

ANALES DE SALUD MENTAL

ORGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

SUPLEMENTO

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN IQUITOS 2004

SUPLEMENTO 2
VOLUMEN XXIV
AÑO 2008
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: inshdhn@minsa.gob.pe - oeaide@yahoo.com

Se recomienda citar este documento como:

Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Iquitos 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental* Vol. XXIV. Año 2008, Suplemento 2. Lima

ISSN - 1023-389X

ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú-2008-Volumen XXIV, Suplemento 2

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

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTOR

Méd. Psiq. Enrique Macher Ostolaza

EDITOR

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

SECRETARIA DE EDICIÓN

Lic. Enf. Flor de María Alburquerque Jaramillo

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Méd. Psiq. Santiago Stucchi Portocarrero

MIEMBROS

Méd. Psiq. Manuel Arellano Kanashiro

Méd. Psiq. Eduardo Bernal García

Mg. Ps. Fam. Vilma Chuchón Calle

Méd. Psiq. Yuri Cutipé Cárdenas

Méd. Psiq. Santos Gonzáles Farfán

Méd. Psiq. Santiago Márquez Manrique de Lara

Mg. Polit. Soc. María Mendoza Vilca

Méd. Psiq. Rolando Pomalima Rodríguez

Mg. Ps. Clín. Yolanda Robles Arana

Méd. Psiq. J. César Sotillo Zevallos

Lic. Ps. Emir Valencia Romero

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

✠ Dr. Javier Mariátegui

Lic. Delicia Ferrando

Dr. Pablo Macera

Dr. Agustín Montoya

Dra. María Antonieta Silva

Dr. Moisés Lemlij

Ing. Wilfredo Mormontoy

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Dr. Renato Alarcón (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

ECON. HERNÁN GARRIDO-LECCA MONTAÑEZ
Ministro de Salud

DR. ELÍAS MELITÓN ARCE RODRÍGUEZ
Vice-Ministro de Salud

DIRECTORIO DEL INSM

MÉD. PSIQ. ENRIQUE MACHER OSTOLAZA
Director General del INSM

MÉD. PSIQ. JULIO HUAMÁN PINEDA
Sub-Director General del INSM

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

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

MÉD. PSIQ. CARLOS CACHAY CHÁVEZ
Director de la Oficina de Epidemiología

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

AUSPICIOS

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Departamento Académico de Psiquiatría

Asociación Psiquiátrica Peruana



INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO

COORDINADOR GENERAL DEL ESTUDIO

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

COORDINADOR ADJUNTO DEL ESTUDIO

Méd. Psiq. Santos González Farfán

ÁREA DE ACCESO A SERVICIOS

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

ÁREA DE ADICCIONES

Méd. Psiq. Martín Nizama Valladolid

Méd. Psiq. Rommy Kendall Folmer

ÁREA DE CONDUCTAS SUICIDAS

Lic. Ps. Ysela Nicolás Hoyos

ÁREA DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA

Méd. Psiq. Julio Huamán Pineda

ÁREA DE EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

Méd. Psiq. Santos González Farfán

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

ÁREA DE POBREZA Y SALUD MENTAL

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

Méd. Psiq. Rolando Pomalima Rodríguez

Méd. Psiq. Santos González Farfan

ÁREA DE PSICOGERIATRÍA

Méd. Psiq. Vilma Paz Schaeffer

ÁREA DE CALIDAD DE VIDA

Mg. Ps. Clín. Yolanda Robles Arana

ÁREA DE SALUD MENTAL GENERAL

Méd. Psiq. César Arellano Kanashiro

Méd. Psiq. Santos González Farfán

ÁREA SOCIOCULTURAL Y DESASTRES

Méd. Psiq. Eduardo Bernal García

ÁREA DE TRASTORNOS AFECTIVOS

Méd. Psiq. Abel Sagástegui Soto

Méd. Psiq. Horacio Vargas Murga

ÁREA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

Méd. Psiq. Víctor Cruz Campos

ÁREA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Méd. Psiq. Rolando Pomalima Rodríguez

Méd. Psiq. Yuri Cutipé Cárdenas

ÁREA DE TRASTORNOS PSICÓTICOS

Méd. Psiq. Santiago Stucchi Portocarrero

Méd. Psiq. Santiago Márquez Manrique de Lara

ÁREA DE VIOLENCIA FAMILIAR

✂ Méd. Psiq. Raúl Díaz Sifuentes

Méd. Psiq. Victor Cruz Campos

Lic. Trab. Soc. Violeta Vargas Palomino

EQUIPO DE LA ENCUESTA

Consultor del Estudio - Diseño de la Muestra

Alberto Padilla Trejo

Consultora de Procesos Informáticos - Control de Calidad

Olinda Yaringaño

Jefe de Operación de Campo

Leoncio Ernesto Quezada Carrillo

Coordinadores de Campo

Orlando Virgilio Quispe Lizarraga
Herón Arsenio Salazar Olivares

Supervisores de Campo

Flora Bendezú Gamboa
Mónica De La Cruz Flores
Magali Divizzia Acosta
Mirian Esquivel Carrán
Marybel Galarreta Achahuanco
Gloria Marilú Ore Medina

Encuestadores

Doris Angulo Alfaro
Lilia Aquije Salazar
Mónica Campos Rodríguez
Gaby Cárdenas Aquino
Giovanna Cruz Campos
Catherine Espinoza Ugarte
Edgar Gómez Ordóñez
Doris Loayza Reyes
Mary Cecilia Martel Atencia
Lelis Mendoza Vilca

Diana Molina Rondan
Gloria Morote Contreras
Yrma Ochoa Jananpa
Maria Esther Panta Yman
Ana Antonia Pariahuamán Herrera
Jenny Pérez Hernando
Angélica Rodríguez Zuta
Mirian Salas Barrón
Beatriz Ubaldo Jamanca
Reina Francisca Vallejos Pereyra

AGRADECIMIENTOS

Este estudio es parte del Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en la Selva Peruana en el año 2004. En él participaron profesionales de las diferentes disciplinas y áreas administrativas del Instituto que con el paso de los años han desarrollado una experticia y dedicación encomiable para la ejecución de encuestas de esta naturaleza.

Deseamos agradecer a aquellas personas entrevistadas que con paciencia nos acogieron y supieron obsequiarnos su tiempo para el logro de nuestros objetivos.

El Comité Ejecutivo de Investigación y las áreas especializadas han continuado en su dedicación para planificar y sobre todo estimular la formulación de protocolos de investigación que está permitiendo conocer la realidad de la salud mental en nuestro país. Asimismo, nuestro especial reconocimiento, al Dr. Enrique Galli, quien desde un inicio colaborara con nosotros en la validación del instrumento (MINI) y participara con sus inapreciables consejos.

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

Agradecemos también 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 de secretaría representado por la Sra. Olga Rivas y Srta. Alicia Revilla; igualmente, a las Sras. Milagros Ramírez, Flor Ortiz y Shella Pérez y Srtas. Jessica Pozo y Liliana La Rosa, 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 sutiles y agudas observaciones que permitieron mejorar la calidad de nuestro trabajo.

LOS AUTORES



PRESENTACIÓN

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, que me honro en liderar, ha asumido la misión desde el Estado peruano, de desarrollar investigaciones epidemiológicas regionales que proporcionan datos actualizados no sólo de la prevalencia de trastornos, tales como depresión, suicidio, ansiedad, adicciones, discapacidad en salud mental y violencia en sus diferentes expresiones; sino también cifras relacionadas al uso de servicios, pobreza, satisfacción personal y laboral, calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores. Estos estudios se iniciaron en el 2002 y si bien año tras año se han venido publicando Informes Generales de las regiones visitadas, es nuestro interés proporcionar información a mayor profundidad de cada ciudad. Al estudio epidemiológico en la ciudad de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao, le siguió en el 2003 el estudio epidemiológico de la salud mental en la sierra peruana, en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz y, en el 2004 el estudio epidemiológico de salud mental en la selva peruana, efectuado en las ciudades de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa.

En esta oportunidad, se presenta el informe específico del ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA CIUDAD DE IQUITOS - 2004. Esta ciudad presenta una de las prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos más altas entre las demás ciudades, lo que corrobora la importancia de estudios regionales. A través de estos resultados se logrará formular políticas de salud más eficientes, tanto en el aspecto preventivo como de intervención.

Con este estudio se incrementa la información científica acerca de las debilidades y fortalezas regionales, desde la perspectiva de la salud mental, lo que facilitará concretar un proyecto de desarrollo regional de largo aliento. Esperamos que el esfuerzo desplegado por nuestros investigadores despierte el interés, tanto a nivel de organizaciones del Estado como entre los actores de la sociedad civil y mediática; y que sus resultados contribuyan para la toma de decisiones y la disposición de acciones normativas por parte de la alta dirección del Ministerio de Salud.

Finalmente el ejercicio de la libertad y la justicia demanda del Estado la búsqueda de la equidad, bienestar y el desarrollo de los más necesitados y vulnerables de la sociedad. Sólo así se podrá garantizar la paz entre sus ciudadanos. Después de todo: no hay salud sin salud mental. Una adecuada salud mental y espiritual involucra el anhelo compartido de bienestar en la sociedad, así como cerrar el paso a la violencia y promover la solidaridad de sus integrantes frente a las adversidades.

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



ÍNDICE GENERAL

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD	3
DIRECTORIO DEL INSM.....	5
AUSPICIOS.....	7
INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO.....	9
EQUIPO DE LA ENCUESTA.....	10
AGRADECIMIENTOS.....	11
PRESENTACIÓN.....	13
ÍNDICE GENERAL.....	15
IQUITOS.....	19
INFORME GENERAL.....	21
I. INTRODUCCIÓN.....	23
1.1 Justificación.....	24
II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL.....	25
2.1 Aspectos generales de la salud mental.....	25
2.2 Violencia familiar.....	26
2.3 Los trastornos de ansiedad, depresivos y otros trastornos.....	28
2.4 Adicciones.....	29
2.5 El adulto mayor.....	29
2.6 Indicadores suicidas.....	30
2.7 Calidad de vida y salud mental.....	31
2.8 Trastornos mentales y discapacidad.....	31
2.9 Acceso a servicios de salud mental.....	32
2.10 Pobreza y salud mental.....	33
2.11 Eventos de vida y salud mental.....	34
2.12 Aspectos socioculturales y salud mental.....	34
2.13 Discriminación y salud mental.....	35
2.14 Estigma contra los trastornos mentales.....	35
III. OBJETIVOS GENERALES.....	36
IV. METODOLOGÍA.....	37
4.1 Tipo de diseño y de estudio.....	37
4.2 Diseño muestral.....	37
4.2.1 Población de estudio.....	37
4.2.2 Niveles de inferencia.....	37
4.2.3 Marco muestral y unidades de muestreo.....	37
4.2.4 Estratificación.....	38
4.2.5 Tipo de muestra.....	38
4.2.6 Tamaño y distribución de la muestra.....	38
4.2.7 Unidades de análisis.....	39
4.2.8 Procedimientos de selección de la muestra.....	39
4.2.9 Criterios de inclusión de las personas que respondieron a la encuesta.....	40

V. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	41
5.1 Variables sociodemográficas y asociadas.....	41
5.2 Aspectos generales de salud mental.....	42
5.3 Trastornos clínicos.....	43
5.4 Discapacidad e inhabilidad.....	43
5.5 Módulo de acceso a servicios.....	44
5.6 Relaciones intrafamiliares.....	44
5.7 Funciones cognoscitivas.....	45
5.8 Síndromes socioculturales y salud mental.....	45
5.9 Otras manifestaciones del folklor médico peruano.....	46
VI. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO.....	46
6.1 Diseño y estructura del cuestionario sobre salud mental.....	48
6.2 Método de la entrevista.....	49
6.3 Procesos de validación y calidad.....	49
6.4 Obtención de indicadores de validez y confiabilidad a partir de los propios datos de estudio.....	50
6.5 Entrenamiento en el uso de instrumentos.....	50
6.6 Consideraciones éticas.....	51
VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO.....	51
VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO.....	53
IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	53
RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO EN IQUITOS	55
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA	57
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS	61
EDAD.....	63
ESCOLARIDAD.....	63
ESTADO CIVIL.....	64
OCUPACIÓN.....	64
INGRESOS ECONÓMICOS.....	65
SALUD MENTAL DEL ADULTO.....	67
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	69
ENTORNO GENERAL.....	69
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	71
DISCRIMINACIÓN.....	73
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES.....	75
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	76
SATISFACCIÓN LABORAL.....	77
CALIDAD DE VIDA.....	78
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD.....	79
ASPECTOS PSICOPÁTICOS.....	79
INDICADORES SUICIDAS.....	80

TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA.....	83
FACTORES PROTECTORES.....	83
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	84
USO DE SUSTANCIAS.....	87
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS.....	89
POBREZA Y SALUD MENTAL.....	90
SALUD MENTAL POR CIUDADES.....	92
EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA.....	93
EVENTOS DE VIDA INFANTILES Y SALUD MENTAL.....	94
ACCESO A SERVICIOS.....	96
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL.....	97
ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES.....	98

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

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

SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA..... 105

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	107
ENTORNO GENERAL.....	107
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	108
ESTADOS ANÍMICOS.....	109
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	109
SATISFACCIÓN LABORAL.....	110
COHESIÓN FAMILIAR.....	111
CALIDAD DE VIDA.....	111
INDICADORES SUICIDAS.....	111
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	112
ABUSO EN LA MUJER UNIDA.....	113
ABUSO HACIA LA MUJER POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL.....	114
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE.....	119

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS 121

EDAD.....	123
ESCOLARIDAD.....	123
ESTADO CIVIL.....	124
OCUPACIÓN.....	124

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE..... 125

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	127
ENTORNO GENERAL.....	127
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	129
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES.....	130
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	131
SATISFACCIÓN LABORAL.....	132
CALIDAD DE VIDA.....	133

ASPECTOS PSICOPÁTICOS.....	134
INDICADORES SUICIDAS.....	134
TENDENCIA A LA VIOLENCIA.....	137
FACTORES PROTECTORES.....	137
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	138
ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE	140
ACCESO A SERVICIOS.....	141

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS 143

EDAD.....	145
ESCOLARIDAD.....	145
ESTADO CIVIL.....	146
OCUPACIÓN.....	146

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR..... 147

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	149
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	149
DISCRIMINACIÓN.....	150
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES.....	150
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	151
SATISFACCIÓN LABORAL.....	153
CALIDAD DE VIDA	154
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD.....	154
INDICADORES SUICIDAS.....	155
FACTORES PROTECTORES.....	155
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	156
DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR.....	157
MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR.....	159
ACCESO A SERVICIOS.....	159

CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN IQUITOS 161

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

ANEXO - ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN 169

BIBLIOGRAFÍA 207

IQUITOS

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

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

Los territorios donde actualmente se encuentra la ciudad de Iquitos fueron habitados por los yameos y los iquitos, hasta la llegada de los españoles. El apogeo de la región estuvo enmarcado con la fiebre del caucho a finales del siglo XIX. Este periodo duró 25 años y terminó casi abruptamente en 1911 con el ingreso al mercado de enormes cantidades de caucho procedentes de las plantaciones de Malasia y que ocasionaron un cataclismo económico a la región. Con el transcurso de las décadas, Iquitos se convirtió en el principal puerto fluvial de materias primas de exportación.

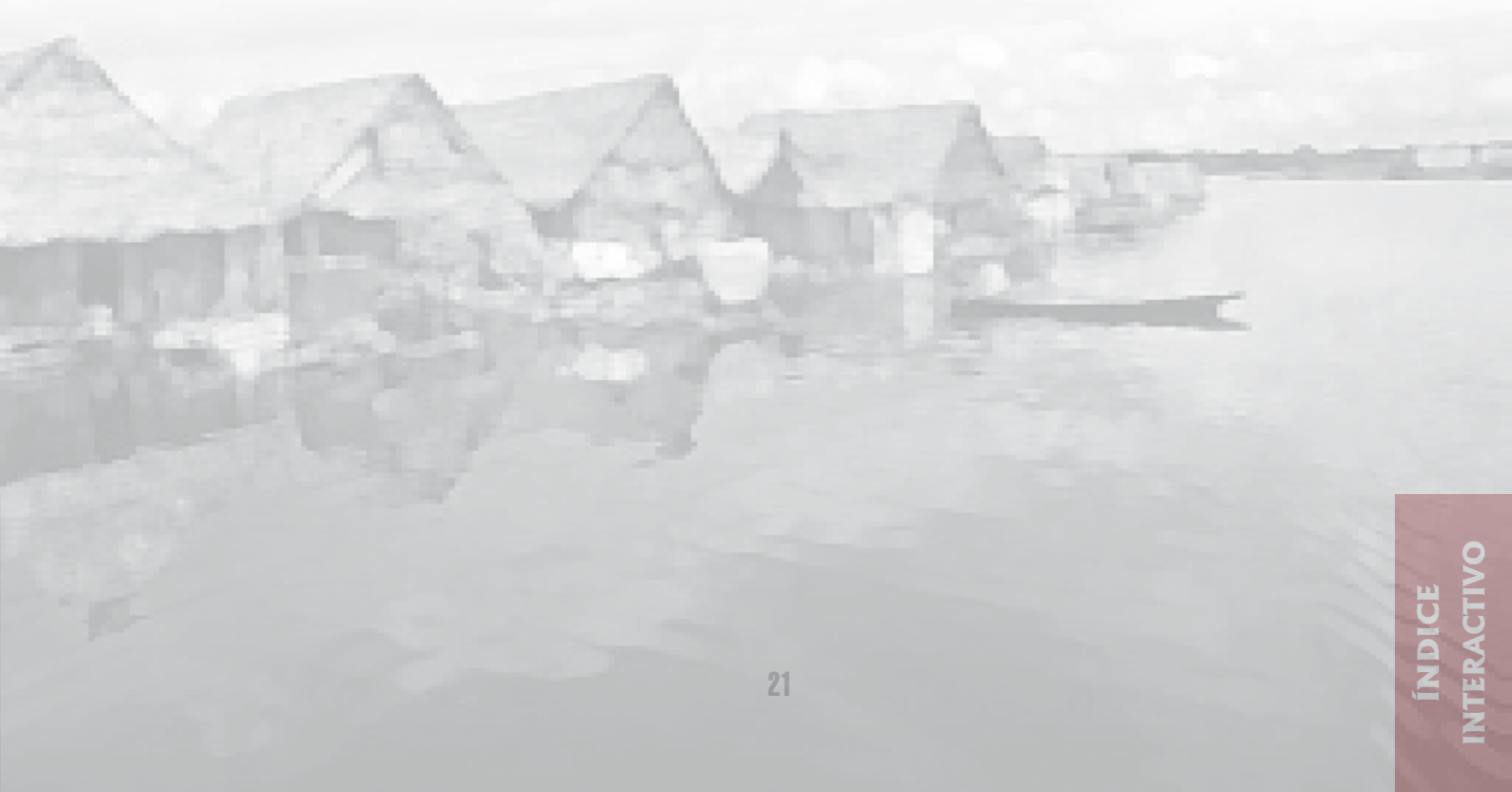
Otra riqueza importante es el petróleo que proviene del norte del departamento y es llevado por el oleoducto hasta la costa de Piura. También destaca la piscicultura, aunque la pesca es artesanal. La fauna presenta una amplísima variedad de especies. Muchas de ellas se pueden encontrar en la Reserva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

A Iquitos se llega básicamente por vía aérea o fluvial y no está interconectada por vía terrestre con el resto del Perú por las características geográficas de la zona. Este aislamiento tiene de negativo el encarecimiento de muchos bienes, pero de aspecto positivo la conservación de muchos ecosistemas amazónicos.



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN IQUITOS - 2004

INFORME GENERAL





I. INTRODUCCIÓN

Para el año 2020 se ha pronosticado que los problemas de salud mental, y en particular la depresión, serán la segunda causa de discapacidad en el mundo, seguida sólo por la enfermedad isquémica cardíaca. Para los países en desarrollo la perspectiva es aún peor, y se estima que la depresión mayor será la primera causa de discapacidad para el año 2020.^{1,2}

El Instituto Nacional de Salud Mental, en el marco del diagnóstico general de la salud mental del país, tiene la intención de presentar los resultados específicos de cada una de las ciudades encuestadas con el propósito de estimular la implementación regional de programas que ayuden a resolver estos problemas de enorme impacto en la calidad de vida de las personas. Este 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.

En esta oportunidad se presentan los resultados del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Iquitos, realizado en el segundo semestre del 2004 como parte del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Selva Peruana 2004 (EESMSLP 2004).³

La OMS ha llamado la atención sobre la brecha existente en el tratamiento de problemas de salud mental y la necesidad de reducirla, sin embargo, poco se han estudiado estas condiciones en regiones poco favorecidas y geográficamente difíciles. El estudio en Lima confirmó el vínculo que se desarrolla entre la salud mental y los aspectos económicos, ratificando las observaciones realizadas en reportes internacionales.^{5,6} 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. Con respecto al área urbana del país, la selva, y en particular Loreto, muestra uno de los indicadores económicos más deprimentes del país y ha sido fundamental conocer la situación de salud mental de estas poblaciones.⁷

Los resultados del estudio realizado en Lima y Callao en el año 2002 (EEMSM)⁸, y en la sierra en el año 2003, han permitido conocer importantes aspectos de la salud mental de adultos, mujeres, adolescentes y adultos mayores, entre ellos la alta prevalencia de depresión y ansiedad, y su vinculación con variables socioeconómicas; condiciones desfavorables de la salud mental de la mujer y en especial de la mujer maltratada; niveles importantes de deterioro cognoscitivo del adulto mayor; significativos indicadores suicidas en adultos y en especial en adolescentes; importante desconfianza en las autoridades por parte de la población, entre otros. Asimismo, se van identificando áreas problemáticas particulares a cada región como el problema con el uso de alcohol en la sierra, particularmente en Ayacucho, y las elevadas prevalencias de trastornos de ansiedad en Lima.⁸

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

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

1.1. JUSTIFICACIÓN

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

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

Entre las preguntas a las que respondería el estudio se encuentran: ¿cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental general en la población urbana de Iquitos?; ¿cuál es la magnitud de la violencia hacia la mujer unida y la repercusión en su salud mental?; ¿cuál es la prevalencia de la conducta adictiva?; ¿cuál es la magnitud y cuáles son los principales problemas de salud mental del adulto mayor en Iquitos?; ¿cuál es la magnitud de los indicadores suicidas en la población de Iquitos?; ¿cuál es la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos?; ¿cuál es 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 Iquitos?; ¿cuál es el nivel de discriminación percibida por la población de Iquitos?; ¿cuáles son las caracterizaciones de los síndromes culturales y cuál es su relación con los síndromes clínicos psiquiátricos?

II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL

El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental⁸ realizado en Lima en el 2002 y el estudio epidemiológico realizado en la sierra⁹ revelaron importante información que ha puesto en evidencia tendencias observadas en estudios previos en el área de salud mental^{10, 11}, confirmándose observaciones internacionales con respecto a los trastornos afectivos, indicadores suicidas, problemas con el uso de alcohol, violencia intrafamiliar. Con respecto a la intervención de aspectos socioeconómicos en los trastornos mentales, si bien la asociación hallada en Lima es contundente, no ha sucedido lo mismo con lo encontrado en el estudio en la sierra. Esto pondría de manifiesto la intervención de aspectos socioculturales en la interacción de la pobreza y la salud mental.⁴

2.1. ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL

El concepto de salud mental incluye no sólo aquellos aspectos relacionados con los trastornos psiquiátricos específicos, sino también diversos problemas psicosociales que perturban la vida cotidiana, producen sufrimiento y 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.¹⁰ Estudios internacionales confirman que sólo alrededor de la mitad de aquellos que buscan atención por problemas de salud mental tienen problemas psiquiátricos¹². Por lo tanto, al hablar de los aspectos generales de salud mental, nos referimos a estos problemas psicosociales desprovistos de los problemas psiquiátricos propiamente dichos. Corin señala que el lugar de partida del estudio de los problemas de salud mental ya no se sitúa en el individuo solamente, sino en la interacción constante entre la persona y su entorno.¹³ Así, la epidemiología ha permitido identificar determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental.^{14, 15} 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.^{16, 17, 18}

Desde esta perspectiva, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental realizado en Lima y Callao en el año 2002⁸ mostró que el principal problema del país percibido por la población, tanto hombres como mujeres, en Lima Metropolitana, era el desempleo (58,1%). Significativamente, en menor proporción, se percibía la pobreza (16,4%). Seguía la corrupción, la violencia y la inestabilidad política, pero en cantidades menores. Sin embargo, la población mostraba gran desconfianza hacia las autoridades políticas (91,7%) y las autoridades policiales (62,5%), y experimentaba sentimientos de desprotección del Estado (76,0%). Tal situación generaba en la población con mayor frecuencia desilusión (26,6%), amargura y rabia (25,8%). Este mismo estudio encontró que las situaciones que generaban los niveles más altos de estrés, tanto en hombres como en mujeres, estaban relacionadas con el aspecto económico (39,7%), la salud de la familia y el estrés ambiental (45,7%). Este resultado ha sido mayor que el encontrado en la población de adolescentes por los estudios de Perales y col., en 1996.¹¹ Asimismo, era significativa la proporción de personas insatisfechas con sus estudios (29,5%) y con sus relaciones sociales (16,2%), con la remuneración que perciben (46,3%) y con el reconocimiento que recibían en su centro laboral (23,2%). Respecto a los factores protectores de la salud mental de la población de Lima Metropolitana, la familia es la principal fuente de soporte psicosocial (70,0%). También se observó que, para la población, la religión constituye un recurso importante para enfrentar los problemas cotidianos.

Por su parte, el estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra, realizado en el año 2003, encontró que entre el 31,3% y el 60,4% de las personas percibía un alto nivel de tensión debido a estresores psicosociales, siendo mayor la relacionada con la delincuencia y la salud, pero también en niveles importantes con el narcotráfico, los estudios, el terrorismo, los factores económicos y la familia. La percepción de discriminación más importante fue sobre el aspecto socioeconómico y el nivel educativo: un 11,5% y 9,7% respectivamente

de la población se ha sentido discriminado en estas áreas alguna vez en su vida. En el último mes, entre el 10,8% y el 30,8% de la población había percibido significativamente sentimientos anímicos negativos.⁹

La violencia política, que afectó al Perú en el periodo 1980–2000, ha dejado dramáticas secuelas y un saldo doloroso de víctimas fatales, particularmente en los sectores menos favorecidos.* Por ello, ha existido una mayor preocupación en las poblaciones rurales y altoandinas. Así, Pederssen y colaboradores¹⁹ estudiaron la salud mental de las poblaciones altoandinas de Huanta en Ayacucho, evaluando el impacto de la violencia política en la población. Los resultados mostraron el 73% de prevalencia general de trastornos mentales y el 24,8% de estrés postraumático en la población mayor de 14 años. Se señala, sin embargo, que estas secuelas se expresan en formas más amplias y diversas de aflicción y sufrimiento como el llaky y el ñakary. Los estresores relacionados con estos resultados no sólo se derivan de la exposición diferencial a la violencia política, sino de la estructura de la sociedad, como la desigualdad social y la exclusión, la extrema pobreza, y la discriminación racial y étnica. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la sierra, realizado en el 2003, encontró que en la ciudad de Ayacucho el 52,8% de la población había perdido al menos un familiar en situaciones directamente relacionadas con la violencia política, ya sea por fallecimiento o por desaparición. En el caso de Huaraz y Cajamarca, esta cifra de pérdidas personales se encontró en 12,2% y 7,1% respectivamente. Estas experiencias se han asociado con un incremento en la morbilidad psiquiátrica de estas personas.⁹

2.2. VIOLENCIA FAMILIAR

Los estudios sobre violencia familiar revisten suma importancia debido no sólo a su alta prevalencia en nuestro país, sino también a la falta de infraestructura en los medios rurales, donde los costos y procedimientos tanto médicos como judiciales, aunados a las creencias y mitos sociales, impiden que las mujeres víctimas de violencia reciban ayuda adecuada. Por ello, los últimos estudios, desde diversas perspectivas, sobre la violencia familiar tanto a nivel nacional como internacional, coinciden con tales apreciaciones, efectuándose desde centros comunitarios poblacionales, así como también desde centros de atención de personas violentadas.²⁰

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2000)²¹ encontró que el 34% de las mujeres viven o han vivido situaciones de control, el 48% viven o han vivido situaciones humillantes, el 25% viven o han vivido situaciones de amenaza, el 41% de mujeres ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su esposo o compañero. El estudio en mención añade que la mayor incidencia de maltrato infantil se registra en lugares de mayor pobreza y exclusión social. Asimismo, se relaciona con el bajo grado de instrucción de los padres, donde los factores de riesgo que propician situaciones de maltrato, no sólo están relacionados con los efectos de la difícil situación económica de las familias y el desempleo, sino también con la tolerancia que existe en nuestra cultura frente al castigo corporal.

Por otro lado, Gúezmes y col., en el 2002, reportaron que una mayoría de varones adultos, en Lima Metropolitana (51%) y en el departamento de Cusco (69%), ejercía violencia contra sus parejas.²² La Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia familiar en 8 ciudades del país, encontró en el año 2000 que el 84,7% de las víctimas fueron mujeres, frente al 15,2% en varones, y que el porcentaje de niños (menores de 15 años) afectados por la violencia familiar era del 61%. En lo referente al agresor, en el 24,9% de los casos fue el esposo y en el 34,7% fue el conviviente; según grupos de edad, el 87% de los agresores estaba entre los 15 y 49 años; el 72,7% refería violencia física y el 12,6% psicológica, y los motivos para la agresión fueron los celos en el 26,2%, problemas familiares en el 38,9% y problemas económicos en el 11,9%; el 4,5% reportaba agresión sexual. El 59,3% de los encuestados estaba ecuánime al momento de la agresión; 35,6% había ingerido alcohol y el 4,6% alcohol y otras drogas. Esto confirma los reportes de estudios que han asociado el abuso de sustancias con la conducta violenta.^{23,24} El alcohol y las otras drogas pueden estar asociados con la violencia debido a factores farmacológicos, psicológicos y sociológicos que pueden modificar la expresión de conducta intoxicada o agresiva. Las implicancias de esto en la Sierra y la Selva son notables debido al alto consumo de alcohol en dichas regiones.

* La CVR ha estimado que la cifra más probable de víctimas fatales de la violencia es de 69280 personas. Esta cifra supera el número de pérdidas humanas sufridas por el Perú en todas las guerras externas y civiles ocurridas en sus 182 años de vida independiente.

Con respecto a la violencia contra la mujer, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del año 2002 encontró que el 65,8% de las entrevistadas (dos de cada tres mujeres) refirió haber sido objeto de algún tipo de abuso en su vida, siendo el más frecuente el abuso psicológico. Este estudio encontró que el maltrato en la mujer está generado por celos, actitudes machistas, pareja controladora y arranques de violencia. La prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual fue de 47%. Más aún, una de cada cinco mujeres actualmente unidas es maltratada sistemáticamente, es decir, sufre diversas agresiones con una frecuencia de una a dos veces por mes. Un hallazgo importante a notar es que, en muchos casos, estas características de maltrato o violencia se habían iniciado en el periodo de enamoramiento, siendo las más prevalentes los celos de la pareja (50%), arranques de violencia (11,3%), y la presencia de cualquier tipo de maltrato en ese período fue del 69%. En la población de mujeres maltratadas en forma sistemática, el antecedente de algún tipo de maltrato durante el periodo de enamoramiento fue del 85,3%⁸. Las mujeres maltratadas sistemáticamente mostraron mayor severidad de los diferentes indicadores de salud mental que se abordaron, siendo los indicadores suicidas los más contrastantes, llegando a duplicarse en frecuencia relativa frente a la mujeres no maltratadas sistemáticamente. Los resultados en la Sierra confirmaron que la prevalencia global de violencia doméstica es ligeramente mayor en comparación con Lima, sin embargo, la violencia sistemática, referida a la presencia de algún tipo de maltrato por lo menos 1 ó 2 veces al mes en el último año, es mucho mayor en Lima.^{8,9}

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

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

En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en la Selva Peruana por el INSM “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (Iquitos, Pucallpa, Tarapoto) 2004, la prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra la mujer unida o alguna vez unida es de 83,0%. Con relación al trato inadecuado en el periodo de enamoramiento de la pareja actual (o última pareja) se tiene que aproximadamente dos tercios de esta muestra (61,9%) es objeto de estos tratos inadecuados y cerca de la quinta parte (14,4%) sufre algún tipo de violencia. Los insultos y el abuso físico siguen en orden de frecuencia y aproximadamente una de cada 10 mujeres unidas es víctima de abuso sexual (11,5%). Y con relación a la prevalencia de vida anual a cualquier tipo de abuso por parte de pareja actual en la población de mujeres unidas en la ciudad de Iquitos es de 35,1%.

La prevalencia anual de algún abuso sistemático por parte de la pareja actual es de 13,2%. Con relación a los tratos inadecuados durante el periodo de enamoramiento, en la población de mujeres maltratadas sistemáticamente, éstas ascienden a un 81,8%. Este contraste es mayor cuando se trata de la prevalencia de algún tipo de violencia (37,8% vs. 14,4%), también se aprecia que las mujeres maltratadas sistemáticamente “no confían o confían poco” en las autoridades policiales (60,5%), y en las autoridades políticas (86,5%), La percepción de sentirse protegida por parte del entorno familiar es compartido por casi la mitad de la muestra (52,3%) y es menor en comparación a la población general de mujeres unidas (66,5%). Por otro lado el 79,1% “no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas por el Estado. El estresor psicosocial que más perturba a las mujeres maltratadas sistemáticamente es la pareja (41,2%) y el menos perturbador es el trabajo.

Con referencia a los estados anímicos en las mujeres unidas maltratadas sistemáticamente, las prevalencias más altas corresponden a los siguientes estados anímicos negativos: preocupación (65,7%)

y tristeza (44,9%), siendo estas cifras mayores con relación al total de encuestadas (preocupación, 41,9% y tristeza, 25,7%). La satisfacción personal en las mujeres maltratadas sistemáticamente (promedio 15,6) no es muy diferente al de las mujeres unidas en general (promedio 16,5).

Aproximadamente, la mitad de las mujeres maltratadas sistemáticamente han deseado morir alguna vez en su vida y cerca de la cuarta parte en el último año. Explícitamente en el caso de pensamientos suicidas, los datos son considerablemente mayores, casi el doble, con relación a la muestra total de mujeres unidas: prevalencia de vida, 22,2% vs. 15,8%; prevalencia anual de 12,6% vs. 5,1%, Acerca del intento o conducta suicida, la cifra de prevalencia de vida es mayor, si se comparan con el total de mujeres unidas encuestadas (3,5% vs. 2,6%).

A pesar de esto, las prevalencias de violencia sistemática son mayores en Lima en comparación con la Sierra y Selva siendo una causa hipotética el nivel de estrés que se vive en la gran metrópoli.

Las estadísticas del MINDES indican que el nivel de denuncias en Iquitos se ha mantenido estable en el transcurso de estos años, aún cuando esperaríamos un incremento progresivo en razón de la difusión sobre el tema.²⁵

2.3. LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y OTROS TRASTORNOS

Como se mencionó anteriormente, Pedersen reportó una elevada prevalencia de trastornos mentales en personas víctimas de la violencia política en Ayacucho.¹⁹ No existen antecedentes de estudios epidemiológicos de salud mental a gran escala realizados en Iquitos, Pucallpa y Tarapoto.

En general, la mayoría de los estudios se han hecho en la ciudad de Lima, reportándose altas prevalencias de trastornos psiquiátricos. En 1983, en el distrito de Independencia (Lima), Minobe y colaboradores, sobre un total de 814 individuos, utilizando el DIS/DSM-III,²⁶ encontraron una prevalencia de vida²⁷ de 32,1% y, a seis meses,²⁸ de 22,9% para algún desorden psiquiátrico. Los problemas con el uso de alcohol fueron los más frecuentes, le seguían los trastornos afectivos (depresión mayor y menor) con una prevalencia de vida de 13,2% y una prevalencia a seis meses de 8,6% (2,2% varones y 6,4% mujeres), y los trastornos de ansiedad con una prevalencia de vida de 11,1% y una prevalencia a seis meses de 8,1%.

En 1993, Colareta realizó una investigación sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural (Santa Lucía de Pacaraos - Huaral) y encontró una prevalencia global puntual de 32% de enfermedades psiquiátricas, ocupando el primer lugar los trastornos de ansiedad (9,1% descontando síndrome de abstinencia), seguido por los trastornos depresivos (8,0% de la muestra, descontando duelo no complicado y trastorno de adaptación), y por el alcoholismo (8,6% de la muestra). De los trastornos de ansiedad, el más frecuente fue el trastorno de ansiedad no especificado (4,6% de la muestra), el trastorno de ansiedad generalizada (2,9% de la muestra) de los casos, el trastorno de pánico (0,6% de la muestra), y la fobia social (0,6% de la muestra). De los trastornos depresivos, el trastorno depresivo no especificado fue el más frecuente (3,4% de la muestra), seguido por la depresión mayor (2,3% de la muestra) y la distimia (2,3% de la muestra).²⁹

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, realizado en el 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" en 43 distritos de Lima y Callao, en una población de 2 077 personas adultas, encontró una prevalencia actual y una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico, del 23,5% y 37,3% respectivamente, correspondiendo una prevalencia de vida de 18,2% al episodio depresivo, 9,9% al trastorno de ansiedad generalizada, 7,9% a la fobia social, 6,0% al trastorno de estrés postraumático, 3,7% al trastorno de pánico, 3,4% a la agorafobia sin trastorno de pánico, 1,6% al trastorno obsesivo-compulsivo, 1,2% a la distimia, 1,1% a la agorafobia con trastorno de pánico, 1,0% a los trastornos psicóticos y 0,1% al trastorno bipolar.⁸

En el caso de la sierra, la prevalencia de vida de cualquier trastorno fue de 37,3%. Para los trastornos de ansiedad, la prevalencia de vida y a 6 meses se encontró en un 21,1% y 5,6% respectivamente. Para el episodio depresivo, la prevalencia de vida y 6 meses se reportó en 16,2% y 5,8% respectivamente.⁹ En el caso particular

de Ayacucho, la prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad llegó al 33,7%, siendo el trastorno de estrés postraumático el responsable de estos resultados. En esta ciudad, la prevalencia de vida del trastorno de estrés postraumático se sitúa en un 21,4%, siendo aún más frecuente que el episodio depresivo. Estos datos resaltan la repercusión de los problemas psicosociales en la salud mental de las personas.

El presente estudio evaluó la prevalencia de vida, a doce meses, a seis meses y actual de los principales trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).³⁰

2.4. ADICCIONES

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

El consumo de drogas en nuestro país, ha mostrado un incremento importante, así como una variación cualitativa,³¹ según lo revelan la observación de los datos históricos en diferentes decenios, así tenemos que el estudio en el distrito de Independencia, realizado en 1983, reportaba una prevalencia de vida en la población del 18,6% y una prevalencia a seis meses del 6,9% para el abuso y dependencia de alcohol con predominancia para el sexo masculino. Estos datos fueron confirmados en los estudios nacionales realizados desde 1988 a 1998. Ya para el año de 2002, el incremento se hace notorio en el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental en las ciudades de Lima y Callao, revelaba el incremento del consumo en la población femenina y un incremento en la prevalencia de vida para el consumo de sustancias no alcohólicas legales al 71,6%, mientras que para el consumo de sustancias ilegales se encontraba en un 7,8%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez era el tabaco (69.5%), mientras que la sustancia ilegal más consumida alguna vez era la marihuana (6.3%), seguida de la cocaína con el 3,9%. Simultáneamente, la II Encuesta Nacional sobre la Prevención y Consumo de Drogas 2002, por DEVIDA,³² mostraba que la prevalencia de vida de consumo de alcohol y tabaco era de 94,2% y 68% respectivamente, por lo que se concluía que más de once millones de peruanos habrían probado alcohol y más de ocho millones habían consumido tabaco. El mismo incremento lo reporta CEDRO en el 2005, con un preocupante incremento del consumo de Cannabis para la costa peruana del 1.0% de prevalencia a 30 días en el 2003 y un 2.1% para el 2005.

Para el interior del País se observaba otra realidad, según el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra 2003, realizada en tres ciudades Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, que reveló cifras alarmantes como el hecho que en el último año, el 10% de la población habría presentado problemas de abuso o dependencia del alcohol. En el caso de la ciudad de Ayacucho, esta cifra se elevaba al 15%.

2.5. EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento de las poblaciones tendrá un impacto notable en las primeras décadas de este milenio. En el Perú, según el INEI-95, el 7% de la población está conformado por adultos de 60 años y más.³³ En la actualidad, se calcula que hay aproximadamente 2 millones y se proyecta que, para el 2020, la población de adultos mayores esté en alrededor de los 4 millones.

El envejecimiento es un proceso progresivo, irreversible e innato al ser humano, por ello es necesario evaluar al adulto mayor desde una perspectiva integral, ya que en esta etapa confluyen factores biológicos, psíquicos y sociales que determinarán no sólo el alargamiento de la vida sino también la calidad de ella.^{34,35} Asimismo, es necesario resaltar que en esta edad es frecuente la patología múltiple y la presencia

de enfermedades crónicas, degenerativas. Con relación a la salud mental, cabe destacar el predominio de alteraciones cognoscitivas, depresión y suicidios consumados. En la primera Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en 1982, y en la última realizada en marzo del 2003, se resaltó la necesidad de la investigación en geriatría, necesaria para proporcionar a las autoridades información útil en la planificación de servicios que permitan mejores condiciones de vida.

En el área de salud mental, las investigaciones van desde los aspectos sociales hasta los propiamente psiquiátricos. Así tenemos, por ejemplo, que la literatura foránea informa que la violencia es un problema frecuente en la adultez mayor. Diversos estudios señalan una prevalencia de la violencia de 32/1 000 y describen que ésta ocurre física, verbalmente y por negligencia. Además, describen que dos tercios de los abusadores corresponden a la propia pareja y, el tercio restante, a adultos jóvenes. Estos datos pueden ser comparados en nuestro medio con los resultados de los estudios realizados en Lima y en la sierra peruana. En Lima Metropolitana y Callao, al igual que en la sierra, se encontró que el tipo más frecuente de violencia eran las agresiones verbales, insultos y ofensas; con una prevalencia anual, más alta en Lima, del 20,9% y, en la sierra, 6%. Les siguen las agresiones físicas, golpes, puñetes, o empujones con un 9,6%, en Lima; mientras que en la sierra, la situación de abandono ocupa el segundo lugar, con una prevalencia anual de 2,5%.

Con respecto a la patología mental, se señala que, en esta etapa de la vida, los trastornos mentales más frecuentes son la depresión y la demencia, considerados ambos trastornos como las epidemias de este siglo. Trabajos realizados en el ámbito comunitario señalan que la prevalencia de síntomas depresivos significativos en adulto mayor fluctúa entre el 4% y 25%. Los estudios comunitarios reportan prevalencias para depresión mayor que van entre el 1% al 3%. El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental en Lima y Callao arrojó una prevalencia actual de depresión mayor de 9,8%, con predominio en el sexo femenino y en las personas por encima de los 75 años.⁸ El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la sierra 2003 encontró una prevalencia anual del episodio depresivo de 5,0%.⁹

Con respecto al deterioro cognoscitivo, se sabe que a mayor edad hay mayor riesgo de desarrollarlo. Hasta antes del Estudio Metropolitano sólo teníamos las referencias internacionales y algunos estudios limitados en su proyección en el ámbito nacional. Dicho estudio encontró que el 21,5% presentaba alteración cognoscitiva, existiendo importantes diferencias en relación al sexo, al nivel educativo y a la presencia de depresión. En la sierra se encontró que el 39,5% de los adultos mayores con menos de ocho años de estudios tenía deterioro cognoscitivo, medido con el Mini Mental de Folstein, y el 7,7% de los que tenían ocho años de estudios o más presentó deterioro cognitivo. Con respecto a alguna discapacidad o inhabilidad, el 44,9% de los adultos mayores de la sierra posee alguna, con predominio del género masculino (47,4%). En Lima, el 37% presenta alguna discapacidad o inhabilidad, con predominio del género femenino (39,3%).

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

2.6. INDICADORES SUICIDAS

No se han reportado estudios epidemiológicos de estos indicadores en la selva. Los estudios realizados por Perales y colaboradores, en 1995 y en 1996, en los distritos del Rímac¹⁰ y Magdalena¹¹ respectivamente, mostraban cifras preocupantes, las que los resultados del EEMSM-2002⁸ realizados en Lima y Callao sobre indicadores suicidas no sólo han confirmado sino que han mostrado una tendencia generacional a incrementarse. La prevalencia de vida de deseos de morir en el adulto, el adolescente y el adulto mayor se encontró en un 30,3%, 29,1% y 27,8% respectivamente, lo que sugiere que, si en la actualidad la prevalencia de vida del adolescente es similar a la del adulto y superior a la del adulto mayor, estamos ante un incremento sustantivo de estas tendencias. Asimismo, la prevalencia anual de deseos de morir se encontró más alta en los adolescentes (15,3%) en comparación con los adultos (8,5%) y los adultos mayores

(12,2%). Los adolescentes, que habían presentado deseos de morir en el último año, acusaban como motivo principal los problemas con los padres, mientras que los adultos relacionaban estos deseos principalmente con problemas de pareja. Estos hallazgos son coherentes con la prevalencia actual del episodio depresivo, que en el adolescente ascendía a 8,6%, mientras que en el adulto se situaba en el 6,6%.

El estudio de la sierra (2003) reveló que el 34,2% de su población había deseado morir alguna vez en su vida y el 12,9% lo había deseado en el último año. Un 2,9% de la población había tenido un intento suicida alguna vez en su vida. En la sierra, los motivos más relevantes de los deseos de morir han sido, en primer lugar, problemas con la pareja y, en segundo, problemas económicos, mientras que los motivos más importantes para el intento han sido en primer lugar problemas con la pareja y, en segundo lugar, problemas con los padres.^{8,9}

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

2.7. CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL

La calidad de vida es un indicador positivo de la salud, tanto individual como social, y relevante para la definición de estrategias dirigidas a alcanzar mayores niveles de bienestar (i). En los estudios epidemiológicos de salud mental previos, esta área ha sido explorada a través del índice de calidad de vida de Mezzich y cols.(ii), que permite obtener un puntaje promedio de los diez aspectos evaluados en una escala del 1 al 10.

En el estudio correspondiente a Lima Metropolitana (EESM, 2002) la media para el grupo adulto fue 7,63; el estudio realizado en tres ciudades de la sierra (EESMS, 2003) fue 7,80 y, en el desarrollado en tres ciudades de la Selva (EESMSP, 2004), la media estuvo en 7,6. La valoración de la calidad de vida se ubica consistentemente entre siete y ocho puntos, considerada alta, encontrándose que el aspecto menos valorado se refiere al apoyo comunitario. De otra parte, en el estudio de Lima se ha encontrado que la percepción de la calidad de vida está asociada significativamente con el sexo, mayor en varones que en mujeres; con el estado civil, menor en los que han perdido una relación previa (separados, divorciados y viudos); con la educación, mayor en quienes tienen más años de instrucción; y con la economía, menor en quienes tienen mayor pobreza. Asimismo, se ha encontrado que la menor valoración de la calidad de vida está asociada a la presencia de diversos trastornos mentales.

2.8. TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD

Los desórdenes psiquiátricos han sido grandemente subestimados como causa de discapacidad, pero constituyen 5 de las 10 principales causas de discapacidad y 47,2% de todos los años de vida asociados a discapacidad (AVAD) en países desarrollados.³⁶ 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.³⁷

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad psiquiátrica ocurre por encima de los dos quintos de toda la discapacidad en el mundo, afecta especialmente a la población joven, mostrando así mismo el más bajo porcentaje para la recuperación de la total capacidad social y del trabajo.³⁸ Según esta misma información, la población discapacitada en el Perú ascendería a alrededor de 1 500 000 o 2 000 000 de personas, de las cuales aproximadamente 500 000 a 600 000 serían niños y adolescentes. Esta población suele ser discriminada y excluida de determinadas esferas sociales, generando dificultades en el desarrollo personal y en la integración social.

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002 (EEMSM 2002) del IESM "HD-HN", reporta que el 26,5 % de la población general adulta presenta algún grado de discapacidad o inhabilidad, además de una prevalencia de discapacidad del 22,5 % en la población con presencia actual de algún trastorno

mental. Del mismo modo, se señala que el 37,0% de la población general mayor de Lima Metropolitana y el Callao presenta al menos algún grado de discapacidad o inhabilidad, siendo superior para el género femenino (39,3 %) en comparación con el género masculino (33,9 %).⁸

Los hallazgos sobre discapacidad e inhabilidad en el Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003 nos muestran que, en la población adulta de la sierra peruana, el 21,2% (IC 19,3 - 23,2) presenta algún grado de discapacidad/inhabilidad, distribuyéndose para el sexo masculino en 19,8% y para el sexo femenino en 22,5%.⁹ De la misma manera, la discapacidad/inhabilidad en las ciudades representativas de la sierra peruana fueron las siguientes: Ayacucho con 37,4%, Cajamarca con 6,8% y Huaraz con 24,7%.^{39, 40, 41}

En el campo de la salud mental, observamos la tendencia de los trastornos mentales hacia la cronicidad y a la producción de secuelas en las personas que los padecen, a pesar de los avances en el tratamiento. Así, por razones diversas, no se le ha dado importancia al avance de la rehabilitación de estos trastornos como se le ha dado al tratamiento biológico.⁴²

2.9. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La equidad se inscribe dentro del marco de la justicia social y de la necesidad de aplicar políticas sociales que reduzcan las disparidades.⁴³ Si bien la búsqueda de equidad en el acceso a cuidados de salud ha sido el objetivo central de muchos sistemas de salud, incluido el nuestro, relativamente escasos avances latinoamericanos se han realizado en el marco de la salud mental.^{44, 45} Se ha estimado que la brecha terapéutica en Latinoamérica es muy amplia e iría desde 32,2% para las psicosis hasta 78,1% para el abuso o dependencia del alcohol, lo que ha motivado que la OMS emita una serie de recomendaciones destinadas a reducirla.⁴⁶

Existen dos formas de evaluar el acceso: una, mediante entrevistas estructuradas, que conducen a un diagnóstico y, a través de éste, se determinan las necesidades o conductas de atención; la otra, basada en cuestionarios de auto-percepción de problemas de salud mental, definidos por el que responde en determinado tiempo, con lo que se mide la necesidad y las conductas de búsqueda de ayuda.^{47, 48} El segundo enfoque, utilizado para la presente publicación, se sustenta en que algunos estudios han encontrado que sólo alrededor de la mitad de aquellos que reciben atención por problemas de salud mental tiene problemas psiquiátricos diagnosticables.¹²

Los estudios sobre acceso a los servicios de salud mental sostienen que éste afecta principalmente a personas de menores recursos económicos y culturales, lingüísticamente diferenciadas y con niveles educativos bajos.⁴⁹ En la selva peruana, la influencia cultural y su interrelación con el nivel educativo son especialmente importantes en problemas de salud, debido a que los mitos y prejuicios están muy extendidos y la medicina folklórica podría jugar un importante papel. Los estudios sobre acceso a servicios de salud mental en Lima y Callao y en la sierra peruana han confirmado la importancia de los aspectos culturales para el acceso a los servicios de salud mental, siendo aún más importantes que los aspectos económicos.⁸

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

En el caso de la sierra peruana, según el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana realizado en el 2003 (EESMSP 2003), la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico fue similar a la de Lima, y la prevalencia a 6 meses se encontró en 19,8%, revelando un problema muy importante alrededor del consumo de alcohol. El nivel de acceso a servicios por problemas de salud mental hallado en la sierra ha

sido significativamente menor al encontrado en Lima. Del total de la población que reconoce haber padecido un problema de salud mental, sólo el 13,9% accedió a servicios de salud. Al igual que en Lima, la mayoría alude como motivo de no acceso el que “lo debería superar solo” (50,2%).⁹ En Ayacucho, el acceso es más limitado aún: sólo el 7,5% de la población que percibió problemas de salud mental accedió a los servicios.³⁹

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

2.10. POBREZA Y SALUD MENTAL

Las políticas económicas de la última década, en lugar de incrementar la equidad entre las personas, han promovido el incremento de las desigualdades sociales, expresadas en inequidad en ingresos, en control de recursos y bienes, en acceso al crédito, en capacidad funcional (salud, educación y nutrición) y en acceso a servicios.⁵⁰ Más de la mitad de la población peruana se encuentra en situación de pobreza, siendo para Lima cerca de un tercio de la población, 72% para la sierra y 68,7% para la selva.⁵¹ Sin embargo, en las zonas urbanas, la selva urbana muestra el nivel más alto del país (62,4%). Lo mismo ocurre con la extrema pobreza, llegando a una incidencia del 34,9%.⁵² En el caso de Loreto, es el 7mo departamento más pobre de país con una pobreza de 70%, y el 6to con respecto a pobreza extrema con 40,5%.⁵³ Es evidente, desde el punto de vista social, la importancia de estudiar los vínculos de la pobreza y la salud mental en esta región.

La relación con la salud mental se establece en este doble sentido: por un lado, la pobreza y sus condiciones afectan la salud psicológica o mental de las personas y, por otro lado, los problemas de salud mental influyen en la economía de las familias - costos y producción.⁴ Se establece, entonces, un círculo vicioso donde la pobreza crea condiciones para problemas de salud mental y los problemas de salud mental generan problemas económicos que a su vez empeoran el problema de la pobreza. La OMS, en su informe anual de salud del año 2001, enfatizó la relación entre la pobreza y la salud mental, en especial con el episodio depresivo.⁴

En América Latina, un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales, realizado en Santiago de Chile, confirmó una mayor prevalencia de trastornos entre las personas de un nivel social bajo.⁵⁴ Costello y colaboradores encontraron en un re-análisis de estudios comunitarios de varias ciudades americanas que el estado socioeconómico bajo duplicaba los riesgos para la depresión en niños. Estos autores también hallaron una gran variabilidad en la asociación de pobreza y la presencia de disturbios emocionales severos en los distintos lugares estudiados,⁵⁵ lo que confirma la necesidad de realizar estudios por regiones.

En nuestro medio, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, realizado en la ciudad de Lima y Callao en el año 2002, encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza y trastornos ansiosos y depresivos, remarcando la importancia y necesidad de considerar la salud mental en los programas de lucha contra la pobreza.⁸ 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,⁹ lo que confirma lo encontrado por Costello y colaboradores.⁵⁵ Es posible que la condición de pobreza en Lima contenga características distintas a las de la sierra, como por ejemplo el nivel de estrés asociado. También es posible que se deba a problemas con los indicadores utilizados o que los contrastes entre pobres y no pobres sea mucho menor. El Informe General del Estudio de la Selva encontró una asociación estadísticamente significativa entre la pobreza y la prevalencia anual de algún trastorno psiquiátrico, trastorno de ansiedad y depresión; no se encontró asociación significativa entre abuso/dependencia del alcohol y la pobreza.⁵⁶

En países pobres como el nuestro, se hace imprescindible continuar la exploración en escenarios distintos con la finalidad de identificar las variables que inciden, ya sea en la salud mental o la pobreza, de tal forma que puedan estructurarse medidas correctivas más focales y 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 la población de Iquitos.

2.11. EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

En esta área de investigación, se indaga sobre los estilos de crianza y las experiencias adversas tempranas, cuyos resultados nos ofrecerán datos relacionados con estilos parentales, como sobreprotección, indiferencia, trato afectuoso, etc. y eventos adversos, como abandono, abuso y violencia social, experimentados durante la infancia y adolescencia. La distribución de frecuencias obtenidas, útiles por sí mismas, se relacionaron con resultados en otras áreas como violencia, depresión, ansiedad, etc., en la adultez. Diversos estudios demostrarían la hipótesis de que la separación de los padres, las amenazas de éstos a sus niños con abandonarlos, el excesivo control y el descuido en la atención a los mismos, entre otras situaciones, provocarían disturbios emocionales en la adultez.^{57, 58} Respecto a la relación de los niños con sus padres y sus consecuencias en la adultez, Bowlby (1969, 1973, 1980), referido por Henderson,⁵⁹ realiza estudios que le permiten elaborar la clásica Teoría del Vínculo. En los estudios realizados en tres ciudades de la sierra peruana también se han encontrado relaciones entre las experiencias de abuso físico y sexual, abandono, sobreprotección con una más alta probabilidad de trastornos ansiosos y depresivos.⁶⁰

2.12. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra, realizado en el año 2003, reveló que los síndromes folklóricos, descritos desde antaño por los investigadores en medicina tradicional en el área de psiquiatría folklórica, tienen vigencia y son identificados y reconocidos por la población encuestada. Asimismo, la población reconoce como agentes de medicina tradicional, entre otros, al brujo - curandero, santiguador, rezador, curioso, yerbero, huesero, sobador, partera empírica, comadrona. Alrededor de una quinta parte de la población encuestada reportó que por lo menos una vez en su vida "consultó" por alguno de los siguientes síndromes: "susto", "chucaque" y "aire", y el de mayor prevalencia de vida fue susto. También se detectaron otros modelos de atención a los que la población recurre además del médico y folklórico. Siguiendo el mismo formato de encuesta, en este estudio realizado en la ciudad de Iquitos, se recogió información pertinente que ha servido para elaborar las tablas que en él se presentan.

El Ministerio de Salud ha señalado que más de cinco millones de peruanos carecen de cobertura de atención médica, es decir, están al margen, de los avances tecnológicos de la Medicina.⁶¹ En el Perú, estas necesidades de salud vienen siendo, desde antaño, satisfechas por dos sistemas paralelos: el de la medicina oficial o académica, y el de la medicina popular o tradicional.⁶² Los estudios de morbilidad en poblaciones abiertas, y las experiencias acumuladas por distintos investigadores en el mundo, señalan que una significativa mayoría (del 70% al 80%) de los episodios de enfermedad reportados se maneja por fuera de los sistemas de atención médica oficial, recurriendo el resto a sistemas alternativos como los que ofrece la denominada medicina folklórica o popular.⁶³

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.⁶⁴ Por otro lado, los estudios de orden social, médico y folklórico sobre medicina tradicional o popular no han sido programados con un rigor metodológico⁶⁵ que permita una sistematización de los mismos; así, tampoco se había realizado antes un estudio epidemiológico en el que se intentara explorar no sólo los síndromes socioculturales sino también los agentes que los resuelven, sus estrategias diagnósticas y de tratamiento; sin embargo, se ha explorado, aunque en forma incipiente, sobre espiritualidad y religiosidad popular, pero como espacio de resistencia e identidad a la vez que de integración y de solidaridad.⁶⁶

2.13. DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL

Considerada como un estresor psicosocial, la discriminación constituye una compleja condición que afecta la salud mental de individuos y grupos por su relación con la autoestima, la percepción de injusticia y la violencia entre los implicados (i,ii,iii.iv,v), utilizándose otros indicadores, como la satisfacción con la vida o la presencia de síntomas ansiosos o depresivos, para medir sus efectos (64, 65).

En los estudios epidemiológicos de salud mental realizados en el INSM, el problema de la discriminación ha sido abordado tanto desde la posición de ser discriminado como desde la posición de discriminar a otros. Es necesario señalar la dificultad inherente a los estudios de la discriminación a través de encuestas por la tendencia a no admitirla. En el estudio efectuado en tres ciudades de la sierra (2003) el 11,5% admite haber sido discriminado alguna vez en la vida por su condición económica o social; en el último año, este porcentaje se reduce al 1,4%. Las otras condiciones exploradas son reconocidas en porcentajes menores.

2.14. ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

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

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

- Son violentas y peligrosas.
- Pueden contagiar a otros con su enfermedad.
- Están locos.
- No pueden tomar decisiones.
- Son impredecibles.
- No pueden trabajar.
- Deben permanecer hospitalizados o presos.
- No tienen esperanza de recuperación.
- Son retardados mentales.
- Su mal es debido a una brujería o maleficio.
- Fueron mal cuidados 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.⁷¹

El Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Iquitos se desarrolló como parte del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana, realizado en las ciudades de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto. Se presenta en el marco del diagnóstico de la salud mental en el Perú que iniciara el INSM desde el año 2002 y que tiene proyectado cubrir las principales ciudades del país. En este informe se incluyen los resultados principales a nivel general y, para contraste, algunos indicadores de las otras ciudades. Este informe no pretende examinar toda la información obtenida ya que eso requeriría varios tomos, quedando pendientes publicaciones sobre temas específicos a profundidad

III. OBJETIVOS GENERALES

Presentamos los objetivos generales de cada uno de los 15 subproyectos principales.

- Determinar la magnitud de los potenciales de la salud mental, tales como sentimientos prevalentes de la población, conductas sociopáticas, nivel de cohesión y soporte familiar, calidad de vida, discapacidad, discriminación, manifestaciones de distrés emocional, etc. de la población de Iquitos en el 2004.
- Determinar la prevalencia de indicadores suicidas en adultos, adultos mayores y mujeres, así como en grupos específicos, tales como mujeres maltratadas, en la ciudad de Iquitos en el 2004.
- Determinar la magnitud de los factores asociados a la violencia familiar y su vinculación al área de la ciudad de Iquitos en el 2004.
- Determinar la prevalencia, aspectos clínicos, factores de riesgo y protección relacionados con la conducta adictiva en la ciudad de Iquitos en el 2004.
- Determinar las características sociodemográficas, la prevalencia de los trastornos mentales y físicos más frecuentes y los aspectos relacionados con la salud mental en general de la población mayor de 60 años en la ciudad de Iquitos en el 2004.
- Determinar la magnitud, factores de riesgo y factores asociados al trastorno depresivo, ansiedad e indicadores suicidas en adolescentes mayores de 12 años, en la ciudad de Iquitos en el 2004.
- Determinar la prevalencia y características de los trastornos de la alimentación, y sus factores de riesgo y protección, en la ciudad de Iquitos en el 2004.
- Estimar la prevalencia de los trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, así como aspectos relacionados con la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales, en la ciudad de Iquitos en el 2004.
- Estimar la prevalencia de los trastornos depresivos (distimia, depresión mayor), así como aspectos relacionados con la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales, en la ciudad de Iquitos en el 2004.
- 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 la ciudad de Iquitos en el 2004.
- Determinar la magnitud y los factores que se asocian, influyen o interfieren en el acceso equitativo de personas con problemas de salud mental a la atención de salud (tanto en forma general como en patologías psiquiátricas específicas), en la ciudad de Iquitos en el 2004.
- Determinar la magnitud y la relación que existe entre el nivel socioeconómico, expresado en la presencia o no de pobreza, y los problemas de salud mental en la ciudad de Iquitos en el 2004.

- Explorar aspectos sobre medicina tradicional, tales como agentes de la medicina tradicional, síndromes clínicos populares o folklóricos, métodos diagnósticos, métodos terapéuticos y correlación entre los síntomas y signos clínicos de los síndromes populares o folklóricos y los síndromes clínicos psiquiátricos, en la ciudad de Iquitos en el 2004.
- Identificar el nivel de desarrollo humano alcanzado por las personas en la población de la ciudad de Iquitos en el 2004.
- Identificar las actitudes del estigma frente a los trastornos mentales en la población de la ciudad de Iquitos en el 2004.

IV. METODOLOGÍA

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

4.1. TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO

Tipo descriptivo epidemiológico de corte transversal.

4.2. DISEÑO MUESTRAL

4.2.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población investigada comprende de manera general a las personas mayores de 12 años, residentes en viviendas particulares de la ciudad de Iquitos.

En general, las tres ciudades estudiadas fueron consideradas prototipo para el desarrollo de la investigación, considerándolas como representativas de la región.

4.2.2. NIVELES DE INFERENCIA

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

4.2.3. MARCO MUESTRAL 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 postestratificaciones 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 total de las tres ciudades constó de 4 212 hogares para adultos, adolescentes y mujeres unidas, y de 5 616 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 tres partes iguales, correspondiendo 1 404 para adultos, adolescentes y mujeres unidas y 1 872 hogares para los adultos mayores en cada una de ellas.

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

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

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

Tabla 1

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

4.2.7. UNIDADES DE ANÁLISIS

Adolescente de 12 a 17 años.

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

Adulto de 18 años de edad o más.

Adulto mayor de 60 años o más.

4.2.8. PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

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

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

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

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

Las unidades secundarias de muestreo fueron seleccionadas en dos 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 dados para la selección de las viviendas fueron los siguientes:

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

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

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

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

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

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

V. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

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

5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS

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

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

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

Nivel socioeconómico.- El indicador utilizado fue el nivel de ingresos, el cual fue establecido en base al promedio mensual de los últimos 3 meses (incluyendo horas extras, bonificaciones, pagos por concepto de refrigerios, movilidad o pensiones). Luego, se agrupó arbitrariamente en función a los siguientes estratos según el ingreso promedio mensual (en dólares americanos al tipo de cambio): Estrato A, ingresos mayores a \$340.00 mensuales; Estrato B, ingresos entre \$171 y 340 dólares mensuales; Estrato C, ingresos entre \$86 y 170 dólares mensuales; y Estrato D, ingresos iguales o menores a \$85 dólares mensuales. Se decidió por esta cifra límite inferior, a pesar que el sueldo mínimo para setiembre del 2002 era S/. 415 nuevos soles (o \$118 dólares americanos), pues según los resultados del estudio la mediana se encontraba en esta cifra. El uso de los ingresos tiene sus limitaciones pues muchas personas no van a dar sus ingresos por temor a ser fiscalizadas, o no están ocupadas, o están ocupadas en negocios familiares no remunerados y, por lo tanto, no ingresan al análisis. En este sentido, estas limitaciones dan ventajas a los otros métodos de medición de la pobreza.

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

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

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

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

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

Sexo.- Masculino y femenino. Escala nominal.

5.2. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3. TRASTORNOS CLÍNICOS

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

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

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

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

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

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

5.4. DISCAPACIDAD E INHABILIDAD

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

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

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

5.5. MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS

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

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

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

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

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

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

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

5.6. RELACIONES INTRAFAMILIARES

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

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

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

Trato inadecuado a la mujer en el período de enamoramiento.- Se refiere a la existencia de conductas inapropiadas por parte de la pareja (actual o última pareja) en el período en que fueron enamorados,

incluyendo tanto aspectos de violencia física, sexual o psicológica, así como infidelidad, indiferencia, presencia de mentiras frecuentes, celos y control excesivos, descuido por consumo de alcohol o actitudes machistas. Se mide con escala nominal.

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

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

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

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

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

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

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

5.7. FUNCIONES COGNOSCITIVAS

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

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

5.8. SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

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

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

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

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

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

5.9. OTRAS MANIFESTACIONES DEL FOLKLOR MÉDICO PERUANO

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

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

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

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

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

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

- **Cuestionario de Salud Mental.-** Elaborado originalmente en Colombia* y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la Institución, tanto en adultos¹⁰ como en adolescentes.¹¹ La adaptación original y utilización de este instrumento tuvo el propósito de contar con una herramienta práctica que permita evaluar el nivel de salud mental de una población. Su rango de aplicabilidad se estableció a poblaciones grandes o pequeñas -nacionales, regionales, departamentales, provinciales o distritales-, resaltándose su adecuación cultural. Su aplicación resulta sencilla y no requiere de experiencia clínica experta. Sus secciones recogen información sobre uso de sustancias, conductas antisociales, síntomas de distrés emocional, conductas de auto y hetero-agresividad, soporte social, estresores psicosociales, etc.
- **Índice de calidad de vida.-** Elaborado y validado por Mezzich y colaboradores en una versión española,⁷² 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,

* 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.

apoyo social-emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud, así como una valoración global. El instrumento fue adaptado en una versión para la población peruana.

- **EMBU (Egna Minen av Bardoms Uppfostran)**(Propia memoria acerca de la crianza).- Es un instrumento aplicado en varios países de Europa, para evaluar la repercusión de las actitudes de crianza de los padres en personas adultas, y deriva en cuatro factores: rechazo, calor emocional, sobreprotección y favoritismo. Para el presente estudio se utilizaron sólo algunos ítems de carga más alta de cada uno de los factores identificados por Someya y colaboradores.⁷³
- **Mini Mental State Examination (MMSE)**.- Elaborado por Folstein,⁷⁴ 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 usarlo junto con el MMSE, detecta deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia. Ambos tests, usados conjuntamente, han mostrado una alta sensibilidad (95%) y especificidad (84%).
- **Cuestionario de violencia familiar**.- Se elaboró un cuestionario en el que intervinieron expertos de la institución en esta área y que tuvieron como punto de partida otros cuestionarios como el utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la Violencia y Comportamientos Asociados, en Lima Metropolitana y Callao, de Anicama y colaboradores y el de la Encuesta Nacional de Hogares del INEI. Asimismo, se introdujeron modificaciones derivadas de las experiencias de Lima y la sierra.
- **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10^{*75}**.- Elaborado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, es un instrumento basado en la CIE 10, y obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos. Ha sido validado por sus autores, habiendo mostrado una adecuada concordancia con instrumentos de evaluación importantes⁷⁶, con la ventaja de ser de fácil aplicación (15 minutos en promedio) y no requerir entrenamiento tan intenso como otros instrumentos. Para el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Lima fue adaptado lingüísticamente a través del ensayo piloto en personas residentes de cien viviendas provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. El instrumento fue adaptado para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis meses, además de la prevalencia actual de los principales desórdenes psiquiátricos. En la sierra y en la selva fue nuevamente validado lingüísticamente a través de pruebas en campo.
- **Cuestionario sobre determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. Adaptado y modificado**.- El Instituto Nacional de Estadística e Informática introdujo preguntas sobre acceso a servicios de salud para la Encuesta Nacional de Hogares 1998.⁷⁷ Algunas de estas preguntas fueron adaptadas para el modelo de la salud mental y se agregaron otras más en base a la revisión de la literatura. La identificación del grupo de estudio se realizó a través de las siguientes preguntas: “¿En algún periodo de su vida ha tenido algún problema con sus nervios o de tipo emocional? ¿En algún periodo de su vida ha tenido ...excesiva tristeza, pena o depresión?, ...excesivo miedo o pánico o ansiedad?, ...ataque de nervios?, ... tensión o estrés excesivo?, ... preocupación excesiva?, ... dificultad para relacionarse socialmente?, ...dificultad para controlar sus pensamientos?,...pensamientos repetitivos u obsesiones?, ...problemas con alcohol o drogas?, ...cansancio mental o surmenage?, ... paranoia o sentir que le perseguían? Si la respuesta era positiva, se ubicaba el último periodo en el que se había padecido el problema para establecer el tiempo de referencia de 6 meses e indagar, sólo en ellos, sobre la temática del acceso y sus características. A través de esta pregunta de autopercepción se evaluó la demanda, tal y como se comporta naturalmente.

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

- **Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).**- Elaborado por Garner y Olmsted.⁷⁸ El EDI-2 es un valioso instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Es un instrumento de tipo autoinforme, de fácil aplicación, que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Este inventario ha sido adaptado y validado en nuestro medio por los responsables del área respectiva, encontrándose en proceso de publicación.

6.1. DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL

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

6.1.1. TIPO DE ENCUESTA

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

6.1.2. COBERTURA DE LA ENCUESTA

- 6.1.2.1. **Cobertura geográfica.**- La encuesta se realizó a nivel urbano de las ciudades de Pucallpa, Iquitos y Tarapoto.
- 6.1.2.2. **Cobertura temporal.**- La Encuesta se desarrolló durante los meses de julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 2004.
- 6.1.2.3. **Cobertura temática y periodos de referencia.**- La cobertura temática de la investigación comprende:
 - a. Variables demográficas y socioeconómicas.
 - i. Características de la vivienda (día de la entrevista).
 - ii. Educación (día de la entrevista).
 - iii. Empleo e ingreso familiar (3 últimos meses).
 - iv. Gasto familiar (mes anterior).
 - b. Aspectos de salud mental general.
 - i. Autoestima (últimos 3 meses).
 - ii. Rasgos psicopáticos (día de entrevista, últimos 12 meses, de vida).
 - iii. Problemas de la conducta alimentaria (últimos 12 meses).
 - iv. Confianza (día de la entrevista).
 - v. Cohesión familiar (últimos 12 meses).
 - vi. Sensación soporte social (día de la entrevista).
 - vii. Sensación de seguridad ciudadana (día de la entrevista).
 - viii. Calidad de vida (último mes).
 - ix. Funcionamiento personal, laboral, social, familiar (último mes).
 - x. Nivel de conocimientos 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 6 meses).

6.2. MÉTODO DE LA ENTREVISTA

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

6.3. PROCESOS DE VALIDACIÓN Y CALIDAD

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

Tipos de confiabilidad

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

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

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

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

- **M.I.N.I.: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.** Esta prueba evalúa diversos trastornos clínicos, tales como depresión, ansiedad, estrés postraumático, fobia social, agorafobia, entre otros. Los índices de concordancia, a través de estadístico Kappa en estudios pilotos, han reportado cocientes entre 0,60 y 0,87 siendo mejor para los cuadros que reportaron mayores prevalencias.
- **Cuestionario de salud mental:** División de Comportamiento Humano del MINSA, Colombia. Este cuestionario fue adaptado por Perales y colaboradores, en el año 1995. A través del proceso de revisión exhaustiva por el equipo multidisciplinario de investigadores del IESM, conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales), fue reajustado de acuerdo al ensayo piloto antes referido; mejoraron su contenido y fraseo para las poblaciones específicas. Los grados de concordancia a través del estadístico binomial tuvieron una significancia menor al 1,6% en promedio (siendo lo aceptable menor al 5%).
- **Índice de calidad de vida: Mezzich y colaboradores.** Esta escala fue procesada psicométricamente con análisis factoriales, los mismos que discriminaron la independencia de los factores que componen el constructo "calidad de vida".
- **Mini Mental State Examination (MMSE):** Orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva (Folstein). El MMSE fue validado estadísticamente, mediante correlaciones entre preguntas de la prueba y criterios diagnósticos a través de otros instrumentos afines.
- **Cuestionario de violencia familiar:** La validación de contenido y el análisis de confiabilidad mayor a 0,85 fueron los indicadores metodológicos que dan valor a la información recogida.
- **EDI-2:** Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Esta escala discriminó la integración de cada ítem con la prueba en general, a través del análisis de variabilidad de las respuestas.

6.5. ENTRENAMIENTO EN EL USO DE INSTRUMENTOS

Actividades de capacitación.

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

Actividades del piloto.

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

Actividades de la supervisión.

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

6.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

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

VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

- Se confeccionó un Manual del Encuestador, en el cual se especificaron las características de los cuestionarios, la organización del trabajo de campo, las funciones de los encuestadores, la identificación y selección de viviendas e instrucciones generales y específicas para el llenado del cuestionario. Se incluyó en él la Guía del Supervisor, en donde se especificaron sus funciones.
- Los encuestadores seleccionados fueron bachilleres de psicología, psicólogos o personas de alguna otra área de la salud, con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares, de preferencia en temas de salud mental.
- Los supervisores seleccionados fueron bachilleres de psicología, psicólogos o personas de alguna otra área de la salud, con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares o que habían participado en el proceso de validación del instrumento. Los supervisores tuvieron la responsabilidad de la conducción técnica y administrativa de la encuesta y velaron por el control de calidad de la información. Los supervisores fueron seleccionados en procesos de capacitación entre los que habían obtenido las mejores evaluaciones.
- Se requirieron 20 encuestadores, 6 supervisores, un coordinador y un sub-coordinador de campo que trabajaron como equipo en cada ciudad.
- La capacitación técnica de los supervisores y encuestadores fue responsabilidad de los investigadores del IESM. El objetivo era desarrollar el conocimiento profundo de la problemática a estudiar, orientándose a los temas de salud mental y a los posibles problemas a encontrar en la exploración de este tipo de temas. Asimismo, se hizo énfasis en la técnica de la entrevista y los cuidados en ella. La capacitación incluyó revisar detenidamente el diligenciamiento de los cuestionarios y la realización de ensayos en el campo. La capacitación tomó 9 días; en los dos primeros días se revisaron aspectos conceptuales y definiciones relacionadas con el tema de estudio; el 3er y 4to día fueron dedicados al manejo de los cuestionarios; en el 5to, 6to y 7mo día se realizaron ensayos en campo y, finalmente, el 8vo día se dedicó a estandarizar los procedimientos y a discutir los aspectos operativos.
- Recopilación de los datos.- Se empleó el método de la entrevista directa. Se entrevistó el hogar principal. Se hizo un registro de todos los miembros del hogar para determinar los criterios de inclusión de las cuatro unidades de análisis: una mujer unida, un adulto, un adolescente y un adulto mayor. Se eligió a la mujer unida, jefa del hogar o esposa del jefe del hogar. Si la jefa del hogar no era mujer unida, se procedió a elegir al azar a través de una tabla suministrada.

- En un plazo de 6 semanas los encuestadores recogieron toda la información, considerándose un promedio de 2,5 viviendas por día.
- La supervisión fue constante, tanto en el recojo de información como en la calidad de la información, a través de seguimientos presenciales, de análisis de gabinete y análisis cuantitativos.
- Se estructuró un programa para la consistencia y el control de calidad de los datos a ingresar en la base de datos, codificando los resultados. Los resultados de las encuestas fueron ingresados por 4 digitadoras desde la primera semana de iniciada la encuesta.
- Se dio consistencia a los datos. La primera consistencia se realizó en el campo a través de los supervisores. Después de la digitación se procedió a una consistencia mecanizada a través del programa referido, el cual detectó omisiones e inconsistencias lógicas; se validaron variables, así como se identificaron valores extremos para su posterior verificación.

VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

De las 1 872 viviendas que se planearon en el estudio se logró ingresar a 1 830 hogares, siendo 1 580 ingresos completos (84,40%) y 250 incompletos (13,35%). El rechazo se presentó en 10 viviendas (0,53%), las ausencias en 27 (1,44%); las desocupadas fueron 5 (0,27%). El grado de apertura exitosa fue del 97,75%. No existieron problemas mayores y la colaboración de los entrevistados fue muy satisfactoria.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

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

En este primer reporte se han relacionado en forma general algunos factores de corte, como las variables de edad, género, nivel de pobreza y ciudad de residencia, con variables de salud mental. Cuando las variables de salud mental fueron nominales (ejemplo: depresión *versus* no depresión) y las variables relacionadas también (genero, edad, condición de cobertura de necesidades básicas, como de residencia), se realizaron pruebas χ^2 convertidas al estadístico F para considerar el diseño de la encuesta (a través del paquete estadístico para muestras complejas del SPSS V13), considerando un nivel de significancia de ≤ 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 IQUITOS





DATOS GENERALES DE LA MUESTRA



DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

El objetivo de la encuesta consistió en ingresar a 1 872 hogares y entrevistar a través de módulos específicos a una mujer unida, preferentemente la jefa o esposa del jefe del hogar, un adulto, un adolescente y un adulto mayor. Estos tres últimos se eligieron al azar entre los miembros que reunían tales características. Por lo tanto, en algunas oportunidades algunos de los entrevistados respondieron a más de un módulo. En la tabla 2 se presenta el número de encuestados por cada unidad de análisis en la ciudad de Iquitos.

TABLA 2
ENCUESTADOS SEGÚN UNIDADES DE ANÁLISIS DE IQUITOS 2004

ENCUESTADOS	FRECUENCIA
ADULTOS	1 306
MUJERES UNIDAS	1 192
ADULTOS MAYORES	428
ADOLESCENTES	655

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

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

CIUDAD	PONDERADO	%
IQUITOS	241 022	55,1
TARAPOTO	67 381	15,4
PUCALLPA	129 247	29,5
TOTAL	437 650	100,0

Con respecto a la situación socioeconómica, se decidió evaluar los niveles de pobreza a través del método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), 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 NBI, el 61,2% de los hogares encuestados son pobres y el 33,9% son pobres extremos y, según la percepción de cobertura de las necesidades básicas, el 37,7% de los hogares son pobres mientras que el 3,8% son pobres extremos (Tabla 4b).

TABLA 4A
NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS*
(NBI) EN LA CIUDAD DE IQUITOS 2004

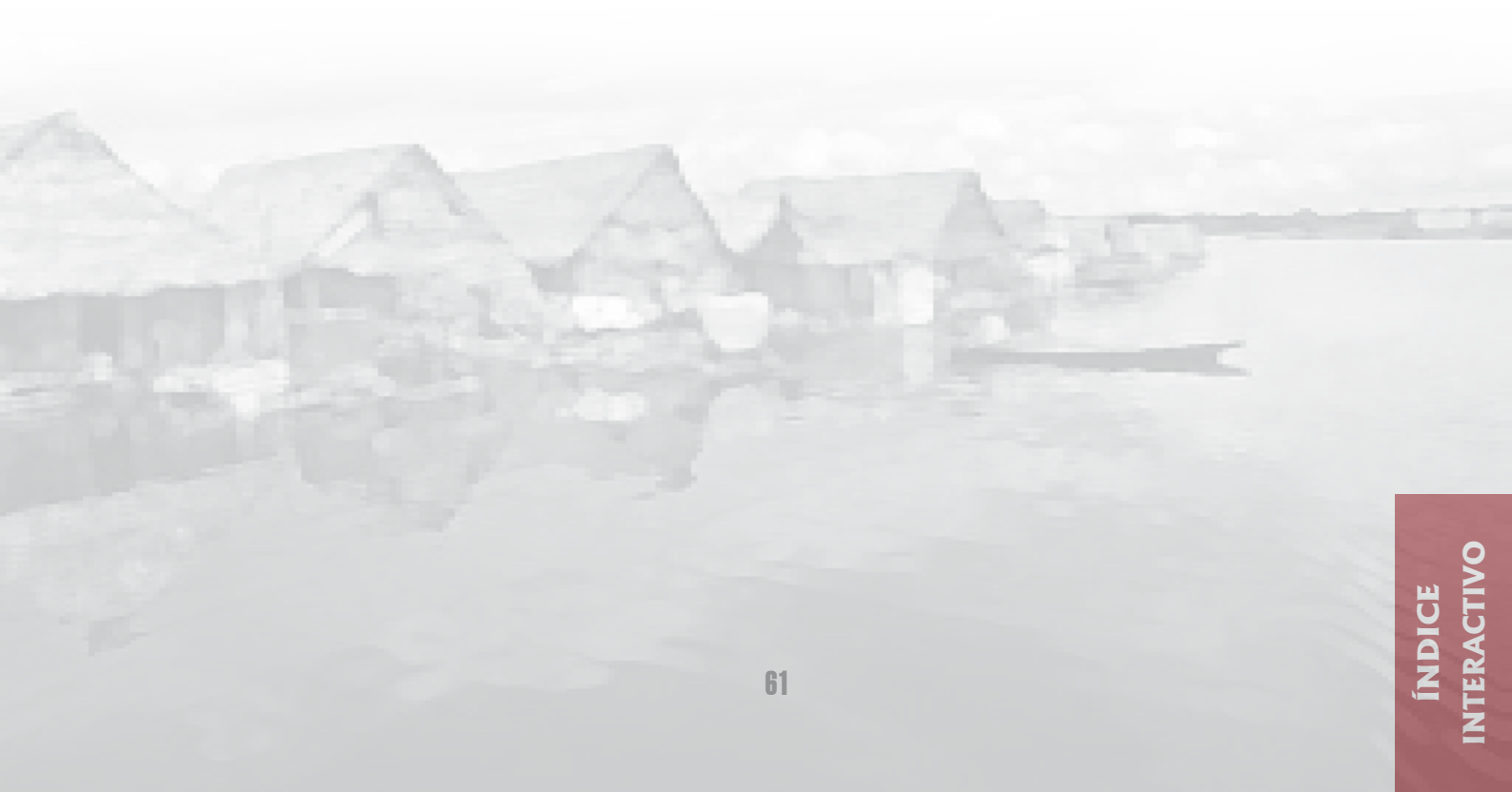
NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS		%
POBRES EXTREMOS	DOS Ó MÁS NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	33,9
POBRES	UNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	27,3
NO POBRES	NINGUNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	38,8

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

TABLA 4B
NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE COBERTURA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN LA CIUDAD DE IQUITOS 2004

NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTOPERCEPCIÓN DE CONSUMO		%
POBRES EXTREMOS	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	3,8
POBRES	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	33,9
NO POBRES BÁSICO	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN Y VESTIDO, ETC.	56,5
NO POBRES	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS NECESIDADES	5,8

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS





CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

El número de adultos encuestados fue de 1 306 personas y, acorde al diseño técnico de muestreo, otorga una inferencia a 241 022 habitantes de la ciudad de Iquitos; en la muestra, estas personas se encontraron distribuidas en 47,2% de varones y 52,8% de mujeres. Los resultados se presentan en base a la población expandida y balanceada con relación al sexo (Tabla 5).

TABLA 5
NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN IQUITOS 2004

ENCUESTADOS	Frecuencia	Masculino %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	1 306	47,2	52,8
EXPANDIDO	241 022	47,2	52,8

EDAD

La edad promedio ponderada de los adultos encuestados fue de 36,9 años, siendo la distribución muy heterogénea, es decir, personas desde los 18 años hasta los 94 años. De acuerdo a los grupos etarios, se aprecia que la muestra conformó una asimetría positiva, siendo el mayor porcentaje en el grupo etario de 25 a 44 años (Tabla 6).

TABLA 6
EDAD DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN IQUITOS 2004

EDAD PROMEDIO	Media	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	36,9	15,4
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR
18 A 24 AÑOS	26,2%	21,3%
25 A 44 AÑOS	45,6%	50,3%
45 A 64 AÑOS	21,6%	21,7%
65 A MÁS	6,6%	6,7%

ESCOLARIDAD

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

TABLA 7
ADULTOS QUE NO SABEN LEER NI ESCRIBIR EN IQUITOS 2004

GRADO DE ANALFABETISMO	%
TOTAL	1,9
MASCULINO	1,1
FEMENINO	2,6

De la muestra en estudio, el 48,3% tiene por lo menos educación secundaria. No se aprecian diferencias significativas entre el sexo masculino y femenino (Tabla 8). Las diferencias en los porcentajes que se observan entre las personas sin nivel de instrucción con aquellas que efectivamente no saben leer ni escribir denota que, a pesar de que las personas ingresan a los primeros niveles del sistema educativo, vuelven a ser analfabetas por desuso.

TABLA 8
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS DE IQUITOS 2004

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
SIN NIVEL	1,3	0,2	2,3
PRIMARIA	21,7	19,1	24,0
SECUNDARIA	48,3	47,9	48,6
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	14,4	15,1	13,7
SUPERIOR UNIVERSITARIO	13,8	16,7	11,2
POSTGRADO	0,5	0,9	0,1

ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 60.8% de los adultos se encuentra en situación de unido (conviviente o casado) y un 9.3% está separado o divorciado. Una cuarta parte es soltera (Tabla 9).

TABLA 9
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS DE IQUITOS 2004

ESTADO CIVIL	Total %	MASCULINO %	FEMENINO %
CONVIVIENTE	34,0	34,9	33,2
SEPARADO	8,9	4,6	12,6
DIVORCIADO	0,4	0,1	0,7
VIUDO	3,2	1,3	4,9
CASADO	26,8	27,4	26,2
SOLTERO	26,8	31,6	22,4

OCUPACIÓN

Los varones estuvieron trabajando la semana anterior en un 76,9%, en contraste con las mujeres, 54,4% (Tabla 10). Las cifras de desempleo llegan al 10,8%, siendo mayor el porcentaje para los varones.

TABLA 10
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS DE IQUITOS 2004

SITUACIÓN LABORAL	Total %	Masculino %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	65,0	76,9	54,4
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	10,8	23,1	5,8

INGRESOS ECONÓMICOS

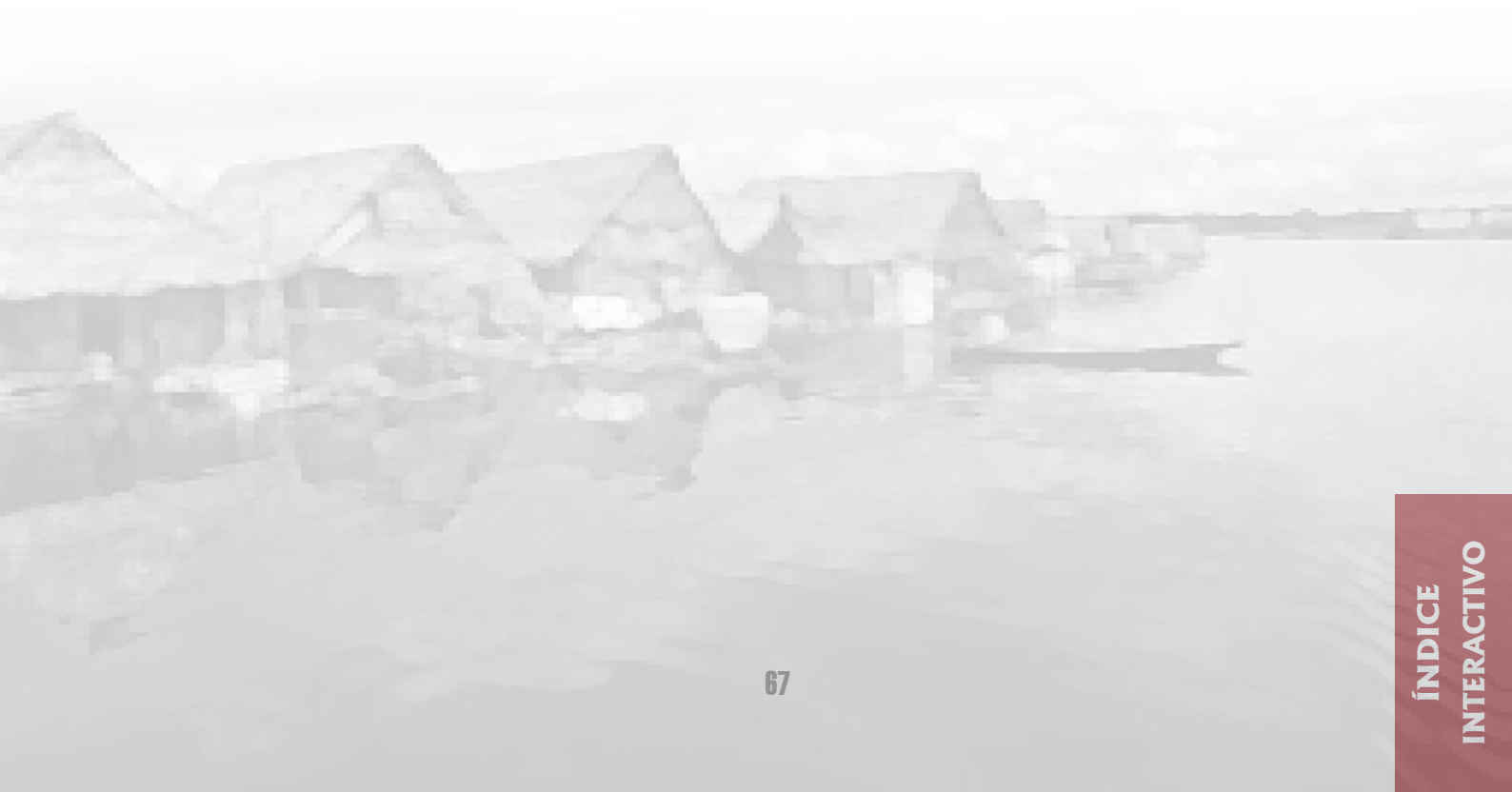
Se observa que la mitad de las mujeres tiene un ingreso promedio menor a 300 nuevos soles, porcentaje mayor en comparación con los hombres; a su vez, se evidencia que hay una mayor proporción de hombres que tiene ingresos mayores a 1 200 nuevos soles mensuales, y que corresponde sólo al 8% (Tabla 11).

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

INGRESOS (NUEVOS SOLES)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
< DE 300	37,7	27,2	50,8
301 A 600	29,1	35,6	21,0
601 A 1200	27,0	29,4	23,9
> DE 1200	6,3	7,9	4,3



SALUD MENTAL DEL ADULTO





SALUD MENTAL DEL ADULTO EN IQUITOS

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 su motivación y en sus expectativas y proyectos hacia el futuro. Por ello se plantea 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 tienen los peruanos, tanto hombre como la mujer perciben que el problema principal es el desempleo: 63,5% y 53,8% respectivamente. Sigue la pobreza, percibida más por las mujeres (17,9%) que por los hombres (7,6%). Luego, 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 manifiestan tener preocupación, pena o tristeza y amargura o rabia. El sentimiento de tristeza o pena afecta más a las mujeres; el sentimiento de amargura, rabia o cólera afecta más a los varones (Tabla 13).

TABLA 12
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
DESEMPLEO	58,4	63,5	53,8	MANEJO ECONÓMICO	4,1	4,2	3,9
POBREZA	13,0	7,6	17,9	FALTA DE CONFIANZA	0,7	0,8	0,6
CORRUPCIÓN	8,5	10,6	6,6	NARCOTRÁFICO	0,3	0,3	0,3
VIOLENCIA	4,2	1,3	6,8	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,9	2,6	1,4
DELINCUENCIA	4,0	2,8	5,1	FALTA DE LIDERAZGO	1,5	2,6	0,5
TERRORISMO	0,6	0,4	0,7	OTROS	2,5	3,3	1,8

TABLA 13
ESTADOS EMOCIONALES FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

ESTADOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
INDIFERENCIA	2,5	3,9	1,2	PREOCUPACIÓN	33,9	34,9	32,9
RESIGNACIÓN	2,0	2,4	1,6	IMPOTENCIA	6,2	6,9	5,5
DESILUSIÓN	8,0	8,6	7,4	FRUSTRACIÓN	2,7	3,6	1,8
AMARGURA	5,2	6,9	3,7	DESESPERACIÓN O ANGSTIA	2,8	1,9	3,5
RABIA	4,9	4,8	5,0	INDIGNACIÓN	1,5	1,4	1,6
CÓLERA	8,7	10,2	7,3	OTROS	1,5	2,0	1,0
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	18,5	10,5	25,8				

La confianza es una variable social importante de medir en poblaciones de bajo poder adquisitivo. Esto es más importante en zonas menos favorecidas económicamente, como la selva del país. La medida en que las personas confían en sus autoridades y en las personas de su entorno nos da una referencia de estimación sobre el grado de confianza de la persona en el sistema. En este sentido, resalta la desconfianza

en las autoridades políticas (alrededor del 90%), así como en los líderes de la comunidad o alcaldes, jueces, autoridades policiales y militares, tanto hombres como mujeres. Existe más confianza en religiosos y maestros (Tabla 14).

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

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLICIALES			
TOTAL	58,7	33,0	8,2
MASCULINO	58,4	33,9	7,7
FEMENINO	59,1	32,2	8,7
AUTORIDADES MILITARES			
TOTAL	57,0	32,5	10,5
MASCULINO	54,6	33,2	12,2
FEMENINO	59,1	31,8	9,0
RELIGIOSOS			
TOTAL	32,3	29,5	38,2
MASCULINO	36,7	31,3	32,0
FEMENINO	28,5	27,9	43,6
MAESTROS			
TOTAL	24,2	38,9	36,9
MASCULINO	24,4	40,5	35,1
FEMENINO	23,9	37,5	38,6
MÉDICOS			
TOTAL	17,2	40,0	42,8
MASCULINO	16,4	40,3	43,3
FEMENINO	17,9	39,8	42,3
AUTORIDADES POLÍTICAS			
TOTAL	90,4	8,8	0,9
MASCULINO	90,5	8,8	0,7
FEMENINO	90,2	8,7	1,0
LÍDERES DE SINDICATOS			
TOTAL	63,9	23,1	13,0
MASCULINO	64,8	26,7	8,4
FEMENINO	63,0	19,4	17,6
LÍDERES DE LA COMUNIDAD / ALCALDE			
TOTAL	75,9	22,2	1,9
MASCULINO	73,4	24,4	2,2
FEMENINO	78,1	20,3	1,7
SU JEFE EN EL TRABAJO			
TOTAL	19,7	33,6	46,7
MASCULINO	16,8	38,6	44,7
FEMENINO	23,9	26,4	49,7
VECINOS			
TOTAL	65,1	25,9	8,9
MASCULINO	57,1	32,4	10,5
FEMENINO	72,3	20,2	7,5
PERIODISTAS			
TOTAL	58,7	31,2	10,1
MASCULINO	60,7	31,9	7,4
FEMENINO	57,0	30,6	12,4
JUECES			
TOTAL	62,1	27,8	10,1
MASCULINO	63,2	27,5	9,3
FEMENINO	61,2	28,0	10,8

Con respecto a la seguridad que las personas perciben en su entorno, la gran mayoría no se siente protegido por las autoridades del Estado (70,2%), y algo menos protegidas las mujeres en comparación con los hombres. 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
IQUITOS 2004

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO			
TOTAL	70,2	25,7	4,1
MASCULINO	70,3	26,1	3,7
FEMENINO	70,1	25,3	4,6
DE LA FAMILIA			
TOTAL	13,5	15,0	71,5
MASCULINO	13,2	17,7	69,1
FEMENINO	13,8	12,6	73,6
DEL SINDICATO			
TOTAL	39,7	45,9	14,4
MASCULINO	48,5	45,5	6,0
FEMENINO	31,2	46,3	22,5
DE DIOS			
TOTAL	2,7	3,0	94,2
MASCULINO	4,7	4,9	90,4
FEMENINO	1,0	1,4	97,6
DE LA COMUNIDAD			
TOTAL	53,2	32,1	14,7
MASCULINO	52,2	32,7	15,1
FEMENINO	54,1	31,5	14,4
OTROS			
TOTAL	6,9	19,0	74,0
MASCULINO	8,0	24,1	67,9
FEMENINO	6,2	15,2	78,6

ESTRESORES PSICOSOCIALES

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

TABLA 16
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO			
TOTAL	53,3	19,8	26,8
MASCULINO	51,2	25,1	23,6
FEMENINO	56,0	13,1	30,9
ESTUDIO			
TOTAL	49,8	20,6	29,5
MASCULINO	52,7	18,7	28,6
FEMENINO	47,0	22,5	30,5
HIJOS Y PARIENTES			
TOTAL	54,5	14,2	31,4
MASCULINO	59,3	14,1	26,6
FEMENINO	50,2	14,2	35,6
PAREJA			
TOTAL	62,6	12,3	25,1
MASCULINO	68,5	9,9	21,6
FEMENINO	56,6	14,8	28,6
DINERO			
TOTAL	38,0	27,5	34,5
MASCULINO	39,7	28,4	31,9
FEMENINO	36,5	26,7	36,8
SALUD			
TOTAL	36,2	20,1	43,7
MASCULINO	35,8	21,8	42,5
FEMENINO	36,6	18,6	44,7
ASUNTOS CON LA LEY			
TOTAL	82,1	8,8	9,1
MASCULINO	82,3	8,1	9,6
FEMENINO	81,9	9,4	8,7
TERRORISMO			
TOTAL	52,4	9,3	38,2
MASCULINO	56,1	11,2	32,7
FEMENINO	49,2	7,6	43,2
DELINCUENCIA			
TOTAL	29,9	10,2	59,9
MASCULINO	32,2	12,4	55,3
FEMENINO	27,7	8,3	64,0
NARCOTRÁFICO			
TOTAL	40,9	9,9	49,2
MASCULINO	44,3	11,5	44,3
FEMENINO	38,0	8,5	53,5

El indicador de experiencias traumáticas es de particular interés debido a la escalada de violencia social también vivida en la Selva. Estas experiencias han sido definidas aquí como el haber sido testigo de algún acontecimiento extremadamente traumático, durante el cual han muerto personas o en las que el entrevistado ha visto gravemente amenazada su integridad física. Estas situaciones dan lugar muchas veces a patologías psiquiátricas, como el trastorno de estrés postraumático. En el caso de la población adulta, el 38,7% de la población se ha visto en situaciones semejantes, siendo la proporción mayor para el sexo masculino (Tabla 17).

TABLA 17
PREVALENCIA DE VIDA DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	%
TOTAL	38,7
MASCULINO	44,7
FEMENINO	33,3

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

TABLA 18
PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON NIVELES ALTOS DE ESTRÉS AMBIENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

POBLACIÓN CON ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	%
TOTAL	58,7
MASCULINO	53,1
FEMENINO	63,7

DISCRIMINACIÓN

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

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

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

ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los estados anímicos comunes de las personas no son, de por sí, estados patológicos, pero pueden dar una idea de las tendencias anímicas, 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 utilizando términos comunes del lenguaje cotidiano. En la población general, entre el 10% y el 30% de las personas experimentan con mucha frecuencia estados negativos, como tristeza, tensión, angustia, preocupación, irritabilidad y aburrimiento. Las mujeres experimentan estos estados en mayor proporción que los hombres, lo que está en correlación directa con la presencia de trastornos depresivos o ansiosos (Tabla 20).

TABLA 20
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE			
TOTAL	6,0	76,8	17,2
MASCULINO	7,8	81,1	11,0
FEMENINO	4,3	72,9	22,8
TENSO			
TOTAL	16,9	69,8	13,2
MASCULINO	20,8	69,0	10,2
FEMENINO	13,5	70,6	15,9
ANGUSTIADO			
TOTAL	31,0	57,2	11,8
MASCULINO	41,6	50,0	8,4
FEMENINO	21,6	63,6	14,8
IRRITABLE			
TOTAL	24,4	59,3	16,3
MASCULINO	28,3	58,6	13,1
FEMENINO	20,9	59,8	19,3
PREOCUPADO			
TOTAL	4,5	60,3	35,2
MASCULINO	6,1	62,9	31,0
FEMENINO	3,1	58,0	38,9
TRANQUILO			
TOTAL	1,8	27,5	70,7
MASCULINO	2,4	23,0	74,6
FEMENINO	1,3	31,5	67,2
ALEGRE			
TOTAL	0,9	23,4	75,7
MASCULINO	1,3	19,5	79,2
FEMENINO	0,5	26,8	72,7
ABURRIDO			
TOTAL	27,8	60,0	12,2
MASCULINO	29,3	61,9	8,7
FEMENINO	26,3	58,4	15,3
OTRO			
TOTAL	0,0	10,9	89,1
MASCULINO	0,0	19,9	80,1
FEMENINO	0,0	3,7	96,3

SATISFACCIÓN PERSONAL

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

Con relación a la satisfacción personal específica, más de la mitad de los encuestados muestra una considerable satisfacción con respecto a su aspecto físico, inteligencia, la profesión u oficio que estudió o está estudiando y sus relaciones sociales. Sin embargo, esta satisfacción es mucho menor en el nivel económico y el nivel educativo alcanzado. El grado de insatisfacción con relación al aspecto económico (28,3%) se asocia con los niveles de pobreza (Tabla 22). En general, existe una tendencia a una menor satisfacción en las mujeres en comparación con los hombres.

TABLA 21
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL* EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,7	2,4	17,0	19,0	15,1	18,8
MASCULINO	16,9	2,3	17,3	20,0	15,4	18,8
FEMENINO	16,6	2,5	17,0	18,0	15,0	18,8

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

TABLA 22
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS 2004

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO			
TOTAL	10,1	22,4	67,5
MASCULINO	6,9	23,7	69,4
FEMENINO	13,0	21,2	65,9
COLOR DE PIEL			
TOTAL	6,4	13,0	80,6
MASCULINO	5,5	14,4	80,0
FEMENINO	7,2	11,8	81,0
INTELIGENCIA			
TOTAL	9,8	24,9	65,3
MASCULINO	7,4	24,6	68,0
FEMENINO	11,9	25,3	62,9
NIVEL ECONÓMICO			
TOTAL	28,3	46,2	25,5
MASCULINO	27,2	49,0	23,8
FEMENINO	29,2	43,8	27,0
PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)			
TOTAL	8,7	18,3	73,0
MASCULINO	7,4	19,8	72,8
FEMENINO	10,1	16,6	73,3
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO			
TOTAL	31,9	33,4	34,7
MASCULINO	28,9	33,8	37,3
FEMENINO	34,6	33,0	32,4
RELIGIÓN			
TOTAL	7,2	14,0	78,8
MASCULINO	10,3	15,7	74,0
FEMENINO	4,2	12,5	83,0
RELACIONES SOCIALES			
TOTAL	16,9	31,6	51,5
MASCULINO	15,1	31,5	53,5
FEMENINO	18,6	31,6	49,8
LUGAR DE RESIDENCIA			
TOTAL	15,2	27,2	57,7
MASCULINO	13,4	27,8	58,8
FEMENINO	16,8	26,6	56,6

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 IQUITOS 2004

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

TABLA 24
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA			
TOTAL	9,3	25,0	65,7
MASCULINO	9,4	26,0	64,6
FEMENINO	9,0	23,8	67,2
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA			
TOTAL	13,2	25,9	60,9
MASCULINO	13,8	26,4	59,8
FEMENINO	12,5	25,3	62,2
CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO			
TOTAL	7,2	25,4	67,4
MASCULINO	8,6	25,6	65,8
FEMENINO	4,6	25,2	70,2
CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO			
TOTAL	15,8	33,0	51,3
MASCULINO	15,1	36,9	48,1
FEMENINO	16,7	28,0	55,3
CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES			
TOTAL	11,7	24,1	64,2
MASCULINO	11,5	26,9	61,6
FEMENINO	11,9	20,0	68,0
CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE			
TOTAL	35,5	40,8	23,7
MASCULINO	32,7	45,8	21,4
FEMENINO	38,9	34,5	26,6

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 socioemocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. A continuación se presenta el resultado global correspondiente al índice de calidad de vida que, en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente, se halla en un 7,6%. El valor de este resultado va a ser mejor apreciado como indicador comparativo en posteriores estudios. Aun así, la cifra encontrada indica un nivel aceptable de calidad 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
IQUITOS 2004

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	7,6	1,1	7,6	7,4	6,9	8,4
MASCULINO	7,5	1,1	7,5	7,2	6,8	8,3
FEMENINO	7,6	1,1	7,6	7,6	7,0	8,4

DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

La discapacidad o inhabilidad se refiere a la disminución, pérdida o ausencia de la capacidad para funcionar en el medio social y del trabajo. La diferencia entre ambas 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
IQUITOS 2004

NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20, DONDE 5 ES AUSENCIA DE DISCAPACIDAD)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	5,2	1,05	4,5	5,0	5,0	5,0
MASCULINO	5,3	1,4	4,0	5,0	5,0	5,0
FEMENINO	5,2	0,7	5,0	5,0	5,0	5,0

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

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
TOTAL	8,3
MASCULINO	9,2
FEMENINO	7,5

ASPECTOS PSICOPÁTICOS

El clima de paz y tranquilidad que debe existir entre los ciudadanos se ve afectado cuando la persona quiebra sistemáticamente las reglas y leyes de la sociedad. Si bien existe una personalidad definidamente antisocial, cuyas causas se han relacionado hasta con factores genéticos, en esta ocasión evaluamos tendencias más sutiles y sensibles a los cambios e influencias de la sociedad. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente, la violencia o el robo. La primera se encuentra en 9,8% de la población y la segunda en 6,3%, cifras que denotan una importante proporción de individuos en estas condiciones (Tabla 28).

TABLA 28
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE
IQUITOS 2004

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	
TOTAL	9,8
MASCULINO	10,3
FEMENINO	9,3
PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	
TOTAL	6,3
MASCULINO	8,0
FEMENINO	4,7

INDICADORES SUICIDAS

En este estudio se ha decidido investigar los indicadores suicidas en una forma 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, detectables antes del suicidio consumado y, por tanto, 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 16,6% la prevalencia anual de deseos de morir en la mujer. Esto es congruente con los hallazgos de estados prevalentes y con la presencia de trastornos clínicos, como veremos más adelante. En la Tabla 29, observamos que un 32,3% de la población adulta de la ciudad de Iquitos, alguna vez en su vida, ha presentado deseos de morir; un 12,1% lo ha considerado en el último año y un 5,0% en el último mes. Con relación a ideas suicidas más definidas, el 13,0% y el 5,7% 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 3,0% de la población encuestada ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 0,4% lo habría 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 13,3% de las personas que intentaron hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta.

TABLA 29
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

INDICADORES SUICIDAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	32,3
MASCULINO	21,1
FEMENINO	42,4
PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR	5,0
MASCULINO	3,3
FEMENINO	6,5
PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR	12,1
MASCULINO	7,1
FEMENINO	16,6
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	13,0
MASCULINO	9,1
FEMENINO	16,4
PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	1,6
MASCULINO	1,4
FEMENINO	1,8
PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	4,2
MASCULINO	2,6
FEMENINO	5,7
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	5,7
MASCULINO	4,6
FEMENINO	6,8
PREVALENCIA MENSUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	0,7
MASCULINO	0,9
FEMENINO	0,5
PREVALENCIA ANUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	1,5
MASCULINO	1,2
FEMENINO	1,7
PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS	3,0
MASCULINO	2,3
FEMENINO	3,6
PREVALENCIA MENSUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,0
MASCULINO	0,0
FEMENINO	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,4
MASCULINO	0,1
FEMENINO	0,6
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,4 (13,3% de los intentos)
MASCULINO	0,5
FEMENINO	0,3

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

TABLA 30
MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE
IQUITOS 2004

MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA	MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS %	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %
PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN	0,0	0,0
MASCULINO	0,0	0,0
FEMENINO	0,0	0,0
PROBLEMAS CON LOS PADRES	12,3	22,4
MASCULINO	13,1	5,1
FEMENINO	12,0	32,2
PROBLEMAS CON LOS HIJOS	7,0	0,0
MASCULINO	0,5	0,0
FEMENINO	10,0	0,0
PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES	6,0	13,6
MASCULINO	9,8	21,6
FEMENINO	4,3	9,0
PROBLEMAS CON LA PAREJA	29,3	27,9
MASCULINO	12,8	38,9
FEMENINO	36,6	21,6
PROBLEMAS CON AMISTADES	1,1	0,0
MASCULINO	1,8	0,0
FEMENINO	0,7	0,0
PROBLEMAS LABORALES	2,4	5,5
MASCULINO	6,0	5,9
FEMENINO	0,8	5,3
PROBLEMAS CON LOS ESTUDIOS	2,4	8,5
MASCULINO	4,8	0,0
FEMENINO	1,3	13,3
PROBLEMAS ECONÓMICOS	15,3	9,0
MASCULINO	18,3	11,7
FEMENINO	14,0	7,4
PROBLEMAS CON LA SALUD FÍSICA	15,8	7,6
MASCULINO	23,9	20,8
FEMENINO	12,2	0,0
PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA DE ALGÚN FAMILIAR	3,1	0,0
MASCULINO	2,2	0,0
FEMENINO	3,5	0,0
MUERTE DE PAREJA	2,2	1,7
MASCULINO	3,4	0,0
FEMENINO	1,7	2,7
SEPARACIÓN DE FAMILIAR	1,8	0,0
MASCULINO	2,6	0,0
FEMENINO	1,5	0,0
MUERTE DE UN HIJO	1,9	0,0
MASCULINO	0,0	0,0
FEMENINO	2,7	0,0
MUERTE DE PADRE(S)	6,2	0,0
MASCULINO	11,5	0,0
FEMENINO	3,8	0,0
PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	2,8	11,6
MASCULINO	3,4	9,8
FEMENINO	2,6	12,6
SIN MOTIVO APARENTE	0,9	9,6
MASCULINO	0,0	0,0
FEMENINO	1,3	15,0
OTROS	7,7	9,3
MASCULINO	9,3	17,4
FEMENINO	7,0	4,9

TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA

La violencia es uno de los principales problemas que ha enfrentado nuestra sociedad. En este caso sólo se ha medido la prevalencia de vida de conductas como peleas con algún tipo de armas y abuso físico a menores, habiéndose hallado que un 26,5% de la población se ha visto involucrada en alguno de estos tipos de conducta. También se han tomado en cuenta indicadores más sutiles como el pensamiento homicida (Tabla 31).

TABLA 31
TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE
IQUITOS 2004

INDICADOR	%
PREVALENCIA DE VIDA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	
TOTAL	26,5
MASCULINO	33,9
FEMENINO	20,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	
TOTAL	4,6
MASCULINO	4,3
FEMENINO	4,8
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	
TOTAL	0,6
MASCULINO	0,3
FEMENINO	0,8
PREVALENCIA ANUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	
TOTAL	1,7
MASCULINO	1,6
FEMENINO	1,8

FACTORES PROTECTORES

Como se ha observado, en el área de sentimientos de protección familiar, el grado de cohesión familiar medido a través del respeto y apoyo mutuo, orgullo familiar, o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos, lo que es un factor positivo comparado con los otros factores psicosociales que atentan contra la salud mental. De la misma manera, el factor religioso es muy importante en la población, y la mayoría se apoya en el mismo para enfrentar los retos cotidianos que les da 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
IQUITOS 2004

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	18,1	2,4	19,2	20,0	16,7	20,0
MASCULINO	18,3	2,2	19,2	20,0	17,5	20,0
FEMENINO	17,8	2,6	18,3	20,0	16,7	20,0

TABLA 33
TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA DE
IQUITOS 2004

TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS ES MUY IMPORTANTE %	SIENTE PROTECCIÓN DE DIOS %	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO %	PARTICIPA ACTIVAMENTE %	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS %	TRASMITE RELIGIÓN A HIJOS %	PREDICA RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS %	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIÓN DE PROBLEMAS %
TOTAL	94,4	94,2	76,1	19,7	71,3	53,5	32,5	56,6
MASCULINO	92,1	90,4	71,0	14,9	67,4	44,3	31,2	58,2
FEMENINO	96,5	97,6	80,6	23,9	74,6	61,0	33,7	55,1

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la Tabla 34 se presentan las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual por grupos de trastornos clínicos según criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En general, las mujeres padecen más trastornos depresivos y ansiosos que los hombres y éstos padecen marcadamente más problemas por uso de sustancias. Más de un tercio de la población de Iquitos (41,3%) alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico; cerca de una quinta parte lo ha sufrido en los últimos doce a seis meses (22,6 – 20,1), y un 16,8% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta. Como grupo, los trastornos de ansiedad han sido los más frecuentes; sin embargo, las prevalencias disminuyen considerablemente en las prevalencias del último año, lo que estaría reflejando la disminución de los estresores psicosociales en la región. Con todo, si consideramos las prevalencias anuales, los trastornos por uso de sustancias son los más frecuentes (9,8%), seguidos por los trastornos depresivos (9,2%).

Las Tablas 35, 36, 37 y 38 presentan respectivamente las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual de los principales trastornos psiquiátricos de la población de Iquitos, así como la distribución por sexo. En lo que concierne a prevalencia de vida, el desorden más frecuente es el episodio depresivo, con un (22,9%), seguido por el trastorno de estrés postraumático (8,3%) y el trastorno de ansiedad generalizada (8,2%) (Tabla 35). Con respecto a las prevalencias anuales (Tabla 36), observamos que los principales problemas, desde el punto de vista psiquiátrico, que enfrentan estas ciudades son los trastornos de dependencia o abuso del alcohol (9,8%) y el episodio depresivo (8,8%). 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 (9,1%), especialmente en las mujeres (12,0%) (Tabla 38).

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

TIPO DE TRASTORNOS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO*	
TOTAL	41,3
MASCULINO	40,2
FEMENINO	42,3
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	
TOTAL	24,4
MASCULINO	28,0
FEMENINO	21,3
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**	
TOTAL	21,6
MASCULINO	27,2
FEMENINO	16,7
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO **	
TOTAL	16,8
MASCULINO	24,8
FEMENINO	9,8
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL ***	
TOTAL	18,0
MASCULINO	14,1
FEMENINO	21,4
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
TOTAL	6,3
MASCULINO	3,5
FEMENINO	8,9
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN GENERAL	
TOTAL	5,5
MASCULINO	3,3
FEMENINO	7,4
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
TOTAL	3,7
MASCULINO	2,7
FEMENINO	4,7
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL ****	
TOTAL	23,2
MASCULINO	14,9
FEMENINO	30,6
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
TOTAL	9,2
MASCULINO	5,2
FEMENINO	12,8
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
TOTAL	6,6
MASCULINO	3,7
FEMENINO	9,2
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
TOTAL	2,9
MASCULINO	1,8
FEMENINO	3,8
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	
TOTAL	9,8
MASCULINO	19,7
FEMENINO	1,0

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

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

*** Trastornos de ansiedad: incluye agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático 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 IQUITOS 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,1	0,2	0,0
TRASTORNO BIPOLAR	0,1	0,2	0,0
EPISODIO DEPRESIVO	22,9	15,0	29,9
DISTIMIA	0,4	0,0	0,7
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	1,1	0,9	1,1
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	8,3	5,6	10,8
FOBIA SOCIAL	1,6	1,8	1,3
TRASTORNO DE PÁNICO	0,5	0,6	0,5
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	8,2	5,9	10,3
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,2	0,3	0,0
TRASTORNO DEPRESIVO EN GENERAL	23,2	14,9	30,6

* 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 IQUITOS 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
EPISODIO DEPRESIVO	8,8	4,9	12,3
TRASTORNOS PSICÓTICOS**	0,1	0,2	0,0
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,4	0,0	0,8
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	3,0	1,8	4,0
FOBIA SOCIAL	0,5	0,1	0,9
TRASTORNO DE PÁNICO	0,4	0,3	0,4
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,4	1,3	3,3
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA O CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	9,8	19,7	1,0

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

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

TABLA 37
PREVALENCIA DE LOS SEIS ÚLTIMOS MESES DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

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

* 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 38
PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	0,0	0,0	0,0
EPISODIO DEPRESIVO	2,5	1,6	3,3
DISTIMIA**	0,4	0,3	0,5
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,2	0,0	0,3
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	1,3	1,3	1,3
FOBIA SOCIAL	0,4	0,1	0,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1,9	1,3	2,5
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,0	0,0	0,0
TRASTORNO DE PÁNICO	0,1	0,0	0,3
BULIMIA NERVIOSA	0,0	0,0	0,0
ANOREXIA NERVIOSA	0,0	0,0	0,0
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS ***	9,1	5,7	12,0

* 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.

USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

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 adictivas más consumidas son el alcohol y el tabaco, seguidas por la hoja de coca. 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 adictivas legales se encuentra en 75,7%, mientras que la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se halla en un 10,0%. El consumo actual (en el último mes) de sustancias adictivas no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 28,7% y 0,5% respectivamente. Con respecto a sustancias específicas, la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (6,5%), seguida de la cocaína con el 2,4%; las prevalencias de consumo actual (en el último mes) siguen siendo importantes para el alcohol (51,0%) y el tabaco (27,7%) (Tabla 40).

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

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	75,8	90,6	62,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	75,7	90,5	62,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHÓLICAS	10,0	19,1	1,8
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	28,7	41,8	17,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	28,6	41,6	17,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	0,5	1,0	0,0

TABLA 40
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE SUSTANCIAS ADICTIVAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS 2004

TIPO DE SUSTANCIA*	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	97,4	99,7	95,3
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE ALCOHOL	51,0	64,5	38,9
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	74,0	90,0	59,7
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE TABACO	27,7	41,1	15,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,4	0,5	0,3
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	1,3	1,1	1,4
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE PASTILLAS PARA DORMIR	0,3	0,4	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	2,1	1,1	3,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	2,1	1,1	3,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,4	0,3	0,4
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	2,6	4,3	1,0
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE HOJA DE COCA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	6,5	13,2	0,6
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,3	0,7	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA	2,4	4,5	0,5
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE COCAÍNA	0,1	0,1	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	4,7	9,1	0,7
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE PBC	0,1	0,3	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	6,1	11,5	1,2

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

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

TABLA 41
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS 2004

TIPO DE SUSTANCIA*	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	MIN	MAX
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	17,7	5,2	18,0	18,0	2,0	55,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	19,5	5,9	18,0	18,0	5,0	70,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	27,9	2,1	27,0	30,0	25,0	30,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	24,5	1,9	25,0	26,0	21,0	26,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉXTASIS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	21,6	6,6	21,0	25,0	11,0	48,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	20,3	3,4	19,0	19,0	14,0	30,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	16,5	8,3	17,0	20,0	3,0	44,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	19,1	3,6	18,0	18,0	11,0	30,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	16,0	0,0	16,0	16,0	16,0	16,0

* 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 problema por abuso de ingesta de bebidas alcohólicas, 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 17,1%. 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, seguido por el tabaco (Tabla 42).

TABLA 42
PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS 2004

TIPO DE SUSTANCIA (PREVALENCIA ANUAL)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	17,1	23,2	4,5
ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	9,8	19,7	1,0
ABUSO O DEPENDENCIA DEL TABACO	1,9	2,7	1,2
ABUSO O DEPENDENCIA DE LA MARIHUANA	0,1	0,2	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE PBC	0,0	0,1	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE 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	11,4	21,5	2,4
DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	6,8	12,7	1,5

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 (2,1%) (Tabla 43).

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

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	18 A 24 AÑOS %	25 A 44 AÑOS %	45 A 64 AÑOS %	MAJOR DE 65 AÑOS %
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=1,602; df1=2,709; df2=314,233; p=0,193)	23,9	26,7	23,3	14,6
PREVALENCIA A SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=3,368; df1=2,688; df2=311,836; p=0,023)	17,6	25,9	20,5	12,2
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=3,367; df1=2,677; df2=310,562; p=0,023)	11,5	20,6	17,1	11,5
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F=2,054; df1=2,242; df2=260,059; p=0,12423)	7,9	6,4	6,3	0,3
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F= 1,558; df1=2,250; df2=260,944; p=0,20982)	5,1	6,0	6,4	0,3
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F=1,210; df1=2,263; df2=262,552; p=0,30261)	4,4	3,4	4,6	0,3
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=1,656; df1=2,865; df2=332,347; p=0,17866)	12,6	8,7	5,8	10,4
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=2,212; df1=2,529; df2=293,338; p=0,9763)	8,4	7,4	2,3	8,0
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=3,383; df1=2,434; df2=282,296; p=0,02672)	1,6	4,0	0,8	7,2
PREVALENCIA ANUAL DE USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (F=7,079; df1=2,846; df2=330,113; p<0,00017)	5,5	13,4	9,8	2,1

POBREZA Y SALUD MENTAL

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

En este informe presentamos las asociaciones entre los primeros indicadores y los trastornos clínicos generales. En un reporte posterior se presentarán los análisis más detallados conjuntamente con el método de necesidades básicas insatisfechas. En la Tabla 44 podemos observar que existe una asociación estadísticamente significativa entre las prevalencias del último año, seis meses y actual de trastornos psiquiátricos y la pobreza, medida a través de las estimaciones subjetivas de la esposa del jefe del hogar sobre la satisfacción de las necesidades con los ingresos familiares. Esta asociación es similar en trastornos depresivos como en trastornos de ansiedad, sin embargo no existe con problemas de abuso/dependencia del alcohol. Hallazgos similares fueron encontrados en Lima Metropolitana y el Callao y más bien estuvieron ausentes en los hallazgos de la sierra. Esto puede deberse a que la pobreza en la selva tiene características distintivas que serían importantes para el desarrollo o no de problemas de salud mental. Por ejemplo, es posible que el estrés asociado a la pobreza sea mayor en ciudades como Lima y en la selva. Debemos recordar que los indicadores de pobreza urbana son más altos en la selva que en el resto del país. No se descarta que factores como el indicador utilizado tengan alguna influencia en ello. Estudios a profundidad ayudarán a esclarecer mejor estos hallazgos.

TABLA 44
PREVALENCIA ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
GENERALES POR NIVEL DE POBREZA, SEGÚN PERCEPCIÓN DE CAPACIDAD DE COBERTURA DE
NECESIDADES BÁSICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	%
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	$F=4,860$ $df1=2,618$; $df2=303,662$ $p=0,004$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	50,8
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	28,3
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	21,1
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	18,0
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	$F=2,954$; $df1=2,823$; $df2=327,432$; $p=0,03567$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	37,7
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	24,8
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	19,3
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	16,6
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	$F=1,985$; $df1=2,789$; $df2=323,581$; $p=0,12066$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	30,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	18,8
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	15,0
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	15,4
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL*	$F=6,136$; $df1=2,723$; $df2=315,838$; $p=0,00072$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	10,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	4,1
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,2
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	$F=5,411$; $df1=2,639$; $df2=306,098$; $p=0,00200$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	9,0
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,4
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	3,4
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,2
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	$F=2,691$; $df1=2,750$; $df2=318,946$; $p=0,05120$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	5,5
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	2,6
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL**	$F=6,784$; $df1=2,809$; $df2=325,859$; $p=0,03567$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	28,4
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	10,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	7,7
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	2,6
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	$F=2,586$; $df1=2,575$; $df2=298,687$; $p=0,9230$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	15,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	5,7
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,2
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	$F=4,363$; $df1=2,491$; $df2=288,977$; $p=0,03292$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	11,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,4
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	1,6
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,2
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO / DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	$F=0,195$; $df1=2,592$; $df2=300,673$; $p=0,00072$
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	7,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC	10,2
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	11,8

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

SALUD MENTAL POR CIUDADES

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

TABLA 45

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

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	IQUITOS %	PUCALLPA %	TARAPOTO %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	41,3	39,0	32,6	39,3	F=4,214; df1=1,729; df2=601,851; p=0,01985
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	24,4	21,9	17,3	22,6	F=4,245; df1=1,667; df2=580,148; p=0,02057
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	21,6	19,7	15,4	20,1	F=3,384; df1=1,629; df2=566,793; p=0,04423
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	16,8	15,1	10,6	15,4	F=4,092; df1=1,585; df2=551,621; p=0,02534
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	18,0	20,8	14,6	18,3	F=3,574; df1=1,640; df2=570,730; p=0,03732
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	6,3	6,9	4,6	6,2	F=1,326; df1=1,641; df2=571,202; p=0,26391
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	5,5	6,4	3,7	5,5	F=1,682; df1=1,547; df2=538,227; p=0,19325
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	3,7	4,2	2,4	3,7	F=1,343; df1=1,654; df2=575,607; p=0,26023
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	23,2	21,0	18,6	21,9	F=1,825; df1=1,736; df2=604,265; p=0,16729
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	9,2	8,3	6,8	8,6	F=1,275; df1=1,724; df2=599,796; p=0,27741
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	6,6	5,7	5,5	6,2	F=0,570; df1=1,756; df2=611,243; p=0,54413
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	2,9	2,4	1,6	2,5	F=1,210; df1=1,666; df2=579,691; p=0,29367
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	9,8	8,2	6,4	8,8	F=2,712; df1=1,748; df2=608,180; p=0,07465

EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA

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

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

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

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 (42,0%) en comparación con aquellas que no han presentado ninguna pérdida familiar. Esta relación aparece significativa con respecto a la prevalencia de vida de trastorno de ansiedad y para la presencia actual de trastornos depresivos.

TABLA 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 IQUITOS 2004

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	CON ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO (%)	SIN ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO (%)	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	42,0	41,2	F=0,019; df1=1; df2=116; p=0,892
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	27,6	24,2	F=0,616; df1=1; df2=116; p=0,434
PREVALENCIA A SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	24,8	21,4	F=0,680; df1=1; df2=116; p=0,411
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GENERAL	21,1	16,5	F=1,268; df1=1; df2=116; p=0,262
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	21,3	17,7	F=0,576; df1=1; df2=116; p=0,450
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	8,2	6,2	F=0,803; df1=1; df2=116; p=0,372
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	6,3	5,4	F=0,184; df1=1; df2=116; p=0,669
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	4,6	3,7	F=0,191; df1=1; df2=116; p=0,663
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	22,4	23,3	F=0,037; df1=1; df2=116; p=0,847
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	12,1	8,9	F=0,817; df1=1; df2=116; p=0,368
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	9,6	6,3	F=1091; df1=1; df2=116; p=0,298
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	7,7	2,4	F=6,088; df1=1; df2=116; p=0,015
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	8,8	9,9	F=0,115; df1=1; df2=116; p=0,735

EVENTOS DE VIDA INFANTILES Y SALUD MENTAL

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 que la información sobre estilos de crianza se ha realizado en función 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 Pucallpa y de sobreprotección en Iquitos. (Tabla No. 47a).

TABLA 47A
ALGUNOS ESTILOS DE CRIANZA REFERIDOS POR LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS, PUCALLPA Y TARAPOTO 2004

TIPO DE PÉRDIDA	IQUITOS %	PUCALLPA %	TARAPOTO %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
LE DIERON MÁS CASTIGOS DE LOS QUE MERECEÍA	22,1	26,5	23,7	23,6	F=3,370 df1=1,716 df2=597,109 p<0,04222
LE PERMITÍAN HACER COSAS QUE A SUS HERMANOS NO	9,1	10,8	9,1	9,6	F=2,202 df1=3,054 df2=1062,665 p=0,4371
SI LAS COSAS IBAN MAL SUS PADRES TRATABAN DE CONFORTARLO Y ANIMARLO	77,9	74,2	73,5	76,1	F=1,841 df1=3,416 df2=1188,594 p<0,7296
EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES	90,1	87,5	86,7	88,8	F=1,735 df1=3,520 df2=1224,880 p=0,10680
LE PROHIBÍAN HACER COSAS QUE A OTROS NIÑOS SÍ LES ERAN PERMITIDAS PORQUE TEMÍAN QUE ALGO MALO LE PODÍA OCURRIR	53,0	53,2	51,3	52,8	F=0,189 df1=2,898 df2=1008,647 p=0,12450
ERAN MUY EXIGENTES CON RESPECTO A SUS CALIFICACIONES ESCOLARES, DESEMPEÑO DEPORTIVO O ACTIVIDADES SIMILARES	64,0	60,5	58,5	62,1	F=1,558 df1=3,444 df2=1198,458 p=0,86385
LE PERMITÍAN TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES COMO ELEGIR SU ROPA, ESCOGER A SUS AMISTADES, LOS ESTUDIOS, DISTRACCIONES, ETC.	40,1	41,5	46,3	41,5	F=1,429 df1=3,155 df2=1097,845 p=0,19321
SUS PADRES NO SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES	62,4	56,4	60,8	60,4	F=2,100 df1=3,094 df2=1076,673 p=0,21417
LA ANSIEDAD DE SUS PADRES DE QUE ALGO MALO PODÍA SUCEDERLE ERA EXAGERADA	39,0	36,6	35,0	37,7	F=1,022 df1=3,366 df2=1171,342 p=0,08967

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 los 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 en los trastornos depresivos.

TABLA 47B
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN ALGUNOS ESTILOS DE CRIANZA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

TIPO DE PÉRDIDA	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	49,3 (p=0,00449)	22,8 (p=0,02812)	30,5 (p=0,00327)	
LE PERMITÍAN HACER COSAS QUE A SUS HERMANOS NO	47,7 (p=0,50951)	18,3 (p=0,87255)	27,2 (p=0,61200)	
SI LAS COSAS IBAN MAL SUS PADRES NO TRATABAN DE CONFORTARLO Y ANIMARLO	40,6 (p=0,38353)	18,1 (p=0,88725)	21,7 (p=0,5858)	
NO EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES	41,4 (p=0,43709)	17,7 (p=0,52988)	22,7 (p=0,28109)	
LE PROHIBÍAN HACER COSAS QUE A OTROS NIÑOS SÍ LES ERAN PERMITIDAS PORQUE TEMÍAN QUE ALGO MALO LE PODÍA OCURRIR	40,9 (p=0,69494)	16,9 (p=0,55046)	21,6 (p=0,40843)	
ERAN MUY EXIGENTES CON RESPECTO A SUS CALIFICACIONES ESCOLARES, DESEMPEÑO DEPORTIVO O ACTIVIDADES SIMILARES	42,8 (p=0,42297)	18,6 (p=0,30699)	23,2 (p=0,25163)	
LE PERMITÍAN TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES COMO ELEGIR SU ROPA, ESCOGER A SUS AMISTADES, LOS ESTUDIOS, DISTRACCIONES, ETC.	38,5 (p=0,20830)	19,0 (p=0,73629)	17,7 (p=0,00228)	
SUS PADRES NO SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES	39,4 (p=0,21849)	17,8 (p=0,86910)	21,6 (p=0,24187)	
LA ANSIEDAD DE SUS PADRES DE QUE ALGO MALO PODÍA SUCEDERLE ERA EXAGERADA	46,9 (p=0,01632)	22,2 (p=0,1664)	26,9 (p=0,09272)	

ACCESO A SERVICIOS

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

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o de los nervios (demanda sentida), un 43,6% de los pacientes respondió afirmativamente; de éstos, el 11,7% identificó su problema en los últimos seis meses. Considerando este último período de referencia se encontró que el 13,2% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 86,9% no recibió ningún tipo de atención en el sistema de salud (Tabla 48). Del 13,2% que recibió ayuda, el 9,4% acudió a los centros del MINSA, seguido del 2,5% 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, el 29,5% recibió algún tipo de medicamento para su problema, un 11,9% recibió psicoterapia y un 69,1% recibió consejería (Tabla 50).

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

DEMANDA	%
DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (COMO PROBLEMAS EMOCIONALES O NERVIOS)	
TOTAL	43,6
MASCULINO	39,5
FEMENINO	47,2
DEMANDA SENTIDA A SEIS MESES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM)	
TOTAL	11,7
MASCULINO	9,2
FEMENINO	14,1
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	
TOTAL	13,2
MASCULINO	11,5
FEMENINO	14,1

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

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
• MINSA		9,4
-- PUESTOS O CENTROS DE SALUD:	1,8	(71,2% DE LO ATENDIDO)
-- HOSPITAL GENERAL:	7,6	
• ESSALUD		2,5
-- HOSPITAL GENERAL:	2,5	(19,0% DE LO ATENDIDO)
• PRIVADA		1,1
-- CONSULTORIO PARTICULAR:	1,1	(8,3% DE LO ATENDIDO)
• OTROS	0,2	0,2
		(1,6% DE LO ATENDIDO)

TABLA 50

TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINA %	PSICOTERAPIA %	CONSEJO %	HOSPITALIZACIÓN %	OTRO %
TOTAL	29,5	11,9	69,1	0,0	5,5

Con relación a los motivos por los cuales la persona no buscó atención alguna por su problema emocional, la mayoría (64,1%) pensaba que lo debía superar sola, seguido de un 43,1% que no acudió por no tener dinero, y en tercer lugar un 30,1% 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 IQUITOS 2004

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	64,1	POR VERGÜENZA	14,3
NO TENIA DINERO	43,1	PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	5,1
FALTA DE CONFIANZA	30,1	LARGAS LISTAS DE ESPERA	9,9
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	19,9	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	10,3
NO SABÍA A DÓNDE IR	20,9	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	0,6
NO ME BENEFICIARÍA	22,6	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	4,1

SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

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

TABLA 52

PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES FOLKLÓRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

SÍNDROMES FOLKLÓRICOS	TOTAL %
SUSTO	9,4
AIRE	6,5
MAL DE OJO	1,8
DAÑO	13,3
CHUCAQUE	4,9
ÉPILEPSIA	1,8

Las personas que presentaron alguno de estos síndromes en algún momento de su vida también habían presentado en algún momento de su vida algún trastorno de ansiedad en general, algún episodio depresivo o síntomas de tipo paranoide, con mayor frecuencia que la población general (Tabla 53).

TABLA 53
ASOCIACIÓN ENTRE PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, EPISODIO DEPRESIVO Y SÍNTOMAS PARANOIDES Y PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES FOLKLÓRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004 (N=1306)

PREVALENCIAS DE VIDA PARA ADULTOS			
SÍNDROMES	TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	EPISODIO DEPRESIVO	SÍNTOMAS PARANOIDES (2 SÍNTOMAS)
	% (P)	% (P)	% (P)
SUSTO	20,8 (0,53415)	28,4 (0,22671)	5,1 (0,26280)
AIRE	19,1 (0,78475)	21,4 (0,79929)	1,9 (0,52192)
MAL DE OJO	27,5 (0,29933)	23,6 (0,94998)	4,6 (0,61696)
DANO	26,3 (0,01308)	36,3 (0,00139)	6,8 (0,00206)
CHUCAQUE	30,4 (0,02206)	28,2 (0,33317)	5,8 (0,16098)
POBL. GENERAL	18,0	22,9	2,9

Para resolver sus problemas de salud, la población encuestada recurre a agentes de los modelos: médico, folklórico, otros modelos no médicos o a ningún modelo identificado. Es notorio el alto porcentaje de problemas de tipo folklórico que quedan fuera de todo modelo de atención (Tabla 54).

TABLA 54
SÍNTOMAS Y MODELOS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

SÍNTOMAS	MODELO MÉDICO	MODELO FOLKLÓRICO	OTROS MODELOS	NINGÚN MODELO CONOCIDO
	%	%	%	%
PSICOLÓGICOS	68,5	3,0	13,0	15,5
FOLKLÓRICOS	3,8	21,4	10,2	64,6
FOLKL. CON SINT. PSICOL.	80,8	2,8	9,2	7,2

ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

En la Tabla 55, se observan las respuestas a las preguntas sobre la identificación de diferentes tipos de desórdenes mentales en la población, como un paso previo a las preguntas sobre el estigma relacionado con los trastornos mentales. Se encuentra que casi un 40% de la población no considera la depresión como un desorden mental, pasando inadvertida, y que el 51,9% de la población no considera los problemas de personalidad como patología psiquiátrica.

TABLA 55
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS COMO TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE IQUITOS 2004

TIPO DE PROBLEMAS	IDENTIFICA COMO TRASTORNO MENTAL	
	SI	No
A) NERVIOS EXCESIVOS O FOBIAS	55,1	38,6
B) TRISTEZA EXCESIVA O DEPRESIÓN	53,1	42,3
C) PSICOSIS O LOCURA	84,2	13,3
D) CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y DROGAS	72,5	23,8
E) PROBLEMAS DEL CARÁCTER O DE LA PERSONALIDAD	42,7	51,9

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

En la Tabla 56, podemos observar los porcentajes de las respuestas de la población general de la selva peruana en relación a las preguntas relacionadas con el estigma contra los trastornos mentales. Los resultados nos muestran que un 27,7% de la población reacciona aceptando a las personas con enfermedades mentales, y está dispuesto a brindarle algún tipo de ayuda en un 52,6%. En el mismo sentido, tratándose de familiares con enfermedades mentales, se tiende a aceptar la enfermedad en ellos en un 17,9% de los casos aproximadamente. Por otro lado, un 11,1% de la población general piensa que, en el caso de sufrir una enfermedad mental, sí sería aceptado en su comunidad. Es alta la expectativa de la población general de la selva peruana, pues un 77,0% 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
IQUITOS 2004

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...?	27,7	2,8	14,0	52,6	1,9	-	1,1
SI USTED TUVIERA (TIENE) UNO O MÁS MIEMBROS DE SU FAMILIA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿USTED...?	17,9	0,5	0,6	80,6	0,0	0,0	0,3
SI USTED TUVIERA UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿CÓMO PIENSA QUE REACCIONARÍA SU COMUNIDAD?	11,1	19,0	14,8	29,2	18,6	-	7,3



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





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

La muestra de las mujeres unidas encuestadas estuvo conformada por 1 192 personas y, considerando el diseño técnico de muestreo, se infiere a 74 656 habitantes para la ciudad de Iquitos (Tabla 57).

TABLA 57
NÚMERO TOTAL DE MUJERES ENCUESTADAS ACTUALMENTE O ALGUNA VEZ UNIDAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS 2004

NÚMERO DE ENCUESTADAS	Frecuencia
MUESTRA TOTAL	1 192
EXPANDIDO	74 656

EDAD

La edad promedio de las mujeres encuestadas está alrededor de los 42,7 años. Más de la mitad (54,3%) corresponde a las edades entre los 25 a 44 años (Tabla 58).

TABLA 58
EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS 2004

GRUPO ETARIO	%
MENOR DE 18 AÑOS	0,5
18 A 24 AÑOS	5,6
25 A 44 AÑOS	54,3
45 A 64 AÑOS	32,3
MAYOR DE 65 AÑOS	7,2

ESCOLARIDAD

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

El 76,7% de las mujeres entrevistadas tiene instrucción primaria o secundaria (Tabla 59).

TABLA 59
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS 2004

GRADO DE ESTUDIOS	%
GRADO DE ANALFABETISMO	3,3
SIN NIVEL/ NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	1,9
PRIMARIA	32,1
SECUNDARIA	44,6
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	12,3
SUPERIOR UNIVERSITARIO	9,0
POSTGRADO	0,2

ESTADO CIVIL

El 77,1% refiere encontrarse en situación de unida (conviviente o casada) y más de la tercera parte (40,0%) corresponde a la condición de conviviente (Tabla 60).

TABLA 60
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS 2004

ESTADO CIVIL	%
CONVIVIENTE	40,0
SEPARADA	14,6
DIVORCIADA	0,6
VIUDA	7,4
CASADA	37,1
SOLTERA	0,2

OCUPACIÓN

El 58,8% refiere haber trabajado la semana anterior, siendo este porcentaje menor con relación al género masculino (76,9%), y sólo el 1,7% ha estado buscando trabajo la semana anterior, lo cual podría indicar que habría un número importante de mujeres que se estarían dedicando a las labores del hogar (Tabla 61).

TABLA 61
SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS 2004

SITUACIÓN LABORAL	%
REALIZÓ ACTIVIDAD LABORAL EN SEMANA ANTERIOR	58,8
ESTUVO BUSCANDO TRABAJO EN SEMANA ANTERIOR	1,7

INGRESOS ECONÓMICOS

Si se comparan las cifras con las del sexo masculino, consignadas en el módulo de adultos, las mujeres unidas tienen ingresos menores. (Tabla 62).

TABLA 62
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS 2004

Promedio de ingreso mensual personal (nuevos soles)	%
MENOS DE S/300	48,8
301 A 600	22,1
601 A 1200	24,7
MÁS DE 1200	4,4

SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA



SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

ENTORNO GENERAL

El desempleo en el país es percibido por más de la mitad de las encuestadas como problema principal (57,7%). La pobreza es otro problema percibido de manera importante (18,6%). La cifra más baja corresponde al narcotráfico (0,1%) (Tabla 63).

TABLA 63
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS 2004

PROBLEMAS PERCIBIDOS	%
DESEMPLEO	57,7
POBREZA	18,6
CORRUPCIÓN	6,3
VIOLENCIA	5,6
DELINCUENCIA	4,5
MANEJO ECONÓMICO	3,0
INESTABILIDAD POLÍTICA	1,2
FALTA DE CONFIANZA	0,5
FALTA DE LIDERAZGO	0,4
TERRORISMO	0,4
NARCOTRÁFICO	0,1
OTRO	1,2

Frente a estos problemas, cerca de la tercera parte de las encuestadas (35,6%) responde con preocupación; con pena, tristeza o depresión, el 25,5% (Tabla 64).

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

SENTIMIENTOS	%
PREOCUPACIÓN	35,6
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	25,5
CÓLERA	9,1
DESILUSIÓN	6,4
DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	4,4
IMPOTENCIA	4,0
AMARGURA	3,5
RABIA	3,1
INDIGNACIÓN	2,3
RESIGNACIÓN	2,1
INDIFERENCIA	1,4
FRUSTRACIÓN	0,7
OTRO	0,7

Cerca de la mitad (44,3%) confía bastante o mucho en su jefe en el trabajo. En cambio, las cifras más altas de poca o nula confianza corresponden a las relacionadas con autoridades políticas (90,0%) y líderes de la comunidad (76,6%) (Tabla 65).

TABLA 65
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS 2004

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLICIALES	60,1	30,8	9,1
AUTORIDADES MILITARES	56,7	32,3	11,0
AUTORIDADES RELIGIOSAS	29,1	27,8	43,1
MAESTROS	23,3	39,3	37,4
MÉDICOS	17,9	38,1	44,0
AUTORIDADES POLÍTICAS	90,0	9,1	0,9
LÍDERES DE SU SINDICATO	61,6	27,5	11,0
LÍDERES DE LA COMUNIDAD	76,6	20,4	2,9
JEFE EN EL TRABAJO	21,9	33,8	44,3
VECINOS	68,0	23,1	8,9
PERIODISTAS	57,4	32,9	9,7
AUTORIDADES JUDICIALES	64,1	26,7	9,1

Un porcentaje alto se siente protegido por Dios (97,4%) mientras que el 72,4% siente que “nada o poco” le protege el Estado (Tabla 66).

TABLA 66
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS 2004

SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO	72,4	22,6	5,1
DE LA FAMILIA	17,4	16,1	66,5
DE SU SINDICATO	43,3	43,0	13,8
DE DIOS	0,8	1,8	97,4
DE LA COMUNIDAD	52,7	33,8	13,4

ESTRESORES PSICOSOCIALES

La delincuencia viene a ser el estresor más importante en las encuestadas. El narcotráfico, la salud y el dinero siguen en importancia. Para más de la mitad (53,9%) la pareja es nada o poco estresante (Tabla 67).

TABLA 67
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS 2004

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	51,6	16,5	31,9
ESTUDIOS	34,8	27,6	37,6
HIJOS Y PARIENTES	48,0	15,7	36,3
PAREJA	53,9	17,4	28,7
DINERO	33,1	26,0	40,9
SALUD	30,7	24,6	44,7
ASUNTOS CON LA LEY	82,4	7,7	9,9
TERRORISMO	45,9	8,8	45,3
DELINCUENCIA	24,0	9,2	66,8
NARCOTRÁFICO	39,1	9,5	51,4

ESTADOS ANÍMICOS

De manera similar a lo señalado en la sección de adultos, 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 (41,9%) y tristeza (25,7%). Por otro lado, un 70,4% siente alegría y el 66,6% siente tranquilidad (Tabla 68).

TABLA 68
ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS 2004

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	3,6	70,7	25,7
TENSA	10,5	68,3	21,2
ANGUSTIADA	23,1	60,8	16,2
IRRITABLE	16,1	64,9	19,0
PREOCUPADA	3,1	54,9	41,9
TRANQUILA	1,0	32,4	66,6
ALEGRE	0,6	28,9	70,4
ABURRIDA	29,0	57,9	13,1

SATISFACCIÓN PERSONAL

La media del grado de satisfacción personal en las mujeres encuestadas es de 16,5 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 IQUITOS 2004

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

Con relación a la satisfacción personal respecto a algunas características personales, más de la mitad se siente satisfecha (“bastante o mucho”) con su religión (86,2%), su color de piel (79,3%), sus estudios (72,7%), su aspecto físico (63,8%), y su nivel intelectual (62,9%). Por otro lado, aproximadamente la mitad de las encuestadas (41,4%) siente “nada o poca” satisfacción con relación al nivel educativo alcanzado (Tabla 70).

TABLA 70
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS 2004

Área	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	12,7	23,5	63,8
COLOR DE PIEL	7,7	13,0	79,3
INTELIGENCIA	12,8	24,3	62,9
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	31,0	44,2	24,8
ESTUDIOS	9,1	18,2	72,7
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	41,4	31,0	27,6
RELIGIÓN	4,7	9,1	86,2
RELACIONES SOCIALES	19,3	30,3	50,5
LUGAR DE RESIDENCIA	17,6	24,6	57,8

SATISFACCIÓN LABORAL

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

TABLA 71
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS 2004

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

Más de la mitad se encuentra satisfecha con relación a los diferentes indicadores laborales; por ejemplo, el 66,7% siente satisfacción (“bastante o mucho”) con las actividades o funciones que realiza y, un 61,4%, con sus compañeros de trabajo (Tabla 72).

TABLA 72
CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS 2004

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	9,3	24,0	66,7
EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	13,7	27,6	58,7
SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	10,4	28,2	61,4
LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	16,6	29,4	54,0
EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES O PATRONES	13,0	25,8	61,3
LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	40,0	37,6	22,4

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 IQUITOS 2004

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (escala de 5 a 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
	18,1	18,3	20,0	17,0	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 7,6 puntos (en una escala de 1 a 10 puntos) (Tabla 74).

TABLA 74
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS 2004

CALIDAD DE VIDA GLOBAL (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	7,6	1,0	7,6	7,6	6,9	8,3

INDICADORES SUICIDAS

Los indicadores suicidas se han explorado en un espectro amplio, desde los deseos de morir hasta el intento suicida. Los deseos de morir representan el nivel más sensible en la evaluación. En la muestra, el 39,9% de la población de mujeres unidas o alguna vez unidas ha deseado morir alguna vez en su vida. El aspecto referido al pensamiento de índole suicida explora la parte cognoscitiva de la conducta potencialmente suicida, y en las mujeres unidas ha sido mayor que en los adultos masculinos, tanto en la prevalencia de vida (15,8% vs. 9,1%) y prevalencia mensual (2,0% vs. 1,4%) como en la prevalencia anual (5,1% vs. 2,6%). El intento suicida involucra también la conducta y presenta una prevalencia de vida de 2,6%, siendo mayor al del adulto masculino (2,3%) (Tabla 75).

TABLA 75
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE IQUITOS 2004

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	39,9
PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR	7,2
PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR	15,9
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	15,8
PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	2,0
PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	5,1
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	5,6
PREVALENCIA MENSUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	0,3
PREVALENCIA ANUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	1,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS	2,6
PREVALENCIA MENSUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,3
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,1

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la tabla 76a se observa una cifra importante de la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico (42,3%). Otras cifras llamativas son la prevalencia de vida del estrés postraumático (11,4%) y del episodio depresivo (30,5%).

TABLA 76A
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN EL CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LA CIUDAD DE IQUITOS 2004

TRASTORNO CLÍNICO	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	42,3
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO	19,2
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO	15,9
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO	9,1
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	12,3
PREVALENCIA ANUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	5,2
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	4,9
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	3,9
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	11,4
PREVALENCIA ANUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	2,8
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	2,1
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	1,0
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	30,5
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	11,4
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	8,9
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	4,0
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA	1,1
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	0,7

En la tabla 76b se muestran datos comparativos correspondientes a las ciudades de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto de la mujer actualmente unida, 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 IQUITOS, PUCALLPA Y TARAPOTO DE LA SELVA PERUANA 2004

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

CONTINUA...

TRASTORNO SEGÚN LA CIE-10	IQUITOS %	PUCALLPA %	TARAPOTO %	TOTAL %
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	3,1	2,5	1,2	2,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	2,4	1,9	0,8	1,9
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,2	1,3	0,6	1,1
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	29,0	23,6	25,8	26,7
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	12,1	8,0	10,7	10,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	9,6	5,9	7,8	8,1
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	4,2	2,8	2,8	3,5
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA	0,9	2,0	0,6	1,2
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	0,5	0,8	0,3	0,6

ABUSO EN LA MUJER UNIDA

En la ciudad de Iquitos se ha considerado también el abuso a la mujer unida o alguna vez unida, el haber sido víctima de actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, agresiones verbales o situaciones de abandono.

TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO

Con relación al trato inadecuado en el periodo de enamoramiento de la pareja actual (o última pareja), se indaga una variedad de comportamientos inadecuados, correspondiendo las cifras más altas a celos desmesurados (37,7%) y el tener actitudes machistas (30,2%). Aproximadamente la quinta parte dice que su pareja la descuidaba por el consumo de alcohol (18,7%), le mentía mucho, la engañaba (23,8%) y la controlaba mucho (29,0%). Las prevalencias más bajas corresponden a las relaciones sexuales forzadas (3,8%), le gritaba mucho (6,5%), maltrato físico (8,2%) y arranques de violencia (9,0%) (Tabla 77).

TABLA 77
CARACTERÍSTICAS DEL TRATO INADECUADO DE LA PAREJA ACTUAL EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE IQUITOS 2004

PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	%
LE GRITABA MUCHO	6,5
TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	9,0
LA ENGAÑÓ	23,8
LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	8,2
LA FORZÓ A RELACIONES SEXUALES	3,8
SE MOSTRÓ INDIFERENTE	11,7
LE MENTÍA MUCHO	23,8
ERA MUY CELOSO	37,7
LA CONTROLABA MUCHO	29,0
LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	18,7
TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	30,2
OTRO	0,8

En la estimación global de tratos inadecuados a mujeres unidas, en el periodo de enamoramiento, por su actual pareja o última pareja, aproximadamente dos tercios de esta muestra (61,9%) son objeto de estos tratos inadecuados, y un poco más de la décima parte (14,4%) sufre algún tipo de violencia (Tabla 78).

TABLA 78
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO
CON PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ
UNIDAS DE IQUITOS 2004

TRATO INADECUADO EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO	TOTAL %
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA (AL MENOS UN TIPO DE MALTRATO)	61,9
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	14,4

ABUSO HACIA LA MUJER POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL

Se seleccionó una sub-muestra para determinar aquellas mujeres unidas que tienen pareja actual, ya sea por matrimonio o convivencia; la sub-muestra fue del 80,2% de la muestra total que, ponderada o expandida, representa a 115 036 mujeres unidas de la población. En la Tabla 79 se observa que más de la mitad de las encuestadas (60,4%) presenta una prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual. En cambio, los insultos y el abuso físico siguen en orden de frecuencia y aproximadamente una de cada 10 mujeres unidas es víctima de abuso sexual (11,2%). Esta cifras son similares en las otras ciudades de la selva peruana.

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

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	IQUITOS %	PUCALLPA %	TARAPOTO %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE ALGÚN ABUSO	60,4	59,1	59,1	59,8	$F = 0,184$ $df1 = 1,735$ $df2 = 603,698$ $p = 0,801$
ABUSO SEXUAL	11,2	12,7	10,6	11,5	$F = 0,748$ $df1 = 1,861$ $df2 = 647,723$ $p = 0,465$
ABUSO FÍSICO	44,3	40,5	41,5	42,6	$F = 1,419$ $df1 = 1,753$ $df2 = 609,938$ $p = 0,243$
INSULTOS	52,7	51,4	52,9	52,3	$F = 0,194$ $df1 = 1,796$ $df2 = 625,043$ $p = 0,801$
CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	23,2	24,3	26,5	24,2	$F = 0,756$ $df1 = 1,811$ $df2 = 630,320$ $p = 0,458$
ABANDONO	16,5	14,8	15,7	15,8	$F = 0,452$ $df1 = 1,897$ $df2 = 660,127$ $p = 0,626$

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 Iquitos (Tabla 80).

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

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	IQUITOS %	PUCALLPA %	TARAPOTO %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL	35,1	33,9	31,8	34,1	$F = 0,658$ $df1 = 3,300$ $df2 = 1148,309$ $p = 0,592$
ABUSO SEXUAL	4,5	6,8	3,7	5,1	$F = 3,945$ $df1 = 1,707$ $df2 = 593,863$ $p = 0,026$
ABUSO FÍSICO	14,0	13,3	10,5	13,2	$F = 1,887$ $df1 = 1,782$ $df2 = 620,148$ $p = 0,157$
INSULTOS	31,1	29,6	28,5	30,2	$F = 0,673$ $df1 = 1,869$ $df2 = 650,472$ $p = 0,501$
CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	13,7	12,5	13,0	13,2	$F = 0,306$ $df1 = 1,760$ $df2 = 612,565$ $p = 0,709$
ABANDONO	9,2	7,2	7,1	8,2	$F = 1,666$ $df1 = 1,724$ $df2 = 599,889$ $p = 0,194$

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

En la Tabla 81 se puede observar que un 13,2% de mujeres unidas de Iquitos presenta prevalencia anual de abuso sistemático. Estas cifras son similares a las de las otras ciudades.

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

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	IQUITOS %	PUCALLPA %	TARAPOTO %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	13,2	11,5	11,2	12,3	$F = 1,032$ $df1 = 1,724$ $df2 = 600,059$ $p = 0,348$
ABUSO SEXUAL	0,9	2,1	1,1	1,3	$F = 3,091$ $df1 = 1,736$ $df2 = 604,194$ $p = 0,053$
ABUSO FÍSICO	1,9	1,9	1,9	1,9	$F = 0,005$ $df1 = 1,739$ $df2 = 605,293$ $p = 0,990$
INSULTOS	12,0	9,1	9,6	10,6	$F = 2,523$ $df1 = 1,769$ $df2 = 615,491$ $p = 0,088$
CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	6,5	4,7	4,9	5,6	$F = 1,784$ $df1 = 1,693$ $df2 = 589,140$ $p = 0,174$
ABANDONO	2,5	2,0	3,3	2,5	$F = 0,845$ $df1 = 1,778$ $df2 = 618,882$ $p = 0,418$

A diferencia de las cifras mostradas en la Tabla 78, con relación a los tratos inadecuados durante el periodo de enamoramiento, en la población de mujeres maltratadas sistemáticamente, éstas ascienden a un 81,8%. Este contraste es mayor cuando se trata de la prevalencia de algún tipo de violencia (37,8% vs. 14,4%) (Tabla 82).

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

ANTECEDENTES AL MALTRATO	%
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	81,8
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	37,8

De manera similar lo hallado en 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 (60,5%) y en las autoridades políticas (86,5%) (Tabla 83).

TABLA 83
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS 2004

CONFIANZA EN:	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
AUTORIDADES POLICIALES	60,5	31,2	8,3
AUTORIDADES POLÍTICAS	86,5	12,5	1,0
AUTORIDADES JUDICIALES	53,5	31,1	15,4

La percepción de sentirse protegida por parte del entorno familiar es compartida por más de la mitad de la muestra (52,3%) y es menor en comparación a la encontrada en población general de mujeres unidas (66,5%). Por otro lado, el 79,1% “no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas por el Estado”, siendo esta cifra mayor en comparación al de las mujeres unidas en general (72,4%.) (Tabla 84).

TABLA 84
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS 2004

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
	%	%	%
DEL ESTADO	79,1	17,4	3,5
DE LA FAMILIA	22,9	24,8	52,3

ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

El estresor psicosocial que más perturba a las mujeres maltratadas sistemáticamente es la pareja (41,2%) y el menos perturbador es el trabajo (52,1%) (Tabla 85).

TABLA 85
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS
SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS 2004

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	52,1	17,6	30,2
ESTUDIOS	23,6	40,4	36,0
HIJOS Y PARIENTES	47,6	17,2	35,1
PAREJA	37,3	21,4	41,2
DINERO	35,6	24,5	39,9
SALUD	30,7	32,1	37,2

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 (65,7%) y tristeza (44,9%), siendo estas cifras mayores con relación al total de encuestadas (preocupación, 41,9% y tristeza, 25,7%) (Tabla 86).

TABLA 86
SENTIMIENTOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE
DE IQUITOS 2004

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	2,4	52,7	44,9
TENSA	3,5	60,3	36,2
ANGUSTIADA	11,8	54,0	34,2
IRRITABLE	7,9	62,8	29,3
PREOCUPADA	0,7	33,7	65,7
TRANQUILA	2,9	49,6	47,5
ALEGRE	2,7	43,7	53,6
ABURRIDA	18,7	56,9	24,4

SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

La satisfacción personal en las mujeres maltratadas sistemáticamente (promedio 15,6) no es muy diferente al de las mujeres unidas en general (promedio 16,5) (Tablas 69 y 87).

TABLA 87
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS
SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS 2004

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

INDICADORES SUICIDAS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

Aproximadamente la mitad de las mujeres maltratadas sistemáticamente han deseado morir alguna vez en su vida y, cerca de la cuarta parte, en el último año. En el caso de pensamientos suicidas, los datos son considerablemente mayores, casi el doble, con relación a la muestra total de mujeres unidas: prevalencia de vida 22,2% vs. 15,8%; prevalencia anual de 12,6% vs. 5,1% (Tabla 88).

TABLA 88
IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS 2004

PREVALENCIAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	50,9
PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR	10,5
PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR	23,8
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	22,2
PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	5,5
PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	12,6

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 (3,5% vs. 2,6%) (Tabla 89).

TABLA 89
INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS 2004

PREVALENCIAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE INTENTO SUICIDA	3,5
PREVALENCIA MENSUAL DE INTENTO SUICIDA	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE INTENTO SUICIDA	0,8
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,6

FACTORES PROTECTORES EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

El grado de cohesión familiar en las mujeres maltratadas sistemáticamente (16,8) es ligeramente menor que en 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 IQUITOS 2004

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	16,8	2,4	17,5	17,5	15,0	18,3

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

Las mujeres maltratadas sistemáticamente refieren tener regular calidad de vida global (7,3), siendo esta cifra menor a la cifra de la mujer unida en general (7,6%) (Tablas 74 y 91).

TABLA 91
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS
SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS 2004

CALIDAD DE VIDA GLOBAL (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	7,3	1,0	7,2	8,0	6,6	8,0

TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

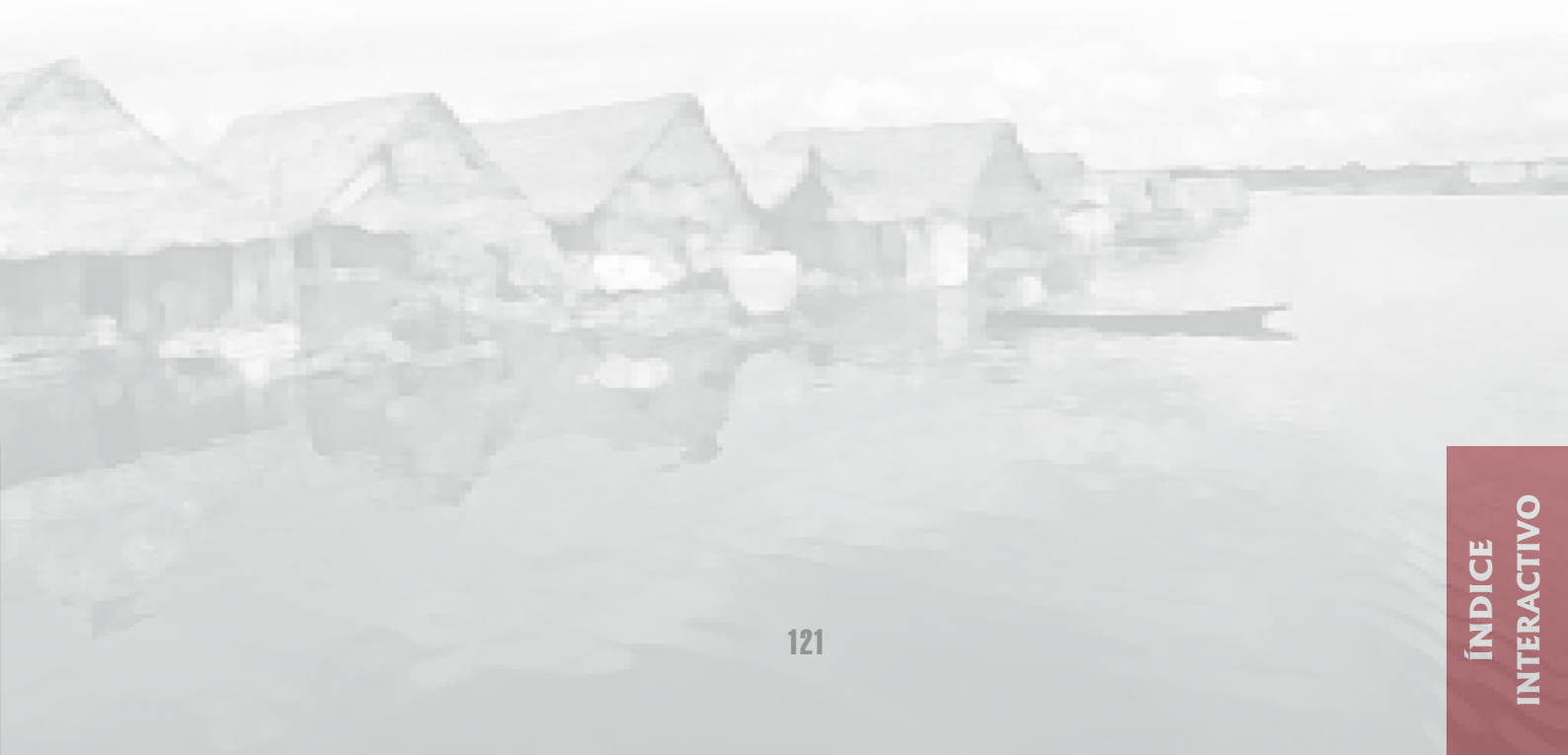
En la Tabla 92 se observa que las prevalencias de los trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente son elevadas en general, si se comparan estas cifras con los trastornos clínicos observados en las mujeres unidas encuestadas que no son víctimas de maltrato sistemático; se pueden evidenciar diferencias importantes como, por ejemplo, la prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad generalizada (9,5% vs. 3,8%); la prevalencia actual del trastorno de estrés postraumático (1,5% vs. 1,1%); la prevalencia a seis meses del episodio depresivo (depresión mayor) (14,9% vs. 8,9%), etc.

TABLA 92
ALGUNOS TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS
SISTEMÁTICAMENTE DE IQUITOS 2004

TRASTORNO CLÍNICO	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	56,3% (VERSUS 38,7% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 15,523$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,00014$
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO	29,4% (VERSUS 18,2% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 8,576$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,004$
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO	26,8% (VERSUS 14,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 11,778$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,001$
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO	16,3% (VERSUS 7,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 8,075$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,005$
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	9,5% (VERSUS 3,8% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 6,259$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,014$
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	8,4% (VERSUS 2,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 7,200$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,008$
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	15,6% (VERSUS 10,7% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 1,945$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,166$
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,5% (VERSUS 1,1% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 0,139$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,710$
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	39,2% (VERSUS 27,6% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 5,839$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,017$
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	17,8% (VERSUS 11,3% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 4,103$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,045$
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	14,9% (VERSUS 8,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 4,745$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,031$
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	7,0% (VERSUS 3,8% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 2,300$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,132$
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	0,8% (VERSUS 0,4% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 0,255$ $df1 = 1$ $df2 = 116$ $p = 0,615$



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS





CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

El número de adolescentes encuestados fue de 655, cifra que, de acuerdo al diseño técnico del muestreo, otorga una inferencia a 63 375 adolescentes de la ciudad de Iquitos. En la muestra se encontró una proporción de 50,1% de varones y 49,9% de mujeres (Tabla 93).

TABLA 93
TOTAL DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS Y POBLACIÓN PONDERADA DE IQUITOS 2004

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL	655	50,1	49,9
PONDERADA	63, 375	50,6	49,4

EDAD

La edad promedio de los adolescentes encuestados es de 14,4 años, apreciándose similitud entre los grupos de 12 a 14 y 15 a 17 años (Tabla 94).

TABLA 94
EDAD DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS DE IQUITOS 2004

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	14,4	1,7
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR
12 A 14 AÑOS	50,6%	49,9%
15 A 17 AÑOS	49,4%	50,1%

ESCOLARIDAD

Se ha encontrado que la prevalencia de analfabetismo en la población adolescente de Iquitos es de 1,3%, mucho menor que en la población adulta; sin embargo, si se compara con sus semejantes de las ciudades de la sierra y lima metropolitana, es mayor, siendo la prevalencia en estas ciudades de 0,3 y 0,5%. El mayor porcentaje de los adolescentes que estudian o han estudiado tiene nivel secundario (63,0%) y, una pequeña proporción, nivel superior (0,4%) (Tabla 95).

TABLA 95
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE IQUITOS 2004

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
GRADO DE ANALFABETISMO	1,3	2,4	0,5
PRIMARIA	36,6	32,5	40,8
SECUNDARIA	63,0	67,2	58,7
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,2	0,2	0,2
SUPERIOR UNIVERSITARIO	0,2	0,1	0,3

ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil, el 98,2% de los adolescentes es soltero. Se ha encontrado que el 3,1% de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo, y el 0,5% informó haber abortado; datos que son semejantes a los de la sierra y notablemente mayores a los de Lima Metropolitana.

OCUPACIÓN

La ocupación laboral de los adolescentes suele ser uno de los indicadores de los problemas económicos familiares. El 14,7% de los adolescentes de Iquitos se encontraba trabajando la semana anterior a la encuesta (Tabla 96), con un ingreso mensual neto promedio de 133,17 nuevos soles.

TABLA 96
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADOLESCENTES DE IQUITOS 2004

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	14,7	20,0	9,2
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	2,4	3,6	1,3

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE



SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Considerando que la adolescencia es la etapa en la que el ser humano completa las tareas del desarrollo para alcanzar la adultez y que el éxito de esta etapa determina muchas veces el éxito en la vida, se han estudiado los problemas que conllevan en deterioro de su salud mental y trastornos psicopatológicos, como la ansiedad y depresión; problemas o trastornos que pasan fácilmente inadvertidos por los adultos, así como aspectos contextuales tanto a nivel macro como del desenvolvimiento social.

ENTORNO GENERAL

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

TABLA 97
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS DEL PAÍS POR LOS ADOLESCENTES DE IQUITOS 2004

PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
DESEMPLEO	25,3	27,1	23,5	TERRORISMO	3,8	4,2	3,4
POBREZA	19,2	20,9	17,4	FALTA DE CONFIANZA	2,7	1,3	4,2
VIOLENCIA	15,9	10,2	21,7	NARCOTRÁFICO	2,1	2,8	1,4
DELINCUENCIA	12,8	11,5	14,3	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,6	2,4	0,7
CORRUPCIÓN	9,5	13,1	5,7	FALTA DE LIDERAZGO	0,5	0,4	0,6
MANEJO ECONÓMICO	4,0	3,8	4,2	OTROS	2,1	2,1	2,1

TABLA 98
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN ADOLESCENTES DE IQUITOS 2004

SENTIMIENTOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	SENTIMIENTOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	34,3	29,5	39,3	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	2,0	1,4	2,6
PREOCUPACIÓN	27,9	31,7	23,9	RESIGNACIÓN	1,7	2,1	1,1
CÓLERA	7,4	7,5	7,3	INDIGNACIÓN	2,7	0,5	5,1
DESILUSIÓN	7,4	8,6	6,0	IMPOTENCIA	1,0	0,7	1,4
AMARGURA	4,5	5,5	3,4	FRUSTRACIÓN	0,1	0,3	0,0
INDIFERENCIA	1,7	1,0	2,3	OTROS	0,5	0,4	0,7
RABIA	8,2	10,1	6,2				

Respecto a la confianza en las autoridades, al igual que en Lima-Callao y en las ciudades de la sierra encuestadas, llama la atención la baja confianza de los adolescentes en las autoridades políticas (73,3%), así como en los líderes comunales (62,3%) y en las autoridades policiales (37,9%); estos resultados contrastan con la confianza plena de los adolescentes en los médicos (60,6%), los maestros (58,7%) y los religiosos (45,3%) (Tabla 99).

TABLA 99
CONFIANZA EN LAS AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
IQUITOS 2004

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLÍTICAS			
TOTAL	73,3	21,5	5,2
MASCULINO	68,7	26,2	5,1
FEMENINO	78,0	16,8	5,2
LÍDERES COMUNALES			
TOTAL	62,3	28,9	8,8
MASCULINO	62,0	29,1	8,9
FEMENINO	62,6	28,7	8,7
AUTORIDADES POLICIALES			
TOTAL	37,9	37,7	24,4
MASCULINO	36,5	36,1	27,4
FEMENINO	39,4	39,4	21,2
MILITARES			
TOTAL	43,0	33,1	23,9
MASCULINO	36,1	34,0	29,9
FEMENINO	50,1	32,2	17,6
RELIGIOSOS			
TOTAL	30,5	24,2	45,3
MASCULINO	32,6	23,0	44,5
FEMENINO	28,5	25,4	46,1
LÍDERES SINDICALES			
TOTAL	76,4	23,6	0,0
MASCULINO	76,4	23,6	0,0
FEMENINO	0,0	0,0	0,0
MAESTROS			
TOTAL	17,2	24,2	58,7
MASCULINO	14,0	24,5	61,5
FEMENINO	20,4	23,9	55,7
MÉDICOS			
TOTAL	14,4	25,0	60,6
MASCULINO	11,9	28,1	60,0
FEMENINO	17,0	21,8	61,2
JEFE DE TRABAJO			
TOTAL	17,3	21,9	60,8
MASCULINO	11,0	15,3	73,8
FEMENINO	32,3	37,7	30,0
VECINOS			
TOTAL	55,7	29,1	15,3
MASCULINO	51,6	31,8	16,6
FEMENINO	59,9	26,3	13,9
PERIODISTAS			
TOTAL	39,6	34,8	25,5
MASCULINO	43,3	30,7	26,1
FEMENINO	35,9	39,2	24,9

ESTRESORES PSICOSOCIALES

Con relación a los estresores psicosociales que percibe el adolescente como muy tensionantes, resaltan la delincuencia (54,3%), el narcotráfico (46,9%), la salud (46,5%) y el terrorismo (40,7%) (Tabla 100).

TABLA 100
MAGNITUD DE TENSION FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS 2004

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO			
TOTAL	57,9	25,5	16,6
MASCULINO	56,2	29,7	14,2
FEMENINO	61,4	17,0	21,6
ESTUDIO			
TOTAL	46,0	22,0	32,0
MASCULINO	46,4	23,9	29,7
FEMENINO	45,5	20,0	34,4
PARIENTES			
TOTAL	55,5	13,4	31,0
MASCULINO	55,8	15,0	29,2
FEMENINO	55,3	11,8	32,9
PAREJA			
TOTAL	70,6	17,1	12,4
MASCULINO	64,0	22,1	13,9
FEMENINO	81,8	8,4	9,8
DINERO			
TOTAL	59,5	20,1	20,3
MASCULINO	64,4	17,6	18,0
FEMENINO	54,5	22,7	22,8
LA SALUD			
TOTAL	41,2	12,3	46,5
MASCULINO	40,9	14,9	44,2
FEMENINO	41,5	9,6	48,9
LA LEY			
TOTAL	79,2	11,9	9,0
MASCULINO	80,3	11,7	8,0
FEMENINO	77,9	12,1	10,0
TERRORISMO			
TOTAL	47,8	11,4	40,7
MASCULINO	46,5	13,2	40,4
FEMENINO	49,3	9,7	41,1
DELINCUENCIA			
TOTAL	34,2	11,5	54,3
MASCULINO	39,7	12,1	48,2
FEMENINO	28,5	10,8	60,7
NARCOTRÁFICO			
TOTAL	41,4	11,7	46,9
MASCULINO	44,0	11,7	44,3
FEMENINO	38,7	11,8	49,6

Respecto al estrés ambiental, el 62,0% de los adolescentes percibe un alto nivel de estrés (ruidos, ventilación, olores, espacio), cifra mayor a la de los adolescentes de Lima y Callao (42,6%) (EEMSM 2002).

ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

En cuanto a los estados anímicos que, sin ser por sí mismos patológicos, pueden repercutir significativamente en la calidad de vida de los adolescentes, en este estudio son llamativos los resultados respecto a los estados negativos: el 13,8% y el 19,6% de los adolescentes refiere 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 (27,6), hallándose relación con el tener que asumir responsabilidades por algo. Estas cifras son similares a las encontradas en ciudades de la sierra, Lima y Callao (Tabla 101).

TABLA 101
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS 2004

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE			
TOTAL	11,3	72,8	16,0
MASCULINO	13,4	76,7	9,9
FEMENINO	9,0	68,7	22,3
TENSO			
TOTAL	27,8	58,4	13,8
MASCULINO	31,2	59,4	9,4
FEMENINO	24,3	57,3	18,4
ANGUSTIADO			
TOTAL	35,4	50,3	14,2
MASCULINO	39,9	49,1	11,0
FEMENINO	30,8	51,6	17,6
IRRITABLE			
TOTAL	29,3	51,0	19,6
MASCULINO	30,8	55,6	13,7
FEMENINO	27,8	46,3	25,9
PREOCUPADO			
TOTAL	15,4	57,1	27,6
MASCULINO	15,3	65,8	18,9
FEMENINO	15,4	47,9	36,6
TRANQUILO			
TOTAL	3,5	24,0	72,4
MASCULINO	4,2	20,1	75,6
FEMENINO	2,8	28,1	69,1
ALEGRE			
TOTAL	1,5	18,0	80,6
MASCULINO	1,4	15,3	83,3
FEMENINO	1,5	20,8	77,7
ABURRIDO			
TOTAL	26,9	57,9	15,2
MASCULINO	29,1	55,7	15,2
FEMENINO	24,6	60,2	15,2
OTRO			
TOTAL	4,7	29,3	66,0
MASCULINO	0,0	32,7	67,3
FEMENINO	9,1	26,2	64,7

SATISFACCIÓN PERSONAL

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

La mayor fuente de satisfacción hallada es su aspecto físico, religión, inteligencia y profesión u oficio, en 73,6%, 69,8%, 69,5% y 52,8% respectivamente. El 23,3% está muy poco o nada satisfecho con su nivel económico, área que es la que provee con mayor frecuencia escasa satisfacción personal respecto a las otras áreas estudiadas (Tabla 103).

TABLA 102
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
IQUITOS 2003

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

TABLA 103
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS 2004

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO			
TOTAL	9,0	17,4	73,6
MASCULINO	11,5	15,2	73,2
FEMENINO	6,4	19,7	74,0
INTELIGENCIA			
TOTAL	9,3	21,2	69,5
MASCULINO	9,9	20,0	70,1
FEMENINO	8,7	22,5	68,8
NIVEL ECONÓMICO			
TOTAL	23,3	36,7	40,0
MASCULINO	23,5	37,5	39,0
FEMENINO	23,0	35,9	41,0
RELACIONES SOCIALES			
TOTAL	16,1	27,1	56,8
MASCULINO	13,6	28,5	58,0
FEMENINO	18,7	25,7	55,6
COLOR DE LA PIEL			
TOTAL	8,7	12,6	78,7
MASCULINO	9,6	12,8	77,6
FEMENINO	7,7	12,4	79,9
PROFESIÓN U OFICIO			
TOTAL	11,3	35,9	52,8
MASCULINO	6,0	27,8	66,2
FEMENINO	14,0	39,9	46,1
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO			
TOTAL	14,8	22,3	62,9
MASCULINO	14,3	24,6	61,1
FEMENINO	15,2	19,9	64,8
RELIGIÓN			
TOTAL	12,4	17,8	69,8
MASCULINO	14,9	20,4	64,7
FEMENINO	9,8	15,2	75,0
LUGAR DE RESIDENCIA			
TOTAL	14,6	23,9	61,5
MASCULINO	12,9	24,7	62,4
FEMENINO	16,4	23,0	60,6

SATISFACCIÓN LABORAL

Partiendo del hecho de que muchos adolescentes tienen que trabajar para ayudar a mantener sus hogares, se consideró importante la evaluación de esta área. En lo que respecta a la evaluación global, el grado de satisfacción laboral (16,5%) es similar al del adolescente de Lima y Callao (16,3%) y al de la sierra (16,0%), siendo la mayor razón de insatisfacción laboral la carga de trabajo que desarrolla diariamente (17,3%). Es importante resaltar que un 65,6% de los adolescentes encuestados señale a los compañeros de trabajo como fuente de satisfacción laboral (Tablas 104 y 105).

TABLA 104
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN
ADOLESCENTE DE IQUITOS 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,5	17,0	20,0	15,0	18,3
MASCULINO	16,4	16,7	20,0	15,0	18,3
FEMENINO	16,5	17,0	17,0	16,0	18,0

TABLA 105
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
IQUITOS 2004

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA			
TOTAL	8,8	28,3	62,8
MASCULINO	12,0	28,6	59,4
FEMENINO	1,4	27,7	70,9
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA			
TOTAL	21,6	23,0	55,4
MASCULINO	20,3	21,2	58,5
FEMENINO	24,6	27,3	48,1
CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE			
TOTAL	17,3	44,7	37,9
MASCULINO	20,9	40,0	39,1
FEMENINO	9,1	55,8	35,1
CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES			
TOTAL	13,5	21,4	65,0
MASCULINO	15,2	26,7	58,0
FEMENINO	9,7	9,3	81,1
CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO			
TOTAL	24,2	10,2	65,6
MASCULINO	24,3	12,3	63,4
FEMENINO	23,9	0,0	76,1
CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE			
TOTAL	34,7	30,9	34,4
MASCULINO	29,8	31,8	38,5
FEMENINO	46,6	28,8	24,6

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, se encuentra en 7,8, cifra que indica un nivel aceptable. El valor encontrado es semejante a la media de los adolescentes de las ciudades de la sierra y de Lima y Callao (Tabla 106).

TABLA 106
CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
IQUITOS 2004

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

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. Las tendencias psicopáticas se refieren a conductas como la mentira frecuente o la violencia. Como tendencias delictivas, se consideran el robo u otras conductas abiertamente en conflicto con la ley. La permisividad frente a la psicopatía, así como la prevalencia de tendencias delictivas en la población adolescente de Iquitos, son significativamente menos frecuentes que en la población de adolescentes de la sierra (9,8% y 10,6%) y de Lima y Callao (8,6% y 9,9%); sin embargo, la prevalencia de tendencias psicopáticas es ligeramente superior (Tabla 107).

TABLA 107
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS 2004

ASPECTOS PSICOPATICOS	%
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	
TOTAL	4,8
MASCULINO	5,4
FEMENINO	4,1
PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	
TOTAL	47,8
MASCULINO	51,3
FEMENINO	44,1
PREVALENCIA DE TENDENCIAS DELICTIVAS	
TOTAL	3,0
MASCULINO	3,2
FEMENINO	2,8

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 23,9% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 14,9% en el último año y un 7,0% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria, el 0,9% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, el 0,6% en el último año y el 0,4 el último mes. 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
IQUITOS 2004

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL %	12 A 14 AÑOS %	15 A 17 AÑOS %
DESEOS DE ÍNDOLE SUICIDA			
PREVALENCIA DE VIDA	23,9	21,9	25,9
PREVALENCIA ANUAL	14,9	13,9	15,9
PREVALENCIA MENSUAL	7,0	8,2	5,9
PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA			
PREVALENCIA DE VIDA	8,4	7,1	9,8
PREVALENCIA ANUAL	4,4	4,7	4,1
PREVALENCIA MENSUAL	2,2	2,7	1,7
PLANEACIÓN SUICIDA			
PREVALENCIA DE VIDA	3,7	2,4	5,1
PREVALENCIA ANUAL	2,3	2,2	2,3
PREVALENCIA MENSUAL	1,4	1,5	1,2
CONDUCTAS SUICIDAS			
PREVALENCIA DE VIDA	0,9	1,0	0,8
PREVALENCIA ANUAL	0,6	1,0	0,3
PREVALENCIA MENSUAL	0,4	0,4	0,3
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,3	0,0	0,6

Como se demuestra en la Tabla 109, los motivos de deseo e intento de suicidio están relacionados entre sí. En cuanto a los motivos por los cuales los adolescentes desean o intentan quitarse la vida, resaltan principalmente los problemas con los padres (55,8 % y 44,3%), siendo más relevantes entre los 15 y 17 años (60,9 y 73,1%). Luego, siguen los problemas con otros parientes y con los estudios. En los adolescentes de 12 a 14 años, además de los problemas con los padres, resaltan los problemas con otros parientes (10,9 y 39,2%).

Es importante remarcar que las causas principales de los indicadores suicidas en esta ciudad de la Selva se hallan en el mismo hogar, dato semejante al que se encontró en ciudades de la sierra (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) y en Lima y Callao (EEMSM 2002).

TABLA 109
MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS 2004

MOTIVOS DEL DESEO O INTENTO SUICIDA	MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS
	%	%
PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN		
TOTAL	0,4	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	0,8	0,0
PROBLEMAS CON LOS PADRES		
TOTAL	55,8	44,3
12 A 14	50,0	20,9
15 A 17	60,9	73,1
PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES		
TOTAL	10,1	21,6
12 A 14	10,9	39,2
15 A 17	9,5	0,0
PROBLEMAS CON LA PAREJA		
TOTAL	1,1	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	2,1	0,0
MUERTE DE PADRES		
TOTAL	1,6	0,0
12 A 14	1,7	0,0
15 A 17	1,5	0,0
PROBLEMAS CON LOS ESTUDIOS		
TOTAL	9,1	0,0
12 A 14	16,4	0,0
15 A 17	2,7	0,0
PROBLEMAS ECONÓMICOS		
TOTAL	5,7	0,0
12 A 14	4,3	0,0
15 A 17	6,9	0,0
PROBLEMAS CON EL TRABAJO		
TOTAL	1,6	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	3,1	0,0
PROBLEMAS CON LA SALUD FÍSICA		
TOTAL	2,1	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	4,0	0,0
SEPARACIÓN DE PAREJA O ENAMORADA(O)		
TOTAL	0,3	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	0,6	0,0
SEPARACIÓN DE FAMILIAR		
TOTAL	3,8	12,1
12 A 14	2,8	0,0
15 A 17	4,7	26,9
PROBLEMAS DE SALUD DE UN FAMILIAR		
TOTAL	2,4	0,0
12 A 14	2,2	0,0
15 A 17	2,5	0,0
PROBLEMAS CON AMIGOS		
TOTAL	5,4	0,0
12 A 14	2,5	0,0
15 A 17	7,9	0,0
OTROS		
TOTAL	16,1	22,0
12 A 14	19,2	39,9
15 A 17	13,4	0,0

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 a menores. Se encontró que un 19,8% de la población adolescente se ha visto involucrada en algún tipo de estas conductas, no existiendo mayores diferencias entre grupos etarios. En cuanto al pensamiento homicida, las prevalencias también resultan llamativas: un 2,3% de la población adolescente habría tenido alguna vez en su vida pensamientos homicidas (Tabla 110). Estos indicadores son menores a los hallados en los adolescentes de Lima y Callao (23.5 y 3.2%) (EEMSM 2002).

TABLA 110
TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
IQUITOS 2004

INDICADOR	AÑOS	%
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	TOTAL	19,8
	12 A 14 AÑOS	14,9
	15 A 17 AÑOS	24,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	2,3
	12 A 14 AÑOS	1,9
	15 A 17 AÑOS	2,7
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	0,9
	12 A 14 AÑOS	1,4
	15 A 17 AÑOS	0,5
PREVALENCIA ANUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	1,7
	12 A 14 AÑOS	1,5
	15 A 17 AÑOS	1,9

FACTORES PROTECTORES

El grado de cohesión familiar medido a través del respeto y apoyo mutuo, el orgullo familiar, o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos entre los adolescentes de Iquitos, 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: el 91,8% considera importante a Dios en su vida, inclusive más que para el promedio de adolescentes de las ciudades de la sierra y de Lima y Callao. La mayoría afirma que la religión ayuda a la solución de problemas (68,6%).

TABLA 111
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
IQUITOS 2004

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	17,5	18,3	20,0	15,8	19,2
MASCULINO	17,4	18,3	20,0	15,8	19,2
FEMENINO	17,5	18,3	20,0	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 (5,1%), seguido del trastorno de ansiedad generalizada con una prevalencia actual de 3,9%. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia nerviosa es de 0,2%, la conducta bulímica es de 3,4% y la tendencia a problemas o trasgresiones de la conducta alimentaria es de 5,5% (Tabla 112).

TABLA 112
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS 2004

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

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

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

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

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

USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Al igual que en el adulto y el adolescente de la sierra y Lima y Callao, las prevalencias de consumo de sustancias adictivas son mayores en los adolescentes de género masculino. Como es de esperar, el consumo de alcohol aventaja en frecuencia al consumo de otras sustancias adictivas, siendo su prevalencia de vida 62,1% y la prevalencia mensual de 13,2%. Con relación a conductas problemáticas por consumo de licor, se encuentra una prevalencia mensual de embriaguez alcohólica del 0,9%. Es de notar que el 10,9% de los adolescentes encuestados identifica en su consumo de alcohol por lo menos una conducta relacionada con el abuso (Tabla 113).

Observamos que la prevalencia de vida del consumo de sustancias adictivas legales se encuentra en 65,1% y de ilegales en 1,7%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (22,8%), seguida de las pastillas para el dolor de cabeza (2,4%), la marihuana (0,9%) y la hoja de coca (0,6%) y (Tabla 114).

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

TABLA 113
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
IQUITOS 2004, INCLUIDA DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	62,1	62,2	61,9
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	13,2	13,5	12,9
PREVALENCIA MENSUAL DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	0,9	1,1	0,7
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	10,9	13,1	8,7
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	3,3	4,5	2,0
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	1,0	1,3	0,8

TABLA 114
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA DE SUSTANCIAS ADICTIVAS LEGALES E ILEGALES EN LA
POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS 2004, INCLUIDA DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

TIPO DE SUSTANCIA	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	65,1	64,9	65,4
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	1,7	2,4	1,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	22,8	27,7	17,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	1,1	1,3	1,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,2	0,0	0,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	0,5	0,7	0,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,9	1,0	0,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA	0,4	0,8	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE INHALANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA CEFALEA	2,4	1,4	3,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	0,2	0,3	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	0,6	0,6	0,5

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

TABLA 115

PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA DE SUSTANCIAS ADICTIVAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS, PUCALLPA Y TARAPOTO 2004, INCLUIDO DISTRIBUCIÓN POR CIUDAD

TIPO DE SUSTANCIAS	TOTAL %	IQUITOS %	PUCALLPA %	TARAPOTO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	68,1	62,1	74,5	77,4
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	16,0	13,2	18,0	22,2
PREVALENCIA MENSUAL DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	1,5	0,9	2,0	2,7
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	16,4	10,9	25,8	15,8
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	3,9	3,3	4,8	4,3
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	1,5	1,0	2,0	1,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	70,1	65,1	75,0	78,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	1,6	1,7	1,7	1,1

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

TABLA 116

EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS 2004

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

ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE

El adolescente, al igual que el niño y la mujer, se encuentra en serias desventajas para defenderse del maltrato o abuso por parte de personas de su entorno; al respecto, el 74,3% de la población adolescente de Iquitos 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 60,8%, seguido del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas) con 48,8% (Tabla 117). Estas cifras son significativamente más elevadas que las halladas en la población adolescente de Lima y Callao (EEMSM 2002) y de la Sierra (EESP 2003), inclusive para abuso sexual.

TABLA 117
PREVALENCIA DE VIDA DE ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE EN LA POBLACIÓN DE IQUITOS 2004

TIPO DE ABUSO	%
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO O EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE) EN ALGÚN MOMENTO	74,3
PREVALENCIA DE ALGÚN ABUSO DE TIPO SEXUAL HACIA EL ADOLESCENTE	3,0
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO FÍSICO HACIA EL ADOLESCENTE	48,8
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO PSICOLÓGICO HACIA EL ADOLESCENTE	60,8
PREVALENCIA DEL ALGÚN ABANDONO DEL ADOLESCENTE	13,1

ACCESO A SERVICIOS

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

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido de algún problema de tipo emocional o de los nervios, el 35,4% de los adolescentes encuestados respondió afirmativamente (demanda sentida), cifra mayor que en Lima y Callao (29,8%) y menor que en la sierra (43,2%). Se encontró también que sólo el 15,3% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 84,7% no recibió ningún tipo de atención médica (Tabla 118); es decir, en Iquitos habría mayor demanda sentida y menor demanda atendida que en Lima y Callao, (EEMSM 2002).

El 15,3% que sí recibió ayuda está compuesto principalmente por el 7,8% que acudió a los establecimientos de salud del MINSA, el 1,5% que acudió 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 IQUITOS 2004

DEMANDA	%
DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM)	
TOTAL	35,4
MASCULINO	28,0
FEMENINO	43,0
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	
TOTAL	12,5
MASCULINO	13,3
FEMENINO	12,0

TABLA 119
LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IQUITOS 2004

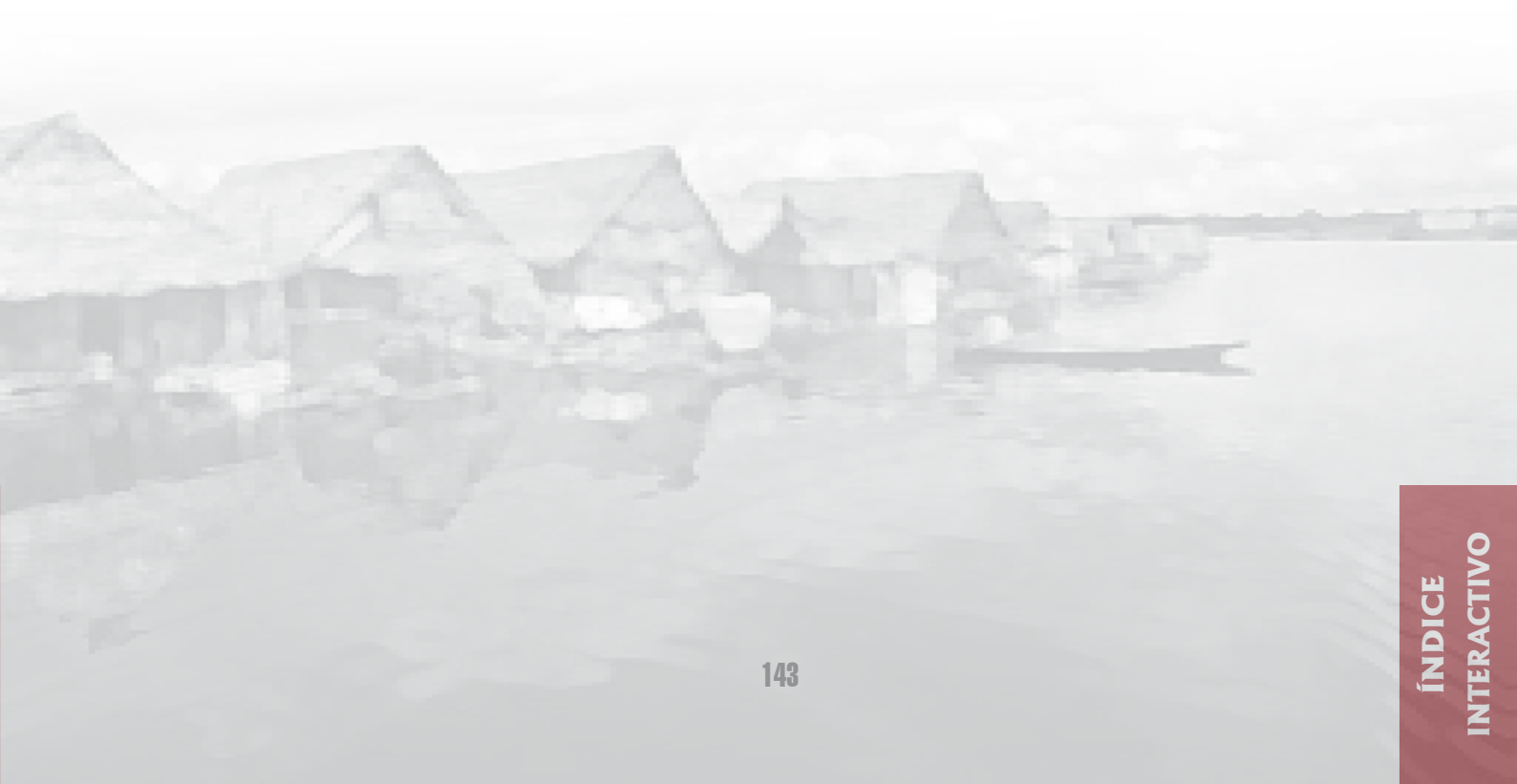
LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
• MINSA		7,8
- PUESTOS O CENTROS DE SALUD:	2,5	(50,7% DE LO ATENDIDO)
- HOSPITAL GENERAL:	5,3	
• EsSALUD		1,5
- POSTA O POLICLÍNICO:	0,0	(9,7% DE LO ATENDIDO)
- CENTRO DE SALUD MENTAL:	0,0	
- HOSPITAL GENERAL:	1,5	
• FFAA		2,1
- HOSPITAL FFAA Y PN:	2,1	(13,8% DE LO ATENDIDO)
• PRIVADA		0,7
- CLÍNICA PARTICULAR:	0,4	(5,1% DE LO ATENDIDO)
- CONSULTORIO PARTICULAR:	0,3	
• OTROS		3,2
- OTROS:	3,2	(20,7% DE LO ATENDIDO)

Con relación a los motivos por los cuales los adolescentes no recibieron atención alguna para su problema emocional, la mayoría (73,1%) pensaba que lo debía superar sola, el 31,7% no acudió por falta de confianza, el 29,2% por no tener dinero y un 27,5% no sabía dónde ir a buscar ayuda. Es evidente, al igual que en el adulto, que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y los económicos (Tabla 120).

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

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	73,1	PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO	13,1
NO TENÍA DINERO	29,2	LARGAS LISTAS DE ESPERA	8,4
FALTA DE CONFIANZA	31,7	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	10,1
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	19,8	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	9,2
NO SABÍA A DÓNDE IR	27,5	VECINOS HABLARÍAN MAL	8,0
NO ME BENEFICIARÍA	30,6	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	2,6
POR VERGÜENZA	15,6	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	2,7
PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	7,6	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	7,0
OTROS	17,6		

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS





CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

El número de adultos mayores encuestados en el departamento de Iquitos fue de 428; según el diseño muestral, la inferencia alcanza a 24 274 habitantes. Los resultados se presentan en base a la población expandida. La muestra estuvo conformada por 46,5% de varones y 53,5% de mujeres (Tabla 121).

TABLA 121
NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS DE IQUITOS 2004

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	428	45,6%	54,4%
PONDERADA	24 274	46,5%	53,5%

EDAD

La edad promedio de los adultos mayores encuestados fue 70,4 años y, según los grupos etarios conformados, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo más joven, entre los 60 y 74 años (Tabla 122).

TABLA 122
EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS DE IQUITOS 2004

EDAD	MEDIA
PONDERADA (D.S)	70,4 (7,9)
GRUPO ETARIO	%
VIEJO JOVEN (60 A 74 AÑOS)	71,4
VIEJO VIEJO (75 A 84 AÑOS)	22,3
MUY VIEJO (85 AÑOS A MÁS)	6,3

ESCOLARIDAD

En los adultos mayores encuestados el analfabetismo asciende al 14,3%, con mayor presencia entre las mujeres que entre los varones (Tabla 123).

TABLA 123
ANALFABETISMO EN LOS ADULTOS MAYORES DE IQUITOS 2004

ANALFABETISMO	%
TOTAL	14,3
MASCULINO	4,9
FEMENINO	22,5

La mayoría de los encuestados adultos mayores tiene instrucción primaria (60,1%). Como se observa en la distribución por géneros, el porcentaje de personas sin instrucción y con instrucción primaria es mayor entre las mujeres que en los hombres, quienes tienen mayor porcentaje a partir del nivel secundario (Tabla 124).

TABLA 124
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
SIN NIVEL/ NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	11,3	2,5	18,9
INICIAL / PREESCOLAR	0,0	0,0	0,0
PRIMARIA	60,1	57,2	62,5
SECUNDARIA	17,8	23,0	13,2
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	6,6	9,6	3,9
SUPERIOR UNIVERSITARIO	4,1	7,2	1,4
POSTGRADO	0,2	0,5	0,0

ESTADO CIVIL

El 53% de los adultos mayores está en situación de unido (casado o conviviente) y el 44,8% en la condición de pérdida de una unión previa (separado, divorciado o viudo). Es de notar la marcada diferencia al interior de cada género, especialmente en las condiciones de unido y de viudez. El 2,1% permaneció soltero (Tabla 125).

TABLA 125
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE IQUITOS 2004

ESTADO CIVIL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
CONVIVIENTE	12,5	21,2	5,0
SEPARADO	9,9	8,8	10,9
DIVORCIADO	1,3	0,4	2,0
VIUDO	33,6	15,1	49,8
CASADO	40,5	54,1	28,6
SOLTERO	2,1	0,4	3,6

OCUPACIÓN

La actividad productiva de los adultos mayores se refleja en el 39,5% que estuvo trabajando la semana anterior a la encuesta, con mayor participación de los varones. Los que buscan empleo o desempleados alcanzan el 1,4% (Tabla 126).

TABLA 126
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE IQUITOS 2004

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	39,5	44,6	35,1
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	1,4	2,4	0,6

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR



SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

A continuación se presentan los principales indicadores de salud mental del adulto mayor de la ciudad de Iquitos, siguiendo el mismo patrón contemplado en el presente informe para las otras unidades de análisis.

ESTRESORES PSICOSOCIALES

Entre los estresores explorados, la delincuencia, la salud, el narcotráfico y la categoría “otros” son reconocidos por alrededor de la mitad de los encuestados como generadores de mucha tensión. Con relación a la salud, cabe señalar que la prevalencia a 6 meses de enfermedad física o accidente en los adultos mayores entrevistados es de 51,8%. Considerando el género, las mujeres informan de mayor tensión en varios de los estresores examinados frente a lo informado por los varones (Tabla 127).

TABLA 127
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO			
TOTAL	59,9	16,0	24,1
MASCULINO	59,3	17,9	22,7
FEMENINO	60,5	13,9	25,6
ESTUDIOS			
TOTAL	29,2	48,9	21,9
MASCULINO	0,0	100	0,0
FEMENINO	35,1	38,5	26,4
HIJOS Y PARIENTES			
TOTAL	56,2	12,9	30,9
MASCULINO	62,7	15,4	21,9
FEMENINO	50,7	10,8	38,6
PAREJA			
TOTAL	70,2	4,3	25,6
MASCULINO	74,0	5,9	20,1
FEMENINO	62,9	1,2	35,9
DINERO			
TOTAL	42,8	23,6	33,6
MASCULINO	41,4	19,2	39,5
FEMENINO	44,0	27,3	28,6
SALUD			
TOTAL	30,3	19,0	50,7
MASCULINO	33,4	19,7	46,9
FEMENINO	27,6	18,5	53,9
ASUNTOS CON LA LEY			
TOTAL	86,1	8,0	5,9
MASCULINO	88,6	4,3	7,1
FEMENINO	83,9	11,2	4,9
TERRORISMO			
TOTAL	53,2	6,9	39,9
MASCULINO	56,0	7,4	36,7
FEMENINO	50,9	6,5	42,5

CONTINUA...

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DELINCUENCIA			
TOTAL	31,4	9,2	59,4
MASCULINO	31,8	8,9	59,3
FEMENINO	31,0	9,4	59,5
NARCOTRÁFICO			
TOTAL	45,1	6,4	48,5
MASCULINO	45,6	5,3	49,1
FEMENINO	44,7	7,4	47,9
OTRO			
TOTAL	7,6	0,0	92,4
MASCULINO	12,1	0,0	87,9
FEMENINO	4,0	0,0	96,0

DISCRIMINACIÓN

A lo largo de la vida los adultos mayores se han sentido discriminados por diversos aspectos, destacando la edad, condición económica o social, nivel educativo y la religión. La percepción de ser discriminado en el último año es baja, manteniéndose las mayores frecuencias en los 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 IQUITOS 2004

TIPO DE DISCRIMINACIÓN	PREVALENCIA DE VIDA %	NINGUNA VEZ %	RARA VEZ U OCASIONALMENTE %	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE %
SEXO	3,6	99,8	0,2	0,0
EDAD	11,7	91,2	7,8	0,9
PESO	2,6	99,5	0,5	0,0
COLOR DE PIEL	1,3	99,7	0,3	0,0
FORMA DE VESTIR	2,5	98,7	1,3	0,0
COND. ECONÓMICA O SOCIAL	8,5	96,4	3,4	0,2
NIVEL EDUCATIVO	5,8	98,6	1,2	0,2
RELIGIÓN	4,9	97,4	2,2	0,4
AMISTADES	1,7	99,5	0,5	0,0
LUGAR DE NACIMIENTO	1,9	0,0	0,0	0,0
OTRA	2,7	99,8	0,2	0,0

ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los adultos mayores señalan la tranquilidad y la alegría como sus estados de ánimo prevalentes, con similar frecuencia entre hombres y mujeres. El rango de prevalencia de los estados anímicos considerados negativos, como preocupación, tristeza, tensión, angustia, irritabilidad y aburrimiento, está entre el 8,4% y 31,2%, con mayores valores para las mujeres en todos excepto en irritabilidad cuya presencia es similar para ambos géneros (Tabla 128).

TABLA 128
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE			
TOTAL	15,5	64,0	20,6
MASCULINO	19,8	66,7	13,4
FEMENINO	11,7	61,6	26,8
TENSO			
TOTAL	29,3	59,7	11,0
MASCULINO	38,9	54,6	6,5
FEMENINO	21,0	64,2	14,9
ANGUSTIADO			
TOTAL	36,2	54,3	9,5
MASCULINO	42,8	50,0	7,2
FEMENINO	30,4	58,0	11,5
IRRITABLE			
TOTAL	29,9	61,4	8,8
MASCULINO	30,7	60,5	8,8
FEMENINO	29,2	62,1	8,7
PREOCUPADO			
TOTAL	11,0	57,8	31,2
MASCULINO	12,8	58,7	28,5
FEMENINO	9,4	57,0	33,6
TRANQUILO			
TOTAL	0,8	23,4	75,9
MASCULINO	0,4	22,7	76,9
FEMENINO	1,1	23,9	75,0
ALEGRE			
TOTAL	1,6	28,5	69,9
MASCULINO	1,6	28,6	69,8
FEMENINO	1,6	28,3	70,0
ABURRIDO			
TOTAL	39,0	52,6	8,4
MASCULINO	45,3	48,4	6,3
FEMENINO	33,5	56,3	10,2
OTRO			
TOTAL	11,0	19,0	70,0
MASCULINO	24,6	19,7	55,7
FEMENINO	0,0	18,4	81,6

SATISFACCIÓN PERSONAL

Respecto a la satisfacción personal con diferentes atributos y condiciones personales, los adultos mayores presentan una media global de 16,7 en una escala de 5 a 20, con valores muy próximos para los varones y para las mujeres (Tabla 129). La mayoría de los encuestados refiere un alto nivel de satisfacción con todos los aspectos evaluados, excepto con el nivel económico y con el nivel educativo alcanzado, en los que alrededor de un tercio de ellos manifiesta nada o poca satisfacción. Exceptuando el nivel educativo, en el que ambos géneros presentan similar valoración, en las mujeres existe mayor satisfacción en el resto de condiciones examinadas frente a lo informado por los varones (Tabla 130).

TABLA 129
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN
ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (escala de 5 a 20)	MEDIA (ds)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,7 (2,6)	17,4	20,0	15,1	18,8
MASCULINO	16,4 (2,5)	17,0	20,0	14,7	18,0
FEMENINO	16,9 (2,7)	17,5	20,0	15,4	19,0

TABLA 130
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO			
TOTAL	15,0	25,1	59,9
MASCULINO	12,3	32,8	55,0
FEMENINO	17,4	18,5	64,1
COLOR DE PIEL			
TOTAL	9,1	17,2	73,7
MASCULINO	7,8	22,8	69,5
FEMENINO	10,3	12,3	77,3
INTELIGENCIA			
TOTAL	13,1	25,9	61,0
MASCULINO	11,5	30,4	58,1
FEMENINO	14,6	22,0	63,4
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA			
TOTAL	35,7	35,6	28,7
MASCULINO	40,9	36,2	22,9
FEMENINO	31,2	35,0	33,8
PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ			
TOTAL	9,6	12,5	77,9
MASCULINO	11,8	13,5	74,7
FEMENINO	5,7	10,7	83,6
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO			
TOTAL	31,4	29,3	39,3
MASCULINO	25,1	35,5	39,4
FEMENINO	37,6	23,1	39,3
RELIGIÓN			
TOTAL	4,4	9,9	85,7
MASCULINO	7,6	13,4	79,0
FEMENINO	1,6	7,0	91,5
RELACIONES SOCIALES			
TOTAL	9,5	22,0	68,5
MASCULINO	11,6	25,2	63,1
FEMENINO	7,7	19,2	73,1
LUGAR DE RESIDENCIA			
TOTAL	7,1	20,1	72,8
MASCULINO	7,9	23,7	68,4
FEMENINO	6,4	17,0	76,6

SATISFACCIÓN LABORAL

Alrededor de dos quintas partes de la muestra de adultos mayores continúan trabajando. Tomando en cuenta una escala de 5 a 20, los encuestados presentan una media global de 16,9 de satisfacción laboral. Ellos refieren sentirse muy satisfechos con los componentes específicos evaluados, excepto con la remuneración recibida, con la que el 40,4% de los encuestados se siente insatisfecho. El componente hacia el que declaran mayor satisfacción es el de los compañeros de trabajo (Tablas 131 y 132).

TABLA 131

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (ds)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,9 (2,8)	17,5	20,0	15,0	19,0
MASCULINO	16,7 (2,5)	17,5	20,0	15,0	19,0
FEMENINO	17,0 (3,1)	18,0	20,0	16,0	20,0

TABLA 132

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA			
TOTAL	9,0	26,7	64,3
MASCULINO	5,3	31,4	63,4
FEMENINO	13,4	21,3	65,4
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA			
TOTAL	7,8	22,5	69,7
MASCULINO	8,4	24,1	67,5
FEMENINO	7,2	20,6	72,1
CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO			
TOTAL	5,3	11,0	83,7
MASCULINO	6,5	13,0	80,4
FEMENINO	2,7	6,6	90,6
CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO			
TOTAL	14,3	25,4	60,4
MASCULINO	13,7	31,8	54,5
FEMENINO	14,9	17,6	67,4
CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES			
TOTAL	6,9	31,1	62,1
MASCULINO	7,1	39,4	53,5
FEMENINO	6,3	11,5	82,2
CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE			
TOTAL	40,4	33,4	26,2
MASCULINO	40,2	38,2	21,6
FEMENINO	40,6	27,9	31,6

CALIDAD DE VIDA

La estimación de la calidad de vida del adulto mayor a través de la media global del Índice de calidad de vida es 7,5 considerando una escala del 1 al 10. El Índice toma en cuenta la 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.

TABLA 133
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

CALIDAD DE VIDA (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	7,5	7,5	7,2	6,8	8,2
MASCULINO	7,4	7,4	7,2	6,8	8,1
FEMENINO	7,5	7,6	7,8	6,9	8,3

DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

La presencia de una enfermedad o condición patológica en la adultez mayor se asocia a la mayor probabilidad de presentar discapacidades. Aproximadamente una cuarta parte de los adultos mayores encuestados (26,4%) tiene alguna discapacidad física (Tabla 134). La evaluación de la discapacidad para la realización de actividades cotidianas a través de una escala de 5 a 20, en la que 5 indica ausencia de discapacidad, señala un bajo nivel global de discapacidad (Tabla 135). El 27,3% de la población presenta al menos alguna discapacidad o inhabilidad (Tabla 136).

TABLA 134
DISCAPACIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

AL MENOS UNA DISCAPACIDAD FÍSICA	%
TOTAL	26,4
MASCULINO	28,0
FEMENINO	24,9

TABLA 135
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	6,0 (2,4)	5,0	5,0	5,0	6,0
MASCULINO	6,2 (2,7)	5,0	5,0	5,0	6,0
FEMENINO	5,9 (2,0)	5,0	5,0	5,0	6,0

TABLA 136
ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
TOTAL	27,3
MASCULINO	28,9
FEMENINO	25,9

INDICADORES SUICIDAS

Los estados emocionales negativos asociados a las diversas situaciones de pérdida a las que está expuesto el adulto mayor señalan la necesidad de aproximarse a la problemática suicida en este grupo. Se presenta la prevalencia de vida, anual y del último mes del deseo, pensamiento, plan y conducta suicida. A lo largo de la vida el deseo suicida alcanza el 25,3% y en el último mes al 6,7%, con valores mayores para las mujeres (Tabla 137).

TABLA 137
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

INDICADORES SUICIDAS	DE VIDA %	PREVALENCIA	
		MENSUAL %	ANUAL %
DESEO DE MORIR	25,3	6,7	11,1
MASCULINO	19,0	4,4	8,3
FEMENINO	30,9	8,7	13,5
PENSAMIENTO SUICIDA	5,4	1,0	1,7
MASCULINO	4,6	0,9	1,7
FEMENINO	6,1	1,1	1,7
PLANEACIÓN SUICIDA	1,1	0,2	0,4
MASCULINO	1,4	0,0	0,4
FEMENINO	0,9	0,4	0,4
CONDUCTA SUICIDA	0,2	0,0	0,0
MASCULINO	0,0	0,0	0,0
FEMENINO	0,4	0,0	0,0

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 del grado de respeto y 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 18,0 (Tabla 138). De otro lado, se observan altos porcentajes en las prácticas y tendencias religiosas, lo que constituye un apoyo. Entre las mujeres es más alta la valoración de la participación activa, de las lecturas religiosas y de la transmisión de la religión a los hijos, en comparación con los varones (Tabla 139).

TABLA 138
COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	18,0 (2,4)	18,3	20,0	16,7	20,0
MASCULINO	18,0 (2,3)	18,3	20,0	16,7	20,0
FEMENINO	18,0 (2,5)	18,3	20,0	16,7	20,0

TABLA 139
TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

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	94,9	85,7	33,3	59,4	63,2	44,0	73,8
MASCULINO	93,5	83,7	25,0	63,3	58,5	43,9	74,2
FEMENINO	96,1	87,4	40,3	56,0	67,3	44,2	73,4

TRASTORNOS CLÍNICOS

EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR

Diversas circunstancias de pérdida y condiciones patológicas en la adultez mayor se asocian a problemas afectivos. 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). Es de notar la alta prevalencia de vida reportada. La prevalencia actual de episodio depresivo es 1,8%, con valores próximos para ambos sexos, aunque mayor entre los varones. Entre los grupos etarios considerados, la prevalencia es el doble entre los adultos mayores más viejos que entre los más jóvenes.

TABLA 140
EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

PREVALENCIAS DEL EPISODIO DEPRESIVO	DE VIDA	ANUAL	DE 6 MESES	ACTUAL
	%	%	%	%
TOTAL	28,8	5,6	3,8	1,8
MASCULINO	23,9	4,7	2,8	2,1
FEMENINO	33,0	6,4	4,6	1,5
VIEJO JOVEN (60-74)	29,3	5,1	3,1	1,4
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (≥75)	27,5	7,0	5,5	2,8

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Se presenta la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada sin depresión en la población de adultos mayores, para los periodos de vida, anual, a seis meses y actual. La prevalencia actual es 1,6%, porcentualmente mayor en las mujeres que en los hombres, y en el grupo etario de los más viejos frente a los más jóvenes (Tabla 141).

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

PREVALENCIAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	DE VIDA %	ANUAL %	DE 6 MESES %	ACTUAL %
TOTAL	9,1	1,4	1,4	1,6
MASCULINO	9,8	0,6	0,6	0,6
FEMENINO	8,5	2,1	2,1	2,5
VIEJO JOVEN (60-74)	10,2	0,8	0,8	1,4
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (≥ 75)	6,4	2,8	2,8	2,3

CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

La prevalencia anual conjunta de los patrones de consumo abuso/dependencia de alcohol es de 2,4%, siendo exclusiva de los varones, entre quienes asciende al 5,1% (Tabla 142).

TABLA 142
ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

PREVALENCIA DE ABUSO / DEPENDENCIA DE ALCOHOL	ANUAL %
TOTAL	2,4
MASCULINO	5,1
FEMENINO	0,0

DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR

Considerando el incremento de la prevalencia de síndromes demenciales o de deterioro a medida que aumenta la edad, es necesario conocer su magnitud. En el presente estudio se identifica la presencia de un síndrome demencial por la presentación conjunta de deterioro cognoscitivo, detectado con el Mini Mental State Examination (MMSE), y de deterioro de las actividades instrumentales, a través de la Escala de Pfeffer.

La media del desempeño cognoscitivo de los adultos mayores en el MMSE fue 23,3, teniendo en cuenta un rango de puntajes de 0 a 30. Los resultados se presentan en dos grupos según los años de estudio (excluyendo analfabetos), considerando el efecto de la educación en el desempeño. El grupo con menos años de estudios tiene una media menor y puntajes más dispersos que el grupo con mayor educación (Tabla 143).

TABLA 143
DESEMPEÑO COGNOSCITIVO EN EL MMSE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN AÑOS DE INSTRUCCIÓN* DE IQUITOS 2004

ASPECTOS COGNOSCITIVOS	AÑOS DE INSTRUCCIÓN	MEDIA	Sx.	MEDIANA	MODA	MÍN.	MÁX.	P25	P75
PUNTAJE MMSE (MÁX 30 PUNTOS)	TOTAL	23,3	4,8	24,0	27,0	0,0	30,0	21,0	27,0
	8 Ó MÁS	25,8	3,5	26,0	29,0	9,0	30,0	24,0	29,0
	MENOS DE 8	22,1	4,9	23,0	27,0	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 excluyeron analfabetos.

Utilizando el puntaje de corte de 22, se encuentra que el 36,4% de los adultos mayores presenta algún grado de deterioro cognoscitivo, con mayor porcentaje en las mujeres y en el grupo de mayor edad. Las diferencias de prevalencia del deterioro según los años de estudio son notorias, siendo ésta mayor en el grupo de menos de ocho años de educación frente a los que tienen más años de educación (Tabla 144).

TABLA 144
DESEMPEÑO COGNOSCITIVO INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR AÑOS DE INSTRUCCIÓN*, GRUPO ETARIO Y SEXO DE IQUITOS 2004

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE (≤ 22)	AÑOS DE INSTRUCCIÓN		TOTAL %
	MENOS DE 8 %	8 Ó MÁS %	
TOTAL	46,5	16,1	36,4
MASCULINO	46,0	15,0	33,0
FEMENINO	47,0	18,2	40,1
VIEJO JOVEN (60-74)	35,1	11,5	26,2
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (≥ 75)	72,6	39,5	65,6

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

* Se excluyeron analfabetos.

Para identificar la pérdida de habilidades instrumentales en adultos mayores se utilizó el puntaje de corte 5 en la escala de *Pfeffer*; la prevalencia alcanza al 32,0% y es notoriamente mayor en el grupo de mayor edad. Los valores para ambos sexos son similares (Tabla 145).

TABLA 145
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES INDICATIVAS DE DETERIORO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE IQUITOS 2004

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN LA ESCALA DE PFEFFER (≥ 6)	%
TOTAL	32,0
MASCULINO	32,9
FEMENINO	31,2
VIEJO JOVEN (60-74)	19,8
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (≥ 75)	62,0

Utilizando conjuntamente el MMSE con un puntaje ≤ 21 para deterioro cognoscitivo y la Escala de *Pfeffer* con un puntaje ≥ 6 para deterioro de las actividades instrumentales, la prevalencia de deterioro sospechoso de demencia asciende a 14,3%. Se aprecia una asociación inversa con la educación: mayor porcentaje del síndrome de deterioro en el grupo con menos de ocho años de estudios (Tabla 146).

TABLA 146
ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNOSCITIVO Y FUNCIONAL SOSPECHOSO DE DEMENCIA POR AÑOS DE INSTRUCCIÓN* DE IQUITOS 2004

INDICADORES DE DETERIORO	AÑOS DE INSTRUCCIÓN		%
	8 Ó MÁS	MENOS DE 8	
PUNTAJE MMSE (≤ 21 PUNTOS) Y PFEFFER (≥ 6 PUNTOS)	TOTAL		14,3
	8 Ó MÁS		4,2
	MENOS DE 8		19,0

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

* Se excluyeron analfabetos.

MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR

La población de adultos mayores es vulnerable a ser objeto de maltrato. En el último año el 7,8% de adultos mayores ha sido víctima de alguna forma de maltrato, y el 2,7% ha sufrido maltrato sistemático. La agresión verbal es el tipo más frecuente de maltrato (Tabla 147). Del total de adultos mayores que refirió haber sido maltratado en el último año, el 12,6% recibió algún tipo de ayuda.

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

TIPO DE MALTRATO	TOTAL %	SISTEMÁTICO* %
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR	7,8	2,7
INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	0,0	0,0
GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	0,9	0,0
INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	5,2	1,7
CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	0,5	0,3
SITUACIÓN DE ABANDONO	2,8	1,0
RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE AYUDA COMO CONSECUENCIA DE ESTAS SITUACIONES	12,6	----

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

ACCESO A SERVICIOS

El porcentaje de adultos mayores que refiere padecer algún problema de tipo emocional o mental en los últimos seis meses asciende a 12,0%; esto conforma la demanda sentida. De este grupo buscó atención el 13,5%, lo que constituye la demanda sentida expresada; la búsqueda de atención es mayor entre los varones que entre las mujeres (Tabla 148).

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

DEMANDA SENTIDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL)	(%)
TOTAL	12,0
MASCULINO	11,9
FEMENINO	12,1
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	(%)
TOTAL	13,5
MASCULINO	16,9
FEMENINO	10,6

El mayor porcentaje de la demanda sentida expresada por los adultos mayores se dirigió a los servicios del MINSA, en segundo lugar a EsSALUD y, finalmente, al sector privado (Tabla 149).

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

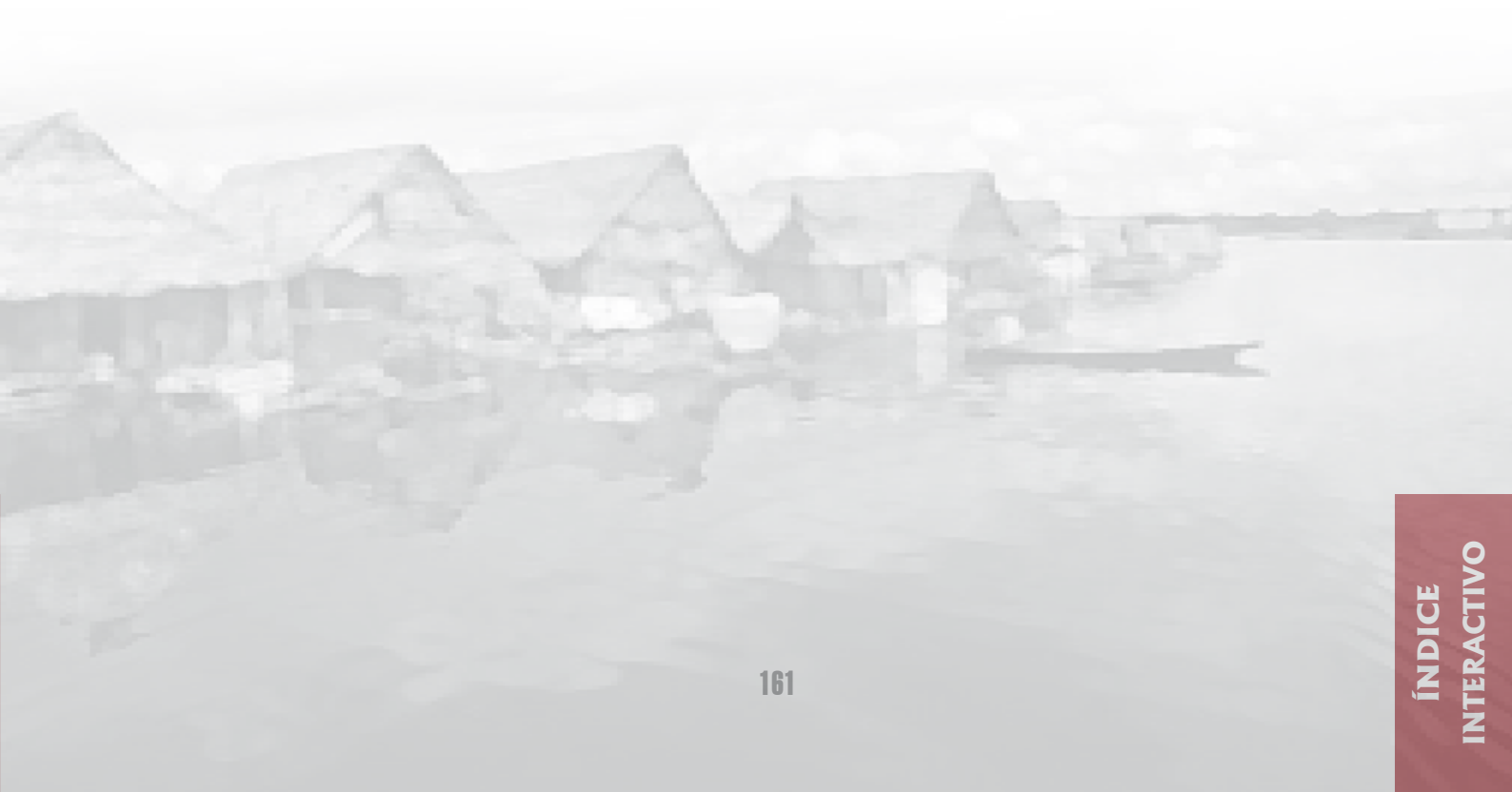
LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
• MINSA		9,5
- PUESTOS O CENTROS DE SALUD:	0,0	(65,6% DE LO ATENDIDO)
- HOSPITAL GENERAL:	9,5	
• ESSALUD		2,6
- POSTA O POLICLÍNICO:	0,0	(17,7% DE LO ATENDIDO)
- HOSPITAL GENERAL:	2,6	
• PRIVADA		1,4
- CLÍNICA PARTICULAR:	1,4	(9,6% DE LO ATENDIDO)
• OTROS		1,0
- OTROS:	1,0	(7,2% DE LO ATENDIDO)

Entre los motivos por los cuales la persona no buscó atención alguna para su problema emocional, destaca la falta de dinero y el pensamiento de que debía superar solo el problema. También es alto el desconocimiento de adónde dirigirse para recibir ayuda (Tabla 150).

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

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	58,0	PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	21,9
NO TENIA DINERO	63,1	LARGAS LISTAS DE ESPERA	16,8
FALTA DE CONFIANZA	12,8	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	3,1
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	8,0	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	3,1
NO SABÍA A DÓNDE IR	28,3	VECINOS HABLARÍAN MAL	3,1
NO ME BENEFICIARÍA	21,5	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	1,3
POR VERGÜENZA	0,0	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	4,5
MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	5,6	OTRO	34,3

CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN IQUITOS





ADULTOS

1. Con respecto a los aspectos sociodemográficos, el grado de analfabetismo es mayor en el género femenino. El 48,3% tiene por lo menos educación secundaria. Casi dos terceras partes son casados o convivientes. El desempleo llega al 10,8% y más de la mitad de las mujeres tiene un ingreso promedio menor a 300 nuevos soles.
2. Hombres y mujeres, en un 58,4%, perciben que el problema principal del país está relacionado con el desempleo. Luego, siguen la pobreza y la corrupción.
3. Un 90,4% de la población desconfía de las autoridades políticas. Un 70,2% 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 (43,7%) y terrorismo (38,2%) generan en la población alto estrés.
5. Las situaciones económicas y sociales constituyen las principales situaciones de discriminación.
6. La población encuestada, entre un 11,8% y 35,2%, 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 8,7% y 31,9% de los encuestados. El 28,3% tiene sentimientos de insatisfacción por razones económicas.
8. El índice de calidad de vida correspondió al 7,6.
9. Una décima parte de la población tiene al menos alguna discapacidad o inhabilidad leve.
10. La permisividad frente a la psicopatía fue de 9,8% y, las tendencias psicopáticas, de 6,3%.
11. Un 32,3% de la población adulta en algún momento de su vida ha tenido deseos de morir; y un 16,6% de las mujeres ha tenido ganas de morir en el último año. Los principales motivos de deseos de morir y pensamientos suicidas lo constituyen los problemas de pareja, económicos, de salud y con los padres. En la mujer, el intento suicida 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 seis a 12 meses. El desorden más frecuentemente encontrado fue el episodio depresivo, con 22,9%; fue mayor la prevalencia de trastornos psiquiátricos en Iquitos. La prevalencia de vida para trastornos psiquiátricos, en personas que han perdido violentamente algún familiar en el periodo de la violencia política, fue de 42,0%.
13. La prevalencia de vida para consumo de sustancias adictivas legales fue de 75,7%. 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 9,8%, correspondiendo 19,7% 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 más 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 43,6% percibió algún problema de salud mental alguna vez en su vida. Un 11,7% identificó su problema en los últimos 6 meses y, de ellos, sólo un 13,2% 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 algún episodio depresivo, ansiedad en general o síntomas de tipo paranoides en diferentes grados.

MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS

1. El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas es del 3,3%. El 76,7% de las mujeres entrevistadas refiere tener una instrucción entre primaria y secundaria. El 77,1% refiere encontrarse en situación de unida (conviviente y casada). El 1,7% ha estado buscando trabajo la semana anterior, el 57,7% considera el desempleo como el problema principal en el país y el 25,5% presenta sentimientos de tristeza frente al principal problema. El 48,8% gana menos de 300 nuevos soles al mes.
2. Confía “nada o poco” en las autoridades políticas el 90,0%; confía “mucho” en los religiosos el 43,1% y, en los médicos, el 44,0%.
3. El 66,8% considera que la delincuencia es el mayor estresor. Más de la mitad considera un estresor importante el narcotráfico; otros estresores son el terrorismo, la salud y la falta de dinero.
4. El 41,4% siente “poco o nada” de satisfacción con su nivel educativo, y un alto porcentaje (86,2%) siente mucha satisfacción con la religión que profesa.
5. La media del índice de calidad de vida global es de 7,6 en una escala de 1 a 10.
6. La prevalencia anual de deseos de morir es de 15,9% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 23,8%; de pensamientos de quitarse la vida, 5,1% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 12,6%; de planes de quitarse la vida, 1,6%; de intentos de quitarse la vida, 0,3%.
7. La prevalencia de vida del episodio depresivo es de 30,5% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 39,2%; del trastorno de estrés post-traumático, 11,4%; y en la mujer maltratada sistemáticamente, 15,6%.
8. El 8,2% de las mujeres fue maltratado físicamente en el periodo de enamoramiento; el 23,8% fue engañado, y el 81,8% de las mujeres maltratadas sistemáticamente recibió tratos inadecuados en la etapa de enamoramiento.
9. El 44,3% de las mujeres es víctima de abuso físico por parte de su pareja actual y, el 52,7%, de insultos. La prevalencia anual de algún tipo de abuso sistemático es de 13,2%.

ADOLESCENTES

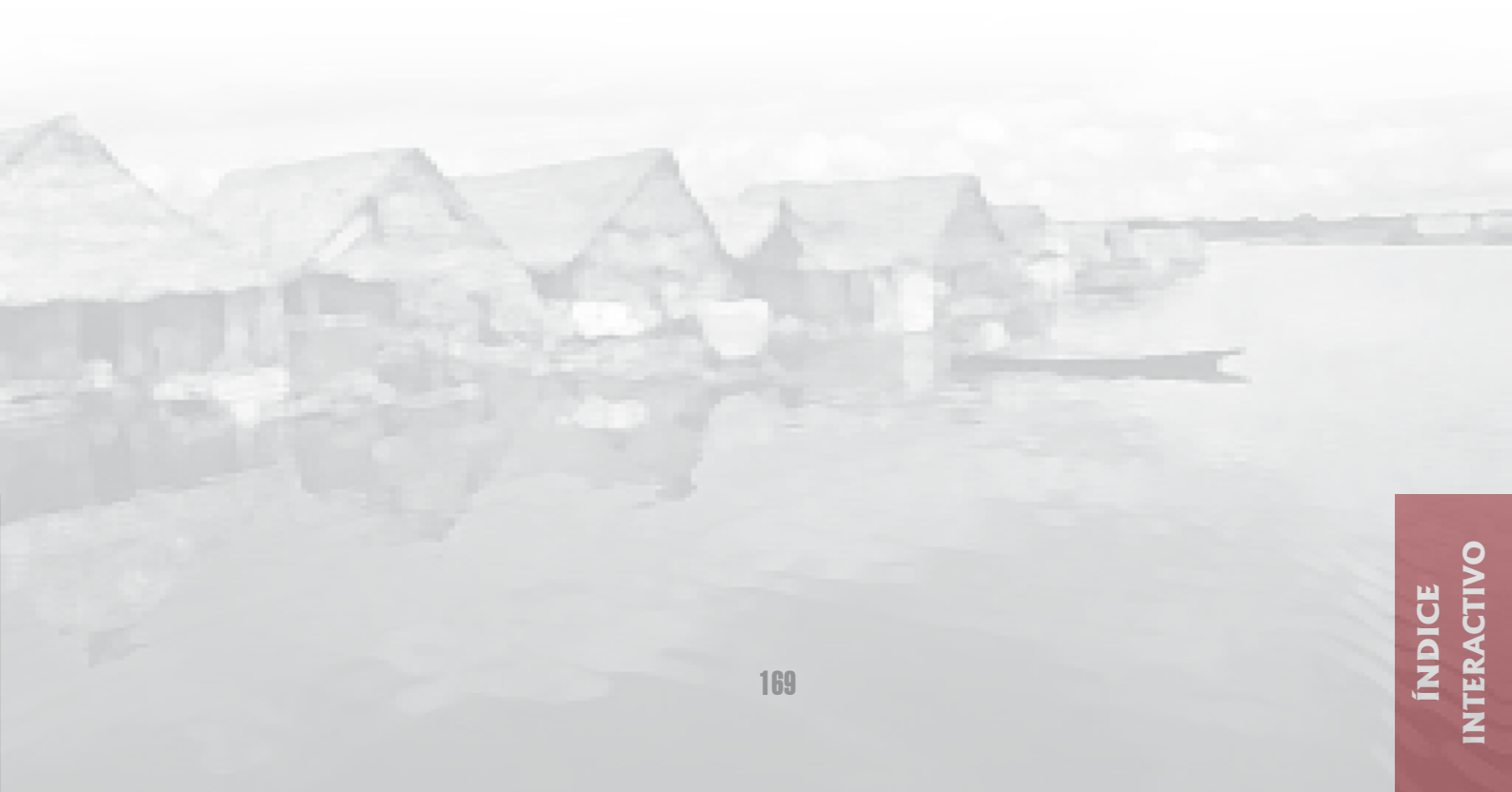
1. El 63,0% de los adolescentes entre 12 y 17 años tiene educación secundaria, y el 1,3% presenta condición de analfabetos.
2. El 14,7% de los adolescentes de Iquitos trabaja y tiene un promedio de ingreso de 133 17 nuevos soles.
3. El desempleo y la pobreza son los principales problemas personales percibidos por los adolescentes, percepción que les genera predominantemente sentimientos de preocupación y pena, tristeza o depresión.
4. Los adolescentes de Iquitos no confían en las autoridades políticas, sindicales y comunales, pero sí confían en médicos, su jefe en el trabajo y los maestros.
5. La delincuencia, el narcotráfico, la salud y el terrorismo son percibidos como factores muy tensionantes por la mayoría de adolescentes.
6. En lo personal, se sienten más satisfechos con su color de piel, aspecto físico, inteligencia, nivel educativo alcanzado y amistades, 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. El 14,9% de adolescentes ha tenido deseos suicidas en el último año y acusa como motivo problemas con los familiares, especialmente con los padres.
11. El trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo (depresión mayor) en un 5,1%.
12. El alcohol y el tabaco son las sustancias adictivas de mayor consumo, en la sierra, Lima y Callao, y éste se inicia generalmente alrededor de los 13 años.
13. La adolescencia es otra etapa de vida vulnerable al abuso, siendo el abuso psicológico el más frecuente. El 74,3% de adolescentes ha sido objeto de algún tipo de abuso (físico, psicológico, sexual o abandono).
14. El 12,5% de los adolescentes que refieren un problema emocional fue atendido 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 Iquitos fue de 70,4 años, con un mayor porcentaje del grupo entre 60 y 74 años. El analfabetismo caracteriza al 14,3% de la población, correspondiendo un 22,5% a las mujeres; el 60,1% de los encuestados tiene instrucción primaria. El 53,0% se encuentra en condición de unido, casado o conviviente. El 39,5% 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 51,8%. Las mujeres refieren mayores porcentajes de tensión que los hombres. Los estados anímicos predominantes son la tranquilidad y alegría en ambos sexos; los estados negativos, como la preocupación, tristeza, tensión, angustia 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 la condición económica y los estudios.
4. La mayoría de los adultos mayores que trabajan experimenta un alto nivel de satisfacción con diferentes aspectos de la actividad laboral, excepto con la remuneración recibida.
5. El 26,4% de los adultos mayores tiene alguna discapacidad física y, el 27,3%, alguna discapacidad o inhabilidad.
6. El deseo de morir estuvo presente en el último mes en el 6,7% de los adultos mayores; en las mujeres se encuentran mayores porcentajes de los indicadores suicidas.
7. La cohesión familiar y la religión son valoradas por los adultos mayores como factores protectores.
8. La prevalencia actual del episodio depresivo en los adultos mayores es de 1,8% -con valores próximos para ambos sexos, aunque mayor entre los varones-, y la del trastorno de ansiedad generalizada sin depresión es de 1,6%, siendo mayor en las mujeres.
9. La prevalencia anual del abuso/dependencia de alcohol en los adultos mayores es de 2,4%, siendo exclusiva de 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 el grupo de mayor edad. Los valores son similares para ambos sexos.
11. El 14,3% de los adultos mayores muestra sospecha de demencia establecida por la presencia de deterioro cognoscitivo y funcional. El porcentaje es mayor en el grupo con menos años de educación.
12. El 7,8% de adultos mayores ha sufrido algún tipo de maltrato en el último año, siendo más frecuente el maltrato verbal. La forma sistemática de maltrato afecta al 2,7%.
13. El porcentaje de personas que dice padecer problemas emocionales es de 12,0%; de esta demanda sentida sólo el 13,5% busca atención, acudiendo la mayoría a los servicios del MINSA. Los motivos más frecuentemente reconocidos para no buscar atención fueron el pensamiento de deber superar el problema solo y las limitaciones económicas.



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





ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN

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

1. Aquellos que se producen durante el trabajo de campo, recolección y procesamiento de información, denominados errores no muestrales, y
2. 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 podrían 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% que contiene el porcentaje poblacional.

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

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



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN IQUITOS - 2004

ERRORES MUESTRALES

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DATOS GENERALES: ADULTO						
EDAD PROMEDIO(DS) PONDERADA	MEDIA ARITMÉTICA	36,9%	0,6	35,8 ; 38,1	1,74	1,5
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	PREVALENCIA	65,0%	1,6	61,8 ; 68,0	1,43	2,4
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	PREVALENCIA	10,8%	1,9	7,5 ; 15,3	1,48	17,8
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	1,9%	0,5	1,2 ; 3,1	1,52	24,5
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL/NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	1,3%	0,4	0,8 ; 2,3	1,37	27,9
	PRIMARIA	21,7%	1,8	18,3 ; 25,5	2,49	8,3
	SECUNDARIA	48,3%	1,5	45,2 ; 51,3	1,24	3,2
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	14,4%	1,3	12,0 ; 17,2	1,83	9,1
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	13,8%	1,5	11,2 ; 17,0	2,40	10,7
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL	POSTGRADO	0,5%	0,2	0,2 ; 1,0	0,83	35,9
	< DE 300	37,7%	2,2	33,5 ; 42,0	1,94	5,7
	301 A 600	29,1%	1,7	25,8 ; 32,7	1,45	6,0
	601A 1200	27,0%	1,6	24,0 ; 30,2	1,23	5,8
NIVELES DE POBREZA FAMILIAR SEGÚN AUTOOPERCEPCIÓN DE CONSUMO	> DE 1200	6,3%	1,0	4,6 ; 8,5	1,54	15,3
	NO CUBRE NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	3,8%	0,9	2,4 ; 6,0	2,80	23,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	33,9%	2,7	28,9 ; 39,4	4,11	7,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	56,5%	2,8	51,0 ; 61,9	4,08	4,9
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,8%	1,1	3,9 ; 8,5	3,13	19,7
SALUD MENTAL DEL ADULTO						
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS	DESEMPLEO	58,4%	1,6	55,2 ; 61,5	1,37	2,7
	POBREZA	13,0%	1,2	10,9 ; 15,6	1,62	9,1
	MANEJO ECONÓMICO	4,1%	0,8	2,8 ; 6,0	2,12	19,5
	CORRUPCIÓN	8,5%	0,9	6,9 ; 10,4	1,33	10,5
	DELINCUENCIA	4,0%	0,7	2,9 ; 5,6	1,60	17,1
	VIOLENCIA	4,2%	0,6	3,2 ; 5,6	1,22	14,6
	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,9%	0,5	1,1 ; 3,2	1,77	26,2
	FALTA DE CONFIANZA Y LIDERAZGO	2,2%	0,6	1,1 ; 4,1	2,87	64,9
	TERRORISMO	0,6%	0,2	0,3 ; 1,3	1,30	41,3
	NARCOTRÁFICO	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	1,32	60,8
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	OTRO	2,5%	0,5	1,7 ; 3,7	1,35	20,0
	PREOCUPACIÓN	33,9%	2,1	29,9 ; 38,1	2,53	6,1
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	18,5%	1,1	16,4 ; 20,8	1,08	6,0
	DESILUSIÓN	8,0%	1,1	6,1 ; 10,3	2,02	13,3
	AMARGURA	5,2%	1,0	3,5 ; 7,6	2,75	19,6
	RABIA	4,9%	0,7	3,7 ; 6,5	1,35	14,1
	CÓLERA	8,7%	0,9	7,1 ; 10,5	1,25	10,0
	IMPOTENCIA	6,2%	0,9	4,7 ; 8,1	1,71	14,1
	RESIGNACIÓN	2,0%	0,4	1,4 ; 2,8	0,90	18,6
	INDIFERENCIA	2,5%	0,5	1,7 ; 3,7	1,35	20,0
	FRUSTRACIÓN	2,7%	0,6	1,7 ; 4,3	1,99	23,4
	INDIGNACIÓN	1,5%	0,3	1,0 ; 2,4	1,02	22,5
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	2,8%	0,5	1,9 ; 4,1	1,46	19,9
OTRO	1,5%	0,4	0,9 ; 2,5	1,34	25,9	

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES	NADA O POCO	58,7%	1,9	55,0 ; 62,4	1,86	3,2
	REGULAR	33,0%	1,7	29,7 ; 36,5	1,79	5,3
	BASTANTE O MUCHO	8,2%	0,9	6,7 ; 10,1	1,31	10,5
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	57,0%	1,8	53,4 ; 60,5	1,68	3,1
	REGULAR	32,5%	1,6	29,4 ; 35,8	1,56	5,0
	BASTANTE O MUCHO	10,5%	1,0	8,7 ; 12,7	1,46	9,8
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	32,3%	1,9	28,7 ; 36,2	2,18	5,9
	REGULAR	29,5%	1,7	26,2 ; 33,0	1,85	5,8
	BASTANTE O MUCHO	38,2%	1,7	34,8 ; 41,6	1,62	4,5
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	24,2%	1,6	21,1 ; 27,5	1,86	6,7
	REGULAR	38,9%	1,8	35,3 ; 42,6	1,87	4,7
	BASTANTE O MUCHO	36,9%	1,4	34,2 ; 39,8	1,13	3,8
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	17,2%	1,2	14,9 ; 19,7	1,36	7,1
	REGULAR	40,0%	2,1	35,9 ; 44,3	2,43	5,3
	BASTANTE O MUCHO	42,8%	1,7	39,5 ; 46,3	1,58	4,0
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	90,4%	0,9	88,4 ; 92,1	1,28	1,0
	REGULAR	8,8%	0,9	7,1 ; 10,7	1,30	10,2
	BASTANTE O MUCHO	0,9%	0,2	0,5 ; 1,5	0,87	27,6
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	63,9%	5,3	52,9 ; 73,6	1,36	8,3
	REGULAR	23,1%	4,7	15,0 ; 33,8	1,41	20,5
	BASTANTE O MUCHO	13,0%	4,1	6,8 ; 23,4	1,66	31,5
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDE	NADA O POCO	75,9%	1,6	72,7 ; 78,8	1,73	2,0
	REGULAR	22,2%	1,5	19,3 ; 25,4	1,81	7,0
	BASTANTE O MUCHO	1,9%	0,5	1,2 ; 3,1	1,43	23,7
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	19,7%	2,2	15,7 ; 24,5	1,39	11,2
	REGULAR	33,6%	2,8	28,3 ; 39,3	1,57	8,3
	BASTANTE O MUCHO	46,7%	3,0	40,9 ; 52,6	1,58	6,3
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	65,1%	1,7	61,6 ; 68,5	1,72	2,7
	REGULAR	25,9%	1,7	22,8 ; 29,4	1,90	6,4
	BASTANTE O MUCHO	8,9%	1,0	7,2 ; 11,1	1,60	11,2
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	58,7%	2,2	54,4 ; 62,9	2,49	3,7
	REGULAR	31,2%	2,0	27,3 ; 35,4	2,51	6,5
	BASTANTE O MUCHO	10,1%	1,0	8,2 ; 12,3	1,56	10,3
CONFIANZA EN LOS JUECES	NADA O POCO	62,1%	1,9	58,3 ; 65,8	1,99	3,0
	REGULAR	27,8%	1,6	24,8 ; 31,0	1,60	5,7
	BASTANTE O MUCHO	10,1%	1,2	7,9 ; 12,7	2,10	12,0
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	70,2%	1,6	66,8 ; 73,3	1,69	2,3
	REGULAR	25,7%	1,6	22,7 ; 29,0	1,73	6,2
	BASTANTE O MUCHO	4,1%	0,6	3,1 ; 5,6	1,31	15,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	13,5%	1,2	11,3 ; 16,0	1,61	8,9
	REGULAR	15,0%	1,4	12,4 ; 18,0	2,06	9,4
	BASTANTE O MUCHO	71,5%	1,7	68,0 ; 74,7	1,85	2,4
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	39,7%	5,2	30,0 ; 50,2	1,34	13,0
	REGULAR	45,9%	5,3	35,8 ; 56,5	1,36	11,5
	BASTANTE O MUCHO	14,4%	3,9	8,2 ; 24,0	1,49	27,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	2,7%	0,6	1,8 ; 4,1	1,51	20,2
	REGULAR	3,0%	0,5	2,2 ; 4,2	1,15	16,8
	BASTANTE O MUCHO	94,2%	0,7	92,7 ; 95,5	1,17	0,7
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD	NADA O POCO	53,2%	2,2	48,9 ; 57,5	2,43	4,1
	REGULAR	32,1%	1,6	28,9 ; 35,3	1,55	5,0
	BASTANTE O MUCHO	14,7%	1,4	12,2 ; 17,6	1,93	9,3
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE OTRA PERSONA NO MENCIONADA	NADA O POCO	7,0%	2,4	3,4 ; 13,6	1,12	34,8
	REGULAR	19,0%	5,3	10,6 ; 31,7	2,26	27,9
	BASTANTE O MUCHO	74,0%	5,5	61,9 ; 83,3	1,92	7,4

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	53,3%	2,5	48,3 ; 58,3	2,33	4,7
	REGULAR	19,8%	1,6	16,8 ; 23,3	1,56	8,3
	BASTANTE O MUCHO	26,8%	2,4	22,3 ; 31,9	2,78	9,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	49,8%	4,3	41,3 ; 58,4	1,24	8,7
	REGULAR	20,6%	3,6	14,4 ; 28,6	1,29	17,4
	BASTANTE O MUCHO	29,5%	4,0	22,2 ; 38,1	1,28	13,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	54,5%	2,5	49,6 ; 59,3	3,20	4,5
	REGULAR	14,2%	1,2	12,0 ; 16,6	1,42	8,1
	BASTANTE O MUCHO	31,4%	2,4	26,7 ; 36,4	3,59	7,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	62,6%	2,8	56,9 ; 67,9	3,06	4,4
	REGULAR	12,3%	1,2	10,1 ; 14,9	1,24	9,8
	BASTANTE O MUCHO	25,1%	2,5	20,5 ; 30,4	3,08	10,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	38,0%	1,8	34,5 ; 41,6	1,79	4,7
	REGULAR	27,5%	1,2	25,2 ; 30,0	0,98	4,4
	BASTANTE O MUCHO	34,5%	1,6	31,4 ; 37,7	1,49	4,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: LA SALUD	NADA O POCO	36,2%	2,1	32,3 ; 40,4	2,39	5,7
	REGULAR	20,1%	1,4	17,4 ; 23,1	1,70	7,2
	BASTANTE O MUCHO	43,7%	2,6	38,6 ; 48,8	3,54	5,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	82,1%	1,4	79,1 ; 84,8	1,81	1,7
	REGULAR	8,8%	0,9	7,2 ; 10,8	1,37	10,4
	BASTANTE O MUCHO	9,1%	1,1	7,2 ; 11,5	1,82	11,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	52,4%	2,3	47,8 ; 57,0	2,82	4,4
	REGULAR	9,3%	1,2	7,3 ; 11,9	2,12	12,5
	BASTANTE O MUCHO	38,2%	2,2	34,1 ; 42,6	2,58	5,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	29,9%	1,9	26,3 ; 33,7	2,20	6,3
	REGULAR	10,2%	0,9	8,5 ; 12,3	1,29	9,3
	BASTANTE O MUCHO	59,9%	1,8	56,3 ; 63,4	1,80	3,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	40,9%	2,1	36,8 ; 45,2	2,45	5,2
	REGULAR	9,9%	0,9	8,2 ; 11,9	1,28	9,4
	BASTANTE O MUCHO	49,2%	2,0	45,1 ; 53,2	2,19	4,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	5,6%	2,4	2,4 ; 12,7	1,19	42,4
	REGULAR	10,5%	4,2	4,7 ; 22,0	2,04	39,6
	BASTANTE O MUCHO	83,8%	5,6	69,6 ; 92,2	2,57	6,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	6,0%	0,8	4,5 ; 7,9	1,68	14,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	76,8%	1,7	73,3 ; 79,9	2,06	2,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	17,2%	1,4	14,6 ; 20,2	1,80	8,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	16,9%	1,4	14,4 ; 19,9	1,80	8,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	69,8%	1,7	66,4 ; 73,0	1,73	2,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,2%	1,2	11,0 ; 15,7	1,61	9,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	31,0%	1,7	27,8 ; 34,5	1,78	5,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	57,2%	1,8	53,5 ; 60,7	1,77	3,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	11,8%	1,4	9,3 ; 14,8	2,46	11,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	24,4%	1,7	21,3 ; 27,8	1,95	6,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	59,3%	1,8	55,6 ; 62,9	1,85	3,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	16,3%	1,4	13,8 ; 19,2	1,80	8,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	4,5%	0,7	3,3 ; 6,0	1,37	14,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	60,3%	1,7	56,8 ; 63,7	1,64	2,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	35,2%	1,7	32,0 ; 38,5	1,58	4,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	1,8%	0,5	1,1 ; 3,1	1,77	26,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	27,5%	1,4	24,9 ; 30,3	1,23	5,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	70,7%	1,4	67,9 ; 73,3	1,20	1,9

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,9%	0,4	0,4 ; 2,1	2,31	44,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	23,4%	1,4	20,7 ; 26,2	1,40	5,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	75,7%	1,4	72,9 ; 78,4	1,36	1,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	27,8%	1,7	24,6 ; 31,2	1,83	6,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	60,0%	1,7	56,6 ; 63,4	1,58	2,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,2%	1,2	10,1 ; 14,7	1,66	9,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTRO	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	10,9%	4,4	4,7 ; 23,2	0,62	40,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	89,1%	4,4	76,8 ; 95,3	0,62	5,0
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	38,7%	1,9	35,0 ; 42,5	1,98	4,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	10,1%	1,1	8,2 ; 12,4	1,58	10,4
	REGULAR	22,4%	1,5	19,6 ; 25,4	1,58	6,5
	BASTANTE O MUCHO	67,5%	1,7	64,0 ; 70,9	1,81	2,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	6,4%	0,9	4,8 ; 8,4	1,74	14,0
	REGULAR	13,0%	1,0	11,1 ; 15,2	1,22	7,9
	BASTANTE O MUCHO	80,6%	1,3	77,8 ; 83,0	1,45	1,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	9,8%	1,2	7,6 ; 12,5	2,27	12,7
	REGULAR	24,9%	1,3	22,4 ; 27,6	1,20	5,3
	BASTANTE O MUCHO	65,3%	1,6	62,0 ; 68,4	1,52	2,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	28,3%	1,6	25,2 ; 31,6	1,69	5,7
	REGULAR	46,2%	1,7	42,9 ; 49,6	1,53	3,7
	BASTANTE O MUCHO	25,5%	1,5	22,6 ; 28,7	1,63	6,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ (ESTUDIA)	NADA O POCO	8,7%	1,6	5,9 ; 12,5	1,80	18,7
	REGULAR	18,3%	2,5	13,9 ; 23,8	2,24	13,6
	BASTANTE O MUCHO	73,0%	2,5	67,8 ; 77,6	1,68	3,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	31,9%	1,8	28,5 ; 35,5	1,89	5,6
	REGULAR	33,4%	1,6	30,3 ; 36,6	1,45	4,7
	BASTANTE O MUCHO	34,7%	2,0	31,0 ; 38,7	2,19	5,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	7,2%	0,9	5,6 ; 9,3	1,66	12,9
	REGULAR	14,0%	1,0	12,1 ; 16,2	1,13	7,4
	BASTANTE O MUCHO	78,8%	1,3	76,1 ; 81,2	1,30	1,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	16,9%	1,5	14,2 ; 20,0	2,00	8,7
	REGULAR	31,6%	1,4	28,8 ; 34,4	1,23	4,5
	BASTANTE O MUCHO	51,5%	1,8	47,9 ; 55,1	1,72	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	15,2%	1,6	12,4 ; 18,6	2,48	10,3
	REGULAR	27,2%	1,7	23,9 ; 30,6	1,91	6,3
	BASTANTE O MUCHO	57,7%	1,9	53,9 ; 61,3	1,85	3,2
DISCRIMINACIÓN POR SEXO	PREVALENCIA DE VIDA	5,7%	0,9	4,3 ; 7,7	1,76	14,8
DISCRIMINACIÓN POR: EDAD	PREVALENCIA DE VIDA	8,5%	1,0	6,8 ; 10,6	1,58	11,4
DISCRIMINACIÓN POR PESO	PREVALENCIA DE VIDA	4,6%	0,7	3,5 ; 6,1	1,29	14,2
DISCRIMINACIÓN POR COLOR DE PIEL	PREVALENCIA DE VIDA	2,3%	0,5	1,5 ; 3,4	1,35	21,0
DISCRIMINACIÓN POR FORMA DE VESTIR	PREVALENCIA DE VIDA	4,4%	0,7	3,2 ; 6,1	1,57	16,1
DISCRIMINACIÓN POR CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	12,1%	1,2	9,9 ; 14,7	1,85	10,1
DISCRIMINACIÓN POR NIVEL EDUCATIVO	PREVALENCIA DE VIDA	10,3%	1,0	8,5 ; 12,5	1,45	9,8
DISCRIMINACIÓN POR RELIGIÓN	PREVALENCIA DE VIDA	6,4%	1,0	4,7 ; 8,8	2,23	15,7
DISCRIMINACIÓN POR AMISTADES	PREVALENCIA DE VIDA	4,2%	0,8	2,9 ; 6,0	1,86	18,0
DISCRIMINACIÓN POR LUGAR DE NACIMIENTO	PREVALENCIA DE VIDA	3,7%	0,6	2,6 ; 5,1	1,48	17,2
DISCRIMINACIÓN POR OTRA	PREVALENCIA DE VIDA	5,0%	0,9	3,5 ; 7,1	2,17	17,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	9,3%	1,1	7,3 ; 11,6	1,29	11,7
	REGULAR	25,0%	1,9	21,4 ; 29,0	1,82	7,7
	BASTANTE O MUCHO	65,7%	2,3	61,0 ; 70,1	2,17	3,5

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	13,2%	1,4	10,8 ; 16,2	1,47	10,3
	REGULAR	25,9%	2,0	22,1 ; 30,1	1,93	7,8
	BASTANTE O MUCHO	60,9%	2,2	56,5 ; 65,0	1,77	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	7,2%	1,3	5,0 ; 10,1	1,35	17,8
	REGULAR	25,4%	2,3	21,1 ; 30,2	1,54	9,0
	BASTANTE O MUCHO	67,4%	2,2	62,9 ; 71,7	1,25	3,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	15,8%	1,4	13,2 ; 18,7	1,32	8,7
	REGULAR	33,0%	2,1	28,9 ; 37,3	1,86	6,4
	BASTANTE O MUCHO	51,3%	2,3	46,6 ; 55,8	1,99	4,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	35,5%	1,9	31,7 ; 39,4	1,48	5,4
	REGULAR	40,8%	1,9	37,2 ; 44,6	1,33	4,6
	BASTANTE O MUCHO	23,7%	1,7	20,5 ; 27,3	1,48	7,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES	NADA O POCO	11,7%	1,8	8,6 ; 15,7	1,40	15,3
	REGULAR	24,1%	2,5	19,4 ; 29,4	1,58	10,5
	BASTANTE O MUCHO	64,2%	2,9	58,4 ; 69,7	1,60	4,5
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	9,8%	1,2	7,6 ; 12,4	2,14	12,3
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA ACTUAL	6,3%	0,9	4,7 ; 8,3	1,89	14,7
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	32,3%	1,5	29,5 ; 35,3	1,29	4,5
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA MENSUAL	5,0%	0,7	3,7 ; 6,6	1,46	14,6
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA ANUAL	12,1%	1,0	10,3 ; 14,2	1,23	8,3
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	13,0%	1,0	11,1 ; 15,1	1,16	7,7
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA MENSUAL	1,6%	0,4	1,0 ; 2,6	1,24	23,9
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA ANUAL	4,2%	0,6	3,2 ; 5,6	1,09	13,6
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	5,7%	0,9	4,3 ; 7,7	1,79	15,0
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA MENSUAL	0,7%	0,3	0,3 ; 1,5	1,40	39,4
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA ANUAL	1,5%	0,3	0,9 ; 2,3	1,12	24,1
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	3,0%	0,6	2,1 ; 4,3	1,44	18,9
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA ANUAL	0,4%	0,2	0,1 ; 0,9	1,12	48,5
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	26,5%	1,5	23,7 ; 29,5	1,44	5,5
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA ACTUAL	0,4%	0,2	0,2 ; 1,0	1,11	46,7
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	4,6%	0,8	3,2 ; 6,6	2,09	18,2
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA MENSUAL	0,6%	0,2	0,2 ; 1,3	1,40	43,0
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA ANUAL	1,7%	0,4	1,0 ; 2,8	1,49	25,5
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	PADRES	22,4%	7,8	10,6 ; 41,2	1,19	34,7
	APARIENCIA FÍSICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,00	0,0
	HIJOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,00	0,0
	OTROS PARIENTES	13,6%	6,0	5,4 ; 30,3	1,06	44,3
	PAREJA	27,9%	10,1	12,5 ; 51,1	1,73	36,2
	LABORALES	5,5%	4,0	1,3 ; 21,0	1,04	72,2
	AMIGOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	ESTUDIOS	8,5%	5,9	2,0 ; 29,6	1,55	70,0
	ECONÓMICOS	9,0%	4,7	3,1 ; 23,5	0,92	52,2
	SALUD FÍSICA	7,6%	5,6	1,6 ; 28,8	1,56	74,7
	SALUD FAMILIAR	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	SEPARACIÓN DE FAMILIA	1,7%	1,7	0,2 ; 11,2	0,57	98,6
	MUERTE DE UN HIJO	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	11,6%	8,1	2,6 ; 38,7	2,21	70,3
SIN MOTIVO	9,6%	8,9	1,4 ; 44,8	3,13	93,0	
OTROS	9,3%	4,3	3,6 ; 21,9	0,72	45,9	

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TENDENCIAS RELIGIOSAS	SIENTE BASTANTE O MUCHA PROTECCIÓN DE DIOS	94,2%	0,7	92,7 ; 95,5	1,17	0,7
	DIOS ES BASTANTE O MUY IMPORTANTE	94,4%	0,7	92,9 ; 95,6	1,18	0,7
	ASISTE A LA IGLESIA O TEMPLO	76,1%	1,5	73,0 ; 79,0	1,65	2,0
	PARTICIPA ACTIVAMENTE EN ALGÚN GRUPO RELIGIOSO	19,7%	1,6	16,8 ; 23,1	2,04	8,1
	LEE Y CONSULTA SUS ESCRITURAS RELIGIOSAS	71,3%	2,2	66,8 ; 75,3	2,88	3,0
	PREDICA O ENSEÑA LA RELIGIÓN A SUS HIJOS O NIETOS	53,5%	2,1	49,3 ; 57,6	2,30	4,0
	PREDICA O ENSEÑA LA RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	32,5%	1,8	29,1 ; 36,2	1,86	5,5
	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	56,6%	1,7	53,2 ; 59,9	1,54	3,0
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	PREVALENCIA	58,7%	2,1	54,5 ; 62,9	2,43	3,6
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	MEDIA ARITMÉTICA	7,6%	0,47	7,46 ; 7,65	2,28	0,6
POBLACIÓN GENERAL ADULTA CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA	8,3%	1,1	6,4 ; 10,8	2,11	13,3
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	41,3%	2,0	37,4 ; 45,3	2,13	4,8
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ANUAL	24,4%	1,6	21,4 ; 27,8	1,83	6,6
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA A 6 MESES	21,6%	1,5	18,7 ; 24,8	1,83	7,1
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA ACTUAL	16,8%	1,5	14,1 ; 20,0	2,02	8,7
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	18,0%	1,4	15,3 ; 21,0	1,80	7,9
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ANUAL	6,3%	0,9	4,8 ; 8,4	1,82	14,3
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA A 6 MESES	5,5%	0,9	4,0 ; 7,5	1,91	15,9
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA ACTUAL	3,7%	0,7	2,6 ; 5,3	1,64	18,0
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	8,2%	1,0	6,4 ; 10,5	1,79	12,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ANUAL	2,4%	0,5	1,6 ; 3,5	1,28	20,0
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA A 6 MESES	2,2%	0,5	1,5 ; 3,4	1,34	21,0
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA ACTUAL	1,9%	0,4	1,2 ; 3,0	1,27	22,2
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,5%	0,2	0,3 ; 1,1	0,96	36,8
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	0,4%	0,2	0,2 ; 0,9	1,05	45,5
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA A 6 MESES	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	1,18	52,9
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 1,0	1,91	99,7
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,1%	0,4	0,5 ; 2,2	1,92	37,2
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ANUAL	0,4%	0,2	0,1 ; 1,3	1,88	58,9
AGORAFOBIA	PREVALENCIA A 6 MESES	0,4%	0,2	0,1 ; 1,3	1,88	58,9
AGORAFOBIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,0 ; 0,8	1,41	84,7
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	1,6%	0,5	0,9 ; 2,9	1,98	30,7
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ANUAL	0,5%	0,2	0,2 ; 1,3	1,51	47,2
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA A 6 MESES	0,5%	0,2	0,2 ; 1,3	1,51	47,2
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	0,4%	0,2	0,1 ; 1,2	1,62	57,2
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,1	0,0 ; 0,7	1,06	71,0
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA A 6 MESES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	8,3%	1,0	6,6 ; 10,5	1,71	12,0
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA ANUAL	3,0%	0,6	1,9 ; 4,5	1,80	21,2
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA A 6 MESES	2,3%	0,6	1,4 ; 3,8	2,01	25,5
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA ACTUAL	1,3%	0,5	0,6 ; 2,6	2,23	36,1
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	23,2%	1,6	20,3 ; 26,4	1,78	6,7
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ANUAL	9,2%	0,8	7,7 ; 11,0	1,13	9,2
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA A 6 MESES	6,6%	0,8	5,1 ; 8,5	1,46	12,5

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA ACTUAL	2,9%	0,6	1,9 ; 4,4	1,86	21,9
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	22,9%	1,6	20,0 ; 26,1	1,79	6,8
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ANUAL	8,8%	0,8	7,4 ; 10,5	1,02	9,0
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA A 6 MESES	6,2%	0,8	4,9 ; 7,9	1,31	12,3
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	2,5%	0,5	1,6 ; 3,8	1,59	21,8
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,2	0,2 ; 0,8	0,78	39,1
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,4%	0,2	0,2 ; 1,0	1,14	47,1
BULIMIA NERVIOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PREVALENCIA ACTUAL	9,1%	1,1	7,1 ; 11,5	1,95	12,2
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	1,08	100
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	1,08	100
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA A 6 MESES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	1,08	100
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
TRASTORNO BIPOLAR	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	1,08	100
BEBEDOR RIESGOSO	PREVALENCIA ANUAL	17,1%	1,5	14,3 ; 20,3	2,11	8,8
DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	5,2%	0,7	3,9 ; 6,8	1,38	13,9
ABUSO DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	4,6%	0,8	3,3 ; 6,4	1,71	16,4
DEPENDENCIA DE ABUSO DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	9,8%	1,0	8,0 ; 12,1	1,59	10,5
DEPENDENCIA DEL TABACO	PREVALENCIA ANUAL	1,8%	0,4	1,1 ; 2,8	1,38	24,2
DEPENDENCIA DE PBC	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE COCAÍNA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE MARIHUANA	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	1,07	100
DEPENDENCIA DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	6,8%	0,8	5,3 ; 8,6	1,44	12,3
ABUSO DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	4,8%	0,8	3,5 ; 6,6	1,70	16,1
CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	75,8%	1,6	72,5 ; 78,8	1,85	2,1
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	PREVALENCIA DE VIDA	75,7%	1,6	72,4 ; 78,7	1,85	2,1
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	97,4%	0,7	95,5 ; 98,5	2,66	0,7
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA EN EL MES	51,0%	1,8	47,3 ; 54,6	1,78	3,6
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	74,0%	1,6	70,7 ; 77,0	1,72	2,1
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA EN EL MES	27,7%	1,7	24,5 ; 31,1	1,83	6,0
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,2	0,2 ; 0,9	0,98	43,3
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA EN EL MES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,30	100
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	0,3	0,8 ; 2,1	1,16	26,2
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	PREVALENCIA EN EL MES	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	0,92	52,1
CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	PREVALENCIA DE VIDA	2,1%	0,6	1,2 ; 3,6	2,24	28,4
CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	PREVALENCIA EN EL MES	1,1%	0,5	0,5 ; 2,5	2,69	43,3
CONSUMO DE ESTIMULANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,2	0,1 ; 1,2	1,70	58,8
CONSUMO DE ESTIMULANTES	PREVALENCIA EN EL MES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	2,6%	0,6	1,6 ; 4,0	1,82	23,0
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA EN EL MES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	10,0%	1,0	8,1 ; 12,2	1,50	10,2
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA EN EL MES	0,5%	0,3	0,1 ; 1,7	2,53	63,5
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA DE VIDA	6,5%	0,9	5,0 ; 8,5	1,65	13,4
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA EN EL MES	0,3%	0,3	0,1 ; 1,8	3,26	87,8
CONSUMO DE PBC	PREVALENCIA DE VIDA	4,7%	0,7	3,5 ; 6,1	1,26	14,0

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONSUMO DE PBC	PREVALENCIA EN EL MES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	1,09	76,7
CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	6,1%	0,8	4,7 ; 7,7	1,31	12,4
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	MEDIA ARITMÉTICA	24,5%	1,3	18,9 ; 30,1	0,87	5,3
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	MEDIA ARITMÉTICA	19,5%	0,2	19,1 ; 19,9	1,21	1,1
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	MEDIA ARITMÉTICA	27,9%	1,1	25,0 ; 30,9	1,02	3,8
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	MEDIA ARITMÉTICA	21,6%	1,0	19,6 ; 23,5	1,28	4,5
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	20,3%	0,7	18,8 ; 21,8	1,38	3,6
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	19,1%	0,5	18,1 ; 20,0	1,40	2,4
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉXTASIS	MEDIA ARITMÉTICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	MEDIA ARITMÉTICA	16,5%	1,8	12,7 ; 20,2	1,57	11,1
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	MEDIA ARITMÉTICA	16,0%	0,00	16,0 ; 16,0	0,0	0,0
DEMANDA SENTIDA DE "PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS"	PREVALENCIA DE VIDA	26,5%	1,6	23,4 ; 29,8	1,76	6,1
DEMANDA SENTIDA A PARTIR DE PROBLEMAS EMOCIONALES ESPECÍFICOS	PREVALENCIA DE VIDA	43,6%	1,6	40,5 ; 46,7	1,32	3,6
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS	PREVALENCIA A 6 MESES	11,7%	0,9	10,0 ; 13,7	1,12	8,0
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD	PREVALENCIA A 6 MESES	13,2%	3,7	7,4 ; 22,4	1,78	28,3
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN PUESTOS O CENTROS DE SALUD	PREVALENCIA	13,8%	10,3	2,8 ; 47,1	1,53	74,8
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DEL MINS	PREVALENCIA	57,4%	14,0	30,1 ; 80,7	1,38	24,5
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DE ESSALUD	PREVALENCIA	19,0%	10,1	6,0 ; 46,2	1,13	53,2
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR	PREVALENCIA	8,3%	6,9	1,5 ; 35,5	1,09	83,7
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN OTROS	PREVALENCIA	1,6%	1,7	0,2 ; 11,7	0,30	100
ATENCIÓN DURANTE LA CONSULTA	PSICÓLOGO	60,2%	14,2	31,8 ; 83,1	1,36	23,6
	MÉDICO GENERAL	16,6%	8,1	5,9 ; 38,7	0,76	48,6
	SANITARIO	10,7%	10,1	1,4 ; 49,2	1,71	94,5
	OTROS	12,5%	7,5	3,6 ; 35,6	0,82	59,7
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINAS	29,5%	12,5	11,3 ; 58,0	1,29	42,5
	PSICOTERAPIA	11,9%	9,6	2,1 ; 45,5	1,52	81,2
	CONSEJERÍA	69,1%	12,7	40,8 ; 87,9	1,29	18,4
	HOSPITALIZACIÓN	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	OTROS	5,5%	4,5	1,0 ; 24,6	0,75	82,2
SALUD MENTAL POR LUGARES GEOGRÁFICOS						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	41,3%	2,0	37,5 ; 45,2	3,52	4,8
	TARAPOTO	32,6%	1,8	29,2 ; 36,1	0,85	5,4
	PUCALLPA	39,0%	2,0	35,2 ; 43,0	1,89	5,0
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	24,4%	1,6	21,4 ; 27,7	3,03	6,6
	TARAPOTO	17,3%	1,3	14,9 ; 20,0	0,69	7,4
	PUCALLPA	21,9%	1,8	18,6 ; 25,6	2,11	8,0
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	2,16%	1,5	18,8 ; 24,8	3,02	7,1
	TARAPOTO	15,4%	1,2	13,2 ; 17,8	0,64	7,6
	PUCALLPA	19,7%	1,8	16,5 ; 23,4	2,29	9,0

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	16,8%	1,5	14,2 ; 19,9	3,34	8,7
	TARAPOTO	10,6%	1,0	8,9 ; 12,7	0,59	9,1
	PUCALLPA	15,1%	1,6	12,2 ; 18,4	2,24	10,4
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	18,0%	1,4	15,3 ; 21,0	2,99	7,9
	TARAPOTO	14,6%	1,1	12,6 ; 16,9	0,58	7,5
	PUCALLPA	20,8%	1,5	18,0 ; 23,8	1,55	7,1
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	6,3%	0,9	4,8 ; 8,4	3,02	14,3
	TARAPOTO	4,6%	0,7	3,5 ; 6,1	0,59	14,2
	PUCALLPA	6,9%	0,9	5,4 ; 8,9	1,46	13,0
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	5,5%	0,9	4,0 ; 7,5	3,16	15,9
	TARAPOTO	3,7%	0,6	2,7 ; 5,0	0,54	15,3
	PUCALLPA	6,4%	1,1	4,6 ; 8,8	2,21	16,7
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	3,7%	0,7	2,6 ; 5,3	2,72	18,0
	TARAPOTO	2,4%	0,5	1,7 ; 3,6	0,59	19,7
	PUCALLPA	4,2%	0,7	3,0 ; 5,8	1,43	16,7
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	23,2%	1,6	20,3 ; 26,4	2,94	6,7
	TARAPOTO	18,6%	1,5	15,8 ; 21,7	0,88	7,9
	PUCALLPA	21,0%	1,8	17,6 ; 24,8	2,35	8,7
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	9,2%	0,8	7,7 ; 11,0	1,87	9,2
	TARAPOTO	6,8%	0,9	5,3 ; 8,7	0,70	12,6
	PUCALLPA	8,3%	1,2	6,3 ; 10,9	2,06	14,0
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	6,6%	0,8	5,2 ; 8,4	2,41	12,5
	TARAPOTO	5,5%	0,8	4,2 ; 7,3	0,71	14,1
	PUCALLPA	5,7%	0,9	4,1 ; 7,7	1,76	15,9
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	2,9%	0,6	1,9 ; 4,4	3,08	21,9
	TARAPOTO	1,6%	0,4	1,0 ; 2,6	0,62	25,0
	PUCALLPA	2,4%	0,5	1,5 ; 3,7	1,44	22,6
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL SEGÚN CIUDADES	IQUITOS	9,8%	1,0	8,0 ; 12,1	2,63	10,5
	TARAPOTO	6,4%	0,8	4,9 ; 8,3	0,72	13,2
	PUCALLPA	8,2%	1,0	6,4 ; 10,5	1,63	12,5
POBREZA Y SALUD MENTAL						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	54,2%	11,5	32,2 ; 74,7	2,63	21,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	45,5%	3,3	39,2 ; 52,0	1,90	7,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	38,5%	2,6	33,5 ; 43,8	2,14	6,8
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	33,2%	5,7	22,9 ; 45,4	1,13	17,3
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	50,8%	12,0	28,6 ; 72,7	2,85	23,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	28,3%	2,8	23,1 ; 34,2	1,75	10,0
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	21,1%	2,0	17,5 ; 25,3	1,76	9,4
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	18,0%	4,9	10,2 ; 29,8	1,24	27,3
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	37,7%	9,5	21,3 ; 57,5	1,93	25,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	24,8%	2,6	20,0 ; 30,2	1,59	10,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	19,3%	1,9	15,8 ; 23,4	1,77	10,0
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	16,6%	4,6	9,4 ; 27,6	1,14	27,5

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	30,6%	9,1	15,9 ; 50,6	1,93	29,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	18,8%	2,5	14,4 ; 24,3	1,83	13,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	15,0%	1,7	12,0 ; 18,6	1,62	11,1
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	15,4%	4,3	8,6 ; 26,1	1,10	28,2
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	15,9%	6,5	6,7 ; 33,1	1,58	41,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	23,3%	2,4	18,9 ; 28,4	1,46	10,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	15,1%	1,8	11,8 ; 19,2	1,95	12,2
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	16,8%	4,6	9,5 ; 27,9	1,15	27,4
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,9%	6,3	3,3 ; 30,7	2,04	57,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	10,6%	1,9	7,3 ; 15,0	1,71	18,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	4,1%	0,8	2,8 ; 5,9	1,14	19,1
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,2%	1,2	0,2 ; 8,1	0,90	100
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	9,0%	6,1	2,2 ; 30,2	2,27	67,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,4%	1,8	6,3 ; 13,7	1,75	19,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	3,4%	0,7	2,2 ; 5,2	1,21	21,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,2%	1,2	0,2 ; 8,1	0,90	100
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	5,5%	4,0	1,2 ; 21,3	1,57	73,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	6,1%	1,5	3,8 ; 9,7	1,62	23,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	2,6%	0,6	1,6 ; 4,2	1,19	24,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	32,7%	10,0	16,4 ; 54,5	2,28	30,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	25,5%	2,5	20,9 ; 30,7	1,44	9,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	21,9%	2,2	17,8 ; 26,5	2,09	10,0
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	14,0%	3,9	7,9 ; 23,4	0,93	27,6
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	28,4%	9,2	14,0 ; 49,2	2,06	32,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	10,9%	1,8	7,8 ; 14,9	1,45	16,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	7,7%	0,9	6,0 ; 9,8	0,93	12,3
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	2,6%	1,8	0,6 ; 10,1	1,01	70,6

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	15,2%	8,4	4,8 ; 39,3	2,69	54,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	8,2%	1,5	5,6 ; 11,7	1,35	18,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	5,7%	1,0	4,1 ; 7,9	1,25	16,8
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,2%	1,2	0,2 ; 8,2	0,91	100
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	11,6%	8,1	2,7 ; 38,5	3,17	69,5
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,4%	1,1	2,6 ; 7,3	1,37	26,0
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	1,6%	0,6	0,8 ; 3,1	1,43	34,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	1,2%	1,2	0,2 ; 8,2	0,91	100
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS DE NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	7,9%	5,6	1,8 ; 28,1	2,13	70,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,2%	1,7	6,3 ; 13,1	1,51	18,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	10,2%	1,4	7,8 ; 13,2	1,47	13,3
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	11,8%	3,7	6,3 ; 21,2	0,97	30,9
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPO ETARIO						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	34,2%	3,0	28,6 ; 40,2	1,34	8,6
	25 A 44 AÑOS	47,1%	2,7	41,9 ; 52,4	1,72	5,7
	45 A 64 AÑOS	40,3%	3,3	34,0 ; 47,0	1,28	8,2
	>65 AÑOS	32,6%	7,0	20,5 ; 47,5	1,91	21,3
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	23,9%	2,7	18,9 ; 29,7	1,43	11,5
	25 A 44 AÑOS	26,7%	2,0	22,9 ; 30,9	1,26	7,6
	45 A 64 AÑOS	23,3%	3,0	18,0 ; 29,7	1,37	12,6
	>65 AÑOS	14,6%	5,1	7,1 ; 27,8	1,81	34,9
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	17,6%	2,4	13,3 ; 22,9	1,39	13,7
	25 A 44 AÑOS	25,9%	2,0	22,1 ; 30,0	1,25	7,7
	45 A 64 AÑOS	20,5%	2,9	15,4 ; 26,7	1,41	14,0
	>65 AÑOS	12,2%	5,0	5,2 ; 26,0	2,04	41,1
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	11,5%	2,2	7,9 ; 16,6	1,58	18,7
	25 A 44 AÑOS	20,6%	1,7	17,4 ; 24,2	1,10	8,4
	45 A 64 AÑOS	17,1%	2,8	12,3 ; 23,4	1,54	16,3
	>65 AÑOS	11,5%	5,0	4,7 ; 25,5	2,12	43,5
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	16,1%	2,4	11,8 ; 21,4	1,50	15,1
	25 A 44 AÑOS	19,5%	1,9	16,1 ; 23,5	1,34	9,6
	45 A 64 AÑOS	20,0%	2,6	15,3 ; 25,6	1,20	13,1
	>65 AÑOS	8,6%	3,2	4,0 ; 17,4	1,14	37,4
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	7,9%	1,8	4,9 ; 12,4	1,60	23,4
	25 A 44 AÑOS	6,4%	1,2	4,3 ; 9,3	1,53	19,4
	45 A 64 AÑOS	6,3%	1,9	3,5 ; 11,3	1,71	29,9
	>65 AÑOS	0,3%	0,3	0,0 ; 2,0	0,25	100
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	5,1%	1,6	2,7 ; 9,5	1,91	32,2
	25 A 44 AÑOS	6,0%	1,2	4,0 ; 8,9	1,56	20,2
	45 A 64 AÑOS	6,4%	1,9	3,6 ; 11,4	1,68	29,4
	>65 AÑOS	0,3%	0,3	0,0 ; 2,0	0,25	100

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	4,4%	1,4	2,4 ; 8,1	1,56	31,2
	25 A 44 AÑOS	3,4%	0,9	2,0 ; 5,6	1,42	26,0
	45 A 64 AÑOS	4,6%	1,7	2,2 ; 9,5	1,88	37,0
	>65 AÑOS	0,3%	0,3	0,0 ; 2,0	0,25	100
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	17,7%	2,5	13,2 ; 23,3	1,53	14,4
	25 A 44 AÑOS	26,7%	2,3	22,4 ; 31,6	1,66	8,7
	45 A 64 AÑOS	21,2%	2,9	16,0 ; 27,5	1,44	13,8
	>65 AÑOS	27,6%	6,7	16,4 ; 42,5	1,94	24,2
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	12,6%	2,2	8,8 ; 17,5	1,47	17,3
	25 A 44 AÑOS	8,7%	1,2	6,6 ; 11,5	1,12	14,0
	45 A 64 AÑOS	5,8%	1,8	3,1 ; 10,4	1,61	30,5
	>65 AÑOS	10,4%	4,9	3,9 ; 24,8	2,25	47,3
PREVALENCIA GENERAL A 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	8,4%	1,9	5,4 ; 12,9	1,57	22,3
	25 A 44 AÑOS	7,4%	1,2	5,4 ; 10,1	1,19	15,8
	45 A 64 AÑOS	2,3%	0,9	1,1 ; 4,8	0,92	36,8
	>65 AÑOS	8,0%	4,8	2,3 ; 24,1	2,74	60,2
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	1,6%	0,8	0,6 ; 4,1	1,32	49,1
	25 A 44 AÑOS	4,0%	0,9	2,5 ; 6,3	1,31	22,9
	45 A 64 AÑOS	0,8%	0,5	0,2 ; 2,5	0,78	59,2
	>65 AÑOS	7,2%	4,8	1,9 ; 24,2	2,95	66,0
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN GRUPO ETARIO	18 A 24 AÑOS	5,5%	1,3	3,3 ; 8,8	1,18	24,4
	25 A 44 AÑOS	13,4%	1,5	10,8 ; 16,6	1,12	11,0
	45 A 64 AÑOS	9,8%	2,2	6,2 ; 15,2	1,56	22,5
	>65 AÑOS	2,1%	1,4	0,6 ; 7,4	0,79	64,5
EFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA						
FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA DEL TERRORISMO EN LOS ENCUESTADOS	FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO(A), HIJOS)	0,9%	0,3	0,4 ; 1,7	1,28	33,7
	OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	5,0%	0,8	3,7 ; 6,8	1,70	15,7
	FAMILIAR DESAPARECIDO	4,5%	0,7	3,4 ; 6,0	1,30	14,5
	TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	4,3%	0,6	3,2 ; 5,7	1,32	15,0
	FAMILIAR DETENIDO	1,9%	0,4	1,2 ; 3,0	1,35	23,2
	FAMILIAR EN PRISIÓN	2,0%	0,4	1,3 ; 3,1	1,31	21,9
	PÉRDIDA DE BIENES	1,2%	0,3	0,7 ; 2,0	1,16	27,6
	CAMBIO DE RESIDENCIA	3,4%	0,6	2,4 ; 4,7	1,24	16,5
	AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	12,6%	1,2	10,4 ; 15,1	1,69	9,5
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	42,0%	5,7	31,3 ; 53,4	1,52	13,5
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	41,2%	2,0	37,3 ; 45,2	1,96	4,8
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	21,3%	5,0	13,0 ; 32,8	1,72	23,6
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	17,7%	1,4	15,0 ; 20,7	1,68	8,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO DEPRESIVO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	22,4%	4,7	14,4 ; 33,0	1,46	21,0
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	23,3%	1,5	20,4 ; 26,5	1,60	6,6
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	8,8%	3,1	4,3 ; 17,0	1,34	34,9
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	9,9%	1,1	8,0 ; 12,3	1,59	11,0

VARIABLE: ADULTO	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL						
PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES CULTURALES	SUSTO	9,4%	1,2	7,3 ; 11,9	2,07	12,3
	AIRE	6,5%	0,9	4,9 ; 8,6	1,86	14,3
	MAL DE OJO	1,8%	0,4	1,1 ; 2,8	1,34	23,8
	ATAQUE DE NERVIOS	3,2%	0,7	2,0 ; 4,9	2,24	22,9
	DAÑO	13,3%	1,2	11,1 ; 15,9	1,62	9,0
	CHUCAQUE	4,9%	1,0	3,3 ; 7,2	2,60	19,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD	EPILEPSIA	1,8%	0,5	1,1 ; 3,0	1,57	25,3
	SUSTO	20,8%	4,9	12,7 ; 32,2	1,81	23,7
	AIRE	19,1%	4,4	11,9 ; 29,4	1,06	23,0
	MAL DE OJO	27,5%	10,5	11,8 ; 51,8	1,29	38,2
	DAÑO	26,3%	3,9	19,3 ; 34,7	1,37	14,8
PREVALENCIA DE VIDA EPISODIO DEPRESIVO	CHUCAQUE	30,4%	6,4	19,3 ; 44,3	1,26	21,1
	SUSTO	28,4%	5,1	19,5 ; 39,4	1,55	17,9
	AIRE	21,4%	6,0	11,8 ; 35,7	1,84	28,2
	MAL DE OJO	23,6%	10,7	8,7 ; 50,1	1,49	45,5
PREVALENCIA DE VIDA SÍNTOMAS PARANOIDES (2 SÍNTOMAS)	DAÑO	36,3	5,1	26,9 ; 46,9	1,99	14,1
	CHUCAQUE	28,2%	5,9	18,1 ; 41,1	1,11	20,9
	SUSTO	5,1%	2,7	1,8 ; 13,8	1,81	52,3
	AIRE	1,9%	1,4	0,4 ; 7,7	0,87	73,5
	MAL DE OJO	4,6%	4,4	0,7 ; 26,2	1,04	95,7
PREVALENCIA DE VIDA SÍNTOMAS PARANOIDES (2 SÍNTOMAS)	DAÑO	6,8%	2,0	3,8 ; 12,0	1,10	29,3
	CHUCAQUE	5,8%	2,8	2,1 ; 14,7	0,97	49,5

VARIABLE: MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DATOS GENERALES: MUJER UNIDA						
EDAD POR GRUPO ETARIO DE LA MUESTRA	< 18 AÑOS	0,5%	0,2	0,2; 1,1	0,90	37,6
	18 A 24 AÑOS	5,6%	0,8	4,3; 7,4	1,36	13,7
	25 A 44 AÑOS	54,3%	2,0	50,3; 58,2	1,95	3,7
	45 A 64 AÑOS	32,3%	1,8	28,9; 35,9	1,74	5,5
	>65 AÑOS	7,2%	0,9	5,7; 9,1	1,39	12,2
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	40,0%	1,9	36,3; 43,9	1,89	4,8
	SEPARADA	14,6%	1,1	12,6; 16,9	1,11	7,3
	DIVORCIADA	0,6%	0,3	0,3; 1,5	1,52	44,6
	VIUDA	7,4%	0,9	5,8; 9,5	1,51	12,5
	CASADA	37,1%	1,7	33,7; 40,6	1,54	4,7
REALIZA ACTIVIDAD LABORAL	SOLTERA	0,2%	0,1	0,0; 0,7	1,12	70,6
	EN SEMANA ANTERIOR	58,8%	1,7	55,4; 62,0	1,39	2,8
GRADO DE ESTUDIOS	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	1,7%	0,5	1,0; 3,0	1,70	28,4
	GRADO DE ANALFABETISMO	3,3%	0,6	2,3; 4,8	1,46	18,8
	SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	1,9%	0,4	1,2; 3,0	1,16	22,1
	PRIMARIA	32,1%	1,7	28,7; 35,6	1,67	5,4
	SECUNDARIA	44,6%	1,5	41,5; 47,6	1,16	3,5
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	12,3%	1,4	9,8; 15,2	2,12	11,2
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	9,0%	1,2	6,9; 11,6	2,03	13,0
INGRESO MENSUAL EN NIVELES	POSTGRADO	0,2%	0,1	0,1; 0,6	0,75	58,8
	MENOS DE S/ .300	48,8%	2,6	43,7; 53,9	2,12	5,3
	301 A 600	22,1%	1,7	18,9; 25,6	1,29	7,6
	601 A 1200	24,7%	1,9	21,2; 28,6	1,50	7,6
MÁS DE 1200	4,4%	0,8	3,1; 6,4	1,25	18,4	

VARIABLE: MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA						
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS	DESEMPLEO	57,7%	1,8	54,1; 61,3	1,64	3,2
	CORRUPCIÓN	6,3%	0,8	4,8; 8,1	1,36	12,9
	VIOLENCIA	5,6%	0,7	4,3; 7,3	1,24	13,1
	POBREZA	18,6%	1,2	16,2; 21,1	1,21	6,6
	FALTA DE CONFIANZA	0,5%	0,2	0,2; 1,1	1,18	45,6
	FALTA DE LIDERAZGO	0,4%	0,2	0,2; 0,9	0,78	41,4
	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,2%	0,4	0,7; 2,3	1,53	31,8
	DELINCUENCIA	4,5%	0,7	3,3; 6,2	1,39	15,5
	TERRORISMO	0,4%	0,2	0,1; 0,9	0,89	45,4
	NARCOTRÁFICO	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,94	73,1
	MANEJO ECONÓMICO	3,0%	0,8	1,8; 5,0	2,42	25,3
	OTRO	1,2%	0,4	0,6; 2,2	1,49	32,0
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	INDIFERENCIA	1,4%	0,3	0,8; 2,3	1,08	25,4
	RESIGNACIÓN	2,1%	0,4	1,4; 3,1	0,99	19,5
	DESILUSIÓN	6,4%	0,8	5,0; 8,2	1,33	12,7
	AMARGURA	3,5%	0,7	2,4; 5,1	1,56	18,8
	RABIA	3,1%	0,5	2,2; 4,3	1,11	17,1
	CÓLERA	9,1%	1,0	7,3; 11,2	1,37	10,7
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	25,5%	1,5	22,6; 28,6	1,45	5,9
	PREOCUPACIÓN	35,6%	1,9	32,0; 39,4	1,86	5,3
	IMPOTENCIA	4,0%	0,6	3,0; 5,3	1,06	14,6
	FRUSTRACIÓN	0,7%	0,2	0,4; 1,3	0,87	31,8
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	4,4%	0,6	3,4; 5,8	1,06	13,8
	INDIGNACIÓN	2,3%	0,5	1,4; 3,6	1,50	23,3
	OTRO	0,7%	0,3	0,3; 1,5	1,22	38,0
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES	NADA O POCO	60,1%	1,9	56,3; 63,8	1,82	3,2
	REGULAR	30,8%	1,6	27,8; 34,0	1,39	5,1
	BASTANTE O MUCHO	9,1%	0,9	7,5; 11,0	1,14	9,7
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	56,7%	1,5	53,7; 59,6	1,08	2,6
	REGULAR	32,3%	1,4	29,6; 35,1	1,09	4,4
	BASTANTE O MUCHO	11,0%	1,1	9,1; 13,4	1,44	9,8
CONFIANZA EN AUTORIDADES RELIGIOSAS	NADA O POCO	29,1%	1,4	26,5; 32,0	1,12	4,8
	REGULAR	27,8%	1,4	25,1; 30,7	1,19	5,1
	BASTANTE O MUCHO	43,1%	1,3	40,4; 45,8	0,90	3,1
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	23,3%	1,4	20,7; 26,1	1,27	5,9
	REGULAR	39,3%	1,6	36,3; 42,4	1,22	3,9
	BASTANTE O MUCHO	37,4%	1,5	34,5; 40,5	1,16	4,0
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	17,9%	1,4	15,4; 20,8	1,52	7,6
	REGULAR	38,1%	2,1	34,1; 42,4	2,24	5,5
	BASTANTE O MUCHO	44,0%	1,7	40,6; 47,4	1,47	3,9
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	90,0%	0,9	88,1; 91,7	1,12	1,0
	REGULAR	9,1%	0,8	7,5; 10,8	1,00	9,1
	BASTANTE O MUCHO	0,9%	0,3	0,5; 1,8	1,24	33,7
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU SINDICATO	NADA O POCO	61,6%	4,1	53,3; 69,3	0,75	6,6
	REGULAR	27,5%	3,5	21,1; 34,9	0,66	12,8
	BASTANTE O MUCHO	11,0%	2,6	6,7; 17,4	0,77	24,1
CONFIANZA EN LÍDERES DE LA COMUNIDAD	NADA O POCO	76,6%	1,4	73,7; 79,3	1,35	1,8
	REGULAR	20,4%	1,4	17,8; 23,3	1,43	6,8
	BASTANTE O MUCHO	2,9%	0,5	2,0; 4,2	1,17	17,9
CONFIANZA EN SU JEFE EN EL TRABAJO	NADA O POCO	21,9%	2,5	17,4; 27,1	1,00	11,2
	REGULAR	33,8%	2,9	28,3; 39,9	1,10	8,7
	BASTANTE O MUCHO	44,3%	3,6	37,4; 51,4	1,45	8,0

VARIABLE: MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	68,0%	1,6	64,9; 71,1	1,35	2,3
	REGULAR	23,1%	1,4	20,4; 25,9	1,30	6,0
	BASTANTE O MUCHO	8,9%	1,0	7,2; 11,0	1,38	10,8
CONFIANZA EN LOS PERIODISTAS	NADA O POCO	57,4%	2,0	53,5; 61,2	1,87	3,4
	REGULAR	32,9%	2,1	28,9; 37,2	2,43	6,4
	BASTANTE O MUCHO	9,7%	1,0	7,9; 11,9	1,42	10,5
CONFIANZA EN AUTORIDADES JUDICIALES	NADA O POCO	64,1%	1,6	61,0; 67,2	1,28	2,4
	REGULAR	26,7%	1,4	24,0; 29,7	1,28	5,4
	BASTANTE O MUCHO	9,1%	1,0	7,3; 11,3	1,44	10,9
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	72,4%	1,4	69,6; 75,0	1,14	1,9
	REGULAR	22,6%	1,1	20,4; 24,9	0,91	5,1
	BASTANTE O MUCHO	5,1%	0,7	3,9; 6,6	1,18	13,6
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	17,4%	1,3	15,0; 20,1	1,36	7,3
	REGULAR	16,1%	1,0	14,2; 18,2	0,91	6,3
	BASTANTE O MUCHO	66,5%	1,5	63,5; 69,3	1,17	2,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	43,3%	5,3	33,3; 53,9	1,25	12,2
	REGULAR	43,0%	5,6	32,4; 54,2	1,42	13,0
	BASTANTE O MUCHO	13,8%	3,4	8,3; 21,9	1,06	24,5
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	0,8%	0,3	0,4; 1,6	1,19	34,5
	REGULAR	1,8%	0,4	1,1; 2,9	1,27	23,9
	BASTANTE O MUCHO	97,4%	0,5	96,1; 98,2	1,37	0,6
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU COMUNIDAD	NADA O POCO	52,7%	1,9	48,9; 56,5	1,82	3,7
	REGULAR	33,8%	1,5	30,9; 36,9	1,24	4,5
	BASTANTE O MUCHO	13,4%	1,3	11,1; 16,1	1,64	9,4
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE ALGUNA PERSONA NO MENCIONADA	NADA O POCO	10,3%	2,9	5,8; 17,8	1,00	28,5
	REGULAR	13,7%	3,3	8,4; 21,6	0,97	23,9
	BASTANTE O MUCHO	75,9%	3,8	67,7; 82,6	0,83	5,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	51,6%	2,5	46,7; 56,4	1,81	4,8
	REGULAR	16,5%	1,6	13,7; 19,9	1,31	9,4
	BASTANTE O MUCHO	31,9%	2,7	26,8; 37,5	2,49	8,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	34,8%	6,9	22,7; 49,4	1,17	19,8
	REGULAR	27,6%	6,5	16,7; 42,0	1,17	23,4
	BASTANTE O MUCHO	37,6%	6,9	25,1; 51,9	1,14	18,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	48,0%	2,5	43,2; 52,9	2,91	5,1
	REGULAR	15,7%	2,0	12,1; 20,2	3,79	13,0
	BASTANTE O MUCHO	36,3%	2,6	31,4; 41,5	3,39	7,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	53,9%	2,5	48,9; 58,8	2,43	4,7
	REGULAR	17,4%	1,8	14,1; 21,3	2,21	10,5
	BASTANTE O MUCHO	28,7%	2,4	24,2; 33,7	2,64	8,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	33,1%	1,8	29,6; 36,9	1,86	5,6
	REGULAR	26,0%	1,4	23,3; 28,8	1,23	5,4
	BASTANTE O MUCHO	40,9%	2,0	37,1; 44,8	1,92	4,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	30,7%	1,8	27,2; 34,5	1,91	6,0
	REGULAR	24,6%	1,6	21,5; 27,9	1,69	6,5
	BASTANTE O MUCHO	44,7%	2,3	40,2; 49,3	2,65	5,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	82,4%	1,5	79,1; 85,2	1,93	1,9
	REGULAR	7,7%	0,9	6,2; 9,7	1,33	11,5
	BASTANTE O MUCHO	9,9%	1,1	7,9; 12,4	1,73	11,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	45,9%	2,2	41,6; 50,2	2,30	4,7
	REGULAR	8,8%	1,0	6,9; 11,1	1,65	11,9
	BASTANTE O MUCHO	45,3%	2,0	41,5; 49,2	1,89	4,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	24,0%	1,8	20,6; 27,9	2,26	7,7
	REGULAR	9,2%	0,8	7,7; 10,8	0,90	8,6
	BASTANTE O MUCHO	66,8%	2,0	62,7; 70,7	2,23	3,0

VARIABLE: MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	39,1%	2,2	34,9; 43,5	2,40	5,6
	REGULAR	9,5%	0,9	7,8; 11,5	1,23	9,9
	BASTANTE O MUCHO	51,4%	2,3	46,8; 56,0	2,59	4,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	3,6%	0,6	2,5; 5,0	1,37	17,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	70,7%	1,7	67,3; 73,9	1,61	2,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	25,7%	1,6	22,6; 29,0	1,68	6,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSA	NUNCA	10,5%	1,0	8,6; 12,7	1,42	10,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	68,3%	1,7	64,9; 71,6	1,59	2,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	21,2%	1,7	18,1; 24,8	2,09	8,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADA	NUNCA	23,1%	1,5	20,2; 26,2	1,55	6,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	60,8%	1,5	57,7; 63,7	1,19	2,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	16,2%	1,4	13,6; 19,1	1,75	8,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	16,1%	1,2	13,8; 18,7	1,40	7,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	64,9%	1,7	61,6; 68,2	1,49	2,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	19,0%	1,4	16,4; 21,9	1,52	7,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADA	NUNCA	3,1%	0,5	2,2; 4,4	1,11	16,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	54,9%	1,6	51,7; 58,2	1,31	3,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	41,9%	1,7	38,7; 45,3	1,37	4,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILA	NUNCA	1,0%	0,3	0,5; 2,0	1,47	35,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	32,4%	1,6	29,3; 35,6	1,40	4,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	66,6%	1,6	63,3; 69,7	1,43	2,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,6%	0,2	0,3; 1,3	1,03	36,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	28,9%	1,4	26,2; 31,8	1,17	4,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	70,4%	1,4	67,5; 73,2	1,19	2,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDA	NUNCA	29,0%	1,5	26,1; 32,1	1,33	5,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	57,9%	1,5	54,9; 60,9	1,15	2,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,1%	1,1	11,0; 15,5	1,36	8,7
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	34,1%	1,7	30,8; 37,5	1,57	5,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,5	0,1	16,3; 16,7	2,06	0,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	12,7%	1,2	10,4; 15,4	1,69	9,8
	REGULAR	23,5%	1,5	20,7; 26,5	1,45	6,3
	BASTANTE O MUCHO	63,8%	2,1	59,6; 67,9	2,30	3,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	7,7%	1,0	5,9; 10,0	1,77	13,2
	REGULAR	13,0%	1,1	10,9; 15,4	1,36	8,7
	BASTANTE O MUCHO	79,3%	1,5	76,1; 82,2	1,74	1,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	12,8%	1,3	10,5; 15,5	1,76	10,0
	REGULAR	24,3%	1,6	21,2; 27,7	1,75	6,7
	BASTANTE O MUCHO	62,9%	1,9	59,1; 66,6	1,86	3,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	31,0%	1,6	27,9; 34,4	1,52	5,3
	REGULAR	44,2%	1,6	41,1; 47,3	1,21	3,6
	BASTANTE O MUCHO	24,8%	1,4	22,2; 27,6	1,20	5,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ (ESTUDIA)	NADA O POCO	9,1%	1,5	6,5; 12,5	0,98	16,4
	REGULAR	18,2%	2,4	13,9; 23,5	1,42	13,3
	BASTANTE O MUCHO	72,7%	2,9	66,6; 78,0	1,51	4,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	41,4%	2,1	37,3; 45,6	2,14	5,1
	REGULAR	31,0%	1,7	27,7; 34,4	1,60	5,5
	BASTANTE O MUCHO	27,6%	1,9	23,9; 31,6	2,25	7,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	4,7%	0,7	3,5; 6,4	1,40	15,4
	REGULAR	9,1%	0,9	7,4; 11,2	1,29	10,4
	BASTANTE O MUCHO	86,2%	1,2	83,7; 88,3	1,36	1,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	19,3%	1,4	16,7; 22,1	1,46	7,1
	REGULAR	30,3%	1,8	26,9; 33,9	1,77	5,8
	BASTANTE O MUCHO	50,5%	2,1	46,4; 54,5	2,06	4,1

VARIABLE: MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	17,6%	1,4	15,1; 20,5	1,54	7,7
	REGULAR	24,6%	1,5	21,7; 27,8	1,53	6,2
	BASTANTE O MUCHO	57,8%	1,9	53,9; 61,6	1,86	3,3
DISCRIMINACIÓN POR: SEXO	PREVALENCIA DE VIDA	6,9%	0,9	5,3 ; 8,9	1,52	13,0
DISCRIMINACIÓN POR: EDAD	PREVALENCIA DE VIDA	7,9%	0,9	6,2 ; 9,8	1,37	11,5
DISCRIMINACIÓN POR: PESO	PREVALENCIA DE VIDA	5,4%	0,8	4,1 ; 7,2	1,38	14,1
DISCRIMINACIÓN POR: COLOR DE PIEL	PREVALENCIA DE VIDA	1,6%	0,3	1,1 ; 2,5	0,92	21,5
DISCRIMINACIÓN POR: FORMA DE VESTIR	PREVALENCIA DE VIDA	5,6%	0,8	4,2 ; 7,4	1,44	14,1
DISCRIMINACIÓN POR: CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	13,9%	1,4	11,3; 17,0	2,06	10,3
DISCRIMINACIÓN POR: NIVEL EDUCATIVO	PREVALENCIA DE VIDA	13,1%	1,4	10,6; 16,1	2,04	10,6
DISCRIMINACIÓN POR: RELIGIÓN	PREVALENCIA DE VIDA	5,4%	0,8	4,0 ; 7,2	1,49	14,7
DISCRIMINACIÓN POR: AMISTADES	PREVALENCIA DE VIDA	3,3%	0,6	2,3 ; 4,8	1,49	18,9
DISCRIMINACIÓN POR: LUGAR DE NACIMIENTO	PREVALENCIA DE VIDA	3,2%	0,7	2,1; 4,9	1,77	21,0
DISCRIMINACIÓN POR: OTRA CONDICIÓN	PREVALENCIA DE VIDA	2,9%	0,5	2,0 ; 4,1	1,13	17,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,5	0,1	16,2; 16,7	1,54	0,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	9,3%	1,2	7,2; 12,0	1,23	12,7
	REGULAR	24,0%	1,8	20,6; 27,7	1,29	7,4
	BASTANTE O MUCHO	66,7%	2,3	62,0; 71,0	1,74	3,4
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	13,7%	1,4	11,2; 16,6	1,14	9,9
	REGULAR	27,6%	1,6	24,6; 30,9	0,95	5,8
	BASTANTE O MUCHO	58,7%	1,9	55,0; 62,3	1,05	3,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	10,4%	1,9	7,1; 14,9	1,43	18,7
	REGULAR	28,2%	2,7	23,1; 34,0	1,32	9,7
	BASTANTE O MUCHO	61,4%	2,9	55,5; 66,9	1,25	4,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	16,6%	1,6	13,8; 20,0	1,31	9,4
	REGULAR	29,4%	1,8	25,9; 33,1	1,20	6,2
	BASTANTE O MUCHO	54,0%	2,3	49,5; 58,4	1,51	4,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES	NADA O POCO	13,0%	2,2	9,2; 17,9	1,21	16,8
	REGULAR	25,8%	3,3	19,8; 32,7	1,62	12,7
	BASTANTE O MUCHO	61,3%	3,5	54,1; 68,0	1,52	5,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	40,0%	2,0	36,1; 44,0	1,21	5,0
	REGULAR	37,6%	1,9	33,9; 41,6	1,18	5,2
	BASTANTE O MUCHO	22,4%	1,7	19,2; 25,9	1,20	7,5
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	18,1	0,1	17,9; 18,2	1,69	0,5
GRADO DE CALIDAD DE VIDA	MEDIA ARITMÉTICA	7,6	0,0	7,5; 7,7	2,01	0,6
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	39,9%	1,5	36,9; 42,9	1,15	3,8
	PREVALENCIA MENSUAL	7,2%	0,8	5,8; 8,9	1,11	10,9
	PREVALENCIA ANUAL	15,9%	1,1	13,9; 18,2	1,08	6,9
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	15,8%	1,2	13,7; 18,3	1,22	7,3
	PREVALENCIA MENSUAL	2,0%	0,4	1,3; 3,1	1,19	22,1
	PREVALENCIA ANUAL	5,1%	0,7	3,9; 6,7	1,24	13,7
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	5,6%	0,7	4,3; 7,3	1,27	13,3
	PREVALENCIA MENSUAL	0,3%	0,2	0,1; 0,9	1,10	51,9
	PREVALENCIA ANUAL	1,6%	0,4	1,0; 2,6	1,23	24,9
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	2,6%	0,5	1,7; 3,8	1,22	19,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,3%	0,2	0,1; 0,8	1,10	59,8
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,73	71,2

VARIABLE: MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	PADRES	20,3%	7,8	8,9; 39,9	1,11	38,5
	HIJOS	6,1%	4,2	1,5; 21,7	0,91	69,1
	OTROS PARIENTES	7,3%	4,7	2,0; 23,5	0,94	63,7
	PAREJA	45,0%	8,9	28,6; 62,6	0,95	19,8
	AMISTADES	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	LABORALES	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	ESTUDIOS	0,0%	0,0	0; 0	0,0	0,0
	ECONÓMICOS	15,2%	6,5	6,2; 32,7	0,96	42,8
	SALUD FÍSICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	SALUD FAMILIAR	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	SEPARACIÓN DE FAMILIA	6,4%	4,3	1,6; 22,1	0,91	67,4
	MUERTE DE PAREJA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	MUERTE DE UN HIJO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	5,0%	4,9	0,7; 28,8	1,48	97,6
	SIN MOTIVO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
OTROS	5,9%	3,9	1,5; 20,2	0,81	66,2	
TRASTORNOS CLINICOS EN LA MUJER UNIDA						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	42,3%	2,2	38,0; 46,7	2,40	5,2
	PREVALENCIA ANUAL	19,2%	1,6	16,3; 22,4	1,89	8,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	15,9%	1,4	13,3; 18,8	1,74	8,7
	PREVALENCIA ACTUAL	9,1%	1,0	7,3; 11,3	1,47	11,0
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	23,2%	1,6	20,2; 26,6	1,75	6,9
	PREVALENCIA ANUAL	9,0%	1,0	7,1; 11,3	1,60	11,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	8,0%	1,0	6,2; 10,2	1,69	12,7
	PREVALENCIA ACTUAL	5,4%	0,8	4,0; 7,2	1,51	14,9
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	12,3%	1,4	9,9; 15,3	2,08	11,1
	PREVALENCIA ANUAL	5,2%	0,7	3,9; 6,9	1,32	14,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	4,9%	0,7	3,7; 6,5	1,25	14,2
	PREVALENCIA ACTUAL	3,9%	0,7	2,8; 5,4	1,36	16,6
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,2	0,3; 1,3	0,96	35,3
	PREVALENCIA ANUAL	0,4%	0,2	0,1; 1,0	1,11	50,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,4%	0,2	0,1; 1,0	1,11	50,8
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,8	1,42	99,5
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,2%	0,4	0,7; 2,2	1,29	29,2
	PREVALENCIA ANUAL	0,8%	0,3	0,4; 1,5	1,04	33,5
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,7%	0,2	0,3; 1,4	1,08	35,6
	PREVALENCIA ACTUAL	0,4%	0,2	0,1; 1,0	1,19	51,5
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	0,8%	0,2	0,4; 1,4	0,91	31,4
	PREVALENCIA ANUAL	0,2%	0,1	0,1; 0,7	0,85	57,7
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,2%	0,1	0,1; 0,7	0,85	57,7
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,89	70,8
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	11,4%	1,0	9,6; 13,5	1,18	8,7
	PREVALENCIA ANUAL	2,8%	0,5	1,9; 3,9	1,10	17,9
	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,1%	0,4	1,4; 3,1	1,04	20,3
	PREVALENCIA ACTUAL	1,0%	0,3	0,5; 1,7	0,99	29,1
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	31,4%	2,0	27,6; 35,4	2,23	6,4
	PREVALENCIA ANUAL	11,9%	1,2	9,8; 14,5	1,67	10,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	9,4%	1,0	7,6; 11,5	1,37	10,5
	PREVALENCIA ACTUAL	4,5%	0,7	3,4; 6,1	1,34	15,2
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	30,5%	2,0	26,7; 34,5	2,21	6,5
	PREVALENCIA ANUAL	11,4%	1,2	9,3; 13,9	1,62	10,2
	PREVALENCIA DE 6 MESES	8,9%	0,9	7,2; 10,9	1,33	10,7
	PREVALENCIA ACTUAL	4,0%	0,6	2,9; 5,5	1,26	15,9
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,1%	0,3	0,7; 1,9	0,96	26,4
	PREVALENCIA ACTUAL	0,7%	0,2	0,4; 1,4	0,95	33,3

VARIABLE: MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
LA MUJER UNIDA MALTRATADA						
RELACIÓN DE MATRIMONIO O CONVIVENCIA	PREVALENCIA ACTUAL	78,2%	1,5	75,0; 81,1	1,68	2,0
DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO	PREVALENCIA DE VIDA	83,0%	1,4	80,1; 85,6	1,63	1,7
PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	LE GRITABA MUCHO	6,5%	1,1	4,7; 8,9	2,22	16,5
	TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	9,0%	1,1	7,1; 11,4	1,72	12,1
	LA ENGAÑO	23,8%	1,4	21,1; 26,6	1,26	5,9
	LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	8,2%	1,4	5,8; 11,4	3,06	17,1
	FORZÓ A TENER RELACIONES SEXUALES	3,8%	0,8	2,5; 5,8	2,13	21,4
	SE MOSTRÓ INDIFERENTE	11,7%	1,3	9,3; 14,7	2,07	11,5
	LE MENTÍA MUCHO	23,8%	1,6	20,8; 27,1	1,61	6,6
	ERA MUY CELOSO	37,7%	1,6	34,6; 41,0	1,34	4,3
	LA CONTROLABA MUCHO	29,0%	1,8	25,6; 32,7	1,81	6,1
	LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	18,7%	1,4	16,2; 21,6	1,44	7,3
	TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	30,2%	1,8	26,8; 33,9	1,77	5,9
	OTRO	0,8%	0,3	0,4; 1,6	1,16	35,4
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL	61,9%	1,7	58,5; 65,2	1,42	2,7
	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA	14,4%	1,6	11,4; 18,0	2,58	11,4
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER MALTRATO O VIOLENCIA	60,4%	2,0	56,4; 64,4	1,59	3,3
TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	11,2%	1,1	9,2; 13,4	1,05	9,5
	ABUSO FÍSICO	44,3%	2,0	40,4; 48,3	1,54	4,5
	INSULTOS	52,7%	1,8	49,1; 56,2	1,21	3,4
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	23,2%	1,7	20,0; 26,8	1,53	7,4
	ABANDONO	16,5%	1,4	13,9; 19,5	1,36	8,6
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA EN EL AÑO DE CUALQUIER VIOLENCIA O MALTRATO	35,1%	1,6	31,9; 38,4	1,12	4,7
PREVALENCIA EN EL AÑO DE TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	4,5%	0,7	3,3; 6,2	1,11	15,9
	ABUSO FÍSICO	14,0%	1,2	11,7; 16,7	1,21	8,9
	INSULTOS	31,1%	1,5	28,1; 34,3	1,05	5,0
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	13,7%	1,3	11,2; 16,6	1,42	9,8
	ABANDONO	9,2%	1,2	7,1; 11,9	1,58	12,9
LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 Ó 2 VECES AL MES)						
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA EN EL AÑO DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO	13,2%	1,2	10,9; 15,8	1,24	9,3
PREVALENCIA EN EL AÑO DE TIPOS DE ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	0,9%	0,3	0,4; 1,8	1,08	36,4
	ABUSO FÍSICO	1,9%	0,5	1,1; 3,1	1,14	25,1
	INSULTOS	12,0%	1,2	9,8; 14,6	1,28	10,1
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	6,5%	1,0	4,8; 8,7	1,52	15,3
	ABANDONO	2,5%	0,6	1,6; 4,1	1,43	24,2
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL	81,8%	3,9	72,9; 88,3	1,23	4,7
	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA	37,8%	5,6	27,5; 49,3	1,62	14,8
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES	NADA O POCO	60,5%	5,2	49,8; 70,2	1,40	8,6
	REGULAR	31,2%	5,7	21,1; 43,5	1,89	18,4
	BASTANTE O MUCHO	8,3%	2,6	4,4; 14,9	1,06	30,9
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	86,5%	3,7	77,3; 92,3	1,43	4,3
	REGULAR	12,5%	3,4	7,2; 20,8	1,26	26,9
	BASTANTE O MUCHO	1,0%	1,0	0,1; 7,0	1,23	98,4
CONFIANZA EN AUTORIDADES JUDICIALES	NADA O POCO	53,5%	4,4	44,8; 62,0	0,94	8,2
	REGULAR	31,1%	4,0	23,7; 39,6	0,93	13,0
	BASTANTE O MUCHO	15,4%	3,2	10,0; 22,9	0,98	20,9

VARIABLE: MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	79,1%	4,2	69,7; 86,2	1,30	5,3
	REGULAR	17,4%	3,7	11,2; 26,0	1,19	21,4
	BASTANTE O MUCHO	3,5%	1,7	1,3; 9,2	1,10	49,3
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	22,9%	4,0	16,0; 31,6	1,10	17,3
	REGULAR	24,8%	3,7	18,2; 32,9	0,91	15,0
	BASTANTE O MUCHO	52,3%	4,8	42,8; 61,6	1,14	9,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	52,1%	6,6	39,2; 64,8	1,37	12,7
	REGULAR	17,6%	4,5	10,3; 28,4	1,11	25,7
	BASTANTE O MUCHO	30,2%	6,4	19,3; 44,1	1,50	21,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	23,6%	16,6	4,7; 65,8	1,11	70,7
	REGULAR	40,4%	22,0	10,0; 80,5	1,44	54,4
	BASTANTE O MUCHO	36,0%	18,9	10,0; 74,1	1,11	52,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	47,6%	6,0	36,2; 59,4	1,74	12,5
	REGULAR	17,2%	6,3	8,0; 33,2	3,33	36,2
	BASTANTE O MUCHO	35,1%	5,6	24,9; 46,9	1,70	16,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	37,3%	4,5	29,0; 46,5	1,02	12,0
	REGULAR	21,4%	4,5	13,8; 31,7	1,45	21,1
	BASTANTE O MUCHO	41,2%	5,4	31,0; 52,2	1,46	13,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	35,6%	6,6	23,9; 49,4	2,32	18,5
	REGULAR	24,5%	4,3	17,0; 33,9	1,22	17,5
	BASTANTE O MUCHO	39,9%	5,2	30,2; 50,4	1,38	13,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	30,7%	4,3	22,8; 39,9	1,09	14,1
	REGULAR	32,1%	4,3	24,2; 41,2	1,05	13,4
	BASTANTE O MUCHO	37,2%	5,1	27,7; 47,8	1,40	13,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	2,4%	1,4	0,8; 7,4	1,02	57,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	52,7%	4,5	43,8; 61,3	0,99	8,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	44,9%	4,5	36,2; 53,9	1,02	10,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSA	NUNCA	3,5%	1,5	1,4; 8,2	0,87	44,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	60,3%	5,7	48,6; 70,9	1,69	9,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	36,2%	5,9	25,6; 48,4	1,83	16,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADA	NUNCA	11,8%	3,0	7,1; 19,1	1,04	25,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	54,0%	6,0	42,1; 65,4	1,78	11,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	34,2%	5,8	23,8; 46,4	1,84	17,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	7,9%	2,3	4,3; 13,9	0,92	29,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	62,8%	5,8	50,9; 73,4	1,75	9,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	29,3%	5,2	20,1; 40,6	1,62	17,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADA	NUNCA	0,7%	0,7	0,1; 4,7	0,83	100
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	33,7%	5,2	24,2; 44,6	1,50	15,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	65,7%	5,2	54,7; 75,1	1,49	7,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILA	NUNCA	2,9%	1,7	0,9; 9,1	1,28	59,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	49,6%	4,6	40,5; 58,7	1,04	9,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	47,5%	4,8	38,2; 57,0	1,11	10,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	2,7%	1,6	0,8; 8,6	1,23	60,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	43,7%	4,6	34,9; 52,9	1,06	10,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	53,6%	4,8	44,1; 62,9	1,16	9,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDA	NUNCA	18,7%	3,8	12,3; 27,3	1,17	20,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	56,9%	5,5	45,9; 67,3	1,52	9,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	24,4%	4,8	16,2; 35,1	1,54	19,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL	MEDIA ARITMÉTICA	15,6	0,3	15,1; 16,2	1,22	1,6
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	50,9%	4,1	42,8; 58,9	0,83	8,1
	PREVALENCIA MENSUAL	10,5%	2,9	6,0; 17,9	1,12	27,8
	PREVALENCIA ANUAL	23,8%	4,2	16,5; 33,1	1,20	17,7

VARIABLE: MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	22,2%	4,0	15,3; 31,1	1,14	18,0
	PREVALENCIA MENSUAL	5,5%	2,0	2,6; 11,2	0,99	37,4
	PREVALENCIA ANUAL	12,6%	3,4	7,2; 21,0	1,30	27,1
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	7,0%	2,6	3,3; 14,4	1,32	37,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ANUAL	1,9%	1,3	0,5; 7,4	1,17	69,3
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	3,5%	1,8	1,3; 9,2	1,14	50,5
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,8%	0,8	0,1; 5,6	0,98	99,1
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,6	0,1; 4,5	0,78	98,9
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	16,8	0,2	16,3; 17,2	1,23	1,4
GRADO DE CALIDAD DE VIDA	MEDIA ARITMÉTICA	7,3	0,1	7,0; 7,5	1,26	1,4
DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	40,2%	5,7	29,7; 51,8	1,64	14,1
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 ó 2 VECES AL MES)						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	56,3%	4,5	47,4 ; 64,9	1,00	7,9
	PREVALENCIA ANUAL	29,4%	4,6	21,2 ; 39,3	1,26	15,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	26,8%	4,4	19,0; 36,3	1,22	16,4
	PREVALENCIA ACTUAL	16,3%	3,8	10,1 ; 25,2	1,29	23,2
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	33,0%	4,4	24,9; 42,2	1,09	13,4
	PREVALENCIA ANUAL	15,6%	3,6	9,8; 24,0	1,19	22,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	15,8%	3,6	9,9; 24,4	1,21	22,8
	PREVALENCIA ACTUAL	11,9%	3,4	6,7; 20,4	1,34	28,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	16,3%	3,9	10,0 ; 25,5	1,36	23,9
	PREVALENCIA ANUAL	8,5%	2,7	4,5 ; 15,5	1,13	31,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	9,5%	2,8	5,2; 16,7	1,14	29,6
	PREVALENCIA ACTUAL	8,4%	2,7	4,4; 15,6	1,18	32,3
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	0,9	0,3; 5,0	0,79	70,8
	PREVALENCIA ANUAL	0,6%	0,6	0,1; 4,6	0,81	100
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,6%	0,6	0,1; 4,6	0,81	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	2,8%	1,7	0,8; 9,0	1,30	60,3
	PREVALENCIA ANUAL	2,0%	1,5	0,5; 8,5	1,41	74,5
	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,0%	1,5	0,5; 8,5	1,41	74,5
	PREVALENCIA ACTUAL	2,0%	1,5	0,5; 8,5	1,41	74,5
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	2,5%	1,2	0,9; 6,5	0,77	49,7
	PREVALENCIA ANUAL	1,3%	0,9	0,3; 5,1	0,81	70,7
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,3%	0,9	0,3; 5,1	0,81	70,7
	PREVALENCIA ACTUAL	0,6%	0,6	0,1; 4,6	0,81	100
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	15,6%	3,5	9,9 ; 23,8	1,14	22,3
	PREVALENCIA ANUAL	4,4%	1,7	2,1 ; 9,1	0,81	37,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	3,7%	1,5	1,6 ; 8,2	0,81	41,5
	PREVALENCIA ACTUAL	1,5%	1,1	0,4; 6,0	0,95	70,8
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	41,2%	4,7	32,3; 50,6	1,10	11,3
	PREVALENCIA ANUAL	18,6%	3,7	12,4; 27,0	1,10	19,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	15,7%	3,3	10,1; 23,5	1,04	21,3
	PREVALENCIA ACTUAL	7,8%	2,5	4,1; 14,5	1,09	32,3
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	39,2%	4,5	30,7; 48,4	1,06	11,5
	PREVALENCIA ANUAL	17,8%	3,6	11,7 ; 26,1	1,10	20,3
	PREVALENCIA DE 6 MESES	14,9%	3,3	9,5; 22,6	1,04	22,0
	PREVALENCIA ACTUAL	7,0%	2,4	3,5; 13,6	1,10	34,3
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	3,0%	1,6	1,1; 8,2	1,03	52,1
	PREVALENCIA ACTUAL	0,8%	0,8	0,1; 5,5	0,98	100

VARIABLE: ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DATOS GENERALES: ADOLESCENTES						
EDAD (D.S.)	MEDIA ARITMÉTICA	14,5%	0,1	14,3 ; 14,7	1,53	0,8
SITUACIÓN LABORAL	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	2,4%	0,8	1,2 ; 4,6	1,57	33,3
	TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	14,7%	1,9	11,3 ; 18,9	1,91	13,0
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	1,3%	0,6	0,5 ; 3,3	0,66	47,3
GRADO DE ESTUDIOS	PRIMARIA	36,6%	2,6	31,6 ; 42,0	1,96	7,2
	SECUNDARIA	63,0%	2,6	57,7 ; 68,0	1,92	4,1
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,2%	0,1	0,0 ; 0,8	0,63	79,1
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	0,2%	0,1	0,1 ; 0,7	0,48	59,3
SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE						
PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS	DESEMPLEO	25,3%	2,8	20,3 ; 31,2	2,65	10,9
	POBREZA	19,2%	2,2	15,2 ; 23,9	2,02	11,4
	VIOLENCIA	15,9%	1,5	13,1 ; 19,1	1,11	9,5
	CORRUPCIÓN	9,5%	1,2	7,4 ; 12,0	1,03	12,3
	DELINCUENCIA	12,8%	1,7	9,8 ; 16,6	1,71	13,3
	TERRORISMO	3,8%	1,2	2,1 ; 6,9	2,42	30,5
	MANEJO ECONÓMICO	4,0%	1,1	2,3 ; 6,8	2,06	27,5
	FALTA DE CONFIANZA	2,7%	0,7	1,6 ; 4,4	1,13	25,0
	NARCOTRÁFICO	2,1%	0,8	1,0 ; 4,2	1,78	35,5
	INESTABILIDAD POLÍTICA	1,6%	0,6	0,8 ; 3,1	1,30	35,4
	FALTA DE LIDERAZGO	0,5%	0,3	0,2 ; 1,4	0,89	54,2
OTROS	2,1%	0,6	1,1 ; 3,7	1,21	29,6	
SENTIMIENTO FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	34,3%	2,5	29,5 ; 39,4	1,81	7,3
	PREOCUPACIÓN	27,9%	2,1	23,9 ; 32,3	1,43	7,5
	CÓLERA	7,4%	1,4	5,1 ; 10,5	1,75	18,4
	DESILUSIÓN	7,4%	1,5	4,8 ; 11,0	2,24	20,9
	AMARGURA	4,5%	1,0	2,9 ; 6,9	1,47	21,9
	INDIFERENCIA	1,7%	0,6	0,8 ; 3,3	1,36	35,3
	RABIA	8,2%	1,4	5,9 ; 11,4	1,61	16,7
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	2,0%	0,7	1,0 ; 3,9	1,53	34,2
	RESIGNACIÓN	1,7%	0,6	0,8 ; 3,3	1,36	35,3
	INDIGNACIÓN	2,7%	1,2	1,2 ; 6,3	3,31	42,7
	IMPOTENCIA	1,0%	0,4	0,5 ; 2,1	0,94	37,4
	FRUSTRACIÓN	0,1%	0,1	0,0 ; 0,9	0,85	100
	OTROS	0,5%	0,4	0,1 ; 2,1	1,76	73,5
	CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	73,3%	2,2	68,7 ; 77,4	1,59
REGULAR		21,5%	2,3	17,3 ; 26,5	2,08	10,8
BASTANTE O MUCHO		5,2%	1,1	3,4 ; 7,8	1,54	20,8
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDE	NADA O POCO	62,3%	3,1	56,0 ; 68,2	2,66	5,0
	REGULAR	28,9%	2,3	24,6 ; 33,7	1,70	8,0
	BASTANTE O MUCHO	8,8%	1,6	6,0 ; 12,6	2,21	18,8
CONFIANZA EN POLICÍAS	NADA O POCO	37,9%	2,6	32,8 ; 43,3	1,95	7,0
	REGULAR	37,7%	2,3	33,3 ; 42,4	1,49	6,1
	BASTANTE O MUCHO	24,4%	2,4	19,9 ; 29,5	2,12	10,0
CONFIANZA EN MILITARES	NADA O POCO	43,0%	2,3	38,4 ; 47,6	1,45	5,4
	REGULAR	33,1%	3,0	27,5 ; 39,3	2,60	9,0
	BASTANTE O MUCHO	23,9%	3,1	18,3 ; 30,5	3,38	12,8
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	30,5%	2,5	25,8 ; 35,7	1,94	8,2
	REGULAR	24,2%	2,0	20,4 ; 28,3	1,42	8,3
	BASTANTE O MUCHO	45,3%	3,0	39,5 ; 51,2	2,35	6,6
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	76,4%	22,9	20,8 ; 97,6	0,59	29,9
	REGULAR	23,6%	22,9	2,4 ; 79,2	0,59	96,8
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	17,2%	1,8	13,9 ; 20,9	1,43	10,3
	REGULAR	24,2%	1,9	20,7 ; 28,1	1,25	7,8
	BASTANTE O MUCHO	58,7%	1,9	54,9 ; 62,3	0,95	3,2

VARIABLE: ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	14,4%	1,8	11,1 ; 18,4	1,82	12,9
	REGULAR	25,0%	1,8	21,6 ; 28,8	1,18	7,3
	BASTANTE O MUCHO	60,6%	2,1	56,3 ; 64,8	1,26	3,5
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	17,3%	5,0	9,5 ; 29,3	1,00	28,6
	REGULAR	21,9%	5,6	12,8 ; 34,9	1,07	25,5
	BASTANTE O MUCHO	60,8%	6,1	48,2 ; 72,1	0,92	10,1
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	55,7%	2,4	50,9 ; 60,4	1,53	4,3
	REGULAR	29,1%	1,9	25,6 ; 32,9	1,09	6,4
	BASTANTE O MUCHO	15,3%	2,1	11,5 ; 20,0	2,31	14,0
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	39,6%	2,5	34,9 ; 44,6	1,66	6,2
	REGULAR	34,8%	2,2	30,6 ; 39,3	1,39	6,3
	BASTANTE O MUCHO	25,5%	1,9	21,9 ; 29,5	1,27	7,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	57,9%	7,1	43,5 ; 71,0	1,78	12,3
	REGULAR	25,5%	5,8	15,7 ; 38,6	1,54	22,9
	BASTANTE O MUCHO	16,6%	5,1	8,7 ; 29,4	1,64	31,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIO	NADA O POCO	46,0%	2,9	40,3 ; 51,7	2,02	6,3
	REGULAR	22,0%	1,9	18,4 ; 26,1	1,31	8,8
	BASTANTE O MUCHO	32,0%	2,8	26,7 ; 37,9	2,23	8,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	55,5%	2,9	49,7 ; 61,2	2,23	5,3
	REGULAR	13,4%	1,9	10,0 ; 17,8	2,10	14,5
	BASTANTE O MUCHO	31,0%	2,9	25,5 ; 37,1	2,62	9,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	70,6%	4,8	60,3 ; 79,1	1,47	6,8
	REGULAR	17,1%	4,1	10,4 ; 26,6	1,55	23,8
	BASTANTE O MUCHO	12,4%	3,3	7,2 ; 20,4	1,32	26,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	59,5%	2,5	54,5 ; 64,4	1,71	4,2
	REGULAR	20,1%	2,0	16,4 ; 24,4	1,66	10,0
	BASTANTE O MUCHO	20,3%	1,8	16,9 ; 24,2	1,37	9,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	41,2%	2,7	35,9 ; 46,7	2,01	6,6
	REGULAR	12,3%	1,9	9,1 ; 16,6	2,15	15,3
	BASTANTE O MUCHO	46,5%	3,4	39,8 ; 53,2	3,05	7,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	79,2%	2,1	74,7 ; 83,0	1,69	2,6
	REGULAR	11,9%	1,7	9,0 ; 15,6	1,71	14,0
	BASTANTE O MUCHO	9,0%	1,4	6,6 ; 12,1	1,48	15,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	47,8%	2,4	43,2 ; 52,5	1,47	4,9
	REGULAR	11,4%	1,5	8,7 ; 14,8	1,51	13,4
	BASTANTE O MUCHO	40,7%	2,8	35,3 ; 46,4	2,13	6,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	34,2%	2,3	29,8 ; 38,9	1,52	6,7
	REGULAR	11,5%	1,5	8,7 ; 14,9	1,54	13,5
	BASTANTE O MUCHO	54,3%	2,3	49,8 ; 58,8	1,37	4,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	41,4%	2,6	36,2 ; 46,7	1,87	6,4
	REGULAR	11,7%	1,6	8,9 ; 15,3	1,59	13,6
	BASTANTE O MUCHO	46,9%	2,9	41,3 ; 52,6	2,15	6,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	11,3%	1,7	8,3 ; 15,1	1,92	15,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	72,8%	2,6	67,3 ; 77,7	2,28	3,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	16,0%	1,7	13,0 ; 19,5	1,33	10,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	27,8%	3,5	21,4 ; 35,3	4,07	12,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	58,4%	2,7	52,8 ; 63,7	2,02	4,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13,8%	1,9	10,4 ; 18,1	2,06	14,0
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	35,4%	2,4	30,8 ; 40,4	1,70	6,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	50,3%	2,4	45,6 ; 55,0	1,47	4,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	14,2%	1,7	11,1 ; 18,1	1,64	12,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	29,3%	2,3	25,1 ; 34,0	1,60	7,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	51,0%	2,3	46,4 ; 55,7	1,43	4,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	19,6%	1,7	16,6 ; 23,1	1,14	8,5

VARIABLE: ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	15,4%	2,6	10,9 ; 21,2	3,39	16,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	57,1%	2,7	51,7 ; 62,3	1,91	4,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	27,6%	2,4	23,1 ; 32,5	1,83	8,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	3,5%	0,9	2,1 ; 5,8	1,58	25,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	24,0%	1,7	20,8 ; 27,6	1,05	7,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	72,4%	1,9	68,5 ; 76,1	1,21	2,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	1,5%	0,5	0,7 ; 3,0	1,34	37,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	18,0%	2,2	14,1 ; 22,7	2,06	12,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	80,6%	2,2	75,9 ; 84,5	1,99	2,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	26,9%	1,9	23,4 ; 30,8	1,16	7,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	57,9%	2,1	53,7 ; 62,0	1,17	3,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,2%	1,7	12,1 ; 18,9	1,49	11,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTRO SENTIMIENTO	NUNCA	4,7%	4,6	0,6 ; 27,8	0,49	98,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	29,3%	15,7	8,5 ; 64,9	1,20	53,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	66,0%	15,7	32,7 ; 88,5	1,11	23,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	9,0%	1,5	6,4 ; 12,5	1,87	17,0
	REGULAR	17,4%	2,2	13,5 ; 22,1	2,12	12,4
	BASTANTE O MUCHO	73,6%	2,9	67,5 ; 78,9	2,76	3,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	9,3%	1,6	6,7 ; 12,9	1,88	16,7
	REGULAR	21,2%	2,5	16,6 ; 26,7	2,51	11,9
	BASTANTE O MUCHO	69,5%	2,7	63,8 ; 74,6	2,32	4,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	23,3%	2,1	19,3 ; 27,7	1,66	9,2
	REGULAR	36,7%	2,2	32,5 ; 41,2	1,33	6,0
	BASTANTE O MUCHO	40,0%	2,4	35,4 ; 44,8	1,50	5,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: AMISTADES O RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	16,1%	1,6	13,2 ; 19,5	1,23	9,9
	REGULAR	27,1%	2,1	23,1 ; 31,4	1,45	7,7
	MUCHO	56,8%	2,4	52,0 ; 61,5	1,55	4,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE LA PIEL	NADA O POCO	8,7%	1,6	5,9 ; 12,5	2,18	18,8
	REGULAR	12,6%	1,8	9,4 ; 16,7	2,01	14,6
	BASTANTE O MUCHO	78,7%	2,9	72,5 ; 83,9	3,24	3,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	9,3%	1,6	6,7 ; 12,9	1,88	16,7
	REGULAR	21,2%	2,5	16,6 ; 26,7	2,51	11,9
	BASTANTE O MUCHO	69,5%	2,7	63,8 ; 74,6	2,32	4,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	23,3%	2,1	19,3 ; 27,7	1,66	9,2
	REGULAR	36,7%	2,2	32,5 ; 41,2	1,33	6,0
	BASTANTE O MUCHO	40,0%	2,4	35,4 ; 44,8	1,50	5,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIO (ESTUDIA)	NADA O POCO	11,3%	4,9	4,7 ; 25,0	0,77	43,1
	REGULAR	35,9%	9,4	19,9 ; 55,7	1,25	26,2
	BASTANTE O MUCHO	52,8%	8,3	36,6 ; 68,4	0,90	15,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	14,8%	1,9	11,4 ; 18,9	1,82	12,7
	REGULAR	22,3%	1,9	18,8 ; 26,3	1,34	8,4
	BASTANTE O MUCHO	62,9%	2,0	58,9 ; 66,7	1,09	3,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	12,4%	1,6	9,5 ; 15,9	1,53	13,0
	REGULAR	17,8%	1,9	14,4 ; 21,8	1,53	10,5
	BASTANTE O MUCHO	69,8%	2,4	64,7 ; 74,4	1,83	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	14,6%	1,5	11,8 ; 17,9	1,25	10,6
	REGULAR	23,9%	2,7	18,9 ; 29,7	2,65	11,4
	BASTANTE O MUCHO	61,5%	3,0	55,5 ; 67,3	2,47	4,9
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	8,8%	3,6	3,9 ; 18,8	1,27	40,2
	REGULAR	28,3%	6,9	16,7 ; 43,8	1,91	24,5
	BASTANTE O MUCHO	62,8%	6,5	49,3 ; 74,6	1,47	10,4
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	21,6%	6,6	11,3 ; 37,3	2,07	30,5
	REGULAR	23,0%	6,6	12,6 ; 38,4	1,96	28,5
	BASTANTE O MUCHO	55,4%	6,4	42,6 ; 67,6	1,36	11,6

VARIABLE: ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	24,2%	8,0	11,8 ; 43,1	1,91	33,1
	REGULAR	10,2%	4,2	4,4 ; 22,0	1,05	41,2
	BASTANTE O MUCHO	65,6%	8,4	47,7 ; 79,9	1,70	12,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	17,3%	4,7	9,9 ; 28,6	1,23	27,0
	REGULAR	44,7%	7,5	30,8 ; 59,5	1,82	16,7
	BASTANTE O MUCHO	37,9%	6,7	25,8 ; 51,8	1,54	17,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	34,7%	6,9	22,5 ; 49,3	1,47	19,9
	REGULAR	30,9%	5,8	20,7 ; 43,4	1,10	18,8
	BASTANTE O MUCHO	34,4%	6,5	22,9 ; 48,0	1,29	18,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	13,5%	4,5	6,8 ; 25,1	1,12	33,2
	REGULAR	21,4%	6,5	11,3 ; 36,9	1,61	30,2
	BASTANTE O MUCHO	65,0%	6,4	51,5 ; 76,5	1,18	9,9
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	4,8%	1,1	3,0 ; 7,6	1,85	23,7
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA	47,8%	2,2	43,5 ; 52,2	1,27	4,6
TENDENCIAS DELICTIVAS	PREVALENCIA	3,0%	0,9	1,7 ; 5,3	1,68	28,7
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	23,9%	2,7	18,8 ; 29,7	2,71	11,5
	PREVALENCIA MENSUAL	7,0%	1,2	4,9 ; 9,9	1,54	17,7
	PREVALENCIA ANUAL	14,9%	2,3	10,9 ; 20,0	2,71	15,4
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	8,4%	1,4	6,0 ; 11,7	1,68	16,7
	PREVALENCIA MENSUAL	2,2%	0,6	1,3 ; 3,9	1,20	28,4
	PREVALENCIA ANUAL	4,4%	0,9	3,0 ; 6,5	1,13	19,3
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	3,7%	0,9	2,4 ; 5,9	1,33	23,0
	PREVALENCIA MENSUAL	1,4%	0,5	0,7 ; 2,9	1,29	37,4
	PREVALENCIA ANUAL	2,3%	0,6	1,3 ; 4,0	1,21	28,2
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	0,9%	0,4	0,3 ; 2,3	1,42	49,4
	PREVALENCIA MENSUAL	0,4%	0,3	0,1 ; 1,4	1,18	71,4
	PREVALENCIA ANUAL	0,6%	0,3	0,2 ; 1,8	1,14	51,7
TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	19,8%	2,4	15,5 ; 24,9	2,32	12,0
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA	0,3%	0,2	0,1 ; 1,2	0,97	71,6
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	2,3%	0,7	1,2 ; 4,2	1,46	30,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,9%	0,5	0,3 ; 2,6	1,70	52,5
	PREVALENCIA EN EL AÑO	1,7%	0,6	0,8 ; 3,4	1,42	35,4
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PADRES	44,3%	16,6	17,4 ; 75,0	0,56	37,4
	OTROS PARIENTES	21,6%	15,6	4,2 ; 63,2	0,73	72,4
	PAREJA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	AMIGOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	ESTUDIOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PROBLEMAS ECONÓMICOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREOCUPACIONES SALUD DE UN FAMILIAR	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	SEPARACIÓN DE PAREJA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	SEPARACIÓN DE FAMILIAR	12,1%	12,1	1,4 ; 56,8	0,70	100
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	OTROS	22,0	19,7	2,8 ; 73,4	1,15	89,8
	QUÉ RELIGIÓN TIENE	CATÓLICA	66,0%	2,5	60,8 ; 70,7	1,84
EVANGÉLICA		22,7%	2,1	18,9 ; 27,1	1,57	9,0
TESTIGO DE JEHOVÁ		0,9%	0,4	0,4 ; 2,0	0,93	39,6
ADVENTISTA		3,2%	0,9	1,8 ; 5,4	1,57	27,1
MORMONA		1,9%	0,7	1,0 ; 3,8	1,60	35,3
NINGUNA		4,1%	0,9	2,6 ; 6,2	1,27	21,4
OTRO		1,3%	0,5	0,6 ; 2,8	1,36	40,2
RELIGIÓN CATÓLICA VS. NO CATÓLICA	CATÓLICA	66,0%	2,5	60,8 ; 70,7	1,84	3,8
	NO CATÓLICA	34,0%	2,5	29,3 ; 39,2	1,84	7,4
ADOLESCENTES CON O SIN RELIGIÓN	SIN RELIGIÓN	4,1%	0,9	2,6 ; 6,2	1,27	21,4
	CON RELIGIÓN	95,9%	0,9	93,8 ; 97,4	1,27	0,9

VARIABLE: ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS ES MUY IMPORTANTE	91,8%	1,4	88,6 ; 94,1	1,61	1,5
	ASISTE A LA IGLESIA O TEMPLO	72,0%	2,5	66,7 ; 76,7	1,99	3,5
	PARTICIPA ACTIVAMENTE EN ALGÚN GRUPO RELIGIOSO	27,8%	2,3	23,4 ; 32,7	1,71	8,4
	LEE Y CONSULTA SUS ESCRITURAS RELIGIOSAS	75,2%	2,7	69,5 ; 80,0	2,37	3,5
	PREDICA O ENSEÑA LA RELIGIÓN A SUS HIJOS O NIETOS	30,0%	2,1	25,9 ; 34,4	1,36	7,1
	TRANSMITE RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	26,7%	2,2	22,5 ; 31,3	1,56	8,3
	HA CAMBIADO DE RELIGIÓN	7,6%	1,4	5,2 ; 11,0	1,81	18,8
	CREE QUE PRACTICAR UNA RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS	68,6%	2,1	64,3 ; 72,5	1,30	3,0
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL (RUIDO, VENTILACIÓN, ESPACIO, OLORES)	PREVALENCIA	62,0%	2,5	57,0 ; 66,7	1,67	4,0
CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE	MEDIA ARITMÉTICA	7,8%	0,0	7,6 ; 7,9	4,41	1,1
POR LO MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA ACTUAL	7,3%	1,6	4,8 ; 11,1	2,34	21,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA PURA SIN DEPRESIÓN	PREVALENCIA ACTUAL	3,9%	0,9	2,5 ; 6,1	1,31	22,2
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA PURA SIN DEPRESIÓN AJUSTADA CON D5DD Y D5EE	PREVALENCIA ACTUAL	3,4%	0,8	2,1 ; 5,5	1,35	24,1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMÓRBIDO	PREVALENCIA ACTUAL	5,5%	1,1	3,7 ; 8,2	1,52	19,9
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	1,2%	0,4	0,5 ; 2,5	1,16	38,9
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	5,1%	1,1	3,2 ; 7,9	1,77	22,5
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,9%	0,5	0,2 ; 2,9	2,16	62,1
BULIMIA NERVIOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CRISIS DE BULIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	3,4%	0,9	2,0 ; 5,8	1,72	27,2
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PREVALENCIA	5,5%	1,2	3,5 ; 8,5	1,97	22,7
ANOREXIA NERVIOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,2	0,0 ; 1,2	1,07	100
IMC INFERIOR AL UMBRAL CRÍTICO PARA LA TALLA Y PESO	PREVALENCIA	45,3%	2,9	39,6 ; 51,0	2,24	6,4
AL MENOS 5 CRITERIOS DE PSICOSIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,4	0,1 ; 2,2	1,89	81,6
AL MENOS 4 CRITERIOS DE PSICOSIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,5%	0,4	0,1 ; 2,1	1,66	69,3
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	MEDIA ARITMÉTICA	12,9%	0,1	12,7 ; 13,2	1,06	1,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL POR GRUPO ETARIO	1-2 AÑOS	0,3%	0,3	0,0 ; 1,8	1,06	100
	4-7 AÑOS	3,9 %	1,0	2,3 ; 6,5	1,19	26,6
	8-12 AÑOS	35,0%	2,8	29,6 ; 40,8	1,46	8,1
	13-17 AÑOS	60,8%	2,8	55,2 ; 66,2	1,35	4,6
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	62,1%	3,4	55,1 ; 68,5	3,26	5,5
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA MENSUAL	13,2%	1,5	10,5 ; 16,5	1,32	11,5
EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	PREVALENCIA MENSUAL	0,9%	0,3	0,5 ; 1,7	0,69	34,1
NUMERO DE EMBRIAGUECES ALCOHÓLICAS MENSUAL	1 EMBRIAGUEZ	0,5%	0,2	0,2 ; 1,3	0,72	46,1
	2 EMBRIAGUECES	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	0,66	58,8
	3 EMBRIAGUECES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,7	0,65	100
ALGUNA CONDUCTA VINCULADA AL ABUSO DE ALCOHOL	POR LO MENOS 1 CRITERIO	10,9%	1,6	8,1 ; 14,6	1,82	15,0
	POR LO MENOS 2 CRITERIOS	3,3%	0,7	2,1 ; 5,1	1,07	21,8
	POR LO MENOS 3 CRITERIOS	1,0%	0,3	0,6 ; 1,9	0,67	30,9
CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA (INCL. ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	17,4%	2,1	13,7 ; 21,8	1,94	11,8
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES (INCL. ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	65,1%	3,5	58,0 ; 71,7	3,50	5,3
	PREVALENCIA MENSUAL	17,4%	2,1	13,7 ; 21,8	1,94	11,8
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	1,7%	0,6	0,9 ; 3,3	1,31	34,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,4%	0,3	0,1 ; 1,9	1,65	78,9
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	MEDIA ARITMÉTICA	13,8%	0,2	13,5 ; 14,2	1,01	1,3

VARIABLE: ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	22,8%	2,0	19,1 ; 27,1	1,51	8,8
	PREVALENCIA MENSUAL	5,7%	1,2	3,7 ; 8,6	1,82	21,5
	PREVALENCIA ACTUAL	3,3%	0,8	2,0 ; 5,5	1,43	25,2
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	PREVALENCIA DE VIDA	1,1%	0,5	0,5 ; 2,7	1,39	42,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,3%	0,2	0,1 ; 0,8	0,59	59,4
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DOLOR DE CABEZA	PREVALENCIA DE VIDA	2,4%	0,8	1,2 ; 4,6	1,82	33,7
	PREVALENCIA MENSUAL	1,0%	0,4	0,4 ; 2,4	1,24	42,6
	PREVALENCIA ACTUAL	0,8%	0,4	0,3 ; 2,2	1,37	50,0
JARABE PARA LA TOS	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,2	0,0 ; 1,2	1,09	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	0,9%	0,4	0,4 ; 2,2	1,28	46,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,7	0,61	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE ESTIMULANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,2	0,0 ; 1,2	1,10	99,2
	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 ÉXTASIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,2	0,1 ; 1,0	0,79	71,8
	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
EDAD DE INICIO CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	14,8%	0,4	13,9 ; 15,8	0,89	2,5
CONSUMO DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,3	0,1 ; 1,9	1,65	78,5
	PREVALENCIA MENSUAL	0,3%	0,3	0,0 ; 2,2	1,98	98,5
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE PBC	PREVALENCIA DE VIDA	0,5%	0,3	0,1 ; 1,7	1,30	65,2
	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 INHALANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,3	0,2 ; 1,5	0,88	48,9
	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
EMBARAZO ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	3,1%	0,7	2,0 ; 4,8	1,06	22,7
ABORTO ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	0,5%	0,3	0,1 ; 1,6	1,22	61,4
ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL	PREVALENCIA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,7	0,63	100
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO, O EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE) EN ALGÚN MOMENTO	PREVALENCIA DE VIDA	74,3%	2,1	70,0 ; 78,1	1,46	2,8
ABUSO DE TIPO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	3,0%	0,8	1,8 ; 4,9	1,30	25,4
ABUSO FÍSICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	48,8%	2,5	43,8 ; 53,8	1,70	5,2
ABUSO PSICOLÓGICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	60,8%	2,2	56,3 ; 65,1	1,38	3,7
ABANDONO DEL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE ALGÚN	13,1%	1,9	9,8 ; 17,3	2,03	14,3
DEMANDA SENTIDA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	PREVALENCIA DE VIDA	35,4%	3,1	29,5 ; 41,7	2,77	8,7
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL (EN ADOLESCENTES)	PREVALENCIA DE VIDA	12,5%	2,7	8,1 ; 18,9	1,70	21,4
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN PUESTOS O CENTROS DE SALUD (EN ADOLESCENTES)	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	16,4%	5,7	8,0 ; 31,0	0,86	34,7
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN HOSPITAL GENERAL MINSA (EN ADOLESCENTES)	PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA	34,3%	9,1	19,0 ; 53,7	1,33	26,5

VARIABLE: ADOLESCENTES	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MOTIVOS DE NO ATENCIÓN MEDICA	NO SABÍA A DÓNDE IR	27,5%	4,5	19,5 ; 37,1	2,31	16,3
	NO TENÍA DINERO	29,2%	3,3	23,1 ; 36,0	1,19	11,2
	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	7,0%	2,1	3,8 ; 12,5	1,57	30,1
	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	2,6%	1,3	1,0 ; 6,7	1,42	47,7
	LARGAS LISTAS DE ESPERA	8,4%	2,1	5,0 ; 13,7	1,35	25,4
	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	9,2%	2,7	5,0 ; 16,2	2,07	29,9
	FALTA DE CONFIANZA	31,7%	4,4	23,7 ; 40,9	2,04	13,8
	DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	19,8%	3,4	14,0 ; 27,3	1,63	16,9
	NO ME BENEFICIARÍA	30,6%	3,8	23,6 ; 38,6	1,56	12,4
	LO DEBÍA SUPERAR SOLO	73,1%	3,7	65,1 ; 79,9	1,63	5,1
	PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	7,6%	1,7	4,9 ; 11,7	0,93	22,1
	POR VERGÜENZA	15,6%	3,2	10,3 ; 22,9	1,75	20,3
	VECINOS HABLARÍAN MAL	8,0%	2,2	4,6 ; 13,6	1,51	27,6
	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	10,1%	2,7	5,9 ; 16,7	1,79	26,3
	PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO	13,1%	2,9	8,4 ; 19,9	1,67	21,9
	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	2,7%	1,3	1,1 ; 6,8	1,43	47,3
OTROS	17,6%	3,6	11,6 ; 25,7	1,99	20,3	

VARIABLE: ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DATOS GENERALES: ADULTO MAYOR						
EDAD	MEDIA ARITMÉTICA (DS)	70,4	0,5	69,5; 71,3	1,41	0,6
EDAD POR GRUPOS ETÁREOS (15 AÑOS)	VIEJO JOVEN (60-74 AÑOS)	71,4%	2,5	66,1; 76,2	1,38	3,6
	VIEJO VIEJO (75- 84 AÑOS)	22,3%	2,3	18,1; 27,2	1,31	10,2
	MUY VIEJO (>= 85)	6,3%	1,3	4,1; 9,5	1,33	21,4
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	12,5%	1,7	9,6; 16,2	1,08	13,2
	SEPARADO	9,9%	1,3	7,6; 12,9	0,85	13,3
	DIVORCIADO	1,3%	0,8	0,4; 4,2	2,07	60,6
	VIUDO	33,6%	2,3	29,3; 38,2	0,99	6,7
	CASADO	40,5%	2,4	35,8; 45,4	1,07	6,0
	SOLTERO	2,1%	0,7	1,1; 4,1	1,10	34,3
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	PREVALENCIA	39,5%	2,6	34,4; 44,8	1,27	6,7
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	PREVALENCIA	1,4%	0,9	0,4; 4,8	1,48	65,1
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	14,3%	2,2	10,5; 19,1	1,63	15,1
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL/ NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	11,3%	1,7	8,3; 15,1	1,25	15,0
	INICIAL/ PREESCOLAR	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	PRIMARIA	60,1%	2,8	54,3; 65,5	1,45	4,7
	SECUNDARIA	17,8%	2,2	13,8; 22,7	1,49	12,6
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	6,6%	1,4	4,3; 9,9	1,35	21,0
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	4,1%	1,0	2,5; 6,6	1,13	24,7
	POSTGRADO	0,2%	0,2	0,0; 1,6	0,95	100
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL	< DE 300	44,5%	3,8	37,1; 52,1	1,54	8,6
	301 A 600	29,1%	3,2	23,3; 35,7	1,27	10,9
	601A 1200	18,2%	2,8	13,4; 24,3	1,34	15,1
	> DE 1200	8,2%	2,2	4,8; 13,7	1,67	26,8
SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR						
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	59,9%	4,5	50,7; 68,4	1,50	7,5
	REGULAR	16,0%	2,9	11,1; 22,5	1,10	18,0
	BASTANTE O MUCHO	24,1%	4,0	17,1; 32,9	1,56	16,6

VARIABLE: ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO	ERROR	INTERVALO	D _{EFF}	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
		ESTIMADO	ESTÁNDAR	DE CONFIANZA		
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	29,2%	24,2	3,9; 80,7	0,87	82,8
	REGULAR	48,9%	25,8	11,0; 88,1	0,82	52,8
	BASTANTE O MUCHO	21,9%	20,0	2,7; 74,0	0,72	91,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	56,2%	2,8	50,5; 61,7	1,41	5,1
	REGULAR	12,9%	2,0	9,5; 17,4	1,50	15,3
	BASTANTE O MUCHO	30,9%	2,8	25,6; 36,7	1,58	9,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	70,2%	5,1	59,1; 79,3	2,44	7,3
	REGULAR	4,3%	1,2	2,4; 7,5	0,74	29,3
	BASTANTE O MUCHO	25,6%	4,9	17,2; 36,3	2,40	19,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	42,8%	2,8	37,4; 48,4	1,37	6,5
	REGULAR	23,6%	2,4	19,2; 28,5	1,32	10,0
	BASTANTE O MUCHO	33,6%	2,4	29,1; 38,5	1,07	7,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	30,3%	2,9	24,8; 36,4	1,74	9,7
	REGULAR	19,0%	2,2	15,1; 23,8	1,35	11,6
	BASTANTE O MUCHO	50,7%	3,4	43,9; 57,4	2,00	6,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	86,1%	1,9	82,0; 89,4	1,24	2,2
	REGULAR	8,0%	1,5	5,5; 11,4	1,25	18,4
	BASTANTE O MUCHO	5,9%	1,2	3,9; 8,8	1,13	20,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	53,2%	2,9	47,4; 58,9	1,45	5,5
	REGULAR	6,9%	1,2	4,8; 9,8	1,00	17,8
	BASTANTE O MUCHO	39,9%	3,0	34,2; 45,8	1,56	7,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	31,4%	3,1	25,7; 37,7	1,87	9,8
	REGULAR	9,2%	1,7	6,3; 13,1	1,47	18,4
	BASTANTE O MUCHO	59,4%	3,4	52,6; 66,0	2,05	5,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	45,1%	2,9	39,5; 50,8	1,42	6,4
	REGULAR	6,4%	1,1	4,5; 9,0	0,88	17,3
	BASTANTE O MUCHO	48,5%	3,0	42,6; 54,4	1,55	6,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	7,6%	4,3	2,4; 21,5	0,63	55,9
	BASTANTE O MUCHO	92,4%	4,3	78,5; 97,6	0,63	4,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	15,5%	2,2	11,5; 20,4	1,66	14,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	64,0%	3,0	57,8; 69,7	1,69	4,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	20,6%	2,2	16,5; 25,4	1,32	10,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	29,3%	2,7	24,2; 35,0	1,54	9,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	59,7%	3,0	53,6; 65,6	1,61	5,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	11,0%	1,8	7,8; 15,1	1,45	16,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	36,2%	2,9	30,6; 42,1	1,57	8,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	54,3%	2,8	48,8; 59,7	1,31	5,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	9,5%	1,4	7,0; 12,8	1,03	15,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	29,9%	2,8	24,7; 35,6	1,56	9,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	61,4%	2,9	55,5; 66,8	1,48	4,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	8,8%	1,3	6,4; 11,8	0,97	15,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	11,0%	1,6	8,2; 14,7	1,16	14,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	57,8%	2,7	52,3; 63,1	1,31	4,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	31,2%	2,7	26,2; 36,7	1,42	8,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	0,8%	0,4	0,2; 2,4	1,10	57,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	23,4%	2,4	18,9; 28,5	1,40	10,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	75,9%	2,6	70,4; 80,6	1,54	3,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	1,6%	0,6	0,8; 3,5	1,07	38,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	28,5%	2,3	24,1; 33,3	1,14	8,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	69,9%	2,4	65,0; 74,4	1,15	3,4

VARIABLE: ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	39,0%	2,7	33,9; 44,4	1,26	6,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	52,6%	2,9	46,8; 58,4	1,47	5,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	8,4%	1,6	5,7; 12,1	1,39	18,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	16,7	0,2	16,3; 17,1	2,54	1,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	15,0%	2,3	11,0; 20,2	1,77	15,5
	REGULAR	25,1%	2,3	20,8; 30,0	1,18	9,2
	BASTANTE O MUCHO	59,9%	3,0	53,8; 65,7	1,57	5,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	9,1%	1,7	6,3; 13,1	1,45	18,5
	REGULAR	17,2%	2,1	13,4; 21,7	1,31	12,3
	BASTANTE O MUCHO	73,7%	2,9	67,7; 79,0	1,76	3,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	13,1%	2,2	9,3; 18,2	1,84	16,9
	REGULAR	25,9%	2,4	21,3; 31,0	1,32	9,4
	BASTANTE O MUCHO	61,0%	3,1	54,6; 67,0	1,76	5,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	35,7%	3,1	29,9; 42,0	1,72	8,6
	REGULAR	35,6%	2,8	30,2; 41,4	1,48	8,0
	BASTANTE O MUCHO	28,7%	2,4	24,2; 33,7	1,19	8,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LA PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ	NADA O POCO	9,6%	3,8	4,3; 20,1	1,57	39,4
	REGULAR	12,5%	3,2	7,4; 20,2	0,88	25,5
	BASTANTE O MUCHO	77,9%	5,0	66,5; 86,3	1,38	6,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	31,4%	2,8	26,1; 37,1	1,40	8,9
	REGULAR	29,3%	2,9	23,9; 35,4	1,59	9,9
	BASTANTE O MUCHO	39,3%	3,0	33,6; 45,4	1,47	7,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	4,4%	1,1	2,6; 7,2	1,30	25,9
	REGULAR	9,9%	1,5	7,3; 13,4	1,14	15,6
	BASTANTE O MUCHO	85,7%	2,0	81,3; 89,2	1,37	2,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	9,5%	2,0	6,3; 14,2	1,91	20,8
	REGULAR	22,0%	2,4	17,6; 27,1	1,41	10,9
	BASTANTE O MUCHO	68,5%	3,0	62,2; 74,1	1,76	4,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	7,1%	1,3	4,9; 10,1	1,10	18,3
	REGULAR	20,1%	2,7	15,3; 25,9	1,91	13,3
	BASTANTE O MUCHO	72,8%	3,1	66,3; 78,5	2,05	4,2
PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN	SEXO	3,6%	0,9	2,2; 5,9	1,03	25,2
	EDAD	11,7%	1,7	8,7; 15,6	1,27	14,8
	PESO	2,6%	0,8	1,4; 4,8	1,10	30,7
	COLOR DE PIEL	1,3%	0,5	0,6; 2,9	0,94	40,6
	FORMA DE VESTIR	2,5%	0,9	1,3; 4,9	1,30	34,2
	CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	8,5%	1,4	6,1; 11,8	1,14	16,8
	NIVEL EDUCATIVO	5,8%	1,2	3,8; 8,9	1,23	21,4
	RELIGIÓN	4,9%	1,4	2,8; 8,5	1,73	27,7
	AMISTADES	1,7%	0,7	0,8; 3,8	1,23	40,5
	LUGAR DE NACIMIENTO	1,9%	0,8	0,9; 4,1	1,30	39,1
OTRA	2,7%	0,9	1,4; 5,2	1,33	33,3	
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: SEXO	NINGUNA VEZ	99,8%	0,2	98,6; 100	0,82	0,2
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,2%	0,2	0,0; 1,4	0,82	99,8
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: EDAD	NINGUNA VEZ	91,2%	1,7	87,2; 94,1	1,56	1,9
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	7,8%	1,6	5,2; 11,8	1,60	20,9
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,9%	0,4	0,4; 2,2	0,80	44,2
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: PESO	NINGUNA VEZ	99,5%	0,3	98,3; 99,8	0,80	0,3
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,5%	0,3	0,2; 1,7	0,80	58,2
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: COLOR DE PIEL	NINGUNA VEZ	99,7%	0,3	98,1; 100	1,13	0,3
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,3%	0,3	0,0; 1,9	1,13	99,0
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0

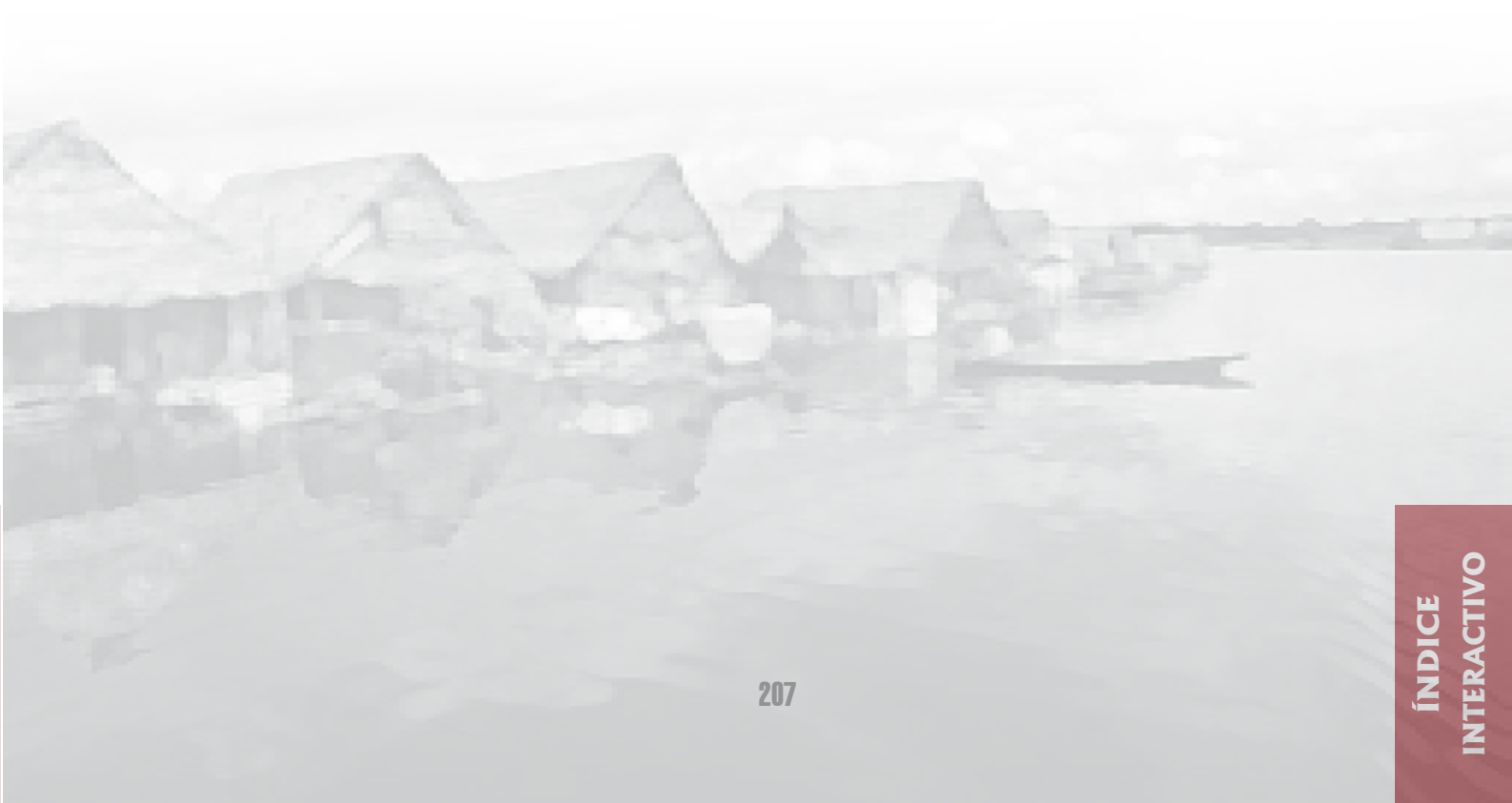
VARIABLE: ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: FORMA DE VESTIR	NINGUNA VEZ	98,7%	0,6	96,7; 99,5	1,29	0,6
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,3%	0,6	0,5; 3,3	1,29	47,3
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: SOCIOECONÓMICA	NINGUNA VEZ	96,4%	1,1	93,6; 98,0	1,37	1,1
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	3,4%	1,0	1,8; 6,2	1,44	30,9
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,2%	0,2	0,0; 1,5	0,87	98,4
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: NIVEL EDUCATIVO	NINGUNA VEZ	98,6%	0,7	96,3; 99,5	1,44	0,7
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,2%	0,7	0,4; 3,5	1,54	53,4
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,2%	0,2	0,0; 1,4	0,84	100
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: RELIGIÓN	NINGUNA VEZ	97,4%	0,9	95,1; 98,7	1,26	0,9
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	2,2%	0,8	1,0; 4,5	1,32	37,1
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,4%	0,3	0,1; 1,7	0,93	75,3
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: AMISTADES	NINGUNA VEZ	99,5%	0,3	98,3; 99,8	0,81	0,3
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,5%	0,3	0,2; 1,7	0,81	59,3
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: LUGAR DE NACIMIENTO	NINGUNA VEZ	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: OTRA	NINGUNA VEZ	99,8%	0,2	98,8; 100	0,71	0,2
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,2%	0,2	0,0; 1,2	0,71	99,1
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	16,9	0,2	16,4; 17,4	1,36	1,5
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	9,0%	2,3	5,4; 14,6	1,11	25,1
	REGULAR	26,7%	4,0	19,6; 35,3	1,43	14,9
	BASTANTE O MUCHO	64,3%	4,3	55,4; 72,3	1,42	6,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	7,8%	2,0	4,7; 12,7	0,94	25,1
	REGULAR	22,5%	3,5	16,3; 30,1	1,22	15,5
	BASTANTE O MUCHO	69,7%	4,0	61,3; 76,9	1,30	5,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	5,3%	2,8	1,8; 14,4	1,14	52,6
	REGULAR	11,0%	3,8	5,4; 21,1	1,09	34,8
	BASTANTE O MUCHO	83,7%	4,5	72,8; 90,9	1,10	5,4
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	14,3%	2,8	9,5; 20,7	1,13	19,7
	REGULAR	25,4%	3,7	18,8; 33,4	1,27	14,6
	BASTANTE O MUCHO	60,4%	4,6	51,1; 69,0	1,54	7,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES	NADA O POCO	6,9%	4,0	2,1; 20,2	1,08	57,9
	REGULAR	31,1%	8,8	16,6; 50,5	1,59	28,4
	BASTANTE O MUCHO	62,1%	8,8	43,9; 77,4	1,44	14,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE	NADA O POCO	40,4%	4,4	32,1; 49,3	1,38	10,8
	REGULAR	33,4%	3,6	26,7; 40,9	1,01	10,8
	BASTANTE O MUCHO	26,2%	3,6	19,7; 34,0	1,19	13,8
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	25,3%	2,2	21,2; 30,0	1,12	8,7
	PREVALENCIA MENSUAL	6,7%	1,3	4,6; 9,7	1,12	19,0
	PREVALENCIA ANUAL	11,1%	1,4	8,6; 14,1	0,85	12,5
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	5,4%	1,0	3,7; 7,9	0,92	19,3
	PREVALENCIA MENSUAL	1,0%	0,5	0,4; 2,8	1,18	51,4
	PREVALENCIA ANUAL	1,7%	0,6	0,8; 3,4	0,95	35,5
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	1,1%	0,5	0,5; 2,7	1,01	45,5
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,2	0,0; 1,7	1,00	99,5
	PREVALENCIA ANUAL	0,4%	0,3	0,1; 1,7	0,90	70,2
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,2	0,0; 1,7	1,02	99,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0

VARIABLE: ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS ES MUY IMPORTANTE	94,9%	1,1	92,3; 96,7	1,00	1,1
	ASISTE A LA IGLESIA O TEMPLO	85,7%	1,8	81,7; 88,9	1,15	2,1
	PARTICIPA ACTIVAMENTE EN ALGÚN GRUPO RELIGIOSO	33,3%	2,5	28,4; 38,5	1,24	7,6
	LEE Y CONSULTA ESCRITURAS RELIGIOSAS	59,4%	3,1	53,1; 65,3	1,70	5,2
	PREDICA O ENSEÑA LA RELIGIÓN A SUS HIJOS O NIETOS	63,2%	3,0	57,0; 69,0	1,69	4,8
	PREDICA O ENSEÑA LA RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	44,0%	3,5	37,3; 51,0	2,11	7,9
	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	73,8%	2,7	68,0; 78,8	1,67	3,7
COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	18,0	0,2	17,7; 18,3	1,88	0,9
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA ARITMÉTICA	7,5	0,1	7,3; 7,6	2,17	1,2
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	6,0	0,1	5,7; 6,3	1,53	2,3
ALGUNA DISCAPACIDAD FUNCIONAL O INHABILIDAD PRESENTE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	PREVALENCIA ACTUAL	27,3%	2,6	22,5; 32,6	1,42	9,3
PRESENCIA DE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA SEGÚN INFORMANTE	PREVALENCIA ACTUAL	26,4%	2,5	21,7; 31,7	1,41	9,6
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	28,8%	3,1	23,1; 35,2	2,00	10,7
	PREVALENCIA ANUAL	5,6%	1,3	3,6; 8,8	1,34	22,7
	PREVALENCIA DE 6 MESES	3,8%	1,1	2,1; 6,5	1,36	28,3
	PREVALENCIA ACTUAL	1,8%	0,8	0,7; 4,5	1,75	46,6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	PREVALENCIA DE VIDA	9,1%	1,5	6,5; 12,7	1,23	16,8
	PREVALENCIA ANUAL	1,4%	0,5	0,6; 3,0	0,93	39,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,4%	0,5	0,6; 3,0	0,93	39,0
	PREVALENCIA ACTUAL	1,6%	0,6	0,7; 3,5	1,11	39,6
ABUSO /DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	2,4%	0,8	1,2; 4,7	1,24	34,2
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA (ATENVIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL)	PREVALENCIA DE 6 MESES	13,5%	5,2	6,1; 27,5	1,27	38,7
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN POSTA O POLICLÍNICO DE ESSALUD	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DEL MINSA	PREVALENCIA	65,6%	16,0	31,9; 88,5	0,81	24,4
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CENTRO DE SALUD	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DE ESSALUD	PREVALENCIA	17,7%	12,4	3,8; 53,8	0,76	70,2
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL DE LA FFAA Y POLICÍA NACIONAL	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PROPORCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA ATENDIDA EN CLÍNICA PARTICULAR	PREVALENCIA	9,6%	9,5	1,2; 48,1	0,74	99,1
OTRO	PREVALENCIA	7,2%	6,8	1,0; 36,6	0,49	94,1

VARIABLE: ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	NO SABÍA A DONDE IR	28,3%	8,6	14,6; 47,8	1,72	30,5
	NO TENIA DINERO	63,1%	8,4	45,5; 77,7	1,43	13,3
	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	4,5%	3,4	1,0; 18,3	1,25	75,4
	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	1,3%	1,3	0,2; 8,7	0,60	100
	LARGAS LISTAS DE ESPERA	16,8%	5,7	8,3; 31,2	1,09	33,9
	NO EXISTÍA SERVICIOS DE SALUD MENTAL CERCANO	3,1%	2,2	0,7; 12,2	0,78	72,4
	FALTA DE CONFIANZA	12,8%	5,2	5,6; 26,9	1,13	40,4
	DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	8,0%	3,4	3,3; 18,0	0,75	43,0
	NO ME BENEFICIARÍA	21,5%	6,5	11,4; 36,9	1,16	30,1
	LO DEBÍA SUPERAR SOLO	58,0%	8,9	40,2; 74,0	1,52	15,3
	PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	21,9%	6,6	11,6; 37,6	1,20	30,1
	POR VERGÜENZA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	VECINOS HABLARÍAN MAL	3,1%	3,1	0,4; 19,7	1,49	99,0
	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	3,1%	3,1	0,4; 19,7	1,49	99,0
MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	5,6%	3,3	1,7; 16,8	0,95	58,3	
OTRO	34,3%	8,8	19,5; 53,0	1,32	25,5	
PROBLEMAS FÍSICOS O ACCIDENTE	PREVALENCIA DE 6 MESES	51,8%	3,4	45,1; 58,4	1,97	6,5
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO O VIOLENCIA	PREVALENCIA ANUAL	7,8%	1,6	5,2; 11,6	1,50	20,2
PREVALENCIA DE MALTRATO: INTENTOS O DE ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	PREVALENCIA ANUAL	0,9%	0,4	0,3; 2,3	0,86	47,2
PREVALENCIA DE MALTRATO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	PREVALENCIA ANUAL	5,2%	1,3	3,1; 8,4	1,45	25,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: CHANTAJES MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	PREVALENCIA ANUAL	0,5%	0,3	0,2; 1,6	0,73	56,2
PREVALENCIA DE MALTRATO: SITUACIÓN DE ABANDONO	PREVALENCIA ANUAL	2,8%	1,1	1,3; 6,0	1,88	39,1
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO O VIOLENCIA	MALTRATO SISTEMÁTICO	2,7%	0,9	1,4; 5,1	1,21	31,7
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	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	MALTRATO SISTEMÁTICO	1,7%	0,8	0,7; 4,2	1,57	45,4
PREVALENCIA DE MALTRATO: CHANTAJES MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	MALTRATO SISTEMÁTICO	0,3%	0,3	0,0; 2,4	1,45	98,9
PREVALENCIA DE MALTRATO: SITUACIÓN DE ABANDONO	MALTRATO SISTEMÁTICO	1,0%	0,4	0,4; 2,4	0,87	45,0
RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE AYUDA COMO CONSECUENCIA DE ESTAS SITUACIONES	PREVALENCIA ANUAL	12,6%	5,8	4,8; 29,1	0,82	46,3
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO						
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) (0-30 PUNTOS)	MEDIA ARITMÉTICA	23,3	0,3	22,7; 24,0	1,67	1,4
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) EN GRUPO DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN (CON DISYUNTIVA ENTRE 12 Y 13)	MEDIA ARITMÉTICA	25,8	0,4	25,0; 26,6	1,63	1,6
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) EN GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN (12 ó 13, 18 ó 19, 22AA o 22BB)	MEDIA ARITMÉTICA	22,1	0,4	21,2; 22,9	1,70	1,9
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (<= 22)	PREVALENCIA TOTAL	36,4%	2,9	30,9; 42,3	1,30	7,9
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (<= 22) PARA GRUPOS DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	16,1%	4,0	9,6; 25,7	1,45	24,7

VARIABLE: ADULTO MAYOR	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (≤ 22) PARA GRUPOS DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	46,5%	3,5	39,8; 53,4	1,17	7,5
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES INDICATIVAS DE DETERIORO	PREVALENCIA TOTAL	32,0%	3,4	25,7; 39,0	2,07	10,5
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE \leq 21 y PFEFFER \geq 6)	PREVALENCIA TOTAL	14,3%	2,4	10,1; 19,9	1,61	17,0
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE \leq 21 y PFEFFER \geq 6) PARA GRUPOS DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	4,2%	2,6	1,2; 14,0	1,87	62,8
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE \leq 21 y PFEFFER \geq 6) PARA GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	19,0%	3,4	13,1; 26,8	1,72	18,1

BIBLIOGRAFÍA





BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Murray CJ, López AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors. *Global Burden of Disease Study. Lancet* 1997; 349:1436-1442.
- ² Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1498-1504.
- ³ Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2005; XX (1-2).
- ⁴ World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO, 2001.
- ⁵ 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.
- ⁶ Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'inclusion. Montreal: Gaëtan Morin Editeur, 1994: 93-98.
- ⁷ 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.
- ⁸ 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.
- ⁹ 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).
- 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 Corin E, Bibeau G, Matin J-C, Laplante R. Comprendre pour soigner autrement. Canada: Les presses de l'Université de Montréal de Montréal, 1990.
- ¹⁴ Comité de la santé mentale du Québec. La Santé Mentale, de la Biologie a la culture. Québec: Comité de la santé mentale du Québec, 1985.
- ¹⁵ Perales A. Salud mental en el Perú variables socioeconómicas, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental*. 1993; IX: 83-107.
- ¹⁶ Organización Panamericana de La Salud. Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las Políticas públicas Saludables. Washington DC: OPS, 2000.
- ¹⁷ Breilh J. Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, 2003.
- ¹⁸ Moya J. Las otras muertes: 20 años de violencia en los andes del Perú. Lima: IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES), 2004.
- ¹⁹ Pedersen D, Gamarra J, Planas M, Errázuriz C. Violencia Política y salud en las comunidades alto andinas de Ayacucho, Perú. En: La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003: 289-307.
- ²⁰ 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.
- ²¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2000.
- ²² 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.
- ²³ Johnson E, Belfer M. Substance abuse and violence: cause and consequence. *J Health Care Poor Underserved* 1995;6(2):113-21.
- ²⁴ Johns A. Substance misuse: a primary risk and a major problem of comorbidity. *International Review of Psychiatry* 1997; 9 (2-3):233-242.
- ²⁵ MIMDES. Estadísticas. Centro de Emergencia Mujer Huaraz. [MIMDES web site] Junio 2005. Disponible en: <http://www.mimdes.gob.pe/pncvfs/estadisticas.htm>. Acceso el 30 de agosto del 2005.

- 26 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington DC: American Psychiatric Press, 1980.
- 27 Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. *Anales de Salud Mental*. 1990; VI: 9-20.
- 28 Perales A, Sogi C. Epidemiología psiquiátrica en el Perú. *Anales de Salud Mental*. 1995; XI: 9-29.
- 29 Colareta JR. Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural. Tesis para optar el título de médico cirujana. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993.
- 30 World Health Organization. International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva, 1992.
- 31 Contradrogas. Encuesta Nacional sobre prevención y uso de drogas. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina de Asuntos Antinarcoóticos de la Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica, 1999.
- 32 Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA. II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Lima, 2003.
- 33 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Proyecciones del Censo de Población 1993. Lima, 1995.
- 34 Belloch FA. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: Anzola Pérez E, Galinsky D, Morales Martínez F, Salas Aquiles R, Sánchez Ayéndez M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación científica No. 546, Organización Panamericana de la Salud. Washington; 1994:67-75.
- 35 Morales F. Evaluación integral del anciano. En: Anzola Pérez E, Galinsky D, Morales Martínez F, Salas Aquiles R, Sánchez Ayéndez M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación científica No. 546, Organización Panamericana de la Salud. Washington; 1994: 74-77.
- 36 Bland-RC. Psychiatry and the burden of mental illness. *Can-J-Psychiatry*. 1998 Oct; 43(8): 801-10.
- 37 WPA/PTD; OPS, APAL: Programa Educativo de la WPA/PTD sobre trastornos depresivos. Visión de conjunto y aspectos fundamentales. Versión en español.
- 38 Jablensky A, Schwartz R, Tomov T: WHO collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 62 (suppl 285): 152-159, 1980, in Sartorius N, Girolamo G, Andrews G, Allen Gernan G, Eisenberg L.; Treatment of Mental Disorders: A Review of Effectiveness. Published on behalf of The World Health Organization by American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC. - London, England, 1993.
- 39 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2004; XX (1-2)
- 40 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Huaraz 2003. Informe General. En serie: Monografías de Investigación No 9. Lima: INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"; 2005 en imprenta.
- 41 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Cajamarca 2003. Informe General. En serie: Monografías de Investigación No 10. Lima: INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"; 2005 en imprenta.
- 42 Huamán J. Programa de rehabilitación integral en salud mental: sub-programa de rehabilitación psicosocial. *Anales de Salud Mental*. 1996; XII: 271-284.
- 43 OPS-CEPAL. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Cuaderno Técnico No 46. OPS; 1997. p. 45.
- 44 Alleyne GA. Políticas de salud y salud mental en América Latina y El Caribe. Presentado en la Reunión de Evaluación de la Iniciativa para la Reestructuración de la atención Psiquiátrica en América Latina (IRAPAL). [OPS Web site]13 Jun 1996. Available at: <http://165.158.1.110/spanish/opsm9602.htm>. Accessed Mar 02, 2002.
- 45 Perales A, Sogi C, Lolas F, Pacheco A, Samaniego N, Matute G, Barreto A, Chaskel R, Dávila H, López R. Orientación de la Atención Psiquiátrica en Sudamérica. Lima: Gráfica Delgado; 1995.
- 46 Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004; 82:858-866.
- 47 Lin E, Goering PN, Lesage A, Streiner DL. Epidemiologic assessment of overmet need in mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:355-62.
- 48 Rabinowitz J, Gross R, Feldman D. Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 141-146.
- 49 U.S. Department of Health and Human Services. The fundamentals of mental health and mental illness. En: Mental health: a report of the surgeon general-executive summary. Rockville, 1999.
- 50 Casas Juan Antonio. Equity, Health and Human Development. CRICS V, La Habana Cuba, Meeting of PAHO/WHO [Bireme Web site] April 24-27. Available at: <http://www.bireme.br/crics5/proceedings/casa/casas/htm>. Accessed August 19, 2005.
- 51 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHU) - IV Trimestre 2001. Lima; 2002. Disponible en: <http://www.inei.go.pe>. Acceso el
- 52 Herrera J. La pobreza en el Perú 2001. Una visión departamental. Lima: INEI; 2002.

- 53 INEI. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores sociales. Condiciones de Vida en los Departamentos del Perú: 2003-2004. Lima: INEI; 2005.
- 54 Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178:228-233.
- 55 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.
- 56 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.
- 57 Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties. And risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59:741-9.
- 58 Shahar G, Chinman M, Sells D, Davidson L. An action model of socially disruptive behaviors committed by persons with severe mental illness: the role of self-reported childhood abuse and suspiciousness-hostility, *Psychiatry* 2003; 66: 42-54.
- 59 Henderson, AS. Life experiences as causes of mental disorders: the main hypotheses. En *An Introduction to Social Psychiatry*. New York: Oxford Medical Publications; 1988, pp 69-105.
- 60 González S, Saavedra J, Aliaga K. Relación entre estilos de crianza y experiencias adversas tempranas con el desarrollo de trastornos mentales en la adultez en la Sierra Peruana. Manuscrito no publicado. 2005.
- 61 Colin C. Las Regiones Costeñas del Perú Septentrional. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica/ Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA); 1984.
- 62 Bernal E. Estudio psicopatológico en brujos del pueblo de Salas (Lambayeque). *Anales de Salud Mental*. 1985; 1(1-2): 162-179.
- 63 Medina E. La medicina tradicional o popular. *Revista de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Doctor José Horwitz Barak* 1984; 1: 155-156.
- 64 Glass B. El poder de la palabra en la medicina tradicional de la Costa Norte del Perú. En: Cabieses F, Camillol P. (Eds). *Trabajos del II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales*. Lima: Talleres Gráficos Marín, 1988: 157-162.
- 65 Caycho A. Estudio sobre el curanderismo y los curanderos en el Perú. En: Segúin CA, Ríos R. (Ed). *Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría*. Lima: Editorial Talleres Gráficos Villanueva SA, 1969: 55-56.
- 66 Tejada D, Sánchez F, Mella C. Religiosidad popular y psiquiatría. Santo Domingo: Editora Corripio, 1995.
- 67 Pinfold V; Huxley P; Thornicroft G; Farmer P; Toulmin H; Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination Evaluating an educational intervention with the police force in England [In Process Citation]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003 Jun;38(6):337-44
- 68 Lopez-Ibor Alino JJ. [Fight against schizophrenia stigma] [La lucha contra el estigma de la esquizofrenia.] *An R Acad Nac Med (Madr)* 2001;118(2):295-316; discussion 317 (ISSN: 0034-0634)
- 69 Ostman M; Kjellin L. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2002 Dec;181:494-8 (ISSN: 0007-1250)
- 70 Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy stigma-a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003 Oct;38(10):593-602.
- 71 Jorge M Tamayo, 2001. ¿Qué es el Estigma?. Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - Versión en HTML. <http://usuarios.lycos.es/igonzal/estigma>.
- 72 Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S. The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 301-305.
- 73 Someya T, Uehara T, Kadowaki M, Sakado K, Reist C, Tang SW, Takahashi S. Factor analysis of the EMBU scale in a large sample of Japanese volunteers. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100(4): 252-257.
- 74 Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975;12:189-198.
- 75 Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LL, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. 2001; documento proporcionado por el autor.
- 76 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl. 20: 22-33.
- 77 Lama A. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL. Lima: INEI; 2000. Available at: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.HTM>). Acceso el 12 de septiembre del 2005.
- 78 Garner D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nerviosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.



ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA SALUD MENTAL EN QUITOS - 2004

PRESENTACIÓN	13
1. INTRODUCCIÓN	23
2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL	25
3. OBJETIVOS.....	36
4. METODOLOGÍA	37
5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	41
6. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO....	46
7. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO.....	51
8. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO	53
9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	53
RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO.....	55
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS	61
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS	101
CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS	121
CARACTERÍSTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS.....	143
CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO.....	161
ANEXO	
ERRORES MUESTRALES	169
BIBLIOGRAFÍA	207