

# ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO AL

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LIMA RURAL 2007

VOLUMEN XXIV  
AÑO 2008  
NÚMERO 1 y 2  
ISSN-1023-389X

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

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

*Anales de Salud Mental*

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

Se recomienda citar este documento como:

Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007.  
Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIV. Año 2008, Números 1 y 2. Lima  
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 96-1524

**ISSN - 1023-389X**

# ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú-2008-Volumen XXIV. Nos. 1 y 2

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

## COMITÉ EDITORIAL

### DIRECTOR

Psic. Enrique Macher Ostolaza

### EDITOR

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

### SECRETARIA DE EDICIÓN

Lic. Enf. Esp. SM y Psic. Flor de María Alburquerque Jaramillo

### SECRETARIO DE REDACCIÓN

Psic. Santiago Stucchi Portocarrero

### MIEMBROS

Psic. Manuel Arellano Kanashiro

✕ Psic. Eduardo Bernal García

Mg. Ps. Fam. Vilma Chuchón Calle

Psic. Yuri Cutipé Cárdenas

Psic. Santos González Farfán

Psic. Santiago Márquez Manrique de Lara

Enf. Mg. Polit. Soc. María Mendoza Vilca

Psic. Rolando Pomalima Rodríguez

Mg. Ps. Clín. Yolanda Robles Arana

Psic. J. César Sotillo Zevallos

Lic. Ps. Emir Valencia Romero

## COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

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

## COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

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

## **AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD**

DR. ÓSCAR RAÚL UGARTE UBILLÚS  
Ministro de Salud

DRA. ZARELA ESTHER SOLÍS VÁSQUEZ  
Vice-Ministra de Salud

## **DIRECTORIO DEL INSM**

PSIQ. ENRIQUE MACHER OSTOLAZA  
Director General del INSM

PSIQ. CARLOS CACHAY CHÁVEZ  
Sub-Director General del INSM

LIC. IRMA ATALAYA CHACÓN  
Directora Ejecutiva de Administración del INSM

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

PSIQ. VÍCTOR CRUZ CAMPOS  
Director de la Oficina de Epidemiología

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

## INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO RELACIONADOS CON EL PRESENTE INFORME

### COORDINADOR GENERAL DEL ESTUDIO

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

### COORDINADOR ADJUNTO DEL ESTUDIO

Psic. Santos González Farfán

### ÁREA DE ACCESO A SERVICIOS

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

### ÁREA DE ADICCIONES

Psic. Martín Nizama Valladolid

Psic. Rommy Kendall Folmer

### ÁREA DE CONDUCTAS SUICIDAS

Lic. Ps. Ysela Nicolás Hoyos

### ÁREA DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA

Psic. Julio Huamán Pineda

### ÁREA DE EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

Psic. Santos González Farfán

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

### ÁREA DE POBREZA Y SALUD MENTAL

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

Psic. Rolando Pomalima Rodríguez

Psic. Santos González Farfan

### ÁREA DE PSICOGERIATRÍA

Psic. Vilma Paz Schaeffer

### ÁREA DE CALIDAD DE VIDA

Mg. Ps. Clín. Yolanda Robles Arana

### ÁREA DE SALUD MENTAL GENERAL

Mg. Ps. Clín. Yolanda Robles Arana

Psic. Santos González Farfán

### ÁREA SOCIOCULTURAL Y DESASTRES

Psic. Eduardo Bernal García

### ÁREA DE TRASTORNOS AFECTIVOS

Psic. Abel Sagástegui Soto

Psic. Horacio Vargas Murga

### ÁREA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

Psic. Víctor Cruz Campos

### ÁREA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Psic. Rolando Pomalima Rodríguez

Psic. Yuri Cutipé Cárdenas

### ÁREA DE TRASTORNOS PSICÓTICOS

Psic. Santiago Stucchi Portocarrero

### ÁREA DE VIOLENCIA FAMILIAR

Psic. Víctor Cruz Campos

Lic. Trab. Soc. Violeta Vargas Palomino

# EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA ENCUESTA

## Consultor del Estudio - Diseño de la Muestra

Alberto Padilla Trejo

## Consultora de Procesos Informáticos - Control de Calidad

Olinda Yaringaño - Otto Arrieta

## Ingreso de Datos

Milagros Ramírez Figueroa  
Jessica Pozo Lévano  
Flor Ortiz Sánchez  
Shella Pérez Dávila  
Liliana La Rosa Rosado

