	12 A 14 AÑOS	0,8
	15 A 17 AÑOS	1,1

## FACTORES PROTECTORES

El grado de cohesión familiar, medido a través del respeto y apoyo mutuo, el orgullo familiar, o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos entre los adolescentes de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, lo cual constituye un factor positivo frente a los otros estresores psicosociales que atentan contra la salud mental (Tabla 111). De la misma manera, el factor religioso es muy importante en la población adolescente encuestada (88,5%), tanto como lo es para el promedio de adolescentes de las ciudades de la sierra y de Lima y Callao, y la mayoría afirma que la religión ayuda a la solución de problemas (66,5%).

**TABLA 111**  
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE BAGUA,  
PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	17,5	18,3	20	15,8	20,0
MASCULINO	17,5	18,3	20	15,8	20,0
FEMENINO	17,5	18,3	20	15,8	20,0

## TRASTORNOS CLÍNICOS

En la Tabla 112 se presentan las prevalencias actuales de diversos trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo con una prevalencia actual de 4,2%, seguido del trastorno de ansiedad generalizada con un 4,0% en los adolescentes encuestados. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia nervosa es de 0,3%, la conducta bulímica es de 4,0% y la tendencia a problemas o trasgresiones de la conducta alimentaria es de 6,9% (Tabla 112).

**TABLA 112**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	PREVALENCIA %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,3	0,2	0,4
EPISODIO DEPRESIVO (DEPRESIÓN MAYOR)	4,2	1,8	6,5
DISTIMIA	0,5	0,2	0,7
FOBIA SOCIAL	3,6	2,4	4,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**	4,0	3,9	4,1
BULIMIA NERVOSA	0,2	0,0	0,4
CONDUCTAS BULÍMICAS***	4,0	3,9	4,0
ANOREXIA NERVOSA	0,3	0,0	0,6
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS****	6,9	4,5	9,3

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

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

\*\*\* Por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos 3 meses.

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

## Uso de sustancias

Al igual que en el adulto y el adolescente de la selva, sierra y Lima y Callao, las prevalencias de consumo de sustancias adictivas son mayores en los adolescentes de género masculino excepto si se trata de medicación para la cefalea, la tos y el consumo de coca. Como es de esperar, el consumo de alcohol aventaja en frecuencia al consumo de otras sustancias, siendo su prevalencia de vida 60,8% y la prevalencia en el mes del 11,7%. Con relación a conductas problemáticas por consumo de licor, se encuentra una prevalencia en el mes de embriaguez alcohólica del 3,2%. Es de notar que el 12,1% de los encuestados identifica su consumo de alcohol por lo menos con una conducta relacionada al abuso (Tabla 113).

Observamos que la prevalencia de vida del consumo de sustancias legales se encuentra en 74,0% y de ilegales en 0,6%. Las sustancias no alcohólicas legales más consumidas alguna vez son los medicamentos para el dolor de cabeza (26,3%), seguidas del tabaco (23,4%), el jarabe para la tos (10,7%) y la hoja de coca (10,5%) (Tabla 114).

**TABLA 113**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE**  
**DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	60,8	64,8	56,9
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	11,7	14,2	9,3
PREVALENCIA MENSUAL DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	3,2	4,7	1,7
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	12,1	16,2	8,0
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	4,9	8,3	1,6
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	2,6	4,4	0,8

**TABLA 114**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES EN LA**  
**POBLACIÓN ADOLESCENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

TIPO DE SUSTANCIA	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	74,0	76,4	71,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	0,6	0,7	0,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	23,4	30,6	16,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,3	0,5	0,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE 5 PASTILLAS PARA DORMIR	1,3	1,1	1,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	26,3	25,0	27,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	10,7	10,3	11,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,2	0,3	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ÉXTASIS	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,6	0,6	0,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA	0,1	0,1	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	0,1	0,2	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HEROÍNA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	10,5	9,9	11,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE INHALANTES	0,2	0,3	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA	74,1	76,4	71,7

A modo de comparación se presenta la distribución de las prevalencias de consumo de sustancias por adolescentes según las cinco ciudades del estudio, comparación que muestra diferencias significativas respecto al consumo de sustancias legales en general y de alcohol en particular, evidenciándose una mayor prevalencia de vida y en el mes de consumo de alcohol en Tumbes (73,4 y 20,9%), seguida de Bagua (71,0 y 11,8%) (Tabla 115).

**TABLA 115**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERIODO	TOTAL	BAGUA	PUERTO MALDONADO	PUNO	TACNA	TUMBES
	%	%	%	%	%	%
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	60,8	71,0	68,2	51,1	57,0	73,4
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	11,7	11,8	12,0	5,7	10,6	20,9
PREVALENCIA MENSUAL DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	3,2	3,3	2,2	2,2	3,9	3,7
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	12,1	7,7	9,6	10,3	14,3	12,5
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	4,9	2,9	4,5	5,8	4,7	4,9
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	2,6	1,3	2,1	1,7	3,9	1,7
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	74,0	72,1	74,5	78,7	67,2	81,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	0,6	0,7	2,9	0,0	0,3	0,9

En cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias (Tabla 116), se aprecia que los adolescentes entrevistados empezaron a consumir entre los 8 y 16 años. Para el alcohol la edad más frecuente de inicio de consumo es 15 años.

**TABLA 116**  
**EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

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

## ABUSO DE ADOLESCENTES

El adolescente, al igual que el niño y la mujer, se encuentra en serias desventajas para defenderse de las agresiones de personas de su entorno; al respecto, el 70,1% de la población adolescente de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes manifestó haber sufrido algún tipo de abuso en algún momento de su vida. La forma más frecuente de abuso es el psicológico (insultos, agresiones verbales, humillaciones, manipulaciones) con un 60,5%, seguido del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas) con 43,8% (Tabla 117). A todas luces, estas cifras son significativamente más elevadas que en la población adolescente de Lima y Callao (EEMSM 2002) y de la sierra (EESMSP 2003), inclusive para el abuso sexual.

**TABLA 117**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE ABUSO CONTRA EL ADOLESCENTE EN LA POBLACIÓN DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

TIPO DE ABUSO	%
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO O EMOCIONAL) CONTRA EL ADOLESCENTE EN ALGÚN MOMENTO	70,1
PREVALENCIA DE ALGÚN ABUSO DE TIPO SEXUAL CONTRA EL ADOLESCENTE	4,2
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO FÍSICO CONTRA EL ADOLESCENTE	43,8
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO PSICOLÓGICO CONTRA EL ADOLESCENTE	60,5
PREVALENCIA DE ALGÚN ABANDONO DEL ADOLESCENTE	9,8

## ACCESO A SERVICIOS

Si los servicios de atención en salud mental para el adulto en la capital del país son insuficientes, aún más deficitaria es la situación de los servicios de salud mental para los adolescentes de frontera. La cantidad de profesionales especializados en adolescentes es mucho menor que la especializada en adultos en Lima y casi inexistente en el resto del país. En la evaluación del acceso a servicios en salud mental para adolescentes, encontramos los mismos prejuicios manifestados por la población general. Como en el adulto, este informe se va a limitar a la presentación de los resultados desde el punto de vista de la demanda sentida, es decir de aquellos adolescentes que han percibido en sí mismos problemas de tipo emocional o mental en algún momento en sus vidas.

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido de algún problema de tipo emocional o de los nervios, el 28,5% de los adolescentes encuestados respondió afirmativamente (demanda sentida), cifra semejante a la de Lima y Callao (29,8%) y menor que la de la sierra (43,2%) y selva (36,7%). Se encontró también que sólo el 9,1% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 88,3% no solicitó ningún tipo de atención médica (Tabla 118).

El 9,1% que sí recibió ayuda está compuesto principalmente por el 3,0% que acudió a los establecimientos de salud del MINSA, el 3,9% que fue a ESSALUD y el 0,7% que fue atendido en consulta privada (Tabla 119).

**TABLA 118**  
**DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

DEMANDA	%
<b>DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM)</b>	
TOTAL	28,5
MASCULINO	25,8
FEMENINO	31,3
<b>DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)</b>	
TOTAL	9,1
MASCULINO	9,4
FEMENINO	8,9

**TABLA 119**  
**LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
<b>MINSA</b>		3,0
PUESTOS O CENTROS DE SALUD	1,9	(26,4% DE LO ATENDIDO)
HOSPITAL GENERAL	1,1	
<b>ESSALUD</b>		3,9
POSTA O POLICLÍNICO	1,5	(34,6% DE LO ATENDIDO)
CENTRO DE SALUD MENTAL	0,0	
HOSPITAL GENERAL	2,4	
<b>FFAA</b>		0,0
HOSPITAL FFAA Y PN	0,0	(0,0% DE LO ATENDIDO)
<b>PRIVADA</b>		0,7
CLÍNICA PARTICULAR	0,2	(6,2% DE LO ATENDIDO)
CONSULTORIO PARTICULAR	0,5	
<b>OTROS</b>		2,5
OTROS	2,5	(22,3% DE LO ATENDIDO)

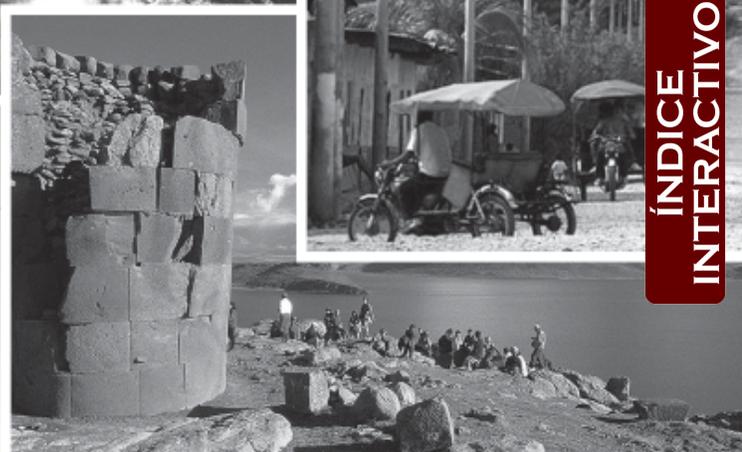
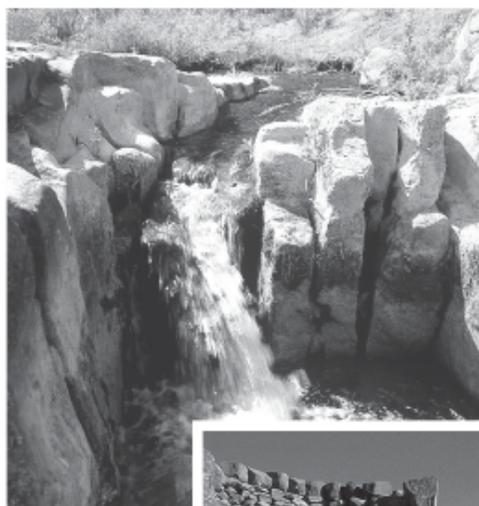
Con relación a los motivos por los cuales los adolescentes no recibieron atención alguna para su problema emocional, la mayoría (48,3%) pensaba que lo debían superar solos, el 30,2% no acudió por falta de confianza, el 19,9% por no tener dinero y un 32,9% no sabía dónde ir a buscar ayuda. Es evidente, al igual que en el adulto, que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y los económicos (Tabla 120).

**TABLA 120**  
**MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
NO SABÍA DÓNDE IR	32,9
NO TENÍA DINERO	19,9
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	48,3
NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	6,1
LARGAS LISTAS DE ESPERA	9,1
PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	9,0
FALTA DE CONFIANZA	30,2
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	21,9
NO ME BENEFICIARÍA	20,6
POR VERGÜENZA	17,0
VECINOS HABLARÍAN MAL	11,0
POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	9,3
PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO	13,0
TENÍA DINERO, PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	8,2
NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	7,1
MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	5,2
OTROS	30,3



# CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS



**ÍNDICE  
INTERACTIVO**



## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

El número de adultos mayores encuestados en las cinco ciudades de frontera, Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, fue de 1 226 y, de acuerdo al diseño muestral, la inferencia alcanza a 39 458 habitantes. Los resultados se presentan en base a la población expandida. La muestra estuvo conformada por un 48,5% de varones y un 51,5% de mujeres (Tabla 121).

**TABLA 121**  
NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS DE  
BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	1 226	50,9	49,1
PONDERADA	39 458	48,5	51,5

### EDAD

La edad promedio de los adultos mayores encuestados fue 69,7 años y, según los grupos etarios conformados, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo más joven, entre los 60 y 74 años (Tabla 122).

**TABLA 122**  
EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS DE  
BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005

EDAD	MEDIA
PONDERADA (D.S)	69,7 (8,0)
<b>GRUPO ETARIO</b>	<b>%</b>
VIEJO JOVEN (60 A 74 AÑOS)	75,3
VIEJO VIEJO (75 A 84 AÑOS)	19,2
MUY VIEJO (85 AÑOS A MÁS)	5,4

### ESCOLARIDAD

En los encuestados adultos mayores el analfabetismo asciende al 23,1%, con mayor presencia en las mujeres que en los varones (Tabla 123).

**TABLA 123**  
ANALFABETISMO EN LOS ADULTOS MAYORES DE  
BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005

ANALFABETISMO	%
TOTAL	23,1
MASCULINO	10,7
FEMENINO	35,0

Aproximadamente la mitad de los encuestados adultos mayores tienen instrucción primaria (48,3%), con valores semejantes en hombres y mujeres. Una quinta parte de la muestra no tiene instrucción, y el mayor contingente en este caso corresponde a las mujeres (Tabla 124).

**TABLA 124**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
SIN NIVEL/ NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	19,7	8,8	30,0
INICIAL / PREESCOLAR	0,2	0,0	0,3
PRIMARIA	48,3	48,2	48,3
SECUNDARIA	19,4	25,3	14,0
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	5,8	7,6	4,1
SUPERIOR UNIVERSITARIO	5,9	8,7	3,3
POSTGRADO	0,7	1,5	0,0

## ESTADO CIVIL

El 60,5% de los adultos mayores está en situación de unido (son casados o convivientes), existiendo una marcada diferencia entre géneros: mientras que en los varones este porcentaje asciende a 76,9%, en las mujeres está en 45,1%. En la condición de pérdida de una unión previa (separados, divorciados y viudos) se halla el 36,2% (21,4% de los hombres y 50,1% de las mujeres), siendo mayor el estado de viudez en las mujeres. El 3,3% de adultos mayores permaneció soltero (Tabla 125).

**TABLA 125**  
**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

ESTADO CIVIL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
CONVIVIENTE	8,5	12,9	4,4
SEPARADO	9,6	6,5	12,4
DIVORCIADO	0,9	1,0	0,8
VIUDO	25,7	13,9	36,9
CASADO	52,0	64,0	40,7
SOLTERO	3,3	1,7	4,8

## OCUPACIÓN

La actividad productiva de los adultos mayores se refleja en el 37,3% que estuvo trabajando la semana anterior a la encuesta; aproximadamente la mitad de los varones y la cuarta parte de las mujeres trabajan. Los que buscan empleo o desempleados alcanzan al 0,6% (Tabla 126).

**TABLA 126**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	37,3	49,7	25,7
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	0,6	1,3	0,0

# SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR



## ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

## ESTRESORES PSICOSOCIALES

Entre los once estresores explorados destaca el hecho de que poco más de dos tercios de los adultos mayores encuestados identifican la delincuencia como generadora de mucha tensión. También como causantes de mucha tensión, alrededor de la mitad de los encuestados señala el narcotráfico, la salud, el terrorismo y el dinero; un tercio señala a los hijos y otros parientes; y una cuarta parte, a la pareja y el trabajo. En próximos estudios se informará sobre el rubro «otros», que ocasiona alta tensión en un elevado porcentaje de los encuestados (Tabla 127).

Teniendo en cuenta el género, las mujeres muestran mayores porcentajes de alta tensión experimentada ante la mayoría de estresores; las diferencias son marcadas en cuanto a la tensión producida por los hijos, la salud y el terrorismo. Con relación a la salud, se debe considerar que la prevalencia a 6 meses de enfermedad física o accidente en los adultos mayores encuestados es de 35,3%.

**TABLA 127**  
**MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
<b>TRABAJO</b>			
TOTAL	43,5	28,9	27,6
MASCULINO	40,8	33,1	26,1
FEMENINO	48,5	21,2	30,3
<b>ESTUDIOS</b>			
TOTAL	81,7	13,4	4,9
MASCULINO	78,7	21,3	0,0
FEMENINO	86,8	0,0	13,2
<b>HIJOS Y PARIENTES</b>			
TOTAL	47,1	19,3	33,5
MASCULINO	52,0	21,4	26,6
FEMENINO	42,4	17,4	40,2
<b>PAREJA</b>			
TOTAL	56,2	18,4	25,4
MASCULINO	62,4	14,6	23,0
FEMENINO	45,9	24,7	29,4
<b>DINERO</b>			
TOTAL	34,1	22,5	43,4
MASCULINO	35,1	26,0	38,9
FEMENINO	33,1	19,1	47,8
<b>SALUD</b>			
TOTAL	27,1	19,7	53,2
MASCULINO	33,8	23,8	42,4
FEMENINO	20,5	15,8	63,7
<b>ASUNTOS CON LA LEY</b>			
TOTAL	78,1	8,8	13,1
MASCULINO	78,0	9,7	12,3
FEMENINO	78,2	7,9	13,9
<b>TERRORISMO</b>			
TOTAL	44,1	8,1	47,8
MASCULINO	50,7	8,5	40,8
FEMENINO	37,8	7,7	54,5
<b>DELINCUENCIA</b>			
TOTAL	24,4	7,3	68,3
MASCULINO	25,6	9,0	65,4
FEMENINO	23,3	5,6	71,1
<b>NARCOTRÁFICO</b>			
TOTAL	33,9	8,0	58,1
MASCULINO	36,3	8,6	55,1
FEMENINO	31,6	7,4	60,9
<b>OTROS</b>			
TOTAL	33,1	4,7	62,2
MASCULINO	30,6	5,8	63,6
FEMENINO	37,4	2,7	59,8

## DISCRIMINACIÓN

A lo largo de la vida los adultos mayores se han sentido discriminados por diversos aspectos, destacando la edad, condición económica o social y el nivel educativo. La percepción de ser discriminado en el último año es baja, manteniéndose las mayores frecuencias en los tres aspectos señalados. Los datos por el bajo número de casos deben ser tomados con cuidado (Tabla 127A)

**TABLA 127A**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

TIPO DE DISCRIMINACIÓN	PREVALENCIA DE VIDA %	NINGUNA VEZ %	RARA VEZ U OCASIONALMENTE %	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE %
SEXO	9,5	96,4	2,8	0,8
EDAD	15,6	89,7	8,1	2,2
PESO	5,7	97,0	2,6	0,4
COLOR DE PIEL	4,4	98,4	1,5	0,2
FORMA DE VESTIR	5,8	97,1	2,7	0,2
COND. ECONÓMICA O SOCIAL	13,6	91,0	7,3	1,7
NIVEL EDUCATIVO	11,7	93,7	4,7	1,7
RELIGIÓN	4,2	97,5	2,4	0,2
AMISTADES	2,8	97,7	1,9	0,4
LUGAR DE NACIMIENTO	3,5	97,9	1,8	0,3
TALLA	2,9	98,5	1,3	0,2

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los estados de ánimo prevalentes en los adultos mayores son la tranquilidad y la alegría, considerados positivos. La preocupación, tristeza, tensión y angustia son reconocidas como presentes en forma permanente o casi permanente por altos porcentajes de los encuestados. Entre los varones se reportan con más frecuencia los estados de ánimo positivos; los estados negativos son consistentemente más reconocidos como presentes entre las mujeres, e incluso en porcentajes que duplican los datos de los varones (Tabla 128).

**TABLA 128**  
**PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	6,1	62,8	31,2
MASCULINO	8,2	71,8	20,0
FEMENINO	4,0	54,1	41,9
<b>TENSO</b>			
TOTAL	17,4	62,2	20,4
MASCULINO	22,8	65,5	11,7
FEMENINO	12,2	59,0	28,7
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	20,9	59,4	19,7
MASCULINO	27,8	60,7	11,5
FEMENINO	14,2	58,2	27,6
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	24,8	60,0	15,2
MASCULINO	31,2	58,2	10,6
FEMENINO	18,6	61,7	19,7
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	5,5	53,0	41,6
MASCULINO	7,3	62,8	29,9
FEMENINO	3,7	43,6	52,7
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	3,0	35,7	61,3
MASCULINO	1,3	26,7	71,9
FEMENINO	4,7	44,3	51,0
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	3,9	44,4	51,8
MASCULINO	1,2	37,2	61,6
FEMENINO	6,4	51,2	42,4
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	28,2	58,8	13,0
MASCULINO	32,5	58,4	9,1
FEMENINO	24,1	59,2	16,7
<b>OTRO</b>			
TOTAL	13,9	3,9	82,2
MASCULINO	12,3	5,7	82,0
FEMENINO	17,3	0,0	82,7

## SATISFACCIÓN PERSONAL

El nivel de satisfacción personal de los adultos mayores, con respecto a diferentes atributos y condiciones personales, se expresa en una media global de 16,1 en una escala de 5 a 20, con valores levemente mayores para los varones (Tabla 129). La mayoría de los encuestados refiere un alto nivel de satisfacción con todos los aspectos evaluados, excepto con el nivel de estudios y con el nivel socio-económico, en los que la insatisfacción llega al 45% y 42%, respectivamente (Tabla 130). Teniendo en cuenta el género, en los varones se encuentran mayores porcentajes de satisfacción que en las mujeres en siete de los aspectos explorados, destacando una diferencia sustancial en cuatro de ellos: piel, inteligencia, aspecto físico, nivel educativo; precisamente en éstos es mayor el porcentaje de mujeres que presenta nula o poca satisfacción

**TABLA 129**  
**SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,1 (2,7)	16,4	20,0	14,8	18,0
MASCULINO	16,5 (2,5)	16,6	20,0	15,0	18,6
FEMENINO	15,8 (2,9)	16,3	20,0	14,0	18,0

**TABLA 130**  
**SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASPECTO FÍSICO</b>			
TOTAL	17,4	34,6	48,0
MASCULINO	14,0	34,0	52,0
FEMENINO	20,6	35,2	44,2
<b>COLOR DE PIEL</b>			
TOTAL	9,8	26,9	63,3
MASCULINO	5,7	27,0	67,3
FEMENINO	13,8	26,7	59,5
<b>INTELIGENCIA</b>			
TOTAL	14,3	29,4	56,2
MASCULINO	9,7	29,5	60,8
FEMENINO	18,9	29,3	51,8
<b>CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA</b>			
TOTAL	42,5	37,5	20,0
MASCULINO	38,9	41,4	19,7
FEMENINO	45,9	33,8	20,3
<b>PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ</b>			
TOTAL	15,3	15,9	68,8
MASCULINO	12,9	17,1	70,0
FEMENINO	20,7	13,1	66,2
<b>NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO</b>			
TOTAL	44,9	24,6	30,4
MASCULINO	32,8	28,5	38,6
FEMENINO	57,5	20,6	21,9
<b>RELIGIÓN</b>			
TOTAL	4,9	11,5	83,6
MASCULINO	4,0	14,4	81,5
FEMENINO	5,7	8,6	85,6
<b>RELACIONES SOCIALES</b>			
TOTAL	14,2	24,6	61,2
MASCULINO	10,2	27,3	62,5
FEMENINO	18,1	21,9	60,0
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>			
TOTAL	9,6	25,6	64,9
MASCULINO	8,0	25,4	66,7
FEMENINO	11,1	25,8	63,1

## SATISFACCIÓN LABORAL

Más de un tercio de la muestra de adultos mayores continúa trabajando, por lo que resulta importante la evaluación de la satisfacción laboral. Tomando en cuenta una escala de 5 a 20, los encuestados presentan una media global de 16,5 de satisfacción laboral. Los adultos mayores refieren altos porcentajes de satisfacción en los aspectos evaluados, excepto con la remuneración recibida (Tablas 131 y 132). En los seis aspectos evaluados, la alta satisfacción referida por ambos sexos es similar, excepto para la carga de trabajo, con la que las mujeres presentan mayor insatisfacción. Aunque no se encuentran diferencias de género, respecto a la remuneración económica, es mayor el porcentaje femenino de nula o escasa insatisfacción.

**TABLA 131**  
SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE  
BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,5 (2,8)	17,0	20,0	15,0	18,8
MASCULINO	16,7 (2,8)	17,5	20,0	15,0	19,0
FEMENINO	16,2 (2,9)	16,8	20,0	14,0	18,4

**TABLA 132**  
SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE  
BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA</b>			
TOTAL	10,7	25,2	64,1
MASCULINO	9,3	28,3	62,4
FEMENINO	13,1	19,6	67,3
<b>CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA</b>			
TOTAL	10,7	31,4	57,9
MASCULINO	9,1	35,2	55,7
FEMENINO	13,5	24,4	62,1
<b>CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>			
TOTAL	6,4	30,9	62,8
MASCULINO	6,1	30,6	63,3
FEMENINO	6,9	31,6	61,5
<b>CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO</b>			
TOTAL	15,7	31,4	52,9
MASCULINO	12,6	31,2	56,2
FEMENINO	21,6	31,7	46,7
<b>CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES</b>			
TOTAL	9,7	35,4	54,9
MASCULINO	9,2	37,1	53,7
FEMENINO	12,4	26,9	60,7
<b>CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE</b>			
TOTAL	43,5	37,4	19,1
MASCULINO	36,2	43,7	20,1
FEMENINO	56,9	25,9	17,2

## CALIDAD DE VIDA

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

**TABLA 133**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

CALIDAD DE VIDA (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	7,2	7,2	7,0	6,4	7,9
MASCULINO	7,2	7,2	7,0	6,5	7,9
FEMENINO	7,1	7,2	7,4	6,4	7,8

## DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

Con la edad existe mayor probabilidad de presentar discapacidades, asociadas a la presencia de alguna condición patológica, lo que puede limitar el funcionamiento y autonomía. Aproximadamente una quinta parte de los adultos mayores encuestados (18,7%) tiene alguna discapacidad física (Tabla 134). Considerando una escala de 5 a 20, en la que 5 indica ausencia de discapacidad para la realización de actividades cotidianas, los encuestados presentan un bajo nivel global de discapacidad (Tabla 135). El 21,9% de la población presenta al menos alguna discapacidad o inhabilidad, observándose una mayor prevalencia entre las mujeres que en los varones (Tabla 136).

**TABLA 134**  
**DISCAPACIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

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

**TABLA 135**  
**NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	6,0 (2,7)	5,0	5,0	5,0	5,0
MASCULINO	5,7 (2,3)	5,0	5,0	5,0	5,0
FEMENINO	6,3 (3,1)	5,0	5,0	5,0	6,0

**TABLA 136**  
**ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
TOTAL	21,9
MASCULINO	16,7
FEMENINO	26,8

## INDICADORES SUICIDAS

El adulto mayor está expuesto a variadas situaciones de pérdida que generan estados afectivos negativos, y que pueden asociarse a deseos, pensamientos, planes y conductas suicidas. Se presenta la prevalencia de vida, anual y en el último mes de estos indicadores, debiéndose tomar con cuidado los datos de los tres últimos por el número pequeño de casos. Respecto al deseo de muerte, un tercio de los encuestados lo ha tenido alguna vez en su vida; aproximadamente la décima parte de los adultos mayores ha deseado morir en el último mes. Nótese que todos los indicadores son mayores entre las mujeres; específicamente en el último mes, la prevalencia del deseo de morir es el doble del porcentaje que entre los hombres, el pensamiento suicida es el triple, y los planes y la conducta cinco veces mayor (Tabla 137).

**TABLA 137**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

INDICADORES SUICIDAS	PREVALENCIA		
	DE VIDA %	MENSUAL %	ANUAL %
<b>DESEO DE MORIR</b>			
TOTAL	33,0	9,1	13,9
MASCULINO	21,2	6,2	8,7
FEMENINO	44,3	11,8	18,9
<b>PENSAMIENTO SUICIDA</b>			
TOTAL	10,8	3,1	3,9
MASCULINO	7,1	1,6	2,0
FEMENINO	14,3	4,5	5,8
<b>PLANEACIÓN SUICIDA</b>			
TOTAL	4,2	0,6	0,8
MASCULINO	2,2	0,2	0,2
FEMENINO	6,1	1,1	1,4
<b>CONDUCTA SUICIDA</b>			
TOTAL	1,7	0,5	0,6
MASCULINO	0,2	0,0	0,1
FEMENINO	3,1	1,1	1,1

## FACTORES PROTECTORES

La cohesión familiar y las tendencias religiosas se consideran factores protectores de la salud y bienestar. La cohesión se refiere a la percepción de respeto, apoyo y de compartir valores y proyectos en la familia. En una escala de 5 a 20, en la que cinco es ausencia de cohesión familiar,

la media de los adultos mayores encuestados es 18,1 (Tabla 138). De otro lado, se encuentran altos porcentajes en las actitudes positivas y prácticas religiosas, excepto para la participación activa en la que se compromete aproximadamente solo la cuarta parte de los encuestados (Tabla 139). Se advierte que los porcentajes son levemente mayores entre las mujeres que entre los varones, excepto en cuanto a lectura de escritos religiosos.

**TABLA 138**  
**COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

COHESIÓN FAMILIAR(ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	18,1 (2,6)	19,2	20,0	17,0	20,0
MASCULINO	18,0 (2,5)	19,2	20,0	16,7	20,0
FEMENINO	18,1 (2,6)	19,2	20,0	17,0	20,0

**TABLA 139**  
**TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS ES MUY IMPORTANTE	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	PARTICIPA ACTIVAMENTE	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	TRASMITE RELIGIÓN A HIJOS	PREDICA RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
	%	%	%	%	%	%	%
TOTAL	92,5	86,4	23,0	55,8	62,5	33,9	81,5
MASCULINO	90,7	84,3	19,3	60,5	55,6	31,0	79,1
FEMENINO	94,3	88,5	26,6	50,8	69,3	36,8	83,8

## TRASTORNOS CLÍNICOS

### Episodio depresivo en el adulto mayor

Se presentan las prevalencias de vida, anual, a seis meses y actual del episodio depresivo en adultos mayores, según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Tabla 140). En la prevalencia actual del episodio depresivo, que asciende a 6,1%, se nota un mayor porcentaje entre las mujeres frente a los hombres; asimismo, entre los adultos mayores del grupo de más edad frente a los más jóvenes.

**TABLA 140**  
**EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE**  
**BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

PREVALENCIAS DEL EPISODIO DEPRESIVO	DE VIDA %	ANUAL %	DE 6 MESES %	ACTUAL %
TOTAL	24,3	8,6	7,2	6,1
MASCULINO	16,0	4,3	3,3	2,6
FEMENINO	32,3	12,8	10,9	9,5
VIEJO JOVEN (60-74)	23,8	8,1	6,9	5,5
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO ( $\geq 75$ )	26,2	10,3	8,2	8,0

## Trastorno de ansiedad generalizada

En la Tabla 141 se muestran las prevalencias de vida, anual, a seis meses y actual del trastorno de ansiedad generalizada sin depresión en la población de adultos mayores. La prevalencia actual es 4,1%; es levemente mayor en las mujeres que en los varones y levemente mayor en el grupo etario más joven en comparación con el de mayor edad (Tabla 141).

**TABLA 141**  
**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN) EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

PREVALENCIAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	DE VIDA %	ANUAL %	DE 6 MESES %	ACTUAL %
TOTAL	11,0	4,5	4,4	4,1
MASCULINO	8,0	3,6	3,6	3,6
FEMENINO	13,9	5,3	5,1	4,6
VIEJO JOVEN (60-74)	11,3	4,8	4,6	4,3
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO ( $\geq 75$ )	10,0	3,4	3,7	3,4

## Consumo de sustancias

La prevalencia anual conjunta de los patrones de abuso/dependencia de alcohol asciende a 3,5%, siendo notablemente mayor en los varones (Tabla 142).

**TABLA 142**  
**ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

PREVALENCIA DE ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL	ANUAL %
TOTAL	3,5
MASCULINO	6,0
FEMENINO	1,2

## DETERIORO EN EL ADULTO MAYOR

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

Considerando un rango de puntajes de 0 a 30 del MMSE, donde 30 indica el deterioro máximo, la media del desempeño cognoscitivo de los adultos mayores fue 29,7. Los resultados se presentan en dos grupos según los años de estudio (excluyendo analfabetos), teniendo en cuenta el efecto de la educación en el desempeño. Como se aprecia, el grupo con menos años de estudios tiene una media mayor y puntajes más dispersos que el grupo con mayor educación (Tabla 143).

**TABLA 143**  
**DESEMPEÑO COGNOSCITIVO EN EL MMSE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN AÑOS DE INSTRUCCIÓN DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

ASPECTOS COGNOSCITIVOS	AÑOS DE INSTRUCCIÓN	MEDIA	Sx.	MEDIANA	MODA	MÍN.	MÁX.	P25	P75
PUNTAJE MMSE (MÁX 30 PUNTOS)	TOTAL	23,9	0,03	25,0	27,0	0,0	30,0	22,0	27,0
	8 Ó MÁS	25,9	0,04	27,0	27,0	0,0	30,0	25,0	29,0
	MENOS DE 8	22,6	0,04	23,0	25,0	0,0	30,0	20,0	26,0

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

En el 26,1% de los adultos mayores se encuentra algún grado de deterioro cognoscitivo, indicado por el punto de corte de 22 en el MMSE, con mayor porcentaje en las mujeres y en el grupo de mayor edad; es de resaltar que en el grupo de mayor edad se duplica el porcentaje del grupo de menor edad. El deterioro identificado es mayor en el grupo de menor instrucción frente al grupo de más años de instrucción, notándose para ambos grupos el mismo patrón con respecto a edad y sexo (Tabla 144).

**TABLA 144**  
**DESEMPEÑO COGNOSCITIVO INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR AÑOS DE INSTRUCCIÓN\*, GRUPO ETARIO Y SEXO DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE ( $\leq 22$ )	AÑOS DE INSTRUCCIÓN		
	MENOS DE 8 %	8 Ó MÁS %	TOTAL %
TOTAL	40,5	14,5	29,9
MASCULINO	39,4	10,4	25,9
FEMENINO	41,7	22,1	35,3
VIEJO JOVEN (60-74)	31,6	10,0	22,5
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO ( $\geq 75$ )	67,8	33,0	55,7

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

\* Personas analfabetas excluidas.

Utilizando el puntaje de corte 5 en la escala de Pfeffer como indicador de la pérdida de habilidades instrumentales, se encuentra en esta condición al 18,8% de los adultos mayores. Es mayor el porcentaje en las mujeres y pronunciadamente alto en el grupo de mayor edad (Tabla 145).

**TABLA 145**  
**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES INDICATIVAS DE DETERIORO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN LA ESCALA DE PFEFFER ( $\geq 6$ )	%
TOTAL	18,8
MASCULINO	14,7
FEMENINO	22,6
VIEJO JOVEN (60-74)	9,2
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO ( $\geq 75$ )	48,0

La prevalencia de deterioro sospechoso de demencia, indicado por la presencia conjunta de deterioro cognoscitivo, a través del MMSE con un puntaje  $\geq 21$ , y de deterioro de las actividades instrumentales, mediante la Escala de Pfeffer con un puntaje  $\geq 6$ , asciende a 7,4%. La prevalencia es mayor en el grupo de menos años de instrucción (Tabla 146).

**TABLA 146**  
**ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNOSCITIVO Y FUNCIONAL SOSPECHOSO DE DEMENCIA POR AÑOS DE INSTRUCCIÓN\* DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

INDICADORES DE DETERIORO	AÑOS DE INSTRUCCIÓN	%
PUNTAJE MMSE ( $\leq 21$ PUNTOS) Y PFEFFER ( $\geq 6$ PUNTOS)	TOTAL	10,0
	8 Ó MÁS	6,2
	MENOS DE 8	12,6

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

\* Personas analfabetas excluidas.

## MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR

En el último año el 11,5% de adultos mayores ha sido víctima de alguna forma de maltrato, y el 3,5% sufre maltrato sistemático. En ambas condiciones, la agresión verbal es la forma más frecuente de maltrato (Tabla 147). Del total de adultos mayores que refirió haber sido maltratado en el último año, sólo el 12,9% recibió algún tipo de ayuda.

**TABLA 147**  
**PREVALENCIA ANUAL Y SISTEMÁTICA DE MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR EN LA POBLACIÓN DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

TIPO DE MALTRATO	TOTAL %	SISTEMÁTICO* %
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR	11,5	3,5
ÍNTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	0,1	0,0
GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	2,1	0,5
ÍNSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	9,1	2,2
CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	4,7	1,6
SITUACIÓN DE ABANDONO	2,8	1,3

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

## ACCESO A SERVICIOS

Un indicador del acceso a los servicios de salud está dado por la comparación entre la demanda sentida, o reconocimiento de padecer algún problema de tipo emocional o mental, y la demanda sentida expresada, o búsqueda efectiva de atención. Considerando el periodo de los últimos seis meses, la demanda sentida en los adultos mayores fue de 19,3% y, de éstos, el 15,2% se constituye en demanda sentida expresada; el porcentaje de los que no buscan ayuda bordea el 85%. Aunque la demanda sentida es porcentualmente mayor en las mujeres, el porcentaje de hombres que buscan ayuda es levemente mayor (Tabla 148).

**TABLA 148**  
**DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

DEMANDA SENTIDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL)	(%)
TOTAL	19,3
MASCULINO	14,1
FEMENINO	24,3
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	(%)
TOTAL	15,2
MASCULINO	18,1
FEMENINO	13,6

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

**TABLA 149**  
**LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
<b>MINSA</b>		2,8
PUESTOS O CENTROS DE SALUD	2,7	(18,4% DE LO ATENDIDO)
HOSPITAL GENERAL	0,1	
<b>ESSALUD</b>		9,7
POSTA O POLICLÍNICO	3,3	(64,2% DE LO ATENDIDO)
CENTRO DE SALUD MENTAL	0,1	
HOSPITAL GENERAL	6,3	
<b>PRIVADA</b>		2,3
CLÍNICA PARTICULAR	0,8	(14,8% DE LO ATENDIDO)
CONSULTORIO PARTICULAR	1,5	
<b>OTROS</b>		0,4
OTROS	0,4	(2,6% DE LO ATENDIDO)

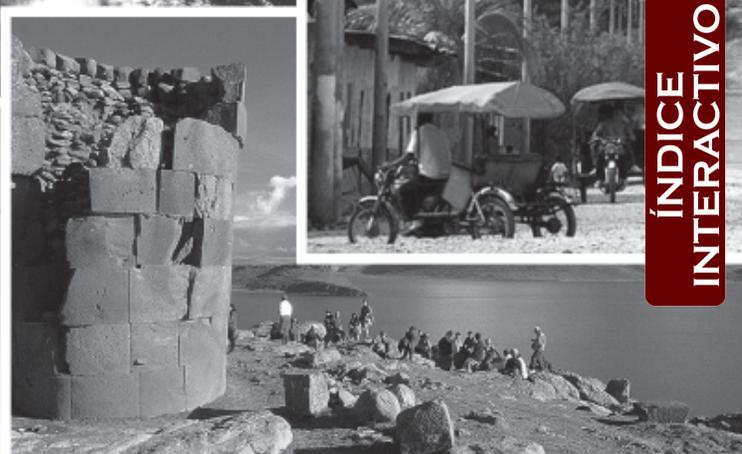
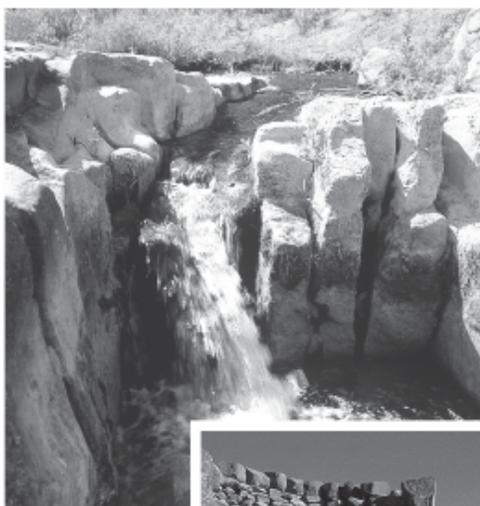
Con relación a los motivos por los cuales la persona no buscó atención médica para su problema emocional, destacan el pensamiento del deber superar el problema sola y las limitaciones económicas (Tabla 150).

**TABLA 150**  
**MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA A LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE BAGUA, PUERTO MALDONADO, PUNO, TACNA Y TUMBES 2005**

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
NO SABÍA A DÓNDE IR	22,4
NO TENÍA DINERO	37,8
TENÍA DINERO, PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	7,1
NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	9,2
LARGAS LISTAS DE ESPERA	16,0
NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	9,1
FALTA DE CONFIANZA	17,1
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	15,8
NO ME BENEFICIARÍA	20,8
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	44,5
PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	13,9
POR VERGÜENZA	7,9
SU ESPOSO (A) LA (O) LA CRITICARÍA O NO LE GUSTARÍA	0,8
SU ESPOSO(A) SE BURLARÍA DE USTED	0,0
SU ESPOSO(A) NO LA (O) AYUDARÍA ECONÓMICAMENTE PARA LA CONSULTA	1,6
SU ESPOSO (A) LO PROHIBIRÍA	0,0
VECINOS HABLARÍAN MAL	1,0
POR TEMOR A SER VISTO(A) COMO ENFERMO(A) MENTAL	3,4
MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	19,0
OTRO	35,8



# CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN FRONTERAS



**ÍNDICE  
INTERACTIVO**



## ADULTOS

1. Con respecto a los aspectos sociodemográficos, el grado de analfabetismo es mayor en el género femenino. El 40,1% tiene por lo menos educación secundaria. Son significativas las diferencias entre género. Casi dos terceras partes son casados o convivientes. El desempleo llega al 3,1% y más de la mitad de las mujeres tiene un ingreso promedio menor a 300 nuevos soles.
2. Hombres y mujeres, en un 43,8%, perciben que el problema principal del país está relacionado con el desempleo. Luego siguen la pobreza y el manejo económico.
3. Un 92,6% de la población desconfía de las autoridades políticas. Un 77,5% no se siente protegido por el Estado. Es alto el sentimiento de protección que genera la familia y la creencia en Dios.
4. Problemas de salud y económicos, en un 30% de la población, generan alto estrés.
5. Las situaciones económicas y sociales constituyen las principales situaciones de discriminación.
6. La población encuestada, entre un 10% y 30%, presentó en el último mes sentimientos negativos como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad y aburrimiento.
7. El grado de insatisfacción personal en las distintas áreas, como aspecto físico, inteligencia, nivel económico, profesión u oficio, nivel educativo alcanzado y relaciones sociales, se encontró entre el 7,3% y 28,3% de los encuestados. El 27,9% tiene sentimientos de insatisfacción por razones económicas.
8. El índice de calidad de vida correspondió al 7,3.
9. Una quinta parte de la población tiene algún grado de discapacidad o inhabilidad leve.
10. La permisividad frente a la psicopatía fue de 9,1% y, las tendencias psicopáticas, de 6,5%.
11. Un 33,7% de la población adulta en algún momento de su vida ha tenido deseos de morir; y un 15,2% de las mujeres en el último año ha tenido ganas de morir. Los principales motivos de deseos de morir y pensamientos suicidas lo constituyen los problemas de pareja, económicos y con los padres. En la mujer, el intento suicida, que es alrededor del 50%, está relacionado con problemas con la pareja.
12. Más de un tercio de la población presentó algún trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida y cerca de un quinto lo ha sufrido en los últimos 6 a 12 meses. El desorden más frecuentemente encontrado fue el episodio depresivo, con 17,1%; a pesar de ello, un 42,3% no considera la depresión como un desorden mental. Fue mayor la prevalencia de trastornos psiquiátricos en Iquitos. La prevalencia de vida para trastornos psiquiátricos, en personas que han perdido violentamente algún familiar en el periodo de la violencia política, fue de 56,6%.
13. La prevalencia de vida para consumo de sustancias legales fue de 84,9%. La prevalencia más alta fue para el consumo de bebidas alcohólicas, con 97,4%. La prevalencia anual de abuso o dependencia del alcohol fue del 4,3%, correspondiendo 15,6% al sexo masculino.
14. Se encuentran hallazgos que evidencian una relación directa entre la salud mental y el nivel de pobreza, es decir, a mayor pobreza mayor problemas de salud mental. Esto se cumple con respecto a los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, pero no con el abuso o dependencia del alcohol.

15. En relación al acceso a los servicios, el 44,5% percibió algún problema de salud mental alguna vez en su vida. Un 15,6% identificó su problema en los últimos 6 meses y, de ellos, sólo un 12,7% recibió atención por el sistema de salud.
16. Se encontró que las personas que alguna vez consultaron por algún síndrome folklórico presentaron en algún momento de su vida un episodio depresivo, ansiedad en general o indicadores paranoides en diferentes grados.

## MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS

1. El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas en fronteras es del 8,0%. El 65,6% de las mujeres entrevistadas refiere tener una instrucción entre primaria y secundaria. El 80,8% refiere encontrarse en situación de unidas (conviviente y casada). El 2,0% ha estado buscando trabajo la semana anterior, el 43,2% considera el desempleo como el problema principal en el país y el 22,9% presenta el sentimiento de tristeza frente al principal problema. El 50,2% gana menos de 300 nuevos soles al mes.
2. Confían «nada o poco» en las autoridades políticas el 91,6% y en los religiosos, el 37,5% y, en los médicos, el 32,6% confía «mucho».
3. El 75,6% considera que la delincuencia es el mayor estresor. Más de la mitad considera un estresor importante el narcotráfico, el terrorismo, la salud y la falta de dinero.
4. El 41,2% siente «poco o nada» de satisfacción con su nivel educativo, y un alto porcentaje (78,9%) siente mucha satisfacción con la religión que profesa.
5. La media del índice de calidad de vida global es de 7,2 en una escala de 1 a 10.
6. La prevalencia anual de deseos de morir es de 15,0% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 33,3%; de pensamientos de quitarse la vida, 5,7% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 16,7%; de planes de quitarse la vida, 2,0%; de intentos de quitarse la vida, 0,5%.
7. La prevalencia de vida del episodio depresivo es de 25,0%, y en la mujer maltratada sistemáticamente, 42,6%; del trastorno de estrés post-traumático, 10,3%; y en la mujer maltratada sistemáticamente, 18,0%.
8. 5,9% de las mujeres fue maltratada en el periodo de enamoramiento; 16,7% fue engañada, y el 81,9% de las mujeres maltratadas sistemáticamente recibió tratos inadecuados en la etapa de enamoramiento.
9. El 40,7% de las mujeres es víctima de abuso físico por parte de su pareja actual, y el 53,3%, de insultos. La prevalencia anual de algún tipo de abuso sistemático es de 10,2%.

## ADOLESCENTES

1. Entre siete y ocho de cada diez adolescentes de las ciudades de frontera (Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes), de entre 12 y 17 años, tienen educación secundaria, y cinco de cada mil tienen condición de analfabetos.
2. Entre uno y dos de cada diez adolescentes de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes trabajan y tienen un promedio de ingreso de 129 73 nuevos soles.
3. La pobreza y la corrupción son los principales problemas personales percibidos por los adolescentes, percepción que les genera predominantemente sentimientos de preocupación y pena, tristeza o depresión.
4. Los adolescentes de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes no confían en las autoridades políticas, sindicales y comunales, pero sí confían en médicos, maestros y religiosos.
5. La delincuencia, el narcotráfico la salud y el terrorismo es percibido como factores muy tensionantes por la mayoría de adolescentes.
6. En lo personal, se sienten más satisfechos con su inteligencia, oficio, religión, amistades y aspecto físico, e insatisfechos con su situación económica.
7. Los adolescentes que trabajan dicen estar muy satisfechos con sus compañeros de trabajo y el trato de sus jefes, y nada satisfechos con la remuneración que reciben.
8. El nivel de calidad de vida de los adolescentes de fronteras es aceptable, y la cohesión familiar es alta.
9. Entre cuatro y cinco de cada diez adolescentes refieren mentiras frecuentes y conductas violentas en su vida.
10. Entre uno y dos de cada diez adolescentes han tenido deseos suicidas en el último año y acusan como motivo problemas con los familiares, especialmente con los padres.
11. El trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo (Depresión Mayor): uno de cada veinticinco adolescentes reúne criterios para tal diagnóstico.
12. El alcohol y el tabaco son las sustancias de mayor consumo, al igual que en la selva, sierra y Lima y Callao, y éste se inicia generalmente alrededor de los 15 años.
13. La adolescencia es otra etapa de vida vulnerable al abuso, siendo el abuso físico el más frecuente: siete de cada diez adolescentes han sido objeto de algún tipo de abuso (físico, psicológico, sexual o abandono).
14. Los servicios de atención en salud mental para adolescentes son mucho más deficitarios en ciudades de frontera que en Lima y Callao: uno a dos de cada diez adolescentes que refieren un problema emocional fueron atendidos para ello en un servicio de salud, siendo motivo de tan limitado acceso las concepciones erradas sobre la naturaleza de los problemas de salud mental y su tratamiento, así como la escasa confianza en los servicios y las limitaciones económicas.

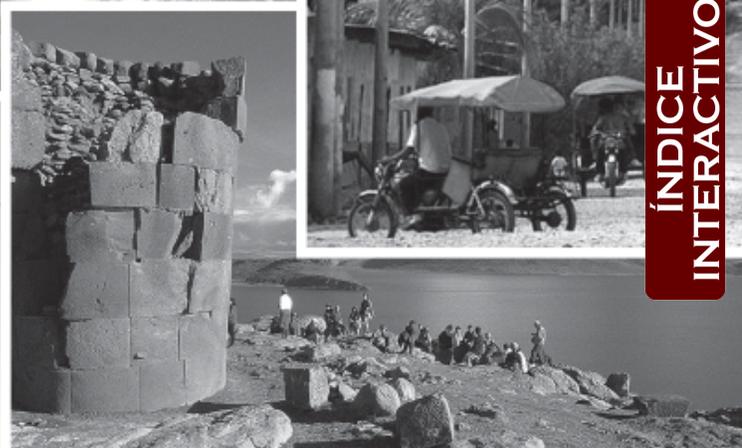
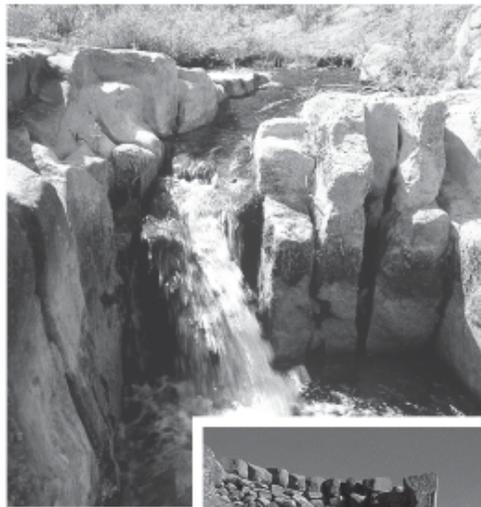
## ADULTO MAYOR

1. La edad promedio de los adultos mayores encuestados en las ciudades fronterizas de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, fue 69,7 años, con un mayor porcentaje del grupo entre 60 y 74 años. El analfabetismo caracteriza al 23,1% de la población, correspondiendo un 35% a las mujeres; el 48,3% de los encuestados tiene instrucción primaria. El 60,5% se encuentra en condición de unido, casado o conviviente. El 37,3% continúa trabajando.
2. Los estresores que provocan mayor tensión son la delincuencia, seguida del narcotráfico y los problemas de salud. La prevalencia a seis meses de enfermedad física o accidente es de 35,3%. Las mujeres refieren mayores porcentajes de alta tensión experimentada que los hombres. Los estados anímicos predominantes son la tranquilidad y alegría en ambos sexos; los estados negativos, como la preocupación, tristeza, tensión, angustia, irritabilidad y aburrimiento, son reportados más frecuentemente por las mujeres.
3. La mayoría de los adultos mayores expresa alta satisfacción con diferentes características y atributos personales, excepto la insatisfacción con los estudios y con la condición económica. Las mujeres tienden a experimentar mayor insatisfacción.
4. La mayoría de los adultos mayores que trabajan experimentan un alto nivel de satisfacción con diferentes aspectos de la actividad laboral, excepto con la remuneración recibida. En las mujeres se añade la insatisfacción por la carga de trabajo.
5. El 18,7% de los adultos mayores tiene alguna discapacidad física y, el 21,9%, alguna discapacidad o inhabilidad, la cual es mayor en las mujeres.
6. El deseo de morir en el último mes estuvo presente en el 9,1% de los adultos mayores; en las mujeres se encuentran mayores porcentajes de los indicadores suicidas.
7. La cohesión familiar y la religión son valoradas como factores protectores por los adultos mayores.
8. La prevalencia actual del episodio depresivo en los adultos mayores es de 6,1%, y la del trastorno de ansiedad generalizada sin depresión es de 4,1%. En ambas condiciones la prevalencia es mayor en las mujeres. Mientras que el episodio depresivo es más frecuente en el grupo etario mayor, la ansiedad generalizada es más frecuente en el grupo de adultos mayores más joven.
9. La prevalencia anual del abuso/dependencia de alcohol en los adultos mayores es de 3,5%, siendo mayor en los varones.
10. El deterioro cognoscitivo es mayor entre las mujeres, entre el grupo de mayor edad y entre las personas con menos años de educación. El deterioro de la capacidad de realizar actividades instrumentales es mayor en las mujeres y en el grupo de mayor edad.
11. El 7,4% de los adultos mayores muestra sospecha de demencia establecida por la presencia de deterioro cognoscitivo y funcional. El porcentaje es mayor en el grupo con menos años de educación.
12. El 11,5% de adultos mayores ha sufrido algún tipo de maltrato en el último año, siendo más frecuente el maltrato verbal. La forma sistemática de maltrato afecta al 3,5%.
13. El porcentaje de personas que identifica padecer problemas emocionales es 19,3%; de esta demanda sentida sólo el 15,2% busca atención, acudiendo la mayoría a los servicios de ESSALUD. Los motivos más frecuentemente reconocidos para no buscar atención fueron el pensamiento de deber superar el problema solos y las limitaciones económicas.



# ANEXO

## ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN





## ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN

Una investigación con una encuesta por muestreo puede estar afectada por dos tipos de errores:

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

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

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

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

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



## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD MENTAL EN FRONTERAS 2005 ERRORES MUESTRALES

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>GENERALES ADULTO</b>						
EDAD PROMEDIO(DS) PONDERADA	MEDIA ARITMÉTICA	38,0	0,4	37,3 ; 38,8	3,51	1,0
SITUACIÓN LABORAL	TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	62,4%	0,9	60,6 ; 64,2	2,23	1,5
	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	3,1%	0,3	2,6 ; 3,9	2,10	10,4
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	3,8%	0,3	3,2 ; 4,5	1,89	9,0
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	2,9%	0,3	2,4 ; 3,5	1,78	10,0
	INICIAL / PREESCOLAR	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	3,21	83,9
	PRIMARIA	17,4%	0,7	16,1 ; 18,9	2,18	4,2
	SECUNDARIA	40,1%	1,0	38,1 ; 42,1	2,54	2,5
	BACHILLERATO	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	1,93	43,4
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	16,3%	0,7	15,0 ; 17,8	2,35	4,5
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	21,2%	1,0	19,4 ; 23,2	3,34	4,6
	POSTGRADO	1,8%	0,3	1,2 ; 2,5	3,31	17,6
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	26,8%	0,8	25,2 ; 28,5	2,08	3,1
	SEPARADO	8,0%	0,4	7,3 ; 8,9	1,35	5,1
	DIVORCIADO	0,7%	0,1	0,4 ; 1,0	1,86	21,7
	VIUDO	3,7%	0,3	3,1 ; 4,4	1,78	8,8
	CASADO	32,5%	0,9	30,8 ; 34,3	2,23	2,8
	SOLTERO	28,3%	0,9	26,4 ; 30,2	2,61	3,3
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL	< DE 300	34,8%	1,2	32,5 ; 37,1	2,65	3,4
	301 A 600	31,0%	1,0	29,2 ; 32,9	1,88	3,1
	601 A 1 200	25,2%	1,1	23,2 ; 27,4	2,67	4,3
	> DE 1 200	9,0%	0,7	7,6 ; 10,5	2,80	8,1
NIVELES DE POBREZA FAMILIAR SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE CONSUMO	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	1,8%	0,3	1,3 ; 2,4	2,60	15,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	28,9%	1,3	26,3 ; 31,5	5,01	4,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	60,9%	1,3	58,3 ; 63,4	4,15	2,1
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	8,5%	0,7	7,2 ; 10,0	3,60	8,1
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO</b>						
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS	DESEMPLEO	43,8%	0,9	42,0 ; 45,6	2,00	2,1
	CORRUPCIÓN	15,8%	0,6	14,6 ; 17,1	1,77	4,0
	VIOLENCIA	3,8%	0,3	3,2 ; 4,4	1,65	8,4
	POBREZA	16,5%	0,7	15,2 ; 17,8	1,93	4,1
	FALTA DE CONFIANZA	0,8%	0,2	0,5 ; 1,2	2,11	21,5
	FALTA DE LIDERAZGO	0,8%	0,1	0,6 ; 1,2	1,64	18,3
	INESTABILIDAD POLÍTICA	2,0%	0,2	1,6 ; 2,5	1,66	11,6
	DELINCUENCIA	3,7%	0,4	3,1 ; 4,5	2,08	9,6
	TERRORISMO	0,4%	0,1	0,2 ; 0,7	1,52	25,2
	NARCOTRÁFICO	0,3%	0,1	0,2 ; 0,6	1,58	28,1
	MANEJO ECONÓMICO	1,6%	0,2	1,2 ; 2,1	1,79	13,6
	FALTA DE VALORES	9,1%	0,6	8,0 ; 10,2	2,19	6,1
	OTRO	0,9%	0,2	0,6 ; 1,3	2,22	20,4

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	INDIFERENCIA	2,9%	0,3	2,3 ; 3,5	2,08	10,9
	RESIGNACIÓN	2,1%	0,2	1,7 ; 2,6	1,64	11,3
	DESILUSIÓN	9,1%	0,5	8,1 ; 10,2	2,00	5,8
	AMARGURA	5,4%	0,4	4,6 ; 6,3	2,09	7,9
	RABIA	2,6%	0,3	2,1 ; 3,3	2,26	12,0
	CÓLERA	7,4%	0,5	6,4 ; 8,5	2,35	7,1
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	15,3%	0,7	14,0 ; 16,6	1,95	4,3
	PREOCUPACIÓN	31,6%	0,9	29,8 ; 33,5	2,33	2,9
	IMPOTENCIA	8,0%	0,6	6,9 ; 9,2	2,85	7,5
	FRUSTRACIÓN	2,8%	0,3	2,3 ; 3,4	1,85	10,5
	DESPERACIÓN O ANGUSTIA	3,1%	0,3	2,6 ; 3,7	1,44	8,7
	INDIGNACIÓN	6,8%	0,6	5,8 ; 8,0	2,83	8,1
	MIEDO O TEMOR	1,8%	0,2	1,4 ; 2,3	1,39	11,3
	NINGUNO	0,4%	0,1	0,2 ; 0,6	1,56	26,3
OTRO	0,8%	0,2	0,5 ; 1,2	2,06	21,3	
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	39,9%	1,0	37,9 ; 41,9	2,49	2,6
	REGULAR	39,8%	0,9	37,9 ; 41,6	2,10	2,4
	BASTANTE O MUCHO	20,4%	0,7	19,0 ; 21,8	1,84	3,6
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	67,8%	0,9	66,0 ; 69,6	2,22	1,3
	REGULAR	24,4%	0,8	22,8 ; 26,1	2,29	3,5
	BASTANTE O MUCHO	7,8%	0,5	6,9 ; 8,8	1,93	6,2
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	60,1%	0,9	58,3 ; 61,9	2,04	1,5
	REGULAR	29,7%	0,9	28,0 ; 31,4	2,07	2,9
	BASTANTE O MUCHO	10,2%	0,6	9,1 ; 11,4	2,03	5,5
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	33,5%	0,9	31,8 ; 35,3	2,16	2,7
	REGULAR	32,0%	0,9	30,2 ; 33,8	2,19	2,8
	BASTANTE O MUCHO	34,5%	0,9	32,8 ; 36,3	2,08	2,6
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	22,7%	0,8	21,2 ; 24,2	1,91	3,3
	REGULAR	48,3%	0,9	46,5 ; 50,0	1,93	1,9
	BASTANTE O MUCHO	29,1%	0,8	27,5 ; 30,7	1,96	2,8
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	20,9%	0,8	19,4 ; 22,4	2,06	3,6
	REGULAR	43,1%	0,9	41,3 ; 44,9	2,04	2,1
	BASTANTE O MUCHO	36,1%	1,0	34,2 ; 38,0	2,42	2,7
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	92,6%	0,5	91,6 ; 93,5	2,02	0,5
	REGULAR	6,5%	0,5	5,6 ; 7,5	2,14	7,2
	BASTANTE O MUCHO	0,9%	0,2	0,6 ; 1,3	2,02	19,3
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	59,1%	2,7	53,8 ; 64,3	1,50	4,5
	REGULAR	29,1%	2,7	24,1 ; 34,7	1,76	9,2
	BASTANTE O MUCHO	11,8%	1,9	8,5 ; 16,0	1,73	16,1
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDES	NADA O POCO	77,8%	0,8	76,2 ; 79,4	2,24	1,0
	REGULAR	18,6%	0,8	17,1 ; 20,2	2,46	4,3
	BASTANTE O MUCHO	3,6%	0,4	2,9 ; 4,4	2,21	10,1
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	24,1%	1,3	21,6 ; 26,8	1,87	5,5
	REGULAR	38,9%	1,6	35,7 ; 42,1	2,21	4,2
	BASTANTE O MUCHO	37,0%	1,6	33,9 ; 40,3	2,23	4,4
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	50,2%	1,0	48,2 ; 52,1	2,33	2,0
	REGULAR	37,4%	0,9	35,6 ; 39,3	2,20	2,5
	BASTANTE O MUCHO	12,4%	0,6	11,3 ; 13,7	2,01	4,9
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	56,1%	0,9	54,3 ; 57,8	1,85	1,6
	REGULAR	36,8%	0,8	35,2 ; 38,4	1,72	2,2
	BASTANTE O MUCHO	7,1%	0,5	6,3 ; 8,1	1,93	6,5
CONFIANZA EN LOS JUECES	NADA O POCO	70,6%	0,8	68,9 ; 72,2	1,99	1,2
	REGULAR	25,9%	0,8	24,3 ; 27,6	2,15	3,2
	BASTANTE O MUCHO	3,5%	0,3	2,9 ; 4,2	1,83	9,3

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	77,5%	0,8	75,9 ; 79,0	2,01	1,0
	REGULAR	19,8%	0,7	18,4 ; 21,2	1,86	3,6
	BASTANTE O MUCHO	2,7%	0,3	2,2 ; 3,4	1,89	10,7
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	13,3%	0,7	12,0 ; 14,7	2,33	5,1
	REGULAR	18,7%	0,8	17,3 ; 20,3	2,29	4,1
	BASTANTE O MUCHO	68,0%	0,9	66,2 ; 69,7	2,13	1,3
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	52,0%	3,1	46,0 ; 57,9	1,86	5,9
	REGULAR	36,1%	2,9	30,6 ; 42,0	1,84	8,1
	BASTANTE O MUCHO	11,9%	2,0	8,5 ; 16,5	1,90	16,8
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	3,3%	0,3	2,7 ; 4,0	2,09	10,3
	REGULAR	4,5%	0,4	3,8 ; 5,3	2,10	8,7
	BASTANTE O MUCHO	92,3%	0,5	91,2 ; 93,2	2,19	0,6
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD	NADA O POCO	40,7%	1,0	38,8 ; 42,7	2,48	2,5
	REGULAR	42,1%	1,0	40,2 ; 44,1	2,41	2,4
	BASTANTE O MUCHO	17,1%	0,7	15,8 ; 18,5	1,93	4,0
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE OTRA PERSONA NO MENCIONADA	NADA O POCO	10,6%	3,8	5,1 ; 20,6	4,93	35,6
	REGULAR	23,2%	3,0	17,8 ; 29,7	1,69	13,1
	BASTANTE O MUCHO	66,2%	4,0	57,9 ; 73,6	2,36	6,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	40,5%	1,2	38,2 ; 42,9	2,38	2,9
	REGULAR	31,5%	1,1	29,4 ; 33,7	2,23	3,4
	BASTANTE O MUCHO	27,9%	1,2	25,6 ; 30,3	2,88	4,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	36,8%	2,5	32,1 ; 41,7	2,06	6,7
	REGULAR	32,2%	2,1	28,3 ; 36,4	1,55	6,4
	BASTANTE O MUCHO	31,0%	2,2	26,8 ; 35,5	1,81	7,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	49,1%	1,2	46,7 ; 51,5	3,43	2,5
	REGULAR	19,3%	0,8	17,8 ; 21,0	2,51	4,3
	BASTANTE O MUCHO	31,5%	1,2	29,3 ; 33,9	3,75	3,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	57,2%	1,3	54,6 ; 59,7	2,92	2,3
	REGULAR	18,9%	0,9	17,3 ; 20,7	2,20	4,7
	BASTANTE O MUCHO	23,9%	1,2	21,6 ; 26,3	3,38	5,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	29,6%	0,9	27,8 ; 31,4	2,38	3,1
	REGULAR	29,3%	0,9	27,5 ; 31,1	2,40	3,1
	BASTANTE O MUCHO	41,2%	1,0	39,2 ; 43,2	2,55	2,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	32,6%	1,0	30,6 ; 34,6	2,85	3,2
	REGULAR	23,9%	0,8	22,3 ; 25,6	2,33	3,5
	BASTANTE O MUCHO	43,5%	1,1	41,3 ; 45,8	3,16	2,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	75,8%	1,2	73,4 ; 78,1	4,40	1,6
	REGULAR	9,9%	0,6	8,8 ; 11,1	2,21	6,0
	BASTANTE O MUCHO	14,3%	1,0	12,5 ; 16,4	4,62	7,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	44,6%	1,2	42,2 ; 47,1	3,70	2,8
	REGULAR	11,0%	0,7	9,8 ; 12,3	2,57	5,9
	BASTANTE O MUCHO	44,4%	1,2	42,2 ; 46,7	3,20	2,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	21,0%	1,0	19,2 ; 23,0	3,41	4,6
	REGULAR	10,6%	0,6	9,6 ; 11,8	2,03	5,4
	BASTANTE O MUCHO	68,3%	1,1	66,2 ; 70,4	3,24	1,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	29,9%	1,1	27,8 ; 32,1	3,39	3,7
	REGULAR	11,1%	0,6	9,9 ; 12,3	2,30	5,6
	BASTANTE O MUCHO	59,1%	1,1	56,8 ; 61,3	3,09	1,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	5,3%	1,9	2,6 ; 10,6	2,33	36,1
	REGULAR	12,2%	3,0	7,4 ; 19,5	2,71	24,7
	BASTANTE O MUCHO	82,5%	3,4	74,6 ; 88,2	2,61	4,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: TRISTE	NUNCA	3,0%	0,3	2,5 ; 3,6	1,55	9,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	77,0%	0,8	75,5 ; 78,5	2,03	1,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	20,0%	0,8	18,5 ; 21,5	2,21	3,9

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: TENSO	NUNCA	11,4%	0,6	10,3 ; 12,6	2,01	5,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	71,9%	0,8	70,3 ; 73,5	1,89	1,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	16,6%	0,6	15,4 ; 17,9	1,74	3,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: ANGUSTIADO	NUNCA	16,9%	0,7	15,5 ; 18,3	2,17	4,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	69,7%	0,9	67,8 ; 71,5	2,39	1,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,4%	0,7	12,2 ; 14,8	2,25	5,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: IRRITABLE	NUNCA	17,6%	0,8	16,0 ; 19,2	2,74	4,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	70,0%	1,0	68,0 ; 72,0	2,85	1,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,4%	0,6	11,3 ; 13,7	2,00	4,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: PREOCUPADO	NUNCA	3,4%	0,4	2,7 ; 4,3	2,77	11,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	63,1%	1,0	61,2 ; 65,0	2,33	1,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	33,5%	0,9	31,7 ; 35,3	2,23	2,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: TRANQUILO	NUNCA	2,6%	0,3	2,0 ; 3,2	2,15	11,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	36,5%	1,0	34,6 ; 38,4	2,35	2,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	60,9%	1,0	59,0 ; 62,8	2,42	1,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: ALEGRE	NUNCA	1,0%	0,2	0,7 ; 1,4	2,11	19,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	34,4%	0,9	32,6 ; 36,3	2,23	2,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	64,6%	0,9	62,8 ; 66,4	2,22	1,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: ABURRIDO	NUNCA	20,3%	0,9	18,6 ; 22,0	2,69	4,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	70,4%	0,9	68,5 ; 72,3	2,54	1,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	9,3%	0,5	8,3 ; 10,4	1,96	5,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: OTRO	NUNCA	4,5%	2,2	1,6 ; 11,6	1,72	50,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	14,1%	3,6	8,5 ; 22,6	1,51	25,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	81,4%	4,4	71,1 ; 88,6	1,89	5,5
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	39,4%	1,2	37,0 ; 41,9	3,87	3,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,6	0,1	16,5 ; 16,7	3,33	0,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	11,1%	0,6	9,9 ; 12,3	2,18	5,4
	REGULAR	34,4%	1,0	32,5 ; 36,3	2,44	2,8
	BASTANTE O MUCHO	54,6%	1,1	52,5 ; 56,7	2,73	2,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	5,6%	0,4	4,8 ; 6,5	2,13	7,8
	REGULAR	23,5%	0,8	21,9 ; 25,1	2,20	3,5
	BASTANTE O MUCHO	70,9%	0,9	69,0 ; 72,6	2,42	1,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	7,3%	0,5	6,4 ; 8,3	2,10	6,7
	REGULAR	27,4%	0,9	25,6 ; 29,2	2,43	3,3
	BASTANTE O MUCHO	65,4%	1,0	63,3 ; 67,4	2,84	1,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	27,9%	1,0	26,0 ; 29,9	2,77	3,5
	REGULAR	49,4%	1,1	47,3 ; 51,5	2,67	2,2
	BASTANTE O MUCHO	22,6%	0,9	20,9 ; 24,5	2,70	4,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ (ESTUDIA)	NADA O POCO	9,4%	0,8	8,0 ; 11,1	1,86	8,3
	REGULAR	26,9%	1,4	24,3 ; 29,6	2,47	5,1
	BASTANTE O MUCHO	63,7%	1,5	60,8 ; 66,6	2,50	2,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	28,3%	1,0	26,3 ; 30,3	2,84	3,5
	REGULAR	34,8%	1,0	32,8 ; 36,9	2,72	3,0
	BASTANTE O MUCHO	36,9%	1,1	34,7 ; 39,2	3,27	3,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	8,8%	0,6	7,7 ; 9,9	2,19	6,3
	REGULAR	19,4%	0,8	18,0 ; 21,0	2,08	3,9
	BASTANTE O MUCHO	71,8%	1,0	69,9 ; 73,6	2,60	1,3

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	13,2%	0,7	11,9 ; 14,6	2,51	5,3
	REGULAR	33,1%	0,9	31,3 ; 34,9	2,31	2,8
	BASTANTE O MUCHO	53,8%	1,1	51,6 ; 55,9	2,83	2,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	12,2%	0,6	11,0 ; 13,5	2,23	5,2
	REGULAR	31,8%	1,0	29,9 ; 33,8	2,73	3,1
	BASTANTE O MUCHO	56,0%	1,1	53,7 ; 58,2	3,10	2,0
DISCRIMINACIÓN POR SEXO	PREVALENCIA DE VIDA	12,1%	0,6	10,9 ; 13,4	2,33	5,3
DISCRIMINACIÓN POR EDAD	PREVALENCIA DE VIDA	11,7%	0,6	10,5 ; 13,0	2,40	5,5
DISCRIMINACIÓN POR PESO	PREVALENCIA DE VIDA	9,5%	0,6	8,4 ; 10,7	2,42	6,2
DISCRIMINACIÓN POR COLOR DE PIEL	PREVALENCIA DE VIDA	5,0%	0,4	4,2 ; 5,9	2,19	8,4
DISCRIMINACIÓN POR FORMA DE VESTIR	PREVALENCIA DE VIDA	8,2%	0,6	7,1 ; 9,4	2,51	6,9
DISCRIMINACIÓN POR CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	16,1%	0,8	14,7 ; 17,6	2,49	4,7
DISCRIMINACIÓN POR NIVEL EDUCATIVO	PREVALENCIA DE VIDA	11,9%	0,7	10,6 ; 13,4	2,86	6,0
DISCRIMINACIÓN POR RELIGIÓN	PREVALENCIA DE VIDA	5,2%	0,4	4,4 ; 6,0	1,86	7,6
DISCRIMINACIÓN POR AMISTADES	PREVALENCIA DE VIDA	5,3%	0,4	4,5 ; 6,3	2,25	8,2
DISCRIMINACIÓN POR LUGAR DE NACIMIENTO	PREVALENCIA DE VIDA	4,4%	0,4	3,7 ; 5,3	2,19	8,9
DISCRIMINACIÓN POR SU TALLA	PREVALENCIA DE VIDA	5,2%	0,5	4,3 ; 6,3	3,12	9,8
DISCRIMINACIÓN POR OTROS	PREVALENCIA DE VIDA	2,2%	0,3	1,7 ; 2,9	2,35	13,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,0	0,1	15,8 ; 16,1	2,55	0,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	11,5%	0,7	10,2 ; 13,1	2,22	6,5
	REGULAR	34,1%	1,1	32,0 ; 36,2	2,12	3,2
	BASTANTE O MUCHO	54,4%	1,2	52,0 ; 56,8	2,46	2,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	13,9%	0,8	12,4 ; 15,5	2,15	5,8
	REGULAR	39,7%	1,2	37,4 ; 42,0	2,25	2,9
	BASTANTE O MUCHO	46,4%	1,2	44,1 ; 48,8	2,31	2,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	9,5%	0,8	8,0 ; 11,2	2,01	8,4
	REGULAR	35,6%	1,3	33,2 ; 38,1	1,87	3,5
	BASTANTE O MUCHO	54,9%	1,3	52,3 ; 57,4	1,82	2,4
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	17,8%	0,9	16,1 ; 19,6	2,23	5,0
	REGULAR	43,3%	1,1	41,2 ; 45,5	2,07	2,6
	BASTANTE O MUCHO	38,9%	1,1	36,6 ; 41,1	2,24	2,9
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	15,7%	1,2	13,5 ; 18,2	2,15	7,5
	REGULAR	39,3%	1,7	36,1 ; 42,7	2,44	4,3
	BASTANTE O MUCHO	44,9%	1,6	41,9 ; 48,0	2,02	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	35,7%	1,2	33,4 ; 38,1	2,48	3,3
	REGULAR	48,4%	1,2	46,0 ; 50,8	2,40	2,5
	BASTANTE O MUCHO	15,9%	0,8	14,4 ; 17,5	1,77	4,8
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	9,1%	0,6	8,1 ; 10,3	2,29	6,2
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA ACTUAL	6,5%	0,5	5,6 ; 7,5	2,29	7,5
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	33,7%	0,9	32,0 ; 35,4	2,01	2,6
	PREVALENCIA MENSUAL	4,7%	0,4	4,1 ; 5,5	1,87	8,0
	PREVALENCIA ANUAL	11,0%	0,6	9,9 ; 12,2	2,11	5,4
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	14,1%	0,6	12,9 ; 15,4	1,94	4,5
	PREVALENCIA MENSUAL	1,3%	0,2	1,0 ; 1,7	1,39	13,1
	PREVALENCIA ANUAL	3,9%	0,3	3,3 ; 4,6	1,57	8,1
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	5,2%	0,4	4,5 ; 6,0	1,77	7,4
	PREVALENCIA MENSUAL	0,5%	0,1	0,3 ; 0,8	1,61	24,0
	PREVALENCIA ANUAL	1,3%	0,2	1,0 ; 1,7	1,48	13,7
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	3,2%	0,3	2,6 ; 3,8	1,65	9,2
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	2,04	43,1
	PREVALENCIA ANUAL	0,4%	0,1	0,3 ; 0,7	1,86	26,5

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	26,9%	0,9	25,2 ; 28,7	2,38	3,3
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,1	0,2 ; 0,5	0,96	22,1
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	4,1%	0,4	3,4 ; 4,9	2,35	9,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,3%	0,1	0,1 ; 0,4	1,19	28,2
	PREVALENCIA ANUAL	1,1%	0,2	0,8 ; 1,5	1,80	16,5
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PADRES	21,5%	4,2	14,5 ; 30,8	2,05	19,3
	HIJOS	3,8%	2,2	1,2 ; 11,6	2,75	59,0
	OTROS PARIENTES	9,4%	3,1	4,8 ; 17,6	2,31	33,4
	PAREJA	48,2%	5,1	38,3 ; 58,3	2,13	10,7
	AMIGOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	LABORALES	3,0%	1,7	1,0 ; 8,9	1,99	56,8
	ESTUDIOS	4,8%	2,0	2,1 ; 10,5	1,70	41,3
	ECONÓMICOS	7,2%	3,0	3,1 ; 15,9	2,76	42,1
	SALUD FÍSICA	7,7%	2,5	4,0 ; 14,2	1,74	32,3
	SALUD FAMILIAR	1,4%	1,4	0,2 ; 9,3	2,78	99,5
	SEPARACIÓN DE UN FAMILIAR	3,5%	1,6	1,4 ; 8,3	1,50	45,7
	MUERTE DE PAREJA	0,6%	0,5	0,1 ; 3,1	0,84	81,6
	MUERTE DE UN HIJO	0,3%	0,3	0,0 ; 2,1	0,59	99,6
	MUERTE DE ALGUNOS DE LOS PADRES	2,9%	1,9	0,8 ; 9,9	2,46	63,9
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	1,9%	1,0	0,7 ; 5,4	1,12	53,4
	SIN MOTIVO	0,2%	0,2	0,0 ; 1,4	0,39	99,5
OTROS	9,1%	2,3	5,5 ; 14,6	1,26	25,2	
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	18,2	0,0	18,1 ; 18,3	2,55	0,3
TENDENCIAS RELIGIOSAS	SIENTE BASTANTE O MUCHA PROTECCIÓN DE DIOS	92,3%	0,5	91,2 ; 93,2	2,19	0,6
	DIOS BASTANTE O MUY IMPORTANTE	90,8%	0,6	89,6 ; 91,8	2,21	0,6
	ASISITE A IGLESIA O TEMPLO	73,1%	0,9	71,3 ; 74,7	2,19	1,2
	PARTICIPA ACTIVAMENTE	15,4%	0,7	14,1 ; 16,9	2,23	4,7
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	62,6%	1,0	60,5 ; 64,5	2,48	1,6
	TRANSMITE RELIGIÓN A HIJOS O NIETOS	62,5%	1,2	60,1 ; 64,8	2,88	1,9
	TRANSMITE RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	29,7%	1,0	27,7 ; 31,6	2,65	3,3
RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	62,8%	0,9	60,9 ; 64,6	2,20	1,5	
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	PREVALENCIA	60,8	1,1	58,6 ; 62,9	3,03	1,8
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	MEDIA ARITMÉTICA	7,3	0,0	7,3 ; 7,3	2,41	0,3
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD	MEDIA ARITMÉTICA	5,3	0,0	5,2 ; 5,3	2,25	0,4
POBLACIÓN GENERAL ADULTA CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA	11,1%	0,7	9,8 ; 12,5	2,72	6,1
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	34,7%	1,0	32,7 ; 36,8	2,87	3,0
	PREVALENCIA ANUAL	21,6%	0,9	19,8 ; 23,4	2,86	4,2
	PREVALENCIA DE 6 MESES	20,0%	0,9	18,4 ; 21,8	2,85	4,4
	PREVALENCIA ACTUAL	16,4%	0,8	14,9 ; 18,1	2,86	5,0
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	17,5%	0,7	16,1 ; 19,0	2,27	4,2
	PREVALENCIA ANUAL	7,7%	0,5	6,7 ; 8,9	2,40	6,9
	PREVALENCIA DE 6 MESES	6,8%	0,5	5,9 ; 7,9	2,36	7,4
	PREVALENCIA ACTUAL	4,7%	0,4	3,9 ; 5,6	2,48	9,2

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	7,4%	0,5	6,4 ; 8,5	2,47	7,2
	PREVALENCIA ANUAL	3,0%	0,3	2,4 ; 3,8	2,35	11,3
	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,7%	0,3	2,1 ; 3,4	2,42	12,1
	PREVALENCIA ACTUAL	2,4%	0,4	1,8 ; 3,3	3,13	14,5
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,1	0,2 ; 0,8	3,00	36,7
	PREVALENCIA ANUAL	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	3,45	44,5
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	3,45	44,5
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	1,26	51,1
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	2,7%	0,3	2,1 ; 3,5	2,56	12,4
	PREVALENCIA ANUAL	1,3%	0,2	0,9 ; 1,8	2,25	17,3
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,1%	0,2	0,8 ; 1,6	2,23	18,1
	PREVALENCIA ACTUAL	0,6%	0,1	0,4 ; 1,0	2,15	24,8
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	3,6%	0,4	2,9 ; 4,4	2,52	10,7
	PREVALENCIA ANUAL	1,9%	0,3	1,4 ; 2,5	2,47	14,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,7%	0,3	1,2 ; 2,3	2,61	16,1
	PREVALENCIA ACTUAL	1,2%	0,2	0,8 ; 1,8	2,60	18,9
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,1	0,1 ; 0,6	2,75	39,6
	PREVALENCIA ANUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,6	3,35	54,7
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,2%	0,1	0,1 ; 0,6	3,56	58,7
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	3,89	91,9
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	6,7%	0,4	5,9 ; 7,6	1,87	6,6
	PREVALENCIA ANUAL	1,9%	0,2	1,5 ; 2,4	1,80	12,5
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,5%	0,2	1,1 ; 1,9	1,66	13,7
	PREVALENCIA ACTUAL	0,7%	0,1	0,5 ; 1,0	1,74	20,4
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	17,4%	0,8	16,0 ; 19,0	2,49	4,5
	PREVALENCIA ANUAL	7,0%	0,5	6,1 ; 8,1	2,23	7,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,7%	0,4	4,9 ; 6,6	2,17	7,8
	PREVALENCIA ACTUAL	3,1%	0,3	2,5 ; 3,8	2,06	10,5
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	17,1%	0,8	15,6 ; 18,6	2,49	4,5
	PREVALENCIA ANUAL	6,9%	0,5	6,0 ; 7,9	2,20	7,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,5%	0,4	4,7 ; 6,4	2,16	7,9
	PREVALENCIA ACTUAL	2,9%	0,3	2,3 ; 3,5	1,96	10,6
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,1	0,4 ; 1,0	1,93	22,9
	PREVALENCIA ACTUAL	0,4%	0,1	0,2 ; 0,7	1,88	28,9
ANOREXIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
BULIMIA NERVOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,1	0,1 ; 0,6	2,97	42,6
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PREVALENCIA ACTUAL	9,0%	0,6	7,8 ; 10,2	2,81	6,9
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	1,57	48,9
	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	1,16	51,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	1,35	62,9
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,68	74,4
TRASTORNO BIPOLAR	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,0	0,0 ; 0,3	2,24	85,8
BEBEDOR RIESGOSO	PREVALENCIA ANUAL	13,7%	0,7	12,3 ; 15,2	2,65	5,3
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	4,3%	0,4	3,6 ; 5,2	2,10	8,8
ABUSO DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	4,7%	0,4	4,0 ; 5,5	1,96	8,2
DEPENDENCIA DE ABUSO DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	9,0%	0,5	8,0 ; 10,1	2,18	6,1
DEPENDENCIA DE TABACO	PREVALENCIA ANUAL	1,2%	0,2	0,8 ; 1,7	2,49	18,6
DEPENDENCIA DE MARIHUANA	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,3	2,18	77,2
DEPENDENCIA DE CLORHIDRATO DE COCAINA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE PBC	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,79	71,1
DEPENDENCIA DE COCAÍNA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,79	71,1

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DEPENDENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	5,3%	0,4	4,5 ; 6,2	2,15	8,1
ABUSO DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	5,0%	0,4	4,2 ; 5,8	1,95	7,9
CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	84,9%	0,7	83,5 ; 86,2	2,13	0,8
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	PREVALENCIA DE VIDA	84,9%	0,7	83,5 ; 86,1	2,14	0,8
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	97,4%	0,3	96,7 ; 97,9	2,17	0,3
	PREVALENCIA MENSUAL	48,2%	1,1	46,0 ; 50,5	3,12	2,4
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	71,0%	0,9	69,2 ; 72,7	2,25	1,2
	PREVALENCIA MENSUAL	21,0%	0,8	19,4 ; 22,7	2,41	3,9
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA DE VIDA	1,5%	0,3	1,1 ; 2,1	2,85	17,8
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	0,89	26,0
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	PREVALENCIA DE VIDA	3,6%	0,3	3,0 ; 4,2	1,79	9,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,4%	0,1	0,3 ; 0,7	1,64	25,3
CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	PREVALENCIA DE VIDA	30,9%	1,2	28,5 ; 33,4	4,26	4,0
	PREVALENCIA MENSUAL	10,7%	0,7	9,4 ; 12,2	3,04	6,5
CONSUMO DE ESTIMULANTES	PREVALENCIA DE VIDA	1,4%	0,2	1,1 ; 1,9	1,74	14,2
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,0	0,1 ; 0,3	0,94	33,2
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	28,4%	1,1	26,2 ; 30,6	3,62	3,9
	PREVALENCIA MENSUAL	8,8%	0,5	7,8 ; 9,9	2,07	6,0
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA DE VIDA	2,8%	0,3	2,2 ; 3,5	2,34	11,8
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	1,62	36,2
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	3,8%	0,4	3,2 ; 4,6	1,99	9,2
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	1,48	32,5
CONSUMO DE COCAÍNA (CLORH.)	PREVALENCIA DE VIDA	1,2%	0,2	0,8 ; 1,7	2,39	18,3
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,70	59,7
CONSUMO DE PBC	PREVALENCIA DE VIDA	1,2%	0,2	0,9 ; 1,6	1,52	14,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,71	58,2
CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	2,0%	0,2	1,6 ; 2,6	1,89	12,5
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,1	0,67	45,5
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	MEDIA ARITMÉTICA	19,2	0,1	18,9 ; 19,4	1,91	0,7
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	MEDIA ARITMÉTICA	29,3	1,7	26,0 ; 32,6	1,99	5,7
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	MEDIA ARITMÉTICA	25,4	1,5	22,5 ; 28,4	1,95	5,8
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉXTASIS	MEDIA ARITMÉTICA	19,4	3,5	-25,2 ; 63,9	1,79	18,1
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	MEDIA ARITMÉTICA	24,0	1,5	21,0 ; 27,0	2,14	6,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	24,6	2,5	19,6 ; 29,7	3,27	10,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	MEDIA ARITMÉTICA	22,0	0,4	21,3 ; 22,8	2,12	1,8
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	21,0	0,8	19,4 ; 22,6	3,02	3,8
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	MEDIA ARITMÉTICA	18,9	4,6	7,8 ; 30,1	2,15	24,1
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS	PREVALENCIA DE VIDA	24,1%	0,9	22,3 ; 26,0	2,79	3,9

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DEMANDA SENTIDA A PARTIR DE PROBLEMAS EMOCIONALES ESPECÍFICOS	PREVALENCIA DE VIDA	44,5%	1,0	42,5 ; 46,6	2,62	2,3
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS	PREVALENCIA A 6 MESES	15,6%	0,7	14,3 ; 17,1	2,19	4,5
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD	PREVALENCIA A 6 MESES	13,9%	2,3	9,9 ; 19,0	2,01	16,5
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN PUESTOS O CENTROS DE SALUD	PREVALENCIA	19,1%	5,4	10,7 ; 31,9	2,04	28,1
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN POSTA O POLICLÍNICO ESSALUD	PREVALENCIA	12,6%	3,7	6,9 ; 21,8	1,37	29,5
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DE MINSA	PREVALENCIA	14,4%	4,5	7,5 ; 25,7	1,82	31,5
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DE ESSALUD	PREVALENCIA	23,5%	5,8	14,0 ; 36,7	2,06	24,8
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL DE LA FFAA Y PNP	PREVALENCIA	2,5%	2,3	0,4 ; 13,9	2,33	90,6
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR	PREVALENCIA	6,8%	2,3	3,5 ; 13,0	0,91	33,8
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CLÍNICA PARTICULAR	PREVALENCIA	3,3%	2,1	0,9 ; 10,9	1,49	63,6
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN OTROS	PREVALENCIA	14,6%	5,7	6,5 ; 29,6	2,85	38,9
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	PSIQUIATRA	14,7%	5,0	7,3 ; 27,5	2,20	34,1
	PSICÓLOGO	45,1%	6,3	33,2 ; 57,4	1,74	13,9
	MÉDICO GENERAL	23,5%	5,2	14,7 ; 35,2	1,67	22,3
	NEURÓLOGO	6,7%	3,4	2,5 ; 17,1	1,96	49,9
	TRABAJADORA SOCIAL	4,1%	3,5	0,7 ; 19,4	3,33	84,6
	ENFERMERA	3,5%	2,7	0,8 ; 15,0	2,37	76,9
	OTROS	2,4%	1,4	0,7 ; 7,5	0,95	59,4
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINAS	49,0%	6,5	36,5 ; 61,6	1,88	13,4
	PSICOTERAPIA	12,3%	4,1	6,2 ; 23,0	1,72	33,4
	CONSEJERÍA	61,3%	6,3	48,5 ; 72,7	1,81	10,2
	HOSPITALIZACIÓN	4,1%	2,1	1,4 ; 11,0	1,25	51,9
	OTROS	3,8%	2,1	1,3 ; 10,8	1,47	54,7
<b>SALUD MENTAL POR CONOS GEOGRÁFICOS</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN DEPARTAMENTOS	BAGUA	35,2%	2,5	30,4 ; 40,3	0,73	7,2
	PTO.MALDONADO	48,0%	2,7	42,7 ; 53,3	1,21	5,6
	PUNO	32,7%	2,0	29,0 ; 36,7	2,49	6,0
	TACNA	32,1%	1,8	28,7 ; 35,8	4,04	5,7
	TUMBES	38,1%	2,0	34,4 ; 42,1	1,94	5,1
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN DEPARTAMENTOS	BAGUA	15,8%	1,6	13,0 ; 19,1	0,47	9,9
	PTO.MALDONADO	25,4%	2,2	21,3 ; 30,0	1,08	8,7
	PUNO	22,1%	1,8	18,8 ; 25,9	2,68	8,1
	TACNA	20,2%	1,6	17,3 ; 23,5	4,07	7,8
	TUMBES	23,8%	1,6	20,7 ; 27,1	1,73	6,8

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN DEPARTAMENTOS	BAGUA	13,8%	1,4	11,2 ; 16,9	0,45	10,5
	PTO.MALDONADO	23,3%	2,2	19,4 ; 27,8	1,07	9,2
	PUNO	21,0%	1,8	17,8 ; 24,7	2,65	8,4
	TACNA	18,9%	1,6	16,1 ; 22,2	4,14	8,2
	TUMBES	21,5%	1,5	18,7 ; 24,5	1,58	7,0
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN DEPARTAMENTOS	BAGUA	9,6%	1,2	7,5 ; 12,3	0,43	12,6
	PTO.MALDONADO	19,5%	2,0	15,9 ; 23,8	1,07	10,3
	PUNO	17,5%	1,6	14,6 ; 21,0	2,60	9,3
	TACNA	15,0%	1,4	12,4 ; 18,0	4,14	9,4
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DEPARTAMENTOS	TUMBES	18,5%	1,5	15,8 ; 21,6	1,75	8,0
	BAGUA	13,0%	1,3	10,6 ; 15,9	0,41	10,4
	PTO.MALDONADO	16,7%	1,5	13,9 ; 20,0	0,70	9,2
	PUNO	17,6%	1,4	15,1 ; 20,5	1,90	7,9
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DEPARTAMENTOS	TACNA	20,1%	1,4	17,6 ; 22,9	3,02	6,7
	TUMBES	12,8%	1,2	10,6 ; 15,3	1,54	9,4
	BAGUA	2,8%	0,6	1,8 ; 4,3	0,35	21,8
	PTO.MALDONADO	5,3%	0,9	3,8 ; 7,5	0,73	17,7
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DEPARTAMENTOS	PUNO	8,0%	1,0	6,2 ; 10,2	2,01	12,7
	TACNA	10,1%	1,0	8,3 ; 12,2	2,92	9,9
	TUMBES	4,1%	0,7	2,9 ; 5,8	1,51	17,2
	BAGUA	2,3%	0,5	1,4 ; 3,6	0,32	23,2
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DEPARTAMENTOS	PTO.MALDONADO	4,5%	0,8	3,1 ; 6,5	0,68	18,6
	PUNO	7,5%	1,0	5,7 ; 9,7	2,10	13,5
	TACNA	8,9%	0,9	7,2 ; 10,9	2,86	10,5
	TUMBES	3,0%	0,5	2,2 ; 4,2	1,02	16,5
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DEPARTAMENTOS	BAGUA	0,6%	0,2	0,3 ; 1,3	0,25	40,6
	PTO.MALDONADO	2,9%	0,8	1,7 ; 4,8	0,85	26,3
	PUNO	5,7%	0,8	4,2 ; 7,6	1,88	14,8
	TACNA	6,3%	0,8	4,9 ; 8,2	3,12	13,2
	TUMBES	1,5%	0,3	0,9 ; 2,3	0,93	23,0
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN DEPARTAMENTOS	BAGUA	24,0%	2,5	19,5 ; 29,2	0,87	10,3
	PTO.MALDONADO	33,2%	2,3	28,8 ; 37,8	0,98	6,9
	PUNO	16,5%	1,5	13,8 ; 19,7	2,33	9,1
	TACNA	13,6%	1,2	11,4 ; 16,2	3,24	8,8
	TUMBES	20,0%	1,8	16,8 ; 23,7	2,34	8,8
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN DEPARTAMENTOS	BAGUA	7,0%	1,1	5,2 ; 9,3	0,44	15,1
	PTO.MALDONADO	9,2%	1,2	7,0 ; 11,9	0,77	13,6
	PUNO	8,2%	1,1	6,3 ; 10,7	2,25	13,3
	TACNA	6,5%	0,8	5,0 ; 8,3	3,01	12,8
	TUMBES	6,1%	0,9	4,6 ; 8,0	1,52	14,1
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN DEPARTAMENTOS	BAGUA	5,5%	0,8	4,0 ; 7,4	0,35	15,3
	PTO.MALDONADO	6,5%	1,0	4,8 ; 8,9	0,73	15,9
	PUNO	7,3%	1,0	5,6 ; 9,6	2,20	14,0
	TACNA	5,4%	0,7	4,1 ; 7,0	2,93	14,0
	TUMBES	4,1%	0,6	3,0 ; 5,6	1,26	15,7
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN DEPARTAMENTOS	BAGUA	2,2%	0,5	1,4 ; 3,4	0,29	22,6
	PTO.MALDONADO	2,7%	0,7	1,6 ; 4,6	0,84	27,0
	PUNO	4,4%	0,7	3,2 ; 6,1	1,72	16,2
	TACNA	3,2%	0,6	2,2 ; 4,5	2,81	18,0
	TUMBES	1,5%	0,4	0,9 ; 2,5	1,26	26,3
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN DEPARTAMENTOS	BAGUA	7,0%	1,1	5,1 ; 9,4	0,47	15,5
	PTO.MALDONADO	14,1%	1,8	10,9 ; 17,9	1,08	12,6
	PUNO	8,7%	1,0	6,9 ; 11,0	1,96	12,0

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	TACNA	6,2%	0,9	4,7 ; 8,2	3,48	14,1
	TUMBES	14,3%	1,3	11,9 ; 17,0	1,68	9,2
<b>POBREZA Y SALUD MENTAL</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	61,4%	6,5	48,1 ; 73,2	1,90	10,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	36,3%	1,5	33,4 ; 39,3	1,68	4,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	33,6%	1,4	31,0 ; 36,4	3,01	4,1
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	32,6%	2,8	27,4 ; 38,2	1,74	8,5
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	33,6%	6,6	22,0 ; 47,5	2,05	19,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	22,5%	1,4	19,9 ; 25,3	1,85	6,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	21,1%	1,2	18,8 ; 23,5	3,12	5,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	19,6%	2,6	15,0 ; 25,1	2,11	13,1
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	32,4%	6,6	21,0 ; 46,4	2,08	20,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	21,5%	1,3	19,0 ; 24,3	1,80	6,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	19,2%	1,2	17,0 ; 21,6	3,17	6,1
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	18,6%	2,6	14,0 ; 24,2	2,20	13,9
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	30,2%	6,5	19,1 ; 44,2	2,10	21,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	18,7%	1,2	16,4 ; 21,2	1,68	6,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	15,0%	1,0	13,1 ; 17,1	2,93	6,8
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	15,7%	2,3	11,6 ; 20,8	2,07	14,9
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	42,6%	6,7	30,2 ; 56,0	1,93	15,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	18,3%	1,2	16,0 ; 20,8	1,71	6,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	16,9%	1,0	15,0 ; 18,9	2,46	5,8
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	14,9%	2,3	10,9 ; 20,1	2,12	15,5
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	18,5%	5,8	9,6 ; 32,7	2,38	31,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,9%	0,8	5,5 ; 8,6	1,61	11,3

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	7,9%	0,7	6,5 ; 9,5	2,76	9,5
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	8,0%	2,2	4,6 ; 13,6	3,36	27,8
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	17,5%	5,8	8,8 ; 31,8	2,44	33,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,3%	0,8	5,0 ; 8,0	1,70	12,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	6,6%	0,7	5,4 ; 8,1	2,64	10,2
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	7,5%	2,2	4,2 ; 13,2	3,55	29,4
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	16,2%	5,7	7,8 ; 30,6	2,52	35,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	5,4%	0,8	4,1 ; 7,2	2,01	14,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	3,9%	0,5	3,0 ; 4,9	2,16	12,2
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,5%	1,8	2,8 ; 10,4	3,21	33,1
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	27,2%	6,2	16,8 ; 40,8	2,02	22,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	19,3%	1,3	16,8 ; 22,1	1,96	6,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	16,7%	0,9	14,9 ; 18,6	2,27	5,6
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	14,3%	2,4	10,2 ; 19,8	2,42	17,0
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	11,4%	3,5	6,1 ; 20,3	1,29	30,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,6%	0,9	7,0 ; 10,7	1,91	10,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	6,4%	0,6	5,3 ; 7,7	2,22	9,5
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	4,5%	1,1	2,8 ; 7,2	1,38	24,1
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,2%	3,4	5,3 ; 19,0	1,30	32,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	7,7%	0,9	6,1 ; 9,7	2,07	12,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	4,9%	0,5	4,0 ; 6,0	1,97	10,4
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	3,0%	1,0	1,6 ; 5,6	1,60	32,0
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	9,2%	3,2	4,5 ; 17,9	1,32	35,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,6%	0,7	3,4 ; 6,2	1,94	15,4

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	2,3%	0,3	1,7 ; 3,0	1,80	14,6
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,7%	0,9	0,6 ; 4,6	2,23	50,1
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA A ALCOHOL SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	7,9%	2,9	3,7 ; 15,9	1,24	37,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,1%	0,8	7,6 ; 10,9	1,47	9,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	8,9%	0,7	7,5 ; 10,4	2,43	8,3
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	10,3%	1,7	7,3 ; 14,3	1,66	17,0
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	28,3%	1,9	24,7 ; 32,3	2,44	6,9
	25 A 44 AÑOS	36,8%	1,4	34,1 ; 39,6	2,36	3,8
	45 A 64 AÑOS	36,8%	1,8	33,3 ; 40,5	2,00	5,0
	>65 AÑOS	34,3%	3,3	28,2 ; 41,1	2,16	9,6
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	20,9%	1,7	17,7 ; 24,5	2,37	8,3
	25 A 44 AÑOS	23,3%	1,2	20,9 ; 25,8	2,41	5,3
	45 A 64 AÑOS	21,7%	1,5	18,8 ; 24,8	1,91	7,1
	>65 AÑOS	12,6%	2,3	8,8 ; 17,7	2,06	17,9
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	18,8%	1,7	15,7 ; 22,3	2,45	9,0
	25 A 44 AÑOS	22,0%	1,2	19,7 ; 24,5	2,44	5,6
	45 A 64 AÑOS	20,1%	1,5	17,3 ; 23,3	1,95	7,5
	>65 AÑOS	11,2%	2,2	7,6 ; 16,2	2,13	19,5
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	14,7%	1,5	12,0 ; 18,0	2,41	10,3
	25 A 44 AÑOS	17,8%	1,2	15,6 ; 20,2	2,58	6,5
	45 A 64 AÑOS	17,0%	1,5	14,4 ; 20,1	2,10	8,6
	>65 AÑOS	10,6%	2,2	7,0 ; 15,7	2,19	20,4
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	13,5%	1,4	11,1 ; 16,4	2,08	10,1
	25 A 44 AÑOS	18,7%	1,1	16,6 ; 20,9	2,24	5,9
	45 A 64 AÑOS	18,4%	1,5	15,7 ; 21,5	2,02	8,0
	>65 AÑOS	18,9%	2,6	14,3 ; 24,6	1,97	13,8
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	7,3%	1,1	5,3 ; 9,8	2,48	15,6
	25 A 44 AÑOS	9,2%	0,8	7,7 ; 10,9	2,27	9,0
	45 A 64 AÑOS	6,4%	0,9	4,9 ; 8,3	1,76	13,7
	>65 AÑOS	4,5%	1,7	2,1 ; 9,3	2,95	37,6
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	5,9%	0,9	4,3 ; 8,0	2,07	16,0
	25 A 44 AÑOS	8,2%	0,8	6,7 ; 9,9	2,32	9,7
	45 A 64 AÑOS	5,7%	0,9	4,2 ; 7,6	1,88	15,0
	>65 AÑOS	4,5%	1,7	2,1 ; 9,3	2,95	37,6
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	3,2%	0,7	2,1 ; 4,8	1,99	21,5
	25 A 44 AÑOS	5,7%	0,7	4,5 ; 7,2	2,30	11,7
	45 A 64 AÑOS	4,3%	0,8	3,0 ; 6,0	1,96	17,8
	>65 AÑOS	4,2%	1,7	1,9 ; 9,0	3,11	40,2
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	11,6%	1,3	9,4 ; 14,4	2,05	10,9
	25 A 44 AÑOS	18,2%	1,0	16,3 ; 20,3	1,95	5,6
	45 A 64 AÑOS	20,8%	1,5	18,0 ; 24,0	1,95	7,3
	>65 AÑOS	19,2%	2,8	14,4 ; 25,3	2,21	14,4
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS	18 A 24 AÑOS	6,0%	0,9	4,5 ; 8,0	1,81	14,7
	25 A 44 AÑOS	7,2%	0,7	5,9 ; 8,6	1,99	9,6

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	45 A 64 AÑOS	8,6%	1,1	6,6 ; 11,0	2,11	12,8
	>65 AÑOS	4,3%	1,1	2,6 ; 7,1	1,32	25,8
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	4,6%	0,7	3,4 ; 6,4	1,65	16,1
	25 A 44 AÑOS	6,0%	0,7	4,9 ; 7,5	2,11	10,9
	45 A 64 AÑOS	6,8%	0,9	5,2 ; 8,9	1,94	13,8
	>65 AÑOS	2,9%	0,8	1,7 ; 4,9	1,00	27,7
	PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	1,9%	0,5	1,1 ; 3,2	1,85
	25 A 44 AÑOS	2,9%	0,4	2,2 ; 3,9	1,71	14,2
	45 A 64 AÑOS	4,7%	0,8	3,3 ; 6,6	2,15	17,8
	>65 AÑOS	2,4%	0,7	1,3 ; 4,3	0,99	30,4
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	18 A 24 AÑOS	9,8%	1,3	7,4 ; 12,7	2,65	13,7
	25 A 44 AÑOS	9,9%	0,8	8,5 ; 11,5	1,82	7,7
	45 A 64 AÑOS	8,1%	1,0	6,4 ; 10,4	1,89	12,4
	>65 AÑOS	4,0%	1,4	1,9 ; 8,0	2,45	36,6
<b>EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA</b>						
FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA DEL TERRORISMO EN LOS ENCUESTADOS	FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO(A), HIJOS)	0,5%	0,1	0,3 ; 0,8	2,16	28,3
	OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	3,8%	0,3	3,3 ; 4,5	1,55	8,2
	FAMILIAR DESAPARECIDO	1,7%	0,2	1,3 ; 2,2	1,82	13,3
	TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	1,9%	0,2	1,6 ; 2,4	1,56	11,5
	FAMILIAR DETENIDO	1,7%	0,2	1,3 ; 2,3	2,05	14,0
	FAMILIAR EN PRISIÓN	1,1%	0,1	0,9 ; 1,4	1,14	13,1
	PÉRDIDA DE BIENES	0,8%	0,1	0,6 ; 1,2	1,42	16,9
	CAMBIO DE RESIDENCIA	1,8%	0,3	1,4 ; 2,5	2,40	14,7
	AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	8,0%	0,5	7,0 ; 9,0	2,03	6,3
	ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	5,0%	0,4	4,4 ; 5,8	1,52	7,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	47,9%	3,8	40,6 ; 55,3	1,68	7,9
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	34,0%	1,1	31,9 ; 36,2	2,99	3,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	25,7%	3,2	19,9 ; 32,5	1,59	12,5
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	17,0%	0,8	15,5 ; 18,5	2,39	4,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO DEPRESIVO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	24,4%	3,3	18,5 ; 31,5	1,76	13,6
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	17,1%	0,8	15,6 ; 18,8	2,55	4,7
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	13,2%	2,2	9,5 ; 18,0	1,19	16,3
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	8,8%	0,6	7,7 ; 10,0	2,25	6,5
<b>SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL</b>						
PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES CULTURALES	DAÑO	8,3%	0,5	7,3 ; 9,4	2,26	6,5
	SUSTO	14,0%	0,8	12,5 ; 15,6	2,97	5,5
	MAL DE OJO	4,3%	0,4	3,7 ; 5,1	1,77	8,1

VARIABLE	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	AIRE	13,3%	0,7	12,0 ; 14,8	2,68	5,4
	CHUCAQUE	15,0%	0,6	13,8 ; 16,3	1,85	4,2
	ATAQUE DE NERVIOS	2,4%	0,3	1,8 ; 3,2	2,94	14,1
	EPILEPSIA	1,4%	0,2	1,0 ; 2,0	2,22	16,0
	PROBLEMAS DE ALCOHOL	1,3%	0,2	0,9 ; 1,7	1,71	14,9
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD	DAÑO	31,8%	2,8	26,6 ; 37,5	1,77	8,8
	SUSTO	25,6%	2,2	21,6 ; 30,1	2,04	8,4
	MAL DE OJO	21,3%	3,1	15,8 ; 28,1	1,51	14,7
	AIRE	20,6%	1,8	17,2 ; 24,5	1,64	8,9
	CHUCAQUE	14,4%	1,2	12,1 ; 17,0	1,13	8,7
PREVALENCIA DE VIDA EPISODIO DEPRESIVO	ATAQUE DE NERVIOS	47,4%	6,0	36,1 ; 59,1	2,05	12,6
	DAÑO	28,9%	2,8	23,7 ; 34,6	1,83	9,6
	SUSTO	24,0%	2,2	19,9 ; 28,5	2,19	9,1
	MAL DE OJO	18,2%	3,0	13,0 ; 24,9	1,59	16,6
	AIRE	21,3%	1,8	18,0 ; 25,1	1,53	8,5
PREVALENCIA DE VIDA SÍNTOMAS PARANOIDES (2 SINTOMAS)	CHUCAQUE	21,8%	1,8	18,4 ; 25,6	1,77	8,4
	ATAQUE DE NERVIOS	37,5%	4,9	28,4 ; 47,6	1,49	13,1
	DAÑO	4,1%	1,1	2,4 ; 7,0	1,53	26,8
	SUSTO	3,0%	0,7	1,9 ; 4,8	1,52	24,3
	MAL DE OJO	2,2%	0,9	1,0 ; 4,9	1,01	41,9
	AIRE	4,8%	0,9	3,3 ; 7,1	1,55	19,6
	CHUCAQUE	1,0%	0,3	0,5 ; 1,9	1,02	33,9
	ATAQUE DE NERVIOS	1,7%	0,8	0,7 ; 4,1	0,51	44,5

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2005	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
EDAD POR GRUPOS ETÁREOS DE LA MUESTRA	< 18 AÑOS	0,3%	0,1	0,2 ; 0,5	1,01	26,2
	18 A 24 AÑOS	7,2%	0,5	6,3 ; 8,1	1,73	6,6
	25 A 44 AÑOS	54,9%	1,0	52,9 ; 56,8	2,03	1,8
	45 A 64 AÑOS	31,1%	0,9	29,4 ; 33,0	2,01	2,9
	>65 AÑOS	6,5%	0,5	5,7 ; 7,5	1,76	7,0
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	35,2%	1,0	33,2 ; 37,2	2,27	2,9
	SEPARADA	12,4%	0,6	11,3 ; 13,6	1,59	4,7
	DIVORCIADA	0,8%	0,2	0,5 ; 1,2	2,12	23,1
	VIUDA	6,0%	0,5	5,2 ; 7,0	1,94	7,7
	CASADA	45,6%	1,0	43,7 ; 47,6	1,95	2,1
	SOLTERA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	1,46	100
SITUACIÓN LABORAL	TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	56,4%	1,0	54,4 ; 58,4	2,17	1,8
	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	2,0%	0,3	1,5 ; 2,5	1,78	13,1
GRADO DE ESTUDIOS	GRADO DE ANALFABETISMO	8,0%	0,5	7,1 ; 9,0	1,67	6,2
	SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	5,7%	0,4	4,9 ; 6,6	1,61	7,2
	INICIAL / PREESCOLAR	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	1,00	49,5
	PRIMARIA	28,1%	0,9	26,3 ; 30,0	2,19	3,3
	SECUNDARIA	37,5%	0,9	35,7 ; 39,4	1,96	2,5
	BACHILLERATO	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	2,84	44,9
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	14,2%	0,7	12,9 ; 15,6	2,00	4,9
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	13,5%	0,9	11,7 ; 15,5	3,89	7,0
	POSGRADO	0,6%	0,1	0,4 ; 1,0	1,63	22,1
INGRESO MENSUAL EN NIVELES	MENOS DE S/300	50,2%	1,5	47,3 ; 53,2	2,73	3,0
	301 A 600	24,2%	1,2	22,0 ; 26,6	2,25	4,8
	601 A 1 200	19,7%	1,2	17,5 ; 22,1	2,59	5,9
	MÁS DE 1 200	5,8%	0,7	4,6 ; 7,3	2,48	11,5

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2005	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA</b>						
PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS	DESEMPLEO	43,2%	0,9	41,5 ; 45,0	1,66	2,1
	CORRUPCIÓN	11,7%	0,5	10,7 ; 12,8	1,41	4,5
	VIOLENCIA	5,9%	0,4	5,2 ; 6,7	1,32	6,4
	POBREZA	21,4%	0,8	19,9 ; 23,0	1,84	3,6
	FALTA DE CONFIANZA	0,8%	0,2	0,5 ; 1,2	1,69	20,6
	FALTA DE LIDERAZGO	0,3%	0,1	0,2 ; 0,6	1,93	34,8
	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,4%	0,2	1,1 ; 1,9	1,38	13,5
	DELINCUENCIA	4,9%	0,4	4,3 ; 5,7	1,48	7,5
	TERRORISMO	0,9%	0,2	0,6 ; 1,3	1,70	19,1
	NARCOTRÁFICO	0,5%	0,1	0,3 ; 0,8	1,51	24,5
	MANEJO ECONÓMICO	1,9%	0,2	1,4 ; 2,4	1,65	13,0
	FALTA DE VALORES	5,7%	0,4	4,9 ; 6,7	1,92	7,8
OTRO	0,6%	0,1	0,3 ; 1,0	1,97	25,7	
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	INDIFERENCIA	1,9%	0,3	1,4 ; 2,5	1,94	14,1
	RESIGNACIÓN	1,8%	0,2	1,4 ; 2,3	1,66	13,4
	DESILUSIÓN	6,8%	0,5	5,9 ; 7,8	1,83	7,0
	AMARGURA	4,5%	0,4	3,7 ; 5,4	2,20	9,6
	RABIA	2,6%	0,3	2,1 ; 3,4	2,10	12,4
	CÓLERA	8,8%	0,5	7,9 ; 9,9	1,75	6,0
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	22,9%	0,9	21,3 ; 24,7	2,12	3,7
	PREOCUPACIÓN	31,5%	0,9	29,8 ; 33,2	1,76	2,7
	IMPOTENCIA	6,0%	0,5	5,1 ; 7,0	2,20	8,2
	FRUSTRACIÓN	1,6%	0,2	1,2 ; 2,1	1,72	14,3
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	4,0%	0,3	3,4 ; 4,7	1,57	8,6
	INDIGNACIÓN	3,7%	0,4	3,1 ; 4,5	1,74	9,4
	MIEDO O TEMOR	3,2%	0,3	2,6 ; 3,8	1,65	10,0
	OTRO	0,5%	0,1	0,3 ; 0,8	1,72	26,1
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	45,9%	1,0	43,9 ; 47,9	2,01	2,2
	REGULAR	37,1%	0,9	35,4 ; 38,8	1,61	2,4
	BASTANTE O MUCHO	17,0%	0,7	15,6 ; 18,5	1,89	4,4
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	70,2%	0,8	68,6 ; 71,9	1,73	1,2
	REGULAR	22,3%	0,8	20,7 ; 23,9	1,90	3,6
	BASTANTE O MUCHO	7,5%	0,5	6,6 ; 8,4	1,51	6,0
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	65,5%	0,9	63,7 ; 67,3	1,85	1,4
	REGULAR	26,3%	0,9	24,6 ; 28,0	1,88	3,2
	BASTANTE O MUCHO	8,2%	0,5	7,3 ; 9,2	1,56	5,9
CONFIANZA EN AUTORIDADES RELIGIOSAS	NADA O POCO	32,9%	1,0	31,1 ; 34,8	2,10	2,9
	REGULAR	29,6%	0,9	27,9 ; 31,3	1,87	3,0
	BASTANTE O MUCHO	37,5%	1,1	35,4 ; 39,7	2,54	2,9
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	25,5%	0,8	23,9 ; 27,2	1,80	3,2
	REGULAR	45,1%	0,9	43,4 ; 46,8	1,60	2,0
	BASTANTE O MUCHO	29,4%	1,0	27,6 ; 31,3	2,27	3,3
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	25,5%	0,9	23,7 ; 27,4	2,40	3,7
	REGULAR	41,9%	1,0	40,0 ; 43,9	2,01	2,3
	BASTANTE O MUCHO	32,6%	1,0	30,7 ; 34,5	2,19	3,0
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	91,6%	0,5	90,6 ; 92,5	1,61	0,5
	REGULAR	7,2%	0,5	6,3 ; 8,2	1,72	6,6
	BASTANTE O MUCHO	1,2%	0,2	0,9 ; 1,7	1,64	16,0
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU SINDICATO	NADA O POCO	57,9%	3,1	51,7 ; 63,9	1,56	5,4
	REGULAR	32,4%	2,8	27,0 ; 38,2	1,45	8,8
	BASTANTE O MUCHO	9,7%	1,9	6,6 ; 14,0	1,54	19,1

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2005	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONFIANZA EN LÍDERES DE LA COMUNIDAD	NADA O POCO	77,0%	0,8	75,4; 78,6	1,95	1,1
	REGULAR	19,1%	0,8	17,6; 20,7	2,07	4,2
	BASTANTE O MUCHO	3,9%	0,4	3,3; 4,7	1,83	9,4
CONFIANZA EN SU JEFE EN EL TRABAJO	NADA O POCO	25,4%	1,7	22,2; 28,9	1,75	6,8
	REGULAR	36,9%	1,8	33,5; 40,5	1,52	4,8
	BASTANTE O MUCHO	37,7%	1,9	34,1; 41,5	1,66	4,9
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	56,1%	0,9	54,2; 57,9	1,86	1,7
	REGULAR	32,4%	0,8	30,8; 34,1	1,66	2,6
	BASTANTE O MUCHO	11,5%	0,6	10,3; 12,8	1,97	5,5
CONFIANZA EN LOS PERIODISTAS	NADA O POCO	57,2%	0,9	55,4; 59,0	1,77	1,6
	REGULAR	35,6%	0,9	33,8; 37,4	1,80	2,5
	BASTANTE O MUCHO	7,2%	0,5	6,3; 8,2	1,77	6,7
CONFIANZA EN AUTORIDADES JUDICIALES	NADA O POCO	72,5%	0,8	71,0; 74,0	1,46	1,0
	REGULAR	23,8%	0,7	22,4; 25,3	1,50	3,1
	BASTANTE O MUCHO	3,7%	0,3	3,1; 4,4	1,51	8,9
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	78,2%	0,7	76,8; 79,6	1,51	0,9
	REGULAR	19,1%	0,7	17,8; 20,5	1,54	3,6
	BASTANTE O MUCHO	2,6%	0,3	2,1; 3,3	1,61	10,8
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	14,2%	0,7	12,9; 15,5	1,83	4,7
	REGULAR	19,0%	0,8	17,5; 20,6	2,09	4,2
	BASTANTE O MUCHO	66,8%	1,0	64,8; 68,7	2,21	1,5
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	46,8%	3,2	40,6; 53,0	1,56	6,8
	REGULAR	40,7%	2,9	35,1; 46,6	1,38	7,2
	BASTANTE O MUCHO	12,5%	2,1	8,9; 17,3	1,57	17,0
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	1,6%	0,2	1,2; 2,1	1,64	14,2
	REGULAR	3,4%	0,4	2,8; 4,2	1,93	10,3
	BASTANTE O MUCHO	95,0%	0,4	94,1; 95,8	1,96	0,4
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU COMUNIDAD	NADA O POCO	45,5%	1,0	43,5; 47,5	2,03	2,2
	REGULAR	37,6%	1,0	35,7; 39,5	2,02	2,6
	BASTANTE O MUCHO	16,9%	0,7	15,5; 18,3	1,83	4,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE ALGUNA PERSONA NO MENCIONADA	NADA O POCO	15,5%	4,2	8,9; 25,7	2,81	27,2
	REGULAR	18,4%	3,5	12,6; 26,2	1,64	18,7
	BASTANTE O MUCHO	66,1%	4,7	56,2; 74,7	2,08	7,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	36,4%	1,3	33,9; 39,0	2,08	3,5
	REGULAR	25,7%	1,0	23,8; 27,8	1,59	4,0
	BASTANTE O MUCHO	37,8%	1,4	35,1; 40,7	2,49	3,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIO	NADA O POCO	45,8%	3,9	38,4; 53,5	1,32	8,5
	REGULAR	21,9%	3,1	16,5; 28,5	1,19	14,0
	BASTANTE O MUCHO	32,3%	4,3	24,5; 41,3	1,86	13,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	40,4%	1,2	38,1; 42,8	2,96	2,9
	REGULAR	18,4%	0,8	17,0; 20,0	1,99	4,2
	BASTANTE O MUCHO	41,1%	1,3	38,5; 43,8	3,77	3,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	49,9%	1,2	47,5; 52,4	2,66	2,5
	REGULAR	19,5%	0,8	18,0; 21,1	1,74	4,1
	BASTANTE O MUCHO	30,6%	1,2	28,2; 33,1	3,10	4,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	23,7%	0,8	22,1; 25,3	1,95	3,5
	REGULAR	25,9%	0,8	24,3; 27,5	1,69	3,1
	BASTANTE O MUCHO	50,5%	1,1	48,3; 52,6	2,45	2,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	24,8%	0,9	23,1; 26,6	2,28	3,7
	REGULAR	22,7%	0,8	21,1; 24,4	2,00	3,7
	BASTANTE O MUCHO	52,5%	1,3	50,0; 55,0	3,33	2,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	74,3%	1,3	71,7; 76,7	4,02	1,7
	REGULAR	9,5%	0,6	8,4; 10,7	1,93	6,2
	BASTANTE O MUCHO	16,2%	1,1	14,2; 18,4	4,12	6,6

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2005	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	36,2%	1,2	33,8 ; 38,6	3,27	3,4
	REGULAR	9,8%	0,6	8,7 ; 10,9	1,81	5,7
	BASTANTE O MUCHO	54,0%	1,2	51,6 ; 56,5	3,17	2,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	16,0%	0,9	14,3 ; 17,8	3,01	5,6
	REGULAR	8,4%	0,5	7,4 ; 9,6	1,93	6,4
	BASTANTE O MUCHO	75,6%	1,1	73,4 ; 77,6	3,15	1,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	25,4%	1,1	23,3 ; 27,6	3,15	4,3
	REGULAR	9,4%	0,6	8,3 ; 10,6	1,98	6,1
	BASTANTE O MUCHO	65,2%	1,2	62,8 ; 67,6	3,39	1,9
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: TRISTE	NUNCA	1,7%	0,2	1,4 ; 2,2	1,37	12,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	63,8%	1,0	61,8 ; 65,7	2,23	1,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	34,5%	1,0	32,6 ; 36,5	2,27	2,9
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: TENSO	NUNCA	6,2%	0,5	5,4 ; 7,2	1,83	7,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	62,3%	1,0	60,3 ; 64,2	2,09	1,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	31,5%	1,0	29,6 ; 33,5	2,37	3,2
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: ANGUSTIADO	NUNCA	10,0%	0,6	8,9 ; 11,3	1,98	5,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	64,8%	0,9	63,1 ; 66,5	1,72	1,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	25,2%	0,9	23,4 ; 27,0	2,18	3,6
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: IRRITABLE	NUNCA	12,4%	0,7	11,0 ; 13,9	2,52	5,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	66,8%	1,0	64,8 ; 68,7	2,30	1,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	20,9%	0,8	19,2 ; 22,6	2,22	4,1
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: PREOCUPADO	NUNCA	1,5%	0,2	1,1 ; 2,0	1,49	13,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	48,8%	1,0	46,9 ; 50,7	1,94	2,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	49,7%	1,0	47,8 ; 51,7	2,01	2,0
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: TRANQUILO	NUNCA	3,6%	0,4	2,9 ; 4,5	2,49	11,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	48,6%	1,0	46,5 ; 50,6	2,21	2,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	47,8%	1,1	45,7 ; 49,9	2,40	2,3
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: ALEGRE	NUNCA	2,1%	0,3	1,5 ; 2,8	2,46	15,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	43,1%	1,0	41,1 ; 45,2	2,26	2,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	54,8%	1,1	52,7 ; 56,9	2,38	2,0
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: ABURRIDO	NUNCA	19,0%	0,9	17,4 ; 20,8	2,58	4,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	67,6%	1,0	65,6 ; 69,5	2,24	1,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,4%	0,6	12,2 ; 14,7	1,76	4,7
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	37,3%	1,3	34,8 ; 39,9	3,69	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,1	0,1	16,0 ; 16,2	2,99	0,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	15,8%	0,7	14,5 ; 17,2	1,85	4,4
	REGULAR	36,7%	1,0	34,8 ; 38,7	2,10	2,7
	BASTANTE O MUCHO	47,5%	1,1	45,3 ; 49,6	2,43	2,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	8,4%	0,5	7,4 ; 9,5	1,98	6,5
	REGULAR	23,8%	0,9	22,1 ; 25,6	2,17	3,7
	BASTANTE O MUCHO	67,8%	1,1	65,7 ; 69,8	2,61	1,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	11,7%	0,7	10,4 ; 13,0	2,16	5,7
	REGULAR	29,7%	0,9	27,9 ; 31,5	2,06	3,1
	BASTANTE O MUCHO	58,6%	1,1	56,5 ; 60,8	2,58	1,9

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2005	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL ECONÓMICO	NADA O POCO	33,2%	1,0	31,2 ; 35,3	2,44	3,1
	REGULAR	47,2%	1,1	45,0 ; 49,4	2,56	2,4
	BASTANTE O MUCHO	19,6%	0,8	18,0 ; 21,2	2,07	4,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ESTUDIOS	NADA O POCO	12,7%	1,0	10,8 ; 14,8	1,41	7,9
	REGULAR	24,8%	1,3	22,2 ; 27,5	1,49	5,4
	BASTANTE O MUCHO	62,6%	1,6	59,4 ; 65,6	1,71	2,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	41,2%	1,1	39,0 ; 43,4	2,56	2,7
	REGULAR	30,9%	0,9	29,2 ; 32,6	1,79	2,8
	BASTANTE O MUCHO	28,0%	1,0	26,0 ; 30,0	2,51	3,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	6,4%	0,5	5,5 ; 7,4	1,96	7,6
	REGULAR	14,7%	0,7	13,4 ; 16,2	2,12	4,9
	BASTANTE O MUCHO	78,9%	0,9	77,1 ; 80,6	2,41	1,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	17,6%	0,8	16,1 ; 19,1	2,10	4,4
	REGULAR	32,4%	1,0	30,5 ; 34,4	2,30	3,1
	BASTANTE O MUCHO	50,0%	1,2	47,8 ; 52,3	2,75	2,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	14,1%	0,6	12,9 ; 15,4	1,71	4,5
	REGULAR	31,3%	1,0	29,5 ; 33,2	2,19	3,1
	BASTANTE O MUCHO	54,6%	1,0	52,5 ; 56,6	2,21	1,9
DISCRIMINACIÓN POR: SEXO	PREVALENCIA DE VIDA	18,9%	0,9	17,1 ; 20,8	2,95	5,0
DISCRIMINACIÓN POR: EDAD	PREVALENCIA DE VIDA	12,2%	0,7	11,0 ; 13,6	2,05	5,4
DISCRIMINACIÓN POR: PESO	PREVALENCIA DE VIDA	12,4%	0,7	11,1 ; 13,7	2,03	5,3
DISCRIMINACIÓN POR: COLOR DE PIEL	PREVALENCIA DE VIDA	5,4%	0,5	4,5 ; 6,4	2,24	8,8
DISCRIMINACIÓN POR: FORMA DE VESTIR	PREVALENCIA DE VIDA	10,3%	0,6	9,1 ; 11,6	2,29	6,2
DISCRIMINACIÓN POR: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	PREVALENCIA DE VIDA	18,7%	0,9	17,1 ; 20,5	2,65	4,7
DISCRIMINACIÓN POR: NIVEL EDUCATIVO	PREVALENCIA DE VIDA	16,9%	0,8	15,4 ; 18,7	2,55	4,9
DISCRIMINACIÓN POR: RELIGIÓN	PREVALENCIA DE VIDA	5,9%	0,5	5,0 ; 6,9	2,10	8,1
DISCRIMINACIÓN POR: AMISTADES	PREVALENCIA DE VIDA	6,2%	0,5	5,3 ; 7,2	1,98	7,7
DISCRIMINACIÓN POR: LUGAR DE NACIMIENTO	PREVALENCIA DE VIDA	4,9%	0,4	4,1 ; 5,8	2,10	9,0
DISCRIMINACIÓN POR: TALLA	PREVALENCIA DE VIDA	6,2%	0,5	5,3 ; 7,2	2,19	8,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL	MEDIA ARITMÉTICA	15,7	0,1	15,5 ; 15,9	2,27	0,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	13,9%	0,9	12,2 ; 15,8	2,03	6,6
	REGULAR	33,0%	1,2	30,6 ; 35,4	1,90	3,7
	BASTANTE O MUCHO	53,2%	1,3	50,6 ; 55,7	1,98	2,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	16,0%	0,9	14,4 ; 17,8	1,56	5,4
	REGULAR	37,1%	1,2	34,7 ; 39,5	1,78	3,3
	BASTANTE O MUCHO	46,9%	1,3	44,4 ; 49,4	1,87	2,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	10,7%	1,0	9,0 ; 12,7	1,55	8,9
	REGULAR	33,8%	1,4	31,1 ; 36,6	1,46	4,2
	BASTANTE O MUCHO	55,5%	1,6	52,4 ; 58,6	1,65	2,9
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	22,2%	1,1	20,1 ; 24,4	2,03	5,0
	REGULAR	38,7%	1,2	36,4 ; 41,1	1,76	3,1
	BASTANTE O MUCHO	39,1%	1,3	36,6 ; 41,6	1,97	3,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES	NADA O POCO	15,2%	1,3	12,8 ; 18,1	1,62	8,8
	REGULAR	34,2%	1,7	31,0 ; 37,6	1,45	4,9
	BASTANTE O MUCHO	50,6%	1,8	47,0 ; 54,2	1,57	3,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	40,9%	1,2	38,6 ; 43,4	1,78	3,0
	REGULAR	43,0%	1,2	40,7 ; 45,3	1,64	2,8
	BASTANTE O MUCHO	16,1%	0,9	14,4 ; 17,9	1,72	5,6

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2005	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	18,1	0,1	18,0 ; 18,2	3,22	0,3
GRADO DE CALIDAD DE VIDA	MEDIA ARITMÉTICA	7,2	0,0	7,2 ; 7,3	3,50	0,4
DESEO DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	46,9%	1,0	44,9 ; 48,9	2,06	2,1
	PREVALENCIA MENSUAL	7,0%	0,5	6,1 ; 8,0	1,79	6,8
	PREVALENCIA ANUAL	15,0%	0,7	13,7 ; 16,5	2,15	4,9
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	21,3%	0,8	19,7 ; 22,9	2,06	3,9
	PREVALENCIA MENSUAL	2,4%	0,3	1,9 ; 3,0	1,74	11,9
	PREVALENCIA ANUAL	5,7%	0,5	4,9 ; 6,7	2,12	8,3
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	8,3%	0,6	7,3 ; 9,5	2,17	6,8
	PREVALENCIA MENSUAL	0,7%	0,2	0,5 ; 1,1	1,62	20,6
	PREVALENCIA ANUAL	2,0%	0,3	1,5 ; 2,6	1,76	13,0
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	4,6%	0,4	3,9 ; 5,4	1,69	8,3
	PREVALENCIA MENSUAL	0,3%	0,1	0,1 ; 0,6	1,94	37,6
	PREVALENCIA ANUAL	0,5%	0,1	0,3 ; 0,9	2,11	27,5
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	0,7%	0,2	0,5 ; 1,1	1,67	21,1
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PADRES	17,3%	2,9	12,4 ; 23,8	1,33	16,7
	HIJOS	6,5%	2,5	3,0 ; 13,5	2,33	38,2
	OTROS PARIENTES	4,9%	1,7	2,5 ; 9,6	1,42	34,6
	PAREJA	60,9%	3,9	53,1 ; 68,2	1,43	6,3
	AMISTADES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	LABORALES	1,6%	1,1	0,4 ; 6,2	1,85	71,3
	ESTUDIOS	1,2%	0,8	0,3 ; 4,1	1,13	64,3
	ECONÓMICOS	11,4%	2,6	7,2 ; 17,6	1,56	23,0
	SALUD FÍSICA	1,8%	1,0	0,6 ; 5,3	1,31	56,3
	SALUD FAMILIAR	2,8%	1,7	0,8 ; 9,0	2,43	60,6
	SEPARACIÓN DE FAMILIA	2,8%	1,4	1,0 ; 7,5	1,74	51,3
	MUERTE DE PAREJA	0,5%	0,4	0,1 ; 2,1	0,64	75,8
	MUERTE DE UN HIJO	1,2%	0,9	0,3 ; 5,2	1,59	75,7
	MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES	3,7%	2,1	1,2 ; 10,7	2,70	55,1
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	2,5%	1,2	1,0 ; 6,1	1,25	46,0
	SIN MOTIVO	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
OTROS	8,6%	2,3	5,0 ; 14,2	1,51	26,5	
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA</b>						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	40,2%	1,2	37,9 ; 42,6	3,06	3,0
	PREVALENCIA ANUAL	20,6%	1,0	18,8 ; 22,6	2,93	4,7
	PREVALENCIA DE 6 MESES	18,4%	0,9	16,6 ; 20,3	3,04	5,1
	PREVALENCIA ACTUAL	13,0%	0,9	11,4 ; 14,8	3,35	6,6
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	25,4%	1,0	23,5 ; 27,5	2,89	4,1
	PREVALENCIA ANUAL	11,4%	0,7	10,0 ; 12,9	2,65	6,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	10,7%	0,7	9,4 ; 12,2	2,72	6,7
	PREVALENCIA ACTUAL	8,0%	0,6	6,9 ; 9,4	2,86	8,0
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	12,0%	0,9	10,4 ; 13,8	3,58	7,2
	PREVALENCIA ANUAL	5,2%	0,5	4,2 ; 6,4	3,12	10,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,2%	0,6	4,2 ; 6,4	3,23	10,7
	PREVALENCIA ACTUAL	4,4%	0,5	3,5 ; 5,6	3,22	11,7
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,1	0,2 ; 0,7	1,99	33,3
	PREVALENCIA ANUAL	0,3%	0,1	0,1 ; 0,6	2,21	41,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,3%	0,1	0,1 ; 0,6	2,21	41,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	2,59	73,9

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2005	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	3,6%	0,4	2,9 ; 4,5	2,35	11,1
	PREVALENCIA ANUAL	1,6%	0,2	1,2 ; 2,2	1,95	15,3
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,5%	0,2	1,1 ; 2,1	2,00	15,8
	PREVALENCIA ACTUAL	0,9%	0,2	0,6 ; 1,3	2,05	21,3
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	4,1%	0,4	3,3 ; 5,0	2,22	10,1
	PREVALENCIA ANUAL	2,4%	0,3	1,8 ; 3,1	2,31	13,5
	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,3%	0,3	1,7 ; 3,0	2,40	14,2
	PREVALENCIA ACTUAL	2,0%	0,3	1,4 ; 2,7	2,61	15,9
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	10,3%	0,6	9,2 ; 11,6	2,09	6,0
	PREVALENCIA ANUAL	2,9%	0,3	2,3 ; 3,6	1,72	10,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,3%	0,3	1,8 ; 3,0	1,77	12,0
	PREVALENCIA ACTUAL	1,2%	0,2	0,8 ; 1,7	1,86	17,5
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	25,7%	1,0	23,8 ; 27,7	2,64	3,9
	PREVALENCIA ANUAL	11,8%	0,7	10,5 ; 13,1	2,17	5,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	9,7%	0,6	8,5 ; 10,9	2,28	6,5
	PREVALENCIA ACTUAL	6,1%	0,5	5,2 ; 7,2	2,20	8,1
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	25,0%	1,0	23,1 ; 27,0	2,65	3,9
	PREVALENCIA ANUAL	11,3%	0,6	10,1 ; 12,7	2,14	5,7
	PREVALENCIA DE 6 MESES	9,2%	0,6	8,0 ; 10,4	2,20	6,5
	PREVALENCIA ACTUAL	5,6%	0,5	4,7 ; 6,6	2,12	8,4
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	0,2	0,9 ; 1,8	1,87	16,6
	PREVALENCIA ACTUAL	1,1%	0,2	0,8 ; 1,6	1,94	18,5
TRASTORNOS PSICOTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	1,55	57,3
	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	1,69	64,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	1,69	64,4
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,3	1,90	75,7
<b>LA MUJER UNIDA MALTRATADA</b>						
RELACIÓN DE MATRIMONIO O CONVIVENCIA	PREVALENCIA ACTUAL	81,3%	0,7	79,9 ; 82,7	1,68	0,9
DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO EN LA MUJER UNIDA	PREVALENCIA DE VIDA	80,1%	0,9	78,3 ; 81,7	2,35	1,1
PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	LE GRITABA MUCHO	7,4%	0,5	6,4 ; 8,5	2,02	7,2
	TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	8,6%	0,6	7,5 ; 9,8	2,03	6,7
	LA ENGAÑÓ	16,7%	0,7	15,4 ; 18,1	1,62	4,1
	LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	5,9%	0,5	5,1 ; 6,9	1,91	7,9
	FORZÓ A TENER RELACIONES SEXUALES	4,4%	0,4	3,7 ; 5,3	1,76	8,8
	SE MOSTRÓ INDIFERENTE	12,0%	0,8	10,6 ; 13,6	2,66	6,3
	LE MENTÍA MUCHO	20,0%	0,8	18,4 ; 21,6	2,08	4,1
	ERA MUY CELOSO	41,5%	1,0	39,6 ; 43,5	1,99	2,4
	LA CONTROLABA MUCHO	27,1%	0,9	25,5 ; 28,8	1,79	3,1
	LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	19,1%	0,8	17,6 ; 20,7	1,98	4,1
	TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	27,7%	0,9	25,9 ; 29,5	1,97	3,2
	OTRO	0,7%	0,2	0,5 ; 1,2	2,05	23,8
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL	59,7%	1,0	57,7 ; 61,7	2,19	1,7
	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA	14,7%	0,7	13,3 ; 16,1	2,06	5,0

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2005	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER MALTRATO O VIOLENCIA	59,3%	1,1	57,1 ; 61,6	2,25	1,9
TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	10,5%	0,6	9,4 ; 11,8	1,74	5,9
	ABUSO FÍSICO	40,7%	1,1	38,6 ; 42,9	2,04	2,7
	INSULTOS	53,3%	1,2	50,9 ; 55,6	2,42	2,2
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	26,8%	1,0	24,8 ; 28,8	2,15	3,7
	ABANDONO	15,4%	0,8	14,0 ; 17,1	1,99	5,1
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER VIOLENCIA O MALTRATO	34,1%	1,1	32,1 ; 36,2	2,07	3,1
PREVALENCIA ANUAL DE TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	3,7%	0,4	3,0 ; 4,5	1,69	10,3
	INSULTOS	13,3%	0,7	11,9 ; 14,7	1,85	5,4
	ABUSO FÍSICO	30,7%	1,0	28,8 ; 32,7	1,93	3,2
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	13,6%	0,7	12,2 ; 15,1	1,93	5,4
	ABANDONO	8,6%	0,6	7,4 ; 9,9	2,05	7,2
<b>LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)</b>						
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO	10,2%	0,7	8,9 ; 11,6	2,02	6,5
PREVALENCIA ANUAL DE TIPOS DE ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	0,7%	0,1	0,5 ; 1,1	1,29	20,4
	ABUSO FÍSICO	1,8%	0,3	1,4 ; 2,4	1,60	14,2
	INSULTOS	8,5%	0,6	7,5 ; 9,7	1,75	6,7
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	4,5%	0,4	3,7 ; 5,4	1,74	9,5
	ABANDONO	3,0%	0,3	2,4 ; 3,8	1,68	11,3
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL	81,9%	2,4	76,7 ; 86,1	1,48	2,9
	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA	33,1%	3,0	27,5 ; 39,2	1,53	9,0
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	45,8%	3,6	38,8 ; 53,0	2,15	7,9
	REGULAR	34,0%	3,1	28,2 ; 40,4	1,74	9,1
	BASTANTE O MUCHO	20,2%	2,5	15,7 ; 25,5	1,58	12,4
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	75,4%	2,5	70,1 ; 80,0	1,47	3,4
	REGULAR	15,9%	2,1	12,2 ; 20,4	1,39	13,1
	BASTANTE O MUCHO	8,8%	1,7	6,0 ; 12,7	1,53	19,3
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	90,8%	2,1	85,9 ; 94,2	2,15	2,3
	REGULAR	8,1%	2,0	4,9 ; 13,0	2,32	25,0
	BASTANTE O MUCHO	1,1%	0,6	0,4 ; 3,1	1,31	52,6
CONFIANZA EN AUTORIDADES JUDICIALES	NADA O POCO	74,0%	2,5	68,8 ; 78,7	1,39	3,4
	REGULAR	21,6%	2,4	17,3 ; 26,7	1,43	11,1
	BASTANTE O MUCHO	4,3%	1,1	2,6 ; 7,1	1,22	25,3
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	81,7%	2,0	77,4 ; 85,4	1,20	2,5
	REGULAR	14,8%	1,8	11,6 ; 18,7	1,11	12,3
	BASTANTE O MUCHO	3,5%	1,0	2,0 ; 5,9	1,16	27,4
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	24,2%	2,7	19,3 ; 29,8	1,67	11,1
	REGULAR	26,0%	2,6	21,3 ; 31,4	1,45	9,8
	BASTANTE O MUCHO	49,8%	3,0	43,9 ; 55,7	1,52	6,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	32,6%	3,8	25,5 ; 40,5	1,68	11,8
	REGULAR	24,8%	3,2	19,1 ; 31,7	1,39	13,0
	BASTANTE O MUCHO	42,6%	4,0	35,0 ; 50,5	1,63	9,4

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2005	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	53,5%	16,0	24,5 ; 80,2	1,83	29,9
	REGULAR	3,4%	3,4	0,4 ; 21,7	0,64	100
	BASTANTE O MUCHO	43,2%	15,9	17,6 ; 73,0	1,82	36,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	31,8%	3,1	26,1 ; 38,2	1,88	9,7
	REGULAR	24,8%	2,7	19,9 ; 30,5	1,65	10,9
	BASTANTE O MUCHO	43,4%	3,3	37,1 ; 49,9	1,87	7,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	24,4%	2,5	19,9 ; 29,6	1,39	10,1
	REGULAR	21,9%	2,3	17,7 ; 26,7	1,26	10,4
	BASTANTE O MUCHO	53,7%	2,9	48,1 ; 59,3	1,40	5,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	20,4%	2,4	16,1 ; 25,4	1,49	11,7
	REGULAR	20,7%	2,4	16,4 ; 25,7	1,48	11,5
	BASTANTE O MUCHO	59,0%	2,9	53,1 ; 64,6	1,53	5,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	22,9%	2,5	18,3 ; 28,2	1,54	11,0
	REGULAR	25,8%	2,5	21,2 ; 31,0	1,37	9,6
	BASTANTE O MUCHO	51,3%	2,9	45,5 ; 57,0	1,47	5,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	1,1%	0,5	0,5 ; 2,6	0,89	43,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	45,0%	3,1	39,1 ; 51,0	1,60	6,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	53,9%	3,1	47,8 ; 59,9	1,63	5,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	4,2%	1,2	2,4 ; 7,1	1,42	27,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	46,8%	3,2	40,6 ; 53,0	1,71	6,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	49,1%	3,1	43,0 ; 55,2	1,66	6,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	5,5%	1,2	3,5 ; 8,5	1,26	22,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	54,5%	3,2	48,2 ; 60,7	1,74	5,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	40,0%	3,2	33,9 ; 46,4	1,81	8,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	7,5%	1,7	4,8 ; 11,7	1,78	22,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	55,1%	3,2	48,8 ; 61,2	1,72	5,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	37,4%	2,9	31,9 ; 43,2	1,53	7,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	32,3%	2,8	27,2 ; 38,0	1,49	8,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	67,7%	2,8	62,0 ; 72,8	1,49	4,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	5,7%	1,4	3,5 ; 9,1	1,56	24,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	58,6%	2,9	52,7 ; 64,2	1,51	5,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	35,8%	2,9	30,3 ; 41,6	1,53	8,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	2,7%	1,2	1,1 ; 6,6	2,54	46,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	56,3%	3,3	49,8 ; 62,7	1,88	5,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	41,0%	3,2	34,9 ; 47,3	1,76	7,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	11,6%	1,8	8,5 ; 15,5	1,31	15,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	62,8%	2,8	57,2 ; 68,1	1,43	4,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	25,6%	2,4	21,2 ; 30,6	1,29	9,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL	MEDIA ARITMÉTICA	15,5%	0,2	15,2 ; 15,8	1,76	1,1
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	60,5%	2,9	54,7 ; 66,1	1,53	4,8
	PREVALENCIA MENSUAL	18,2%	2,4	14,0 ; 23,3	1,60	13,0
	PREVALENCIA ANUAL	33,3%	3,2	27,3 ; 39,8	1,95	9,6
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	38,2%	2,8	33,0 ; 43,8	1,38	7,2
	PREVALENCIA MENSUAL	6,7%	1,4	4,4 ; 10,2	1,40	21,4
	PREVALENCIA ANUAL	16,7%	2,4	12,5 ; 21,9	1,72	14,2

DATOS GENERALES MUJER UNIDA 2005	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	15,2%	2,0	11,7 ; 19,6	1,34	13,2
	PREVALENCIA MENSUAL	2,4%	1,0	1,1 ; 5,4	1,78	41,2
	PREVALENCIA ANUAL	6,2%	1,5	3,7 ; 10,0	1,75	25,0
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	10,0%	1,9	6,9 ; 14,3	1,61	18,5
	PREVALENCIA MENSUAL	1,2%	0,9	0,3 ; 4,9	2,70	72,0
	PREVALENCIA ANUAL	2,4%	1,1	1,0 ; 5,8	2,14	45,1
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	2,3%	1,1	0,9 ; 5,8	2,20	46,6
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	17,0	0,2	16,7 ; 17,4	1,62	0,9
GRADO DE CALIDAD DE VIDA	MEDIA ARITMÉTICA	6,9	0,0	6,7 ; 7,0	1,79	1,0
DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	53,8%	3,2	47,5 ; 60,1	1,78	6,0
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)</b>						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	61,9%	3,3	55,3 ; 68,1	1,95	5,3
	PREVALENCIA ANUAL	40,8%	3,5	34,2 ; 47,9	2,18	8,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	38,3%	3,6	31,5 ; 45,5	2,29	9,3
	PREVALENCIA ACTUAL	28,3%	3,3	22,2 ; 35,3	2,35	11,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	38,4%	2,8	33,0 ; 44,0	1,41	7,3
	PREVALENCIA ANUAL	23,3%	2,7	18,5 ; 28,9	1,69	11,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	21,6%	2,6	17,0 ; 27,2	1,71	12,0
	PREVALENCIA ACTUAL	17,5%	2,6	13,0 ; 23,1	1,97	14,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	12,1%	2,0	8,7 ; 16,7	1,59	16,4
	PREVALENCIA ANUAL	7,8%	1,8	5,0 ; 12,1	1,85	22,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	7,7%	1,8	4,8 ; 12,0	1,91	23,2
	PREVALENCIA ACTUAL	8,9%	2,2	5,5 ; 14,2	2,50	24,5
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,0%	0,6	0,3 ; 3,4	1,64	60,8
	PREVALENCIA ANUAL	0,7%	0,4	0,2 ; 2,3	1,13	60,2
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,7%	0,4	0,2 ; 2,3	1,13	60,2
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	7,2%	1,6	4,7 ; 11,1	1,60	22,0
	PREVALENCIA ANUAL	4,8%	1,3	2,9 ; 8,0	1,47	26,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	4,7%	1,2	2,7 ; 7,8	1,49	26,8
	PREVALENCIA ACTUAL	3,0%	1,1	1,5 ; 5,9	1,65	35,5
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	8,1%	1,6	5,5 ; 11,9	1,45	19,6
	PREVALENCIA ANUAL	5,7%	1,4	3,5 ; 9,2	1,60	24,9
	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,2%	1,4	3,1 ; 8,8	1,67	26,6
	PREVALENCIA ACTUAL	3,8%	1,3	1,9 ; 7,4	1,97	34,2
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	18,0%	2,3	13,8 ; 23,0	1,59	13,1
	PREVALENCIA ANUAL	7,1%	1,7	4,4 ; 11,2	1,86	24,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	6,1%	1,6	3,6 ; 10,1	1,94	26,5
	PREVALENCIA ACTUAL	3,3%	1,0	1,8 ; 5,9	1,34	30,4
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	43,3%	3,3	37,0 ; 49,9	1,89	7,6
	PREVALENCIA ANUAL	26,2%	2,9	20,9 ; 32,4	1,89	11,2
	PREVALENCIA DE 6 MESES	23,6%	2,9	18,4 ; 29,7	1,96	12,2
	PREVALENCIA ACTUAL	15,4%	2,2	11,6 ; 20,2	1,58	14,3
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	42,6%	3,2	36,4 ; 49,0	1,82	7,6
	PREVALENCIA ANUAL	25,5%	2,8	20,3 ; 31,4	1,79	11,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	22,5%	2,7	17,6 ; 28,2	1,81	12,1
	PREVALENCIA ACTUAL	14,3%	2,1	10,6 ; 18,9	1,55	14,8
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	2,8%	1,0	1,3 ; 5,6	1,60	36,5
	PREVALENCIA ACTUAL	4,5%	1,5	2,3 ; 8,4	2,15	32,7
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,2	0,0 ; 1,3	0,77	100
	PREVALENCIA ANUAL	0,2%	0,2	0,0 ; 1,3	0,77	100
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,2%	0,2	0,0 ; 1,3	0,77	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0

DATOS GENERALES DE ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
EDAD (D.S.)	MEDIA ARITMÉTICA	14,5	0,5	14,4 ; 14,6	2,05	0,4
SITUACIÓN LABORAL	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	1,6%	0,4	1,0 ; 2,5	1,89	22,9
	TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	12,0%	0,9	10,3 ; 13,8	1,68	7,4
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	0,5%	0,2	0,2 ; 1,1	2,25	46,9
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	0,1%	0,0	0,0 ; 0,3	0,94	74,8
	INICIAL / PREESCOLAR	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,69	100
	PRIMARIA	22,1%	1,3	19,6 ; 24,8	2,31	6,0
	SECUNDARIA	76,9%	1,3	74,1 ; 79,4	2,28	1,7
	BACHILLERATO	0,3%	0,2	0,1 ; 0,8	2,07	58,7
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	1,30	47,7
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	0,4%	0,2	0,1 ; 1,1	2,35	51,3
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL EN 4 NIVELES	< S/. 300	91,2%	2,1	86,0 ; 94,6	1,83	2,3
	S/. 301 A 600	8,4%	2,1	5,1 ; 13,6	1,86	25,0
	S/. 600 A 1 200	0,4%	0,4	0,1 ; 2,8	1,30	100
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL EN 4 NIVELES SEGÚN INGRESO MÍNIMO VITAL	< S/. 410	96,7%	1,3	92,8 ; 98,5	1,83	1,4
	S/. 410 A 819	2,9%	1,3	1,2 ; 6,8	1,90	44,4
	S/. 820 A 1 230	0,4%	0,4	0,1 ; 2,8	1,30	100
<b>SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE</b>						
PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS	DESEMPLEO	14,8%	1,0	13,0 ; 16,8	1,65	6,5
	CORRUPCIÓN	16,3%	1,0	14,4 ; 18,4	1,68	6,2
	VIOLENCIA	13,3%	1,0	11,5 ; 15,3	1,80	7,2
	POBREZA	17,2%	1,0	15,3 ; 19,3	1,63	5,9
	FALTA DE CONFIANZA	3,0%	0,5	2,2 ; 4,1	1,68	15,6
	FALTA DE LIDERAZGO	1,9%	0,4	1,3 ; 2,9	1,90	20,9
	INESTABILIDAD POLÍTICA	2,8%	0,4	2,0 ; 3,8	1,61	15,8
	DELINCUENCIA	8,9%	0,8	7,4 ; 10,5	1,70	8,9
	TERRORISMO	2,0%	0,4	1,4 ; 3,0	1,85	19,9
	NARCOTRÁFICO	1,3%	0,4	0,7 ; 2,2	2,41	29,1
	MANEJO ECONÓMICO	2,5%	0,5	1,7 ; 3,7	2,34	20,2
	FALTA DE VALORES	15,1%	1,1	13,1 ; 17,4	2,03	7,1
	OTRO	0,5%	0,2	0,3 ; 1,0	1,33	34,5
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	INDIFERENCIA	5,2%	0,7	4,0 ; 6,8	2,34	13,8
	RESIGNACIÓN	1,9%	0,4	1,3 ; 2,8	1,49	18,4
	DESILUSIÓN	10,1%	0,8	8,6 ; 11,7	1,53	7,8
	AMARGURA	7,7%	0,7	6,4 ; 9,3	1,75	9,7
	RABIA	3,6%	0,5	2,7 ; 4,7	1,61	14,0
	CÓLERA	8,8%	0,8	7,4 ; 10,5	1,66	8,8
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	21,7%	1,2	19,4 ; 24,1	1,92	5,6
	PREOCUPACIÓN	23,9%	1,2	21,7 ; 26,3	1,67	4,9
	IMPOTENCIA	3,5%	0,5	2,7 ; 4,5	1,34	12,9
	FRUSTRACIÓN	1,6%	0,3	1,0 ; 2,4	1,71	22,1
	DESPERACIÓN O ANGUSTIA	2,1%	0,4	1,5 ; 3,1	1,68	18,5
	INDIGNACIÓN	5,1%	0,7	3,9 ; 6,6	2,06	13,1
	MIEDO O TEMOR	4,4%	0,5	3,5 ; 5,5	1,33	11,4
OTRO	0,2%	0,1	0,1 ; 0,5	1,03	52,7	
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	29,9%	1,3	27,4 ; 32,5	1,81	4,4
	REGULAR	42,5%	1,3	39,9 ; 45,2	1,61	3,2
	BASTANTE O MUCHO	27,6%	1,3	25,1 ; 30,3	1,89	4,8
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	47,3%	1,4	44,5 ; 50,1	1,83	3,0
	REGULAR	33,8%	1,3	31,3 ; 36,5	1,75	3,9
	BASTANTE O MUCHO	18,9%	1,1	16,8 ; 21,3	1,91	6,1

DATOS GENERALES DE ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONFIANZA EN MILITARES	NADA O POCO	47,0%	1,4	44,1 ; 49,8	1,84	3,1
	REGULAR	33,3%	1,3	30,8 ; 36,0	1,70	3,9
	BASTANTE O MUCHO	19,7%	1,1	17,5 ; 22,0	1,84	5,8
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	27,2%	1,3	24,7 ; 29,9	1,99	4,9
	REGULAR	26,1%	1,2	23,7 ; 28,6	1,80	4,8
	BASTANTE O MUCHO	46,7%	1,4	44,0 ; 49,5	1,75	3,0
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	15,8%	1,0	14,0 ; 17,9	1,62	6,2
	REGULAR	33,2%	1,3	30,8 ; 35,7	1,62	3,8
	BASTANTE O MUCHO	50,9%	1,4	48,3 ; 53,6	1,64	2,7
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	14,6%	0,9	12,9 ; 16,6	1,59	6,4
	REGULAR	34,3%	1,4	31,6 ; 37,1	1,91	4,1
	BASTANTE O MUCHO	51,0%	1,5	48,2 ; 53,9	1,89	2,8
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	78,9%	1,2	76,5 ; 81,1	1,83	1,5
	REGULAR	17,7%	1,1	15,6 ; 20,0	1,89	6,3
	BASTANTE O MUCHO	3,5%	0,4	2,7 ; 4,4	1,27	12,6
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATO	NADA O POCO	75,1%	16,3	35,3 ; 94,4	1,03	21,7
	REGULAR	24,9%	16,3	5,6 ; 64,7	1,03	65,4
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDES	NADA O POCO	66,2%	1,4	63,4 ; 68,9	1,95	2,1
	REGULAR	26,5%	1,3	24,0 ; 29,2	2,01	5,0
	BASTANTE O MUCHO	7,3%	0,7	6,1 ; 8,8	1,45	9,1
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	15,8%	3,1	10,6 ; 22,8	1,63	19,5
	REGULAR	26,2%	4,3	18,6 ; 35,5	2,22	16,5
	BASTANTE O MUCHO	58,0%	4,4	49,3 ; 66,3	1,79	7,5
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	45,3%	1,4	42,7 ; 48,0	1,68	3,0
	REGULAR	36,9%	1,3	34,5 ; 39,5	1,58	3,5
	BASTANTE O MUCHO	17,7%	1,1	15,8 ; 19,9	1,69	5,9
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	38,4%	1,4	35,8 ; 41,1	1,75	3,5
	REGULAR	41,9%	1,3	39,3 ; 44,5	1,62	3,2
	BASTANTE O MUCHO	19,7%	1,2	17,4 ; 22,2	2,04	6,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	57,8%	3,8	50,2 ; 65,0	1,89	6,6
	REGULAR	20,9%	3,0	15,6 ; 27,4	1,75	14,4
	BASTANTE O MUCHO	21,3%	3,2	15,7 ; 28,4	1,99	15,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIO	NADA O POCO	46,8%	1,5	43,9 ; 49,8	1,88	3,2
	REGULAR	24,5%	1,2	22,2 ; 27,0	1,59	4,9
	BASTANTE O MUCHO	28,6%	1,5	25,8 ; 31,6	2,14	5,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	55,3%	1,7	52,0 ; 58,5	2,39	3,0
	REGULAR	18,7%	1,1	16,6 ; 20,9	1,66	5,8
	BASTANTE O MUCHO	26,1%	1,6	23,1 ; 29,3	2,73	6,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	69,8%	2,7	64,3 ; 74,9	1,76	3,9
	REGULAR	17,0%	2,0	13,4 ; 21,4	1,49	12,0
	BASTANTE O MUCHO	13,2%	1,9	9,8 ; 17,4	1,65	14,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	56,7%	1,4	53,8 ; 59,5	1,87	2,5
	REGULAR	24,6%	1,3	22,1 ; 27,2	1,98	5,2
	BASTANTE O MUCHO	18,8%	1,1	16,7 ; 21,0	1,74	5,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: LA SALUD	NADA O POCO	39,5%	1,6	36,4 ; 42,6	2,26	3,9
	REGULAR	16,9%	1,2	14,7 ; 19,3	2,21	7,0
	BASTANTE O MUCHO	43,7%	1,7	40,4 ; 47,0	2,50	3,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	73,1%	1,6	69,8 ; 76,2	2,88	2,2
	REGULAR	15,7%	1,1	13,6 ; 18,0	1,97	7,1
	BASTANTE O MUCHO	11,2%	1,1	9,2 ; 13,5	2,54	9,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	44,2%	1,6	41,2 ; 47,3	2,20	3,5
	REGULAR	12,4%	0,9	10,7 ; 14,3	1,78	7,5
	BASTANTE O MUCHO	43,4%	1,6	40,3 ; 46,6	2,33	3,7

DATOS GENERALES DE ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	30,8%	1,5	27,9 ; 33,8	2,35	4,9
	REGULAR	14,1%	0,9	12,3 ; 16,0	1,58	6,6
	BASTANTE O MUCHO	55,2%	1,5	52,1 ; 58,2	2,15	2,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	36,5%	1,6	33,5 ; 39,6	2,33	4,3
	REGULAR	14,9%	1,0	13,1 ; 16,9	1,69	6,6
	BASTANTE O MUCHO	48,6%	1,5	45,6 ; 51,6	2,11	3,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	7,4%	0,7	6,1 ; 8,9	1,62	9,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	79,8%	1,1	77,5 ; 82,0	1,79	1,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,8%	1,0	10,9 ; 14,9	2,03	7,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	20,1%	1,2	17,9 ; 22,5	1,91	5,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	66,4%	1,4	63,5 ; 69,1	2,06	2,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,5%	0,9	11,8 ; 15,4	1,63	6,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	23,4%	1,3	21,0 ; 26,0	2,02	5,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	64,4%	1,5	61,5 ; 67,2	2,06	2,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,2%	1,0	10,4 ; 14,2	1,90	7,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	22,0%	1,2	19,7 ; 24,4	1,83	5,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	60,8%	1,4	58,1 ; 63,4	1,72	2,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	17,2%	1,1	15,3 ; 19,4	1,76	6,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	9,9%	0,8	8,4 ; 11,5	1,58	8,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	62,8%	1,3	60,2 ; 65,4	1,72	2,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	27,3%	1,3	24,9 ; 29,8	1,79	4,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	4,4%	0,6	3,4 ; 5,6	1,77	13,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	26,8%	1,3	24,2 ; 29,5	2,01	5,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	68,9%	1,4	66,1 ; 71,6	2,05	2,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,7%	0,3	0,3 ; 1,5	2,45	38,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	20,0%	1,2	17,7 ; 22,4	2,04	6,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	79,3%	1,2	76,8 ; 81,6	1,98	1,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	21,4%	1,1	19,3 ; 23,6	1,58	5,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	65,6%	1,4	62,8 ; 68,4	2,03	2,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,0%	1,0	11,1 ; 15,1	2,12	8,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTRO	NUNCA	8,9%	5,4	2,6 ; 26,7	1,42	60,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	27,3%	8,2	14,3 ; 45,8	1,32	30,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	63,8%	9,4	44,3 ; 79,6	1,48	14,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	7,9%	0,8	6,5 ; 9,5	1,76	9,6
	REGULAR	28,1%	1,3	25,5 ; 30,8	1,99	4,8
	BASTANTE O MUCHO	64,0%	1,4	61,2 ; 66,8	1,99	2,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE LA PIEL	NADA O POCO	7,9%	0,8	6,5 ; 9,5	1,82	9,8
	REGULAR	19,6%	1,1	17,6 ; 21,8	1,61	5,4
	BASTANTE O MUCHO	72,5%	1,3	69,9 ; 74,9	1,82	1,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	6,6%	0,7	5,4 ; 8,1	1,62	10,1
	REGULAR	23,8%	1,2	21,6 ; 26,2	1,67	4,9
	BASTANTE O MUCHO	69,5%	1,3	66,9 ; 72,1	1,82	1,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	15,5%	1,0	13,7 ; 17,5	1,58	6,2
	REGULAR	41,7%	1,4	39,0 ; 44,4	1,72	3,3
	BASTANTE O MUCHO	42,8%	1,4	40,1 ; 45,5	1,71	3,2

DATOS GENERALES DE ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ (ESTUDIA)	NADA O POCO	8,5%	3,5	3,7 ; 18,4	1,71	41,2
	REGULAR	24,4%	6,0	14,5 ; 38,1	2,15	24,8
	BASTANTE O MUCHO	67,1%	6,1	54,3 ; 77,8	1,82	9,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	8,6%	0,8	7,2 ; 10,3	1,67	8,9
	REGULAR	28,6%	1,2	26,2 ; 31,0	1,63	4,3
	BASTANTE O MUCHO	62,8%	1,3	60,3 ; 65,3	1,54	2,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	13,0%	1,0	11,2 ; 15,1	1,86	7,5
	REGULAR	20,6%	1,2	18,4 ; 23,0	1,91	5,8
	BASTANTE O MUCHO	66,4%	1,4	63,5 ; 69,1	2,01	2,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: AMISTADES O RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	10,0%	0,9	8,4 ; 11,9	1,96	8,9
	REGULAR	23,8%	1,1	21,7 ; 26,1	1,60	4,8
	BASTANTE O MUCHO	66,1%	1,3	63,5 ; 68,7	1,74	2,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	11,4%	0,9	9,8 ; 13,2	1,63	7,5
	REGULAR	26,8%	1,3	24,3 ; 29,4	1,94	4,9
	BASTANTE O MUCHO	61,8%	1,4	59,0 ; 64,6	1,92	2,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	10,2%	2,1	6,8 ; 15,2	1,48	20,5
	REGULAR	34,2%	4,1	26,6 ; 42,6	2,29	12,0
	BASTANTE O MUCHO	55,6%	4,2	47,3 ; 63,6	2,20	7,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	15,9%	2,6	11,4 ; 21,8	1,55	16,5
	REGULAR	36,1%	4,0	28,6 ; 44,2	2,08	11,1
	BASTANTE O MUCHO	48,0%	4,0	40,3 ; 55,9	1,93	8,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	20,3%	4,3	13,1 ; 30,2	2,52	21,3
	REGULAR	20,1%	3,7	13,8 ; 28,4	1,86	18,4
	BASTANTE O MUCHO	59,5%	4,7	50,1 ; 68,3	1,99	7,9
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	16,8%	2,6	12,4 ; 22,5	1,43	15,2
	REGULAR	42,1%	3,7	35,1 ; 49,5	1,72	8,8
	BASTANTE O MUCHO	41,0%	3,6	34,2 ; 48,2	1,64	8,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	18,9%	3,8	12,6 ; 27,4	2,18	19,9
	REGULAR	20,7%	4,1	13,7 ; 30,0	2,47	20,0
	BASTANTE O MUCHO	60,4%	4,6	51,2 ; 68,9	2,05	7,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	30,4%	3,9	23,3 ; 38,5	1,88	12,8
	REGULAR	40,0%	3,9	32,6 ; 47,8	1,67	9,8
	BASTANTE O MUCHO	29,6%	3,8	22,8 ; 37,6	1,82	12,8
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	5,7%	0,7	4,4 ; 7,2	2,11	12,6
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA	39,4%	1,6	36,4 ; 42,6	2,29	4,0
TENDENCIAS DELICTIVAS	PREVALENCIA	6,4%	0,8	5,0 ; 8,0	2,22	12,1
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	25,6%	1,2	23,3 ; 28,0	1,68	4,7
	PREVALENCIA MENSUAL	5,6%	0,6	4,5 ; 7,0	1,70	11,4
	PREVALENCIA ANUAL	13,6%	0,9	11,9 ; 15,6	1,66	6,9
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	10,6%	0,9	8,9 ; 12,4	1,87	8,4
	PREVALENCIA MENSUAL	2,2%	0,4	1,5 ; 3,2	1,80	18,9
	PREVALENCIA ANUAL	5,5%	0,6	4,4 ; 6,9	1,68	11,4
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	4,4%	0,6	3,4 ; 5,8	1,84	13,3
	PREVALENCIA MENSUAL	0,9%	0,3	0,5 ; 1,8	2,40	34,0
	PREVALENCIA ANUAL	2,7%	0,5	1,9 ; 3,8	2,01	18,2
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	1,8%	0,3	1,3 ; 2,6	1,31	17,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	1,21	43,9
	PREVALENCIA ANUAL	0,9%	0,2	0,6 ; 1,5	1,23	24,1
TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	16,6%	1,1	14,6 ; 18,8	1,83	6,4
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA	0,3%	0,1	0,1 ; 0,8	1,60	50,4
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	0,3	0,9 ; 1,9	1,20	20,4
	PREVALENCIA MENSUAL	0,5%	0,2	0,3 ; 1,0	1,11	30,6
	PREVALENCIA ANUAL	1,0%	0,2	0,6 ; 1,5	1,12	22,6

DATOS GENERALES DE ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	2,5%	2,5	0,3 ; 15,8	1,17	99,2
	PADRES	61,4%	8,8	43,5 ; 76,7	1,51	14,3
	OTROS PARIENTES	18,6%	6,7	8,8 ; 35,2	1,36	35,7
	PAREJA O ENAMORADA(O)	4,8%	2,7	1,6 ; 14,1	0,76	56,7
	AMIGOS	4,9%	3,4	1,2 ; 17,7	1,15	69,6
	ESTUDIOS	6,4%	3,6	2,0 ; 18,3	1,03	57,0
	PROBLEMAS ECONÓMICOS	7,1%	4,8	1,8 ; 24,3	1,64	68,0
	PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA	1,5%	1,1	0,3 ; 6,5	0,41	76,1
	PREOCUPACIONES SALUD DE UN FAMILIAR	7,4%	5,0	1,9 ; 25,1	1,70	67,8
	SEPARACIÓN DE FAMILIAR	4,9%	3,8	1,0 ; 20,6	1,47	78,2
	SEPARACIÓN DE PAREJA O ENAMORADA(O)	9,8%	7,7	1,9 ; 37,4	3,10	78,5
	MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES	8,2%	7,6	1,2 ; 39,5	3,60	93,3
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	1,5%	1,5	0,2 ; 10,3	0,73	100
	OTROS	18,2%	8,0	7,2 ; 38,9	1,98	43,7
DIOS ES MUY IMPORTANTE EN SU VIDA	NADA O POCO	4,0%	0,5	3,0 ; 5,2	1,77	13,9
	REGULAR	7,6%	0,7	6,3 ; 9,1	1,66	9,5
	BASTANTE O MUCHO	88,5%	0,9	86,5 ; 90,2	1,87	1,0
QUE RELIGIÓN TIENE	CATÓLICA	72,2%	1,4	69,4 ; 74,8	2,07	1,9
	EVANGÉLICA	8,5%	0,8	7,1 ; 10,1	1,74	9,2
	TESTIGO DE JEHOVÁ	2,4%	0,5	1,5 ; 3,8	2,84	22,7
	ADVENTISTA	6,4%	0,8	5,0 ; 8,1	2,34	12,4
	MORMONA	2,7%	0,5	1,9 ; 3,7	1,73	16,7
	NINGUNA	6,8%	0,8	5,4 ; 8,5	2,11	11,4
	OTRO	1,1%	0,3	0,7 ; 1,8	1,52	24,5
RELIGIÓN CATÓLICA VS. NO CATÓLICA	CATÓLICA	72,2%	1,4	69,4 ; 74,8	2,07	1,9
	NO CATÓLICA	27,8%	1,4	25,2 ; 30,6	2,07	4,9
ADOLESCENTES CON O SIN RELIGIÓN	SIN RELIGIÓN	6,8%	0,8	5,4 ; 8,5	2,11	11,4
	CON RELIGIÓN	93,2%	0,8	91,5 ; 94,6	2,11	0,8
TENDENCIAS RELIGIOSAS	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	70,5%	1,4	67,8 ; 73,1	1,84	1,9
	PARTICIPA ACTIVAMENTE EN ALGÚN GRUPO RELIGIOSO	23,8%	1,3	21,3 ; 26,5	2,09	5,6
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	72,7%	1,3	70,1 ; 75,2	1,79	1,8
	TRANSMITE RELIGIÓN A LOS HIJOS O NIETOS	30,0%	1,4	27,2 ; 32,8	2,04	4,8
	TRANSMITE RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	24,0%	1,3	21,5 ; 26,8	2,04	5,5
	HA CAMBIADO DE RELIGIÓN	8,0%	0,8	6,5 ; 9,8	1,93	10,3
	CREE QUE PRACTICAR UNA RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS	66,5%	1,3	63,9 ; 69,0	1,71	2,0
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL (RUIDO, VENTILACIÓN, ESPACIO, OLORES)	PREVALENCIA	56,4%	1,5	53,4 ; 59,3	2,05	2,7
CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE	MEDIA ARITMÉTICA	7,6	0,0	7,6 ; 7,7	1,84	0,4
POR LO MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA ACTUAL	18,0%	1,2	15,7 ; 20,5	2,20	6,7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA PURA SIN DEPRESIÓN	PREVALENCIA ACTUAL	4,0%	0,6	3,0 ; 5,2	1,82	14,0

DATOS GENERALES DE ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA PURA SIN DEPRESIÓN AJUSTADA CON D5DD Y D5EE	PREVALENCIA ACTUAL	3,2%	0,5	2,3 ; 4,3	1,75	15,5
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMÓRBIDO	PREVALENCIA ACTUAL	6,8%	0,8	5,3 ; 8,5	2,34	12,0
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	3,6%	0,5	2,7 ; 4,8	1,79	14,6
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	4,2%	0,6	3,2 ; 5,4	1,69	13,1
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,5%	0,2	0,2 ; 1,1	1,84	42,3
ANOREXIA NERVIOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	2,09	56,4
IMC INFERIOR AL UMBRAL CRÍTICO PARA LA TALLA Y PESO	PREVALENCIA	28,0%	1,3	25,6 ; 30,5	1,78	4,5
BULIMIA NERVIOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,7	1,73	58,6
CRISIS DE BULIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	4,0%	0,6	3,0 ; 5,3	1,91	14,3
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PREVALENCIA	6,9%	0,8	5,5 ; 8,7	2,32	11,8
AL MENOS 5 CRITERIOS DE PSICOSIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,1	0,1 ; 0,8	1,53	46,4
AL MENOS 4 CRITERIOS DE PSICOSIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,7%	0,3	0,3 ; 1,5	2,33	38,6
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	MEDIA ARITMÉTICA	13,1	0,1	12,9 ; 13,3	1,73	0,7
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	MEDIA ARITMÉTICA	13,6	0,1	13,3 ; 13,9	1,85	1,1
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	MEDIA ARITMÉTICA	9,9	1,7	5,5 ; 14,3	1,14	17,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	MEDIA ARITMÉTICA	12,7	0,5	11,6 ; 13,8	1,23	4,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	MEDIA ARITMÉTICA	11,5	0,2	11,2 ; 11,9	1,70	1,5
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	MEDIA ARITMÉTICA	9,3	0,3	8,6 ; 9,1	1,48	3,5
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES (PARA BAJAR EL APETITO)	MEDIA ARITMÉTICA	13,8	1,3	10,5 ; 17,1	1,64	9,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉSTAXIS	MEDIA ARITMÉTICA	16,0	0,0	16,0 ; 16,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	15,0	0,6	13,7 ; 16,3	1,83	4,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	14,9	0,8	11,5 ; 18,2	1,29	5,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	MEDIA ARITMÉTICA	13,7	1,4	7,8 ; 19,7	1,25	10,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HEROÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	13,7	1,4	7,8 ; 19,7	1,25	10,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	MEDIA ARITMÉTICA	16,0	0,0	16,0 ; 16,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	MEDIA ARITMÉTICA	11,4	0,2	10,9 ; 11,9	1,34	2,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	MEDIA ARITMÉTICA	13,1	0,9	10,8 ; 15,4	1,29	7,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL POR GRUPOS ETÁREOS	1-3 AÑOS	0,3%	0,2	0,1 ; 1,0	1,68	60,5
	4-7 AÑOS	4,1%	0,7	2,9 ; 5,6	1,70	16,5
	8-12 AÑOS	32,0%	1,6	28,9 ; 35,3	1,82	5,1
	13-17 AÑOS	63,6%	1,7	60,2 ; 66,8	1,79	2,6
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	60,8%	1,5	57,8 ; 63,8	2,24	2,5
	PREVALENCIA MENSUAL	11,7%	0,9	10,1 ; 13,6	1,74	7,6

DATOS GENERALES DE ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	PREVALENCIA MENSUAL	3,2%	0,5	2,4 ; 4,4	1,87	15,8
NÚMERO DE EMBRIAGUECES ALCOHÓLICAS MENSUAL	1 EMBRIAGUEZ	1,7%	0,3	1,1 ; 2,5	1,66	20,9
	2 EMBRIAGUECES	0,8%	0,3	0,4 ; 1,6	2,10	33,8
	3 EMBRIAGUECES	0,6%	0,3	0,3 ; 1,4	2,32	41,1
	4 EMBRIAGUECES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	1,42	99,8
	5 EMBRIAGUECES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,3	0,99	100
	6 EMBRIAGUECES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,34	100
	16 EMBRIAGUECES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,32	100
ALGUNA CONDUCTA VINCULADA AL ABUSO DE ALCOHOL	POR LO MENOS 1 CRITERIO	12,1%	1,0	10,3 ; 14,2	2,13	8,3
	POR LO MENOS 2 CRITERIOS	4,9%	0,7	3,7 ; 6,4	2,21	13,8
	POR LO MENOS 3 CRITERIOS	2,6%	0,6	1,7 ; 3,9	2,73	21,5
CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA (INCL. ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	74,1%	1,4	71,2 ; 76,8	2,38	1,9
	PREVALENCIA MENSUAL	22,8%	1,2	20,5 ; 25,2	1,88	5,3
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES (INCL. ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	74,0%	1,4	71,1 ; 76,7	2,39	1,9
	PREVALENCIA MENSUAL	22,8%	1,2	20,5 ; 25,2	1,88	5,3
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,2	0,3 ; 1,2	1,41	31,5
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	0,76	45,0
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	23,4%	1,3	21,0 ; 26,0	2,03	5,4
	PREVALENCIA MENSUAL	7,7%	0,8	6,2 ; 9,4	2,10	10,6
	PREVALENCIA ACTUAL	4,4%	0,6	3,4 ; 5,7	1,73	12,9
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	1,82	50,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,23	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,23	100
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	0,3	0,8 ; 2,0	1,40	22,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,7	2,02	67,9
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,30	100
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DOLOR DE CABEZA	PREVALENCIA DE VIDA	26,3%	1,5	23,4 ; 29,5	2,77	5,9
	PREVALENCIA MENSUAL	7,1%	0,8	5,7 ; 8,8	2,02	10,9
	PREVALENCIA ACTUAL	2,4%	0,4	1,7 ; 3,3	1,53	16,7
CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	PREVALENCIA DE VIDA	10,7%	1,1	8,7 ; 13,1	2,95	10,5
	PREVALENCIA MENSUAL	1,7%	0,4	1,0 ; 2,6	2,07	23,4
	PREVALENCIA ACTUAL	0,8%	0,2	0,5 ; 1,5	1,60	29,1
CONSUMO DE ESTIMULANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,1	0,1 ; 0,6	1,53	58,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,38	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE ÉXTASIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,53	100
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,2	0,3 ; 1,1	1,44	33,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	0,76	55,6
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,74	99,9
CONSUMO DE COCAÍNA	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	0,88	63,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,3	0,80	81,7
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE PASTA BÁSICA (PBC)	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	0,81	61,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	0,63	73,4
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE HEROÍNA	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,53	100
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0

DATOS GENERALES DE ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	10,5%	1,3	8,3 ; 13,3	3,85	12,1
	PREVALENCIA MENSUAL	1,9%	0,4	1,2 ; 2,9	2,09	22,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,7%	0,2	0,3 ; 1,4	1,98	35,8
CONSUMO DE INHALANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,1	0,1 ; 0,5	0,92	46,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,31	71,6
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS	PREVALENCIA DE VIDA	0,5%	0,2	0,3 ; 1,0	1,29	32,3
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,6	1,49	57,9
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	1,32	72,1
EMBARAZO ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	3,9%	0,7	2,8 ; 5,5	1,35	17,1
ABORTO ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,2	0,1 ; 0,8	0,80	44,7
ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO O EMOCIONAL) EN ALGÚN MOMENTO	PREVALENCIA DE VIDA	70,1%	1,3	67,5 ; 72,6	1,78	1,8
ABUSO DE TIPO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	4,2%	0,6	3,2 ; 5,5	1,78	13,5
ABUSO FÍSICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	43,8%	1,4	41,1 ; 46,5	1,71	3,1
ABUSO PSICOLÓGICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	60,5%	1,4	57,8 ; 63,3	1,85	2,3
ABANDONO DEL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE ALGÚN	9,8%	0,9	8,3 ; 11,7	1,85	8,7
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	PREVALENCIA DE VIDA	21,0%	1,1	18,8 ; 23,3	1,78	5,5
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL	PREVALENCIA DE VIDA	9,1%	1,4	6,6 ; 12,4	1,64	15,9
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN PUESTOS O CENTROS DE SALUD	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	16,6%	4,7	9,3 ; 28,1	1,30	28,5
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN POSTA O POLICLÍNICO ESSALUD	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	13,4%	5,4	5,8 ; 27,9	2,03	40,4
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN HOSPITAL GENERAL MINSAL	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	9,8%	5,5	3,1 ; 26,9	2,75	56,1
MOTIVOS DE NO ATENCIÓN MÉDICA	NO SABÍA DONDE IR	32,9%	2,8	27,7 ; 38,6	2,03	8,4
	NO TENÍA DINERO	19,9%	2,3	15,9 ; 24,7	1,86	11,3
	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	8,2%	1,7	5,3 ; 12,3	2,38	21,4
	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	6,1%	1,4	4,0 ; 9,4	1,86	22,1
	LARGAS LISTAS DE ESPERA	9,1%	1,8	6,2 ; 13,4	2,29	19,7
	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	7,1%	1,4	4,9 ; 10,3	1,62	19,0
	FALTA DE CONFIANZA	30,2%	2,9	24,8 ; 36,1	2,34	9,6
	DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	21,9%	2,5	17,4 ; 27,3	2,19	11,6
	NO ME BENEFICIARÍA	20,6%	2,3	16,5 ; 25,5	1,88	11,1
	LO DEBÍA SUPERAR SOLO	48,3%	3,0	42,5 ; 54,2	2,08	6,2
	PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	9,0%	1,7	6,1 ; 13,0	2,08	19,0
	POR VERGÜENZA	17,0%	2,0	13,4 ; 21,4	1,69	11,9
	VECINOS HABLARÍAN MAL	11,0%	1,9	7,9 ; 15,2	2,04	16,8
	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	9,3%	1,7	6,5 ; 13,3	2,01	18,3

DATOS GENERALES DE ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO	13,0%	1,8	9,8 ; 17,1	1,71	14,0
	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	5,2%	1,3	3,2 ; 8,3	1,89	24,3
	OTRO	30,3%	2,6	25,4 ; 35,7	1,90	8,6

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
EDAD	MEDIA ARITMÉTICA (DS)	69,7	0,3	69,1 ; 70,3	1,64	0,4
EDAD POR GRUPOS ETÁREOS (15 AÑOS)	VIEJO JOVEN (60-74 AÑOS)	75,3%	1,5	72,2 ; 78,2	1,57	2,0
	VIEJO VIEJO (75- 84 AÑOS)	19,2%	1,5	16,5 ; 22,3	1,76	7,6
	MUY VIEJO (>= 85)	5,4%	0,8	4,0 ; 7,3	1,71	15,3
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	8,5%	0,9	6,9 ; 10,4	1,27	10,4
	SEPARADO	9,6%	1,0	7,8 ; 11,7	1,37	10,1
	DIVORCIADO	0,9%	0,3	0,5 ; 1,6	1,16	32,2
	VIUDO	25,7%	1,7	22,6 ; 29,1	1,82	6,4
	CASADO	52,0%	1,8	48,5 ; 55,5	1,59	3,4
	SOLTERO	3,3%	0,8	2,0 ; 5,3	2,51	24,1
SITUACIÓN LABORAL	TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	37,3%	1,9	33,8 ; 41,1	1,85	5,0
	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	0,6%	0,2	0,3 ; 1,1	0,78	31,4
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	23,1%	1,8	19,7 ; 26,8	2,29	7,9
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	19,7%	1,5	16,9 ; 22,9	1,92	7,9
	INICIAL / PREESCOLAR	0,2%	0,1	0,0 ; 0,7	1,12	71,3
	PRIMARIA	48,3%	2,1	44,2 ; 52,3	2,13	4,3
	SECUNDARIA	19,4%	1,7	16,4 ; 22,9	2,27	8,6
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	5,8%	0,9	4,3 ; 7,7	1,77	15,1
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	5,9%	1,0	4,2 ; 8,3	2,39	17,3
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL NETO PERSONAL EN DÓLARES	0	81,3%	10,5	52,8 ; 94,4	1,71	12,9
	100	12,3%	10,6	2,0 ; 49,4	2,49	86,8
	200	2,7%	2,7	0,4 ; 17,4	0,66	100
	400	3,8%	3,7	0,5 ; 22,1	0,87	96,4

### SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	43,5%	2,8	38,2 ; 49,0	1,62	6,3
	REGULAR	28,9%	2,9	23,6 ; 34,9	2,09	9,9
	BASTANTE O MUCHO	27,6%	2,4	23,0 ; 32,6	1,57	8,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	81,7%	12,9	45,2 ; 96,0	1,14	15,7
	REGULAR	13,4%	12,3	1,9 ; 55,4	1,35	91,9
	BASTANTE O MUCHO	4,9%	4,9	0,6 ; 29,3	0,54	100
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	47,1%	2,5	42,3 ; 52,0	2,95	5,2
	REGULAR	19,3%	1,7	16,3 ; 22,9	2,19	8,7
	BASTANTE O MUCHO	33,5%	2,3	29,2 ; 38,1	2,85	6,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	56,2%	3,0	50,2 ; 61,9	2,34	5,3
	REGULAR	18,4%	2,0	14,7 ; 22,8	1,82	11,1
	BASTANTE O MUCHO	25,4%	2,4	21,0 ; 30,4	1,99	9,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	34,1%	1,8	30,7 ; 37,6	1,70	5,2
	REGULAR	22,5%	1,5	19,7 ; 25,6	1,58	6,7
	BASTANTE O MUCHO	43,4%	1,9	39,8 ; 47,2	1,79	4,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	27,1%	1,7	23,9 ; 30,4	1,69	6,1
	REGULAR	19,7%	1,5	16,9 ; 22,9	1,76	7,6
	BASTANTE O MUCHO	53,2%	2,0	49,2 ; 57,1	1,98	3,8

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	78,1%	2,4	73,1 ; 82,4	3,79	3,0
	REGULAR	8,8%	1,1	6,8 ; 11,3	1,89	13,0
	BASTANTE O MUCHO	13,1%	2,0	9,7 ; 17,5	3,96	15,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	44,1%	2,1	40,0 ; 48,3	2,23	4,8
	REGULAR	8,1%	0,9	6,4 ; 10,2	1,46	11,7
	BASTANTE O MUCHO	47,8%	2,0	43,8 ; 51,8	2,04	4,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	24,4%	1,8	21,1 ; 28,2	2,18	7,4
	REGULAR	7,3%	0,9	5,7 ; 9,2	1,44	12,3
	BASTANTE O MUCHO	68,3%	2,0	64,2 ; 72,1	2,30	3,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	33,9%	2,1	30,0 ; 38,1	2,26	6,0
	REGULAR	8,0%	1,0	6,2 ; 10,3	1,80	13,1
	BASTANTE O MUCHO	58,1%	2,3	53,5 ; 62,5	2,59	3,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	33,1%	7,5	20,2 ; 49,1	1,94	22,8
	REGULAR	4,7%	2,2	1,8 ; 11,5	0,83	47,2
	BASTANTE O MUCHO	62,2%	7,5	46,8 ; 75,5	1,81	12,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	6,1%	0,8	4,7 ; 7,8	1,28	12,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	62,8%	2,0	58,8 ; 66,6	2,10	3,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	31,2%	2,0	27,4 ; 35,2	2,29	6,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	17,4%	1,4	14,8 ; 20,3	1,66	8,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	62,2%	1,9	58,3 ; 66,0	1,97	3,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	20,4%	1,7	17,2 ; 23,9	2,16	8,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	20,9%	1,5	18,2 ; 23,9	1,56	7,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	59,4%	2,0	55,5 ; 63,2	1,96	3,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	19,7%	1,8	16,4 ; 23,4	2,40	9,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	24,8%	1,7	21,6 ; 28,3	1,96	7,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	60,0%	2,1	55,8 ; 64,0	2,20	3,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,2%	1,3	12,9 ; 17,9	1,58	8,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	5,5%	0,8	4,1 ; 7,2	1,44	14,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	53,0%	2,1	48,8 ; 57,1	2,21	4,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	41,6%	2,1	37,5 ; 45,7	2,19	5,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	3,0%	0,6	2,0 ; 4,6	1,74	21,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	35,7%	2,0	31,8 ; 39,7	2,12	5,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	61,3%	2,1	57,2 ; 65,3	2,18	3,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	3,9%	0,9	2,5 ; 6,0	2,52	22,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	44,4%	2,1	40,4 ; 48,4	2,11	4,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	51,8%	2,0	47,9 ; 55,6	1,93	3,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	28,2%	1,9	24,7 ; 32,0	2,10	6,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	58,8%	2,1	54,7 ; 62,8	2,12	3,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,0%	1,3	10,6 ; 15,8	1,84	10,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTROS	NUNCA	13,9%	5,2	6,5 ; 27,4	1,07	37,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	3,9%	2,6	1,0 ; 13,7	0,87	66,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	82,2%	5,3	69,4 ; 90,4	0,92	6,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	16,1	0,1	15,8 ; 16,3	2,53	0,8

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	17,4%	1,5	14,6 ; 20,5	1,93	8,7
	REGULAR	34,6%	2,1	30,7 ; 38,8	2,32	6,0
	BASTANTE O MUCHO	48,0%	2,1	43,9 ; 52,2	2,16	4,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	9,8%	1,2	7,7 ; 12,4	1,96	12,2
	REGULAR	26,9%	1,8	23,4 ; 30,6	2,11	6,9
	BASTANTE O MUCHO	63,3%	2,0	59,3 ; 67,1	2,07	3,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	14,3%	1,3	11,9 ; 17,1	1,69	9,2
	REGULAR	29,4%	1,9	25,8 ; 33,3	2,14	6,5
	BASTANTE O MUCHO	56,2%	2,3	51,7 ; 60,6	2,53	4,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	42,5%	2,2	38,3 ; 46,8	2,30	5,1
	REGULAR	37,5%	1,8	34,0 ; 41,1	1,66	4,8
	BASTANTE O MUCHO	20,0%	1,5	17,3 ; 23,0	1,59	7,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LA PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ	NADA O POCO	15,3%	2,9	10,5 ; 21,9	1,57	18,8
	REGULAR	15,9%	2,7	11,2 ; 22,0	1,37	17,2
	BASTANTE O MUCHO	68,8%	3,5	61,5 ; 75,3	1,43	5,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	44,9%	2,2	40,7 ; 49,2	2,08	4,9
	REGULAR	24,6%	1,8	21,3 ; 28,3	1,86	7,3
	BASTANTE O MUCHO	30,4%	2,3	26,2 ; 35,1	2,65	7,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	4,9%	0,8	3,5 ; 6,8	1,83	17,1
	REGULAR	11,5%	1,3	9,2 ; 14,2	1,91	11,0
	BASTANTE O MUCHO	83,6%	1,4	80,6 ; 86,3	1,86	1,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	14,2%	1,4	11,6 ; 17,2	2,02	10,0
	REGULAR	24,6%	1,8	21,2 ; 28,3	2,17	7,4
	BASTANTE O MUCHO	61,2%	2,2	56,8 ; 65,5	2,47	3,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	9,6%	1,1	7,7 ; 11,9	1,62	11,2
	REGULAR	25,6%	1,8	22,2 ; 29,3	2,07	7,0
	BASTANTE O MUCHO	64,9%	2,1	60,6 ; 68,9	2,43	3,3
PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN	SEXO	9,5%	1,1	7,6 ; 11,9	1,73	11,5
	EDAD	15,6%	1,4	13,0 ; 18,6	1,93	9,2
	PESO	5,7%	0,9	4,1 ; 7,8	1,94	16,1
	COLOR DE PIEL	4,4%	0,7	3,1 ; 6,1	1,65	17,1
	FORMA DE VESTIR	5,8%	0,9	4,3 ; 7,7	1,67	14,8
	CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	13,6%	1,6	10,8 ; 16,9	2,60	11,5
	NIVEL EDUCATIVO	11,7%	1,3	9,4 ; 14,5	2,01	11,0
	RELIGIÓN	4,2%	0,9	2,8 ; 6,3	2,28	20,3
	AMISTADES	2,8%	0,6	1,8 ; 4,4	1,89	23,0
	LUGAR DE NACIMIENTO	3,5%	0,7	2,3 ; 5,3	2,03	21,1
	TALLA	2,9%	0,6	1,9 ; 4,4	1,70	21,6
	OTRA	2,5%	0,5	1,7 ; 3,7	1,30	20,1
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: SEXO	NINGUNA VEZ	96,4%	0,6	95,0 ; 97,4	1,27	0,6
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	2,8%	0,5	2,0 ; 4,0	1,19	18,2
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,8%	0,3	0,4 ; 1,6	1,47	39,2
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: EDAD	NINGUNA VEZ	89,7%	1,2	87,0 ; 91,8	1,96	1,4
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	8,1%	1,0	6,3 ; 10,4	1,80	12,8
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	2,2%	0,5	1,4 ; 3,5	1,45	22,7
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: PESO	NINGUNA VEZ	97,0%	0,6	95,5 ; 98,0	1,66	0,6
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	2,6%	0,6	1,7 ; 3,9	1,57	21,9

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,4%	0,3	0,1 ; 1,4	1,88	58,8
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: COLOR DE PIEL	NINGUNA VEZ	98,4%	0,5	97,2 ; 99,1	1,61	0,5
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,5%	0,4	0,8 ; 2,6	1,56	29,1
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,2%	0,2	0,0 ; 1,2	2,15	100
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: FORMA DE VESTIR	NINGUNA VEZ	97,1%	0,6	95,7 ; 98,1	1,54	0,6
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	2,7%	0,6	1,7 ; 4,0	1,57	21,5
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,2%	0,1	0,1 ; 0,6	0,80	57,7
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: SOCIOECONÓMICA	NINGUNA VEZ	91,0%	1,4	88,0 ; 93,4	2,86	1,5
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	7,3%	1,1	5,4 ; 9,7	2,23	15,1
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	1,7%	0,6	0,9 ; 3,3	2,46	33,9
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: NIVEL EDUCATIVO	NINGUNA VEZ	93,7%	1,0	91,4 ; 95,4	2,09	1,1
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	4,7%	0,8	3,3 ; 6,5	1,76	17,2
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	1,7%	0,5	0,9 ; 3,0	2,00	31,2
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: RELIGIÓN	NINGUNA VEZ	97,5%	0,7	95,8 ; 98,5	2,12	0,7
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	2,4%	0,6	1,4 ; 4,0	2,23	27,3
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,2%	0,1	0,1 ; 0,6	0,82	59,2
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: AMISTADES	NINGUNA VEZ	97,7%	0,6	96,3 ; 98,6	1,83	0,6
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,9%	0,5	1,1 ; 3,3	1,91	28,0
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,4%	0,2	0,1 ; 1,1	1,49	58,3
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: LUGAR DE NACIMIENTO	NINGUNA VEZ	97,9%	0,5	96,5 ; 98,8	1,78	0,6
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,8%	0,5	1,0 ; 3,1	1,77	28,2
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,3%	0,2	0,1 ; 1,1	1,56	63,1
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: TALLA	NINGUNA VEZ	98,5%	0,4	97,4 ; 99,2	1,61	0,4
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,3%	0,4	0,7 ; 2,4	1,54	30,8
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,2%	0,2	0,0 ; 1,2	2,15	100
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	16,4	0,2	16,0 ; 16,7	1,94	1,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	10,7%	1,8	7,7 ; 14,7	1,68	16,4
	REGULAR	25,2%	2,4	20,8 ; 30,2	1,56	9,5
	BASTANTE O MUCHO	64,1%	2,7	58,7 ; 69,2	1,61	4,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	10,7%	1,8	7,6 ; 14,7	1,70	16,7
	REGULAR	31,4%	2,7	26,4 ; 36,9	1,70	8,6
	BASTANTE O MUCHO	57,9%	2,9	52,1 ; 63,5	1,74	5,0
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	6,4%	1,8	3,7 ; 10,8	1,38	27,8
	REGULAR	30,9%	4,4	23,0 ; 40,0	2,34	14,1
	BASTANTE O MUCHO	62,8%	4,1	54,3 ; 70,5	1,93	6,6

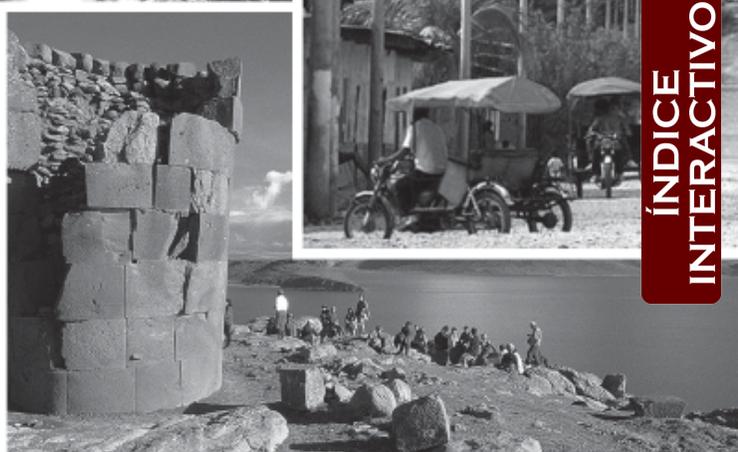
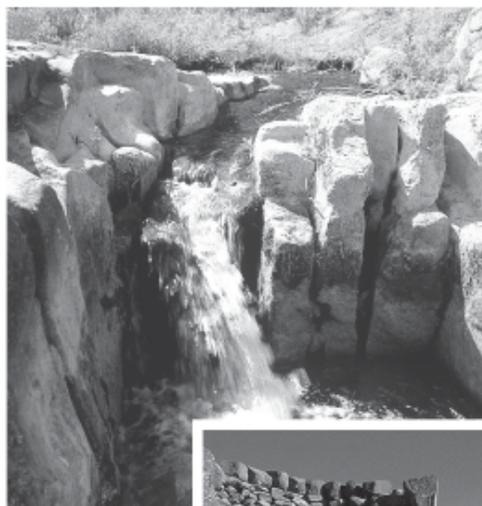
DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	15,7%	2,4	11,5 ; 21,2	2,33	15,5
	REGULAR	31,4%	2,7	26,4 ; 36,8	1,70	8,5
	BASTANTE O MUCHO	52,9%	3,0	46,9 ; 58,8	1,92	5,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	9,7%	3,1	5,2 ; 17,6	1,48	31,3
	REGULAR	35,4%	5,7	25,2 ; 47,2	1,97	16,0
	BASTANTE O MUCHO	54,9%	6,1	42,8 ; 66,4	2,11	11,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	43,5%	3,0	37,8 ; 49,5	1,83	6,8
	REGULAR	37,4%	3,2	31,4 ; 43,8	2,18	8,5
	BASTANTE O MUCHO	19,1%	2,2	15,1 ; 23,7	1,58	11,5
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	33,0%	1,8	29,5 ; 36,7	1,84	5,5
	PREVALENCIA MENSUAL	9,1%	1,0	7,3 ; 11,3	1,60	11,3
	PREVALENCIA ANUAL	13,9%	1,3	11,6 ; 16,7	1,76	9,4
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	10,8%	1,4	8,4 ; 13,7	2,38	12,6
	PREVALENCIA MENSUAL	3,1%	0,8	1,9 ; 5,0	2,37	24,5
	PREVALENCIA ANUAL	3,9%	0,8	2,6 ; 6,0	2,35	21,6
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	4,2%	1,0	2,6 ; 6,7	3,03	23,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,6%	0,4	0,2 ; 2,1	2,83	59,4
	PREVALENCIA ANUAL	0,8%	0,4	0,3 ; 2,2	2,66	51,1
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	1,7%	0,6	0,9 ; 3,2	2,37	33,4
	PREVALENCIA MENSUAL	0,5%	0,4	0,1 ; 2,5	3,63	79,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,6%	0,4	0,1 ; 2,4	3,35	72,6
TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS MUY IMPORTANTE	92,5%	0,9	90,5 ; 94,1	1,51	1,0
	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	86,4%	1,2	84,0 ; 88,6	1,44	1,4
	PARTICIPA ACTIVAMENTE	23,0%	1,6	20,0 ; 26,4	1,85	7,1
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	55,8%	1,9	52,0 ; 59,4	1,67	3,4
	TRANSMITE RELIGIÓN A HIJOS	62,5%	2,0	58,5 ; 66,3	2,09	3,2
	PREDICA O ENSEÑA LA RELIGIÓN A OTROS	33,9%	1,9	30,4 ; 37,7	1,91	5,5
	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	81,5%	1,4	78,5 ; 84,2	1,71	1,8
COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	18,2	0,1	18,0 ; 18,4	2,38	0,6
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA ARITMÉTICA	7,2	0,0	7,1 ; 7,2	1,75	0,6
NÍVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	6,0	0,1	5,8 ; 6,1	1,58	1,5
ALGUNA DISCAPACIDAD FUNCIONAL O INHABILIDAD PRESENTE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	PREVALENCIA ACTUAL	21,9%	1,5	19,0 ; 25,0	1,66	6,9
PRESENCIA DE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA SEGÚN INFORMANTE	PREVALENCIA DE VIDA	18,7%	1,3	16,4 ; 21,4	1,34	6,8
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	24,3%	1,7	21,2 ; 27,7	1,83	6,8
	PREVALENCIA ANUAL	8,6%	1,0	6,8 ; 10,9	1,71	12,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	7,2%	1,0	5,5 ; 9,4	1,84	13,8
	PREVALENCIA ACTUAL	6,1%	1,0	4,4 ; 8,3	2,00	15,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	PREVALENCIA DE VIDA	11,0%	1,5	8,5 ; 14,2	2,69	13,2
	PREVALENCIA ANUAL	4,5%	1,0	2,9 ; 7,0	3,00	22,7
	PREVALENCIA DE 6 MESES	4,4%	1,0	2,7 ; 6,9	3,06	23,3
	PREVALENCIA ACTUAL	4,1%	1,0	2,5 ; 6,6	3,19	24,5
ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	3,5%	0,7	2,4 ; 5,0	1,57	18,6

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (AUTOPERCEPCIÓN)	PREVALENCIA DE 6 MESES	19,3%	1,5	16,5 ; 22,6	1,87	8,0
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA (ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL)	PREVALENCIA DE 6 MESES	15,2%	3,2	10,0 ; 22,5	1,73	20,8
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN PUESTO O CENTRO DE SALUD MINSA	PREVALENCIA	17,6%	8,7	6,2 ; 41,0	1,78	49,4
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN POSTA O POLICLÍNICO DE ESSALUD	PREVALENCIA	21,7%	8,0	9,9 ; 41,2	1,29	36,9
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DEL MINSA	PREVALENCIA	0,8%	0,8	0,1 ; 5,5	0,28	100
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CENTRO DE SALUD MENTAL ESSALUD	PREVALENCIA	0,9%	0,9	0,1 ; 6,3	0,31	100
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DE ESSALUD	PREVALENCIA	41,6%	11,7	21,7 ; 64,7	1,91	28,1
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR	PREVALENCIA	9,7%	7,8	1,8 ; 38,4	2,39	80,9
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CLÍNICA PARTICULAR	PREVALENCIA	5,1%	3,8	1,1 ; 20,0	1,01	74,1
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL DE LA FFAA Y POLICÍA NACIONAL	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN OTROS	PREVALENCIA	2,6%	1,9	0,6 ; 10,4	0,48	72,0
MOTIVOS POR LOS QUE NO ASISTIÓ A UN CENTRO DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE SU PROBLEMA EMOCIONAL	NO SABÍA A DÓNDE IR	22,4%	4,1	15,4 ; 31,5	1,81	18,4
	NO TENÍA DINERO	37,8%	4,4	29,6 ; 46,7	1,51	11,6
	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	7,1%	2,5	3,5 ; 13,8	1,76	35,3
	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	9,2%	2,6	5,2 ; 15,7	1,51	28,3
	LARGAS LISTAS DE ESPERA	16,0%	3,8	9,8 ; 25,0	2,01	23,9
	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	9,1%	3,4	4,2 ; 18,4	2,63	37,7
	FALTA DE CONFIANZA	17,1%	3,8	10,8 ; 26,0	1,92	22,4
	DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	15,8%	3,8	9,8 ; 24,6	1,96	23,7
	NO ME BENEFICIARÍA	20,8%	4,3	13,6 ; 30,5	2,10	20,7
	LO DEBÍA SUPERAR SOLO	44,5%	4,6	35,7 ; 53,7	1,61	10,4
	PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	13,9%	3,1	8,8 ; 21,3	1,51	22,4
	POR VERGÜENZA	7,9%	3,0	3,7 ; 16,1	2,27	37,7
	SU ESPOSO(A) LA(O) CRITICARÍA O NO LE GUSTARÍA	0,8%	0,8	0,1 ; 5,2	1,42	98,8
	SU ESPOSO(A) SE BURLARÍA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	SU ESPOSO(A) NO LA (O) AYUDARÍA ECONÓMICAMENTE	1,6%	1,1	0,4 ; 6,2	1,51	71,7
	SU ESPOSO(A) LO PROHIBIRÍA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	VECINOS HABLARÍAN MAL	1,0%	0,7	0,2 ; 3,9	0,93	72,1
POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO(A) MENTAL	3,4%	1,4	1,4 ; 7,7	1,19	43,0	

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	19,0%	3,8	12,7 ; 27,6	1,73	19,9
	OTROS	35,8%	5,0	26,6 ; 46,2	1,38	14,1
PROBLEMAS FÍSICOS O ACCIDENTE	PREVALENCIA DE 6 MESES	35,3%	2,0	31,4 ; 39,4	2,30	5,8
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO O VIOLENCIA	PREVALENCIA ANUAL	11,5%	1,2	9,3 ; 14,2	1,85	10,7
PREVALENCIA DE MALTRATO: INTENTOS O DE ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	0,75	75,4
PREVALENCIA DE MALTRATO: GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	PREVALENCIA ANUAL	2,1%	0,5	1,3 ; 3,3	1,49	23,7
PREVALENCIA DE MALTRATO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	PREVALENCIA ANUAL	9,1%	1,1	7,2 ; 11,4	1,75	11,9
PREVALENCIA DE MALTRATO: CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	PREVALENCIA ANUAL	4,7%	0,8	3,3 ; 6,5	1,80	17,2
PREVALENCIA DE MALTRATO: SITUACIÓN DE ABANDONO	PREVALENCIA ANUAL	2,8%	0,8	1,6 ; 4,8	2,70	27,4
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO O VIOLENCIA	MALTRATO SISTEMÁTICO	3,5%	0,8	2,3 ; 5,3	2,13	21,7
PREVALENCIA DE MALTRATO: INTENTOS O DE ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	MALTRATO SISTEMÁTICO	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	MALTRATO SISTEMÁTICO	0,5%	0,3	0,2 ; 1,5	2,11	59,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	MALTRATO SISTEMÁTICO	2,2%	0,6	1,3 ; 3,6	1,89	26,2
PREVALENCIA DE MALTRATO: CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	MALTRATO SISTEMÁTICO	1,6%	0,5	0,9 ; 2,8	1,59	28,1
PREVALENCIA DE MALTRATO: SITUACIÓN DE ABANDONO	MALTRATO SISTEMÁTICO	1,3%	0,4	0,7 ; 2,3	1,57	31,5
RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE AYUDA COMO CONSECUENCIA DE ESTAS SITUACIONES	PREVALENCIA ANUAL	12,9%	4,0	6,8 ; 22,9	1,32	31,0
<b>NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO</b>						
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) (0-30 PUNTOS)	MEDIA ARITMÉTICA	23,9	0,2	23,5 ; 24,4	1,94	1,0
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) EN GRUPO DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN (CON DISYUNTIVA ENTRE 12 Y 13)	MEDIA ARITMÉTICA	25,9	0,3	25,3 ; 26,4	1,48	1,0
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) EN GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN (12 ó 13, 18 ó 19, 22AA ó 22BB)	MEDIA ARITMÉTICA	22,6	0,3	22,1 ; 23,2	1,63	1,2
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (<= 22)	PREVALENCIA TOTAL	29,9%	2,0	26,2 ; 33,9	1,66	6,5

DATOS GENERALES ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO ( $\leq 22$ ) PARA GRUPOS DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	14,5%	2,3	10,5 ; 19,6	1,43	15,8
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO ( $\leq 22$ ) PARA GRUPOS DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	40,5%	2,5	35,6 ; 45,6	1,54	6,3
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES INDICATIVAS DE DETERIORO	PREVALENCIA TOTAL	18,8%	1,6	15,9 ; 22,1	1,66	8,4
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA	PREVALENCIA TOTAL	10,0%	1,4	7,5 ; 13,2	1,66	14,2
(MMSE $\leq 21$ y PFEFFER $\geq 6$ ) FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE $\leq 21$ y PFEFFER $\geq 6$ ) PARA GRUPOS DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	6,2%	1,9	3,4 ; 11,1	1,65	30,4
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE $\leq 21$ y PFEFFER $\geq 6$ ) PARA GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	12,6%	2,0	9,2 ; 17,1	1,67	15,7

# BIBLIOGRAFÍA





## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Instituto Nacional de Estadística e Informática. «Condiciones de vida en los departamentos del Perú 2001». Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) – IV Trimestre. Lima: INEI, 2002.
- 2 Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi». «Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002». Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; XVIII (1-2): 1-197.
- 3 Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi». «Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003». Informe General. *Anales de Salud Mental* 2004; XIX (1-2): 1-216.
- 4 Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi». «Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004». *Anales de Salud Mental* 2005; XXI (1-2): 1-212.
- 5 World Health Organization. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: WHO, 2001.
- 6 Murray CJ, López AD. *Global mortality, disability, and the contribution of risk factors. Global Burden of Disease Study*. Lancet 1997; 349:1436-1442.
- 7 Murray CJ, López AD. *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study*. Lancet 1997; 349:1498-1504.
- 8 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.
- 9 Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M Les *liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équite*. Montreal: Gaëtan Morin Editeur, 1994: 93-98.
- 10 Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. «Salud Mental de una población urbano-marginal de Lima», en Serie: *Monografías de Investigación* No 2. Lima: INSM «Honorio Delgado- Hideyo Noguchi», 1995.
- 11 Perales A, Sogi C, Salas RE. «Salud Mental en Adolescentes del distrito de Magdalena», en Serie: *Monografías de Investigación* No 4. Lima: INSM «Honorio Delgado- Hideyo Noguchi», 1996.
- 12 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey». *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
- 13 Murphy HB. *Comparative Psychiatry. The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*. Berlin: Springer-Verlag, 1982.
- 14 *La Santé Mentale, de la Biologie a la culture*. Québec: Comité de la santé mentale du Québec, 1985.
- 15 Perales A. «Salud mental en el Perú variables socioeconómicas, políticas y culturales». *Anales de Salud Mental* 1993; IX: 83-107.
- 16 Corin E, Bibeau G, Matin J-C, Lapaplane R. *Comprendre pour soigner autrement*. Canada: Les presses de l'Université de Montréal, 1990.
- 17 *Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las Políticas públicas Saludables*. Washington DC: OPS, 2000.
- 18 Breilh J. *Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, 2003.
- 19 Moya J. «Las otras muertes: 20 años de violencia en los andes del Perú». Lima: IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES), 2004.
- 20 Pedersen D, Gamarra J, Planas M, Errázuriz C. «Violencia Política y salud en las comunidades altoandinas de Ayacucho, Perú». En: *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003: 289-307.
- 21 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.
- 22 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.
- 23 Instituto Nacional de Estadística e Informática. «Encuesta Demográfica y de Salud Familiar» (ENDES), 2000.
- 24 Gúezmes 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.
- 25 Johnson E, Belfer M. *Substance abuse and violence: cause and consequence*. J Health Care Poor Underserved 1995;6(2):113-21.
- 26 Johns A. «Substance misuse: a primary risk and a major problem of comorbidity». *International Review of Psychiatry* 1997; 9 (2-3):233-242.
- 27 Mariátegui J, Alva V, León O. «Epidemiología psiquiátrica de un distrito urbano de Lima. Un estudio de prevalencia en Lince». Lima: Ed. de la *Revista de Neuropsiquiatría*, 1969.

- 28 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition (DSM-III). Washington D.C: American Psychiatric Press, 1980.
- 29 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.
- 30 Perales A, Sogi C. «Epidemiología psiquiátrica en el Perú». *Anales de Salud Mental* 1995; XI: 9-29.
- 31 Colareta JR. *Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural*. Tesis para optar el título de médico cirujano. Lima: UPCH, 1993.
- 32 World Health Organization. *International Clasification of Diseases and Health Related Problems*, Tenth Revision (ICD-10). Geneva: OMS, 1992.
- 33 Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos: Mujeres*. Organización Panamericana de la Salud 1997; 8: 283-328.
- 34 *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003: 5.
- 35 Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA. *II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002*. Perú, 2003.
- 36 Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi». «Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho». *Anales de Salud Mental* 2004; XX (1-2): 1-199.
- 37 United Nations Population Division Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects*. New York: United Nations, 2000.
- 38 Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Censos Nacionales 2005: X de Población y V de Vivienda*. Lima: INEI, 2005. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe/> Censos Obtenido el 22 de diciembre del 2006.
- 39 Gómez-Vela M, Sabeh E. *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Disponible en: <http://campus.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. Obtenido en Junio 2003.
- 40 Cloninger R. *Implications of comorbidity for the classifications of mental disorders: The need for a psychobiology of coherent*. En: Maj M, Gaebel W, et al (eds): *Psychiatric Diagnosis and Classification*. Chichester: Wiley, 2002.
- 41 Schmolke M, Lecic-Tosevsky D (eds): «Health promotion: An integral component of effective clinical care». *Dyn Psychiatry* 2003; 36 (special issue): 221-319.
- 42 Herrman H, Saxena S Moodie R (eds): *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: WHO, 2005.
- 43 Lorente E, Ibáñez I, Moro M, y col: «Índice de Calidad de Vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española». *Psiquiatría y Salud Integral* 2002; 2(2):45-50.
- 44 Bland RC. «Psychiatry and the burden of mental illness». *Can J Psychiatry* 1998; 43(8): 801-810.
- 45 WPA/PTD; OPS, APAL: *Programa Educativo de la WPA/PTD sobre trastornos depresivos*. Visión de conjunto y aspectos fundamentales. Versión en español.
- 46 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.
- 47 Huamán J. «Programa de Rehabilitación Integral en Salud Mental: Sub programa de Rehabilitación psicosocial». *Anales de Salud Mental* 1996; XII: 271-284.
- 48 «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.
- 49 Saavedra JE. *Factores asociados al acceso a la atención en salud mental en Lima Metropolitana y Callao 2002*. Tesis para optar el grado de magíster. Lima: UPCH, 2006.
- 50 Lama A. *Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú*. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL. Lima: INEI; 2000. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe/biblioinei/pub/bancopub /Est/Lib0387/indice.HTM>). Acceso el 12 de septiembre del 2005.
- 51 OPS. *Hoja Resumen sobre desigualdades en salud Perú, División de Salud y Desarrollo Humano*. Programa de Políticas Públicas y Salud. [Alianza para la Equidad en Salud en Perú Web site]. Febrero 2002. Disponible en: <http://www.aes.org.pe/docs/resumenperu.pdf>. Acceso el 20 de agosto del 2005.
- 52 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>.
- 53 Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. «Common mental disorders in Santiago, Chile». *Br J Psychiatry* 2001; 178:228-233.
- 54 Costello EJ, Messer SC, Bird HR, Cohen P, Reinherz HZ. «The prevalence of serious emotional disturbance: a re-analysis of community studies». *Journal of Child and Family Studies* 1998; 7: 411-432.
- 55 Henderson, AS. «Life experiences as causes of mental disorders: The main hypotheses». En: *An introduction to social psychiatry*. New York: Oxford Medical Publication, 1988: 69-105.

- 56 Bernal E. «Estudio Psicopatológico en Brujos del Pueblo de Salas (Lambayeque)». *Anales de Salud Mental* 1985; 1: 162-179.
- 57 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.
- 58 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 de 1988.
- 59 Caycho A. «Estudio sobre el curanderismo y los curanderos en el Perú». En: Seguí CA y Ríos R. (Eds.): *Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría*. Lima, 1969.
- 60 Tejada D, Sánchez F, Mella C. *Religiosidad popular y psiquiatría*. Editora Corripio C. Santo Domingo, 1995.
- 61 Kessler RC, Mickelson KD, Williams DR. «The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States». *J Health Soc Behav* 1999;40 (3):208-30.
- 62 Mays VM, Cochran SD. «Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States». *Am J Public Health* 2001;91(11):1869-76.
- 63 Williams DR, Williams-Morris R. «Racism and mental health: the African American experience». *Ethn Health* 2000; 5(3-4):243-68.
- 64 Finch BK, Kolody B, Vega WA. «Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California». *J Health Soc Behav* 2000;41(3):295-313.
- 65 Kessler RC, Mickelson KD, Williams DR. «The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States». *J Health Soc Behav* 1999;40(3):208-30.
- 66 Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. «Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness». *Schizophr Bull* 2001;27(2):219-25.
- 67 Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G, Farmer P, Toulmin H, Graham T. «Reducing psychiatric stigma and discrimination evaluating an educational intervention with the police force in England». *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(6):337-44.
- 68 Lopez-Ibor Alino JJ. «Fight against schizophrenia stigma». *An R Acad Nac Med (Madr)* 2001;118(2):295-316.
- 69 Ostman M, Kjellin L. «Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness». *Br J Psychiatry* 2002;181:494-8.
- 70 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.
- 71 Jorge M Tamayo, 2001. *¿Qué es el Estigma?* <http://usuarios.lycos.es/igonzal/estigma>.
- 72 Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S. «The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation». *J Nerv Ment Dis* 2000; 188:301-305.
- 73 Someya T, Uehara T, Kadowaki M, Sakado K, Reist C, Tang SW, Takahashi S. «Factor analysis of the EMBU scale in a large sample of Japanese volunteers». *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100(4): 252-257.
- 74 Folstein SE, McHugh PR. «Mini-Mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician». *Journal of Psychiatric Research* 1975;12:189-198.
- 75 Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Versión en Español 5.0.0. 2001; documento proporcionado por el autor.
- 76 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. «The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10». *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl. 20: 22-33.
- 77 Lama A. *Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú*. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL. Lima: INEI, 2000.. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.HTM>. Obtenido el 12 de septiembre del 2005.
- 78 Garner DM, Olmsted MP, & Polivy J. «Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia». *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.

# ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
VOLUMEN XXII - 2006 - NÚMEROS 1 y 2

ÍNDICE  
INTERACTIVO

# ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## Estudio Epidemiológico de Salud Mental en FRONTERAS - 2005

Presentación .....	11
1. Introducción .....	27
2. Diagnóstico situacional de la Salud Mental .....	29
3. Objetivos .....	40
4. Metodología .....	41
5. Definición de variables .....	44
6. Instrumentos a través de los cuales se construyó el cuestionario .....	50
7. Procedimientos de la operación de campo .....	54
8. Resultados de la operación de campo .....	55
9. Procesamiento y análisis de la información .....	55
Resultados generales del estudio en fronteras .....	57
Datos generales de la muestra .....	59
Características generales de los adultos encuestados .....	63
Características generales de las mujeres unidas o alguna vez unidas encuestadas .....	103
Características generales de los adolescentes encuestados .....	127
Características generales de los adultos mayores encuestados .....	151
Conclusiones generales del estudio en fronteras .....	171
Anexo: Errores muestrales y coeficiente de variación .....	179
Bibliografía .....	223

## FE DE ERRATAS EESMF 2005

Pág.	Línea	Dice	Debe decir																								
87	En la Tabla N° 34	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td style="text-align: center;">9,0</td> </tr> <tr> <td>MASCULINO</td> <td></td> <td style="text-align: center;">16,5</td> </tr> <tr> <td>FEMENINO</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1,8</td> </tr> </table>	PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA			TOTAL		9,0	MASCULINO		16,5	FEMENINO		1,8	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td style="text-align: center; color: red;"><b>10,0</b></td> </tr> <tr> <td>MASCULINO</td> <td></td> <td style="text-align: center; color: red;"><b>17,9</b></td> </tr> <tr> <td>FEMENINO</td> <td></td> <td style="text-align: center; color: red;"><b>2,5</b></td> </tr> </table>	PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA			TOTAL		<b>10,0</b>	MASCULINO		<b>17,9</b>	FEMENINO		<b>2,5</b>
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA																											
TOTAL		9,0																									
MASCULINO		16,5																									
FEMENINO		1,8																									
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA																											
TOTAL		<b>10,0</b>																									
MASCULINO		<b>17,9</b>																									
FEMENINO		<b>2,5</b>																									
91	En la Tabla N° 42	<p>Como se mencionara líneas arriba, la prevalencia más frecuente es la del abuso o dependencia del alcohol según criterios de investigación de la CIE-10, con un 4,3%, seguido por el tabaco con el 1,2% (Tabla 42).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td style="text-align: center;">4,3</td> </tr> <tr> <td>MASCULINO</td> <td></td> <td style="text-align: center;">8,1</td> </tr> <tr> <td>FEMENINO</td> <td></td> <td style="text-align: center;">0,8</td> </tr> </table>	ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL			TOTAL		4,3	MASCULINO		8,1	FEMENINO		0,8	<p style="color: red;">Como se mencionara líneas arriba, la prevalencia más frecuente es la dependencia del alcohol según criterios de investigación de la CIE-10, con un 4,3%, seguido por el tabaco con el 1,2% (Tabla 42).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="color: red;">DEPENDENCIA DEL ALCOHOL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td style="text-align: center;">4,3</td> </tr> <tr> <td>MASCULINO</td> <td></td> <td style="text-align: center;">8,1</td> </tr> <tr> <td>FEMENINO</td> <td></td> <td style="text-align: center;">0,8</td> </tr> </table>	DEPENDENCIA DEL ALCOHOL			TOTAL		4,3	MASCULINO		8,1	FEMENINO		0,8
ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL																											
TOTAL		4,3																									
MASCULINO		8,1																									
FEMENINO		0,8																									
DEPENDENCIA DEL ALCOHOL																											
TOTAL		4,3																									
MASCULINO		8,1																									
FEMENINO		0,8																									
97	En la Tabla N° 47A	SUS PADRES NO SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES.	SUS PADRES SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES.																								
98	En la Tabla N° 47B	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">CUALQUIER TRASTORNO (PG: 37,3%)</td> <td style="width: 33%;">TRASTORNO ANSIEDAD (PG: 21,1%)</td> <td style="width: 33%;">TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 17,0%)</td> </tr> </table> <p>NO EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES.</p> <p>SUS PADRES NO SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES.</p>	CUALQUIER TRASTORNO (PG: 37,3%)	TRASTORNO ANSIEDAD (PG: 21,1%)	TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 17,0%)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">CUALQUIER TRASTORNO (PG: 34,7%)</td> <td style="width: 33%;">TRASTORNO ANSIEDAD (PG: 17,5%)</td> <td style="width: 33%;">TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 17,4%)</td> </tr> </table> <p style="color: red;">EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES.</p> <p style="color: red;">SUS PADRES SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES.</p>	CUALQUIER TRASTORNO (PG: 34,7%)	TRASTORNO ANSIEDAD (PG: 17,5%)	TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 17,4%)																		
CUALQUIER TRASTORNO (PG: 37,3%)	TRASTORNO ANSIEDAD (PG: 21,1%)	TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 17,0%)																									
CUALQUIER TRASTORNO (PG: 34,7%)	TRASTORNO ANSIEDAD (PG: 17,5%)	TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 17,4%)																									
98 y 99	En la Tabla N° 48	<p>Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o de los nervios, (demanda sentida); un 44,5% de los pacientes respondió afirmativamente; de éstos, el 15,6% del total de encuestados identificó su problema en los últimos seis meses.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td style="text-align: center;">15,6</td> </tr> <tr> <td>MASCULINO</td> <td></td> <td style="text-align: center;">11,9</td> </tr> <tr> <td>FEMENINO</td> <td></td> <td style="text-align: center;">19,2</td> </tr> </table>	DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)			TOTAL		15,6	MASCULINO		11,9	FEMENINO		19,2	<p>Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o de los nervios, (demanda sentida); un 44,5% de los pacientes respondió afirmativamente; de éstos, el 16,0% del total de encuestados identificó su problema en los últimos 12 meses.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td style="text-align: center; color: red;"><b>16,0</b></td> </tr> <tr> <td>MASCULINO</td> <td></td> <td style="text-align: center; color: red;"><b>12,3</b></td> </tr> <tr> <td>FEMENINO</td> <td></td> <td style="text-align: center; color: red;"><b>19,5</b></td> </tr> </table>	DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)			TOTAL		<b>16,0</b>	MASCULINO		<b>12,3</b>	FEMENINO		<b>19,5</b>
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)																											
TOTAL		15,6																									
MASCULINO		11,9																									
FEMENINO		19,2																									
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)																											
TOTAL		<b>16,0</b>																									
MASCULINO		<b>12,3</b>																									
FEMENINO		<b>19,5</b>																									
173	Conclusiones del adulto	13. La prevalencia anual de abuso o dependencia del alcohol fue del 4,3%, correspondiendo 15,6% al sexo masculino.	13. La prevalencia anual de la dependencia del alcohol fue del 4,3%, correspondiendo 0,8% al sexo masculino.																								
174	Conclusiones del adulto	15. Un 15,6% identificó su problema en los últimos 6 meses y, de ellos, sólo un 12,7% recibió atención por el sistema de salud.	15. Un 16,0% identificó su problema en los últimos 12 meses y, de ellos, sólo un 12,7% recibió atención por el sistema de salud.																								