## Coordinadores de Campo

Herón Arsenio Salazar Olivares  
Orlando Virgilio Quispe Lizárraga

## Supervisores de Campo

Liz Valentín Robles  
Maricela Mayo Carrera  
Walter Razo Balabarca  
Diana Molina Rondan  
Rosmery Paz Cruz  
Maria Panta Yman

## Encuestadores

Mónica Carbonel Romero  
Marilú Castro Hidalgo  
Luz Ayala Coveña  
Haydee Ramos Bautista  
Gladis Huari Herrera  
Juan Quiliche Vargas  
Diana Pérez Hilario  
Cinthia Estrella Villanueva  
Mónica Campos Rodríguez  
Cesar Yánac Cahuana

Lourdes Jorge Marcos  
Karla Ubillus Toro  
Raquel Salazar Arnas  
Galia Osorio Fernandez  
Martín Ballona López  
Enrique Gil  
Miguel Miramira  
Doris Angulo Reyes  
Gabriela Lavalle Barrientos  
Angélica Rodríguez Zuta  
Edgar Gómez Ordoñez



## PRESENTACIÓN

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” inició en el año 2002 una serie de investigaciones epidemiológicas basadas en encuestas de hogares con el objetivo de realizar el diagnóstico de la salud mental de cuatro grupos objetivos: adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres unidas. En ese año se realizó el estudio en la ciudad de Lima Metropolitana y Callao con una muestra de cerca de 2 400 hogares, cuyos resultados fueron presentados a la comunidad científica en mayo del 2003 y revelaron importante información sobre los principales problemas de salud mental que aquejaban a la población de Lima y Callao. En el año 2003 el INSM desarrolló una encuesta similar en el ámbito de la Sierra, en tres ciudades: Cajamarca, Huaraz y Ayacucho, con una muestra total de 4 212 hogares, representativa de tres grupos culturales diferenciados. De la misma forma, se desarrolló el estudio epidemiológico de salud mental en la región de la Selva y se cubrieron las ciudades de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, cuyos resultados fueron dados a conocer en diciembre del año 2005. A su vez, durante el año 2005 se realizó el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en zona de Fronteras en las ciudades de Bagua Grande, Tumbes, Tacna, Puno y Puerto Maldonado, cuyos resultados fueron difundidos en el año 2006. En ese mismo año se desarrolló el estudio epidemiológico de salud mental en la costa peruana cubriendo las poblaciones urbanas de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa.

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

Para el año 2007, habiendo abarcado gran parte de área urbana del país, el INSM ha considerado iniciar estudios epidemiológicos similares en las zonas rurales, empezando con la provincia de Lima. Este estudio marcará un hito porque por primera vez en la historia republicana se iniciará el diagnóstico de la salud mental en zonas nunca antes exploradas donde las condiciones socioculturales ponen en riesgo la salud de las personas más vulnerables. Con esta investigación se inicia una nueva etapa en los estudios epidemiológicos del INSM que proseguirá durante los siguientes años en las demás zonas rurales del país.

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



## AGRADECIMIENTOS

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

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

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

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

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

LOS AUTORES



# ÍNDICE GENERAL

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD .....	5
INVESTIGADORES PRINCIPALES DEL ESTUDIO RELACIONADOS AL PRESENTE INFORME.....	7
EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA ENCUESTA.....	8
PRESENTACIÓN.....	9
AGRADECIMIENTOS.....	11
ÍNDICE GENERAL.....	13
REGIÓN LIMA RURAL.....	17
<b>INFORME GENERAL</b> .....	<b>19</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES</b> .....	<b>21</b>
<b>1. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>22</b>
<b>2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL.....</b>	<b>23</b>
2.1 Aspectos generales de la salud mental.....	24
2.2 Violencia familiar.....	25
2.3 Los trastornos de ansiedad, depresivos y otros trastornos.....	26
2.4 Adicciones.....	27
2.5 El adulto mayor.....	28
2.6 Indicadores suicidas.....	30
2.7 Calidad de vida y salud mental.....	30
2.8 Trastornos mentales y discapacidad.....	30
2.9 Acceso a servicios de salud mental.....	31
2.10 Pobreza y salud mental.....	32
2.11 Eventos de vida y salud mental.....	33
2.12 Aspectos socioculturales y salud mental.....	33
2.13 Discriminación y salud mental.....	34
2.14 Estigma contra los trastornos mentales.....	34
2.15 Desarrollo humano y salud mental.....	35
2.16 Salud mental positiva.....	36
2.17 Problemas de sueño.....	36
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>37</b>
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>38</b>
4.1 Tipo de diseño y de estudio.....	38
4.2 Diseño muestral.....	38
4.2.1 Población de estudio.....	38
4.2.2 Niveles de inferencia.....	38
4.2.3 Marco muestral y unidades de muestreo.....	39
4.2.4 Estratificación.....	39
4.2.5 Tipo de muestra.....	39
4.2.6 Tamaño y distribución de la muestra.....	39
4.2.7 Unidad de análisis.....	40
4.2.8 Procedimientos de selección de la muestra.....	41
4.2.9 Criterios de inclusión de las personas que respondieron a la encuesta.....	41

<b>5. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>42</b>
5.1 Variables sociodemográficas y asociadas.....	42
5.2 Aspectos generales de salud mental.....	43
5.3 Trastornos clínicos.....	44
5.4 Discapacidad e inhabilidad.....	45
5.5 Módulo de acceso a servicios.....	45
5.6 Relaciones intrafamiliares.....	46
5.7 Funciones cognoscitivas.....	47
5.8 Síndromes socioculturales y salud mental.....	48
5.9 Otras manifestaciones del folklor médico .....	48
<b>6. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO.....</b>	<b>48</b>
6.1 Diseño de la encuesta y estructura del cuestionario sobre salud mental.....	50
6.2 Método de la entrevista.....	52
6.3 Procesos de validación y calidad.....	53
6.4 Obtención de indicadores de validez y confiabilidad a partir de los propios datos de estudio.....	54
6.5 Entrenamiento en el uso de instrumentos.....	54
6.6 Consideraciones éticas.....	54
<b>7. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO.....</b>	<b>54</b>
<b>8. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO.....</b>	<b>56</b>
<b>9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>56</b>
<b>II. RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO EN LIMA RURAL</b>	<b>59</b>
<b>DATOS GENERALES DE LA MUESTRA</b>	<b>61</b>
<b>III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS</b>	<b>65</b>
EDAD.....	67
ESCOLARIDAD.....	67
ESTADO CIVIL.....	68
OCUPACIÓN.....	68
INGRESOS ECONÓMICOS.....	69
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO.....</b>	<b>71</b>
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	73
ENTORNO GENERAL.....	73
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	75
DISCRIMINACIÓN.....	77
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES.....	78
ASPECTOS DE SALUD MENTAL POSITIVA.....	79
AUTOESTIMA.....	80
SATISFACCIÓN CON LA VIDA.....	80
AUTOEFICACIA.....	80
RESILIENCIA.....	81
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	81
SATISFACCIÓN LABORAL.....	82
CALIDAD DE SUEÑO.....	83

CALIDAD DE VIDA.....	85
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD.....	85
ASPECTOS PSICOPÁTICOS.....	87
INDICADORES SUICIDAS.....	88
TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA.....	90
FACTORES PROTECTORES.....	90
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	92
USO DE SUSTANCIAS NOCIVAS.....	96
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS.....	98
POBREZA Y SALUD MENTAL.....	99
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS POR ÁREAS GEOGRÁFICAS.....	102
EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA.....	103
ESTILOS DE CRIANZA Y SALUD MENTAL EN LA ADULTEZ.....	104
ACCESO A SERVICIOS.....	107
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL.....	108
ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES.....	110

#### **IV. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES ENCUESTADAS ACTUALMENTE UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS 111**

EDAD.....	113
ESCOLARIDAD.....	113
ESTADO CIVIL.....	114
OCUPACIÓN.....	114
INGRESOS ECONÓMICOS.....	115

#### **SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA..... 117**

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	119
ENTORNO GENERAL.....	119
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	120
ESTADOS ANÍMICOS.....	121
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	121
SATISFACCIÓN LABORAL.....	122
COHESIÓN FAMILIAR.....	122
CALIDAD DE VIDA.....	123
INDICADORES SUICIDAS.....	123
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	124
ABUSO CONTRA LA MUJER UNIDA.....	125
TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO.....	125
ABUSO HACIA LA MUJER POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL.....	127
ABUSO SISTEMÁTICO HACIA LA MUJER UNIDA.....	128
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE... 130	130
SENTIMIENTOS ANÍMICOS PREVALENTES EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SIST. ....	130
SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE.....	131
INDICADORES SUICIDAS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE.....	131
FACTORES PROTECTORES EN LA MUJER UNIDAMALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE.....	132
CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE.....	132
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE.....	133

#### **V. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS 135**

EDAD.....	137
ESCOLARIDAD.....	137
ESTADO CIVIL.....	138
OCUPACIÓN.....	138

<b>SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE.....</b>	<b>139</b>
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	141
ENTORNO GENERAL.....	141
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	143
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES.....	144
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	144
SATISFACCIÓN LABORAL.....	146
CALIDAD DE VIDA.....	147
ASPECTOS PSICOPÁTICOS.....	147
INDICADORES SUICIDAS.....	149
TENDENCIA A LA VIOLENCIA.....	151
FACTORES PROTECTORES.....	152
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	153
USO DE SUSTANCIAS.....	154
ABUSO DE ADOLESCENTES.....	156
ACCESO A SERVICIOS.....	156

## **VI. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS 159**

EDAD.....	161
ESCOLARIDAD.....	161
ESTADO CIVIL.....	162
OCUPACIÓN.....	162

## **SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR..... 163**

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL.....	165
ESTRESORES PSICOSOCIALES.....	165
DISCRIMINACIÓN.....	166
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES.....	166
SATISFACCIÓN PERSONAL.....	167
SATISFACCIÓN LABORAL.....	169
CALIDAD DE VIDA.....	170
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD.....	170
INDICADORES SUICIDAS.....	171
FACTORES PROTECTORES.....	172
TRASTORNOS CLÍNICOS.....	173
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO EN EL ADULTO MAYOR.....	173
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	174
CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS.....	175
DETERIORO EN EL ADULTO MAYOR.....	176
MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR.....	177
ACCESO A SERVICIOS.....	178

## **VII. CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN LIMA RURAL 181**

ADULTOS.....	183
MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS.....	185
ADOLESCENTES.....	186
ADULTO MAYOR.....	187

## **ANEXO - ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN 189**

## **BIBLIOGRAFÍA 241**



## REGIÓN LIMA RURAL

El Gobierno Regional de Lima involucra la zona centro-occidental del territorio peruano. Abarca zonas del litoral e interandinas con altitudes que oscilan entre 0 y 6,127 m.s.n.m. Tiene una superficie de 32,126.46 Km, que representa el 2,5% del territorio nacional. La región está constituida por 9 provincias y 128 distritos. Estas provincias son: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos. La sede de la región está en la ciudad de Huacho, capital de la provincia de Huaura.

La Región Lima se rige por la Constitución Política del Estado, la Ley de Bases de Descentralización, Ley No. 27783 y la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley No. 27867 y sus Modificatorias, Ley No. 27902. Su población es de 8,264,853 habitantes. La población estimada en el área rural con los datos de la encuesta del INSM en su área de estudio alcanza a 80,148 personas.

Es el principal centro de la actividad económico-financiera, de servicios y manufacturas del país. La agricultura es la actividad económica fundamental y constituye la principal fuente ocupacional en el ámbito del Gobierno Regional de Lima. Entre los productos de consumo humano están: cebada, maíz, trigo, ajos, cebolla, tomate, zapallo, arveja, haba, frijol, pallar, camote, olluco, papa, yuca, oca, choclo, fresa, limón, membrillo, pecanas, pera, tangelo, aceitunas, granada, níspero, chirimoya, papaya, plátano, mandarina, mango, manzana, naranja, palta, uva. El 47,6% de la superficie agrícola se ha destinado al cultivo de productos de consumo humano.

Entre los productos de consumo industrial, tenemos: caña de azúcar, maíz. El 26,7% de la superficie agrícola se ha destinado al cultivo de productos industriales. Entre los productos de agro-exportación tenemos: espárrago, páprika, palta, holantao y alcachofa, ají, chirimoya, frijol castilla, higuera, lúcuma, maíz morado, maracuyá, melocotón, tuna, ciruelo, granadilla, orégano, frijol, vainita, maca y avena grano. El 9,10% de la superficie agrícola se destina a la siembra de estos productos que representan 104,016 TM. También tenemos pastos de cultivo destinados al forraje y a la alimentación de los productos pecuarios. Entre ellos: alfalfa, avena forrajera, dactylis sp., maíz chala. El 16% de la superficie agrícola se ha destinado al cultivo de pastos.

En la región se concentra el 70% de las industrias del país, desde aquellas que procesan aceite y harina de pescado (en Chancay, Supe y Huacho), hasta otras que refinan petróleo (en La Pampilla y Conchán) y zinc (en Cajamarquilla), o que se dedican a la metalmecánica, la textilería, la manufactura y el procesamiento de alimentos. En cuanto a energía, se cuenta con las centrales hidroeléctricas de Moyopampa, Huampaní, Matucana, Huinco, Sheque y Cahua. Además, existen las centrales térmicas de Santa Rosa y Ventanilla.

El territorio de la Región es recorrido por 12 ríos principales que conforman una vertiente de forma alargada, de longitudes comprendidas entre 62 a 200 km. Los principales ríos que dan origen a los valles del mismo nombre son: Fortaleza, Pativilca, Huaura, Chancay, Huaral, Chillón, Rímac, Lurín, Mala y Cañete. La disponibilidad de agua de estos ríos asciende a un volumen medio anual de 6,408 millones de m<sup>3</sup>. Además, existen aproximadamente 667 lagunas.

El ámbito del Gobierno Regional de Lima es muy vulnerable a los efectos del Fenómeno del Niño que se manifiestan por el aumento de la temperatura del mar y el receso de los vientos alisios, que originan fuertes lluvias, inundaciones y huaycos en las zonas altoandinas y maretazos en las áreas costeras. Las zonas generalmente afectadas por las lluvias están localizadas en las alturas de Matucana, Huarochirí, Oyón, Lunahuaná, etc. Esta vulnerabilidad coloca a la región en riesgo para el desarrollo de problemas sociales que pueden repercutir en la salud en general.



**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN  
LIMA RURAL - 2007**

**INFORME GENERAL**





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LIMA RURAL - 2007

## I. INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES

Desde el año 2002 el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM) ha venido realizando una serie de investigaciones epidemiológicas, habiendo completado 17 ciudades del país. En primer lugar se estudió Lima Metropolitana por ser la ciudad de más alto volumen y densidad demográfica y de mayor actividad económica, gran receptora de población migrante, y sujeta a factores protectores y de riesgo diferentes a los del resto del país.<sup>1</sup> Luego se continuó en la sierra considerando a las ciudades de Ayacucho, sometida por más de una década al terror desatado en los años 80 y de gran magnitud de población en pobreza extrema; Huaraz, cercana a Lima y de gran actividad minera con problemas crecientes de ciudades en proceso de modernización, y Cajamarca, ciudad también minera, considerada como una población bastante estable y tranquila y sujeta a menos influencia de los embates terroristas y gran receptora de migrantes.<sup>2</sup>

En la tercera ronda se investigaron las ciudades de Tarapoto y Pucallpa, en las cuales la economía relacionada con la coca y la situación social que de ello deriva configuran un ambiente diferente a las ciudades antes estudiadas, e Iquitos, que sirve de contraste a las otras ciudades de la Selva.<sup>3</sup> En seguida se consideró la población fronteriza que es un grupo de interés epidemiológico, sometido a una doble influencia cultural, la peruana por un lado y la del país vecino por otro, con diferentes grados de énfasis, a ambientes ecológicos compartidos y una economía que reposa mucho en el contrabando, los cuales pueden configurar factores de riesgo o protectores especiales para ciertos problemas de salud mental. Un argumento adicional para el estudio en fronteras ha sido que éste se inscribe dentro de la política de la Comunidad Andina de Naciones de estudiar los problemas de salud de las poblaciones fronterizas, la cual ha sido suscrita por el Perú.<sup>4</sup>

Por último, en el año 2006 se consideró conveniente evaluar a otro grupo de ciudades diferenciadas de las ya estudiadas (Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa), para ir armando el mapa de la salud mental en el Perú, considerando sus diferentes matices socioeconómicos geográficos y culturales. La ciudad de Piura tiene un nivel importante de pobreza y escasas fuentes de trabajo con problemas del desarrollo de su agricultura. La ciudad de Trujillo, la tercera ciudad en importancia en el país, económicamente estable con buen nivel cultural y un clima primaveral todo el año y que serviría de contraste a las ciudades estudiadas. La ciudad de Ica, cercana a la ciudad de Lima, con importante migración de la sierra, con un desarrollo creciente de su cultura y comercio. La ciudad de Arequipa, la segunda ciudad en importancia del país y una de las más progresistas; sin embargo, con los problemas propios de las ciudades modernas en desarrollo. Si bien la ciudad de Arequipa se encuentra situada en zona de sierra, comparte características culturales y comerciales con las otras ciudades de zonas costeras. Con este paso se habrá podido completar un primer diagnóstico de la salud mental del país referente a las zonas urbanas. Los grupos objetivo de estudio han sido: adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres unidas.

Los resultados encontrados han develado una serie de características y particularidades de la salud mental, como una elevada prevalencia de depresión, así como diferencias en la prevalencia de trastornos de ansiedad entre las diferentes ciudades, o sobre la prevalencia de problemas relacionados al uso de alcohol

o la de la violencia doméstica. Cabe recordar que los referentes estadísticos anteriores a esta saga, tanto por el mismo Instituto como por otras instituciones, no han estado enfocados en ciudades sino en segmentos poblacionales pequeños y con coberturas temáticas específicas.

El círculo vicioso entre la salud mental y los aspectos socioeconómicos convierte a la primera en agenda necesaria de países que buscan su desarrollo.<sup>5</sup> Desde el inicio de las investigaciones se ha puesto énfasis en un enfoque psicosocial en el estudio de los problemas de salud mental, particularmente en los aspectos socioeconómicos. Dos hallazgos de estos estudios son pertinentes a considerar en relación al estudio actual. Por un lado, se ha identificado que la prevalencia de un conjunto de problemas de salud mental está asociada con los niveles de pobreza y condiciones de vida de la población,<sup>1,3</sup> confirmando observaciones que sugieren que ambientes de esta naturaleza son propicios para incrementar los problemas de salud mental.<sup>6</sup> En este sentido, en la última década el Perú ha mostrado un incremento de la pobreza y de la desigualdad en la distribución del ingreso,<sup>7</sup> lo que se pone en evidencia en las diferencias en la tasas de incidencia de la pobreza entre las distintas regiones siendo más altas para la sierra y la selva en comparación con la costa o Lima Metropolitana.<sup>8</sup> Los estudios del INEI sobre pobreza indicaban que la pobreza según necesidades básicas insatisfechas (NBI) en la costa rural era de 56,6% en el 2002 a comparación de 24,6% en la zona urbana. Esta cifra es inclusive superior a la que se estimaba para las zonas urbanas de la sierra (27,7%) y la selva (42,0%) en ese mismo período.<sup>9</sup> Por otro lado, el hallazgo de diferencias significativas en las prevalencias o incidencias de problemas de salud mental entre las ciudades investigadas y en las posibilidades de acceso a los servicios de salud para enfrentarlos, hace más resaltante el diagnóstico de la salud mental en estas zonas menos favorecidas y por lo tanto más vulnerables.<sup>1,3,4</sup>

Asimismo, al estudiar otras áreas del país tendremos información suficiente para ir completando un perfil epidemiológico de la salud mental en el Perú. En esta ocasión se planeó ejecutar el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en el área rural de las provincias del departamento de Lima, de tal manera que se han contrastado los resultados con los obtenidos en las ciudades ya encuestadas.

El presente estudio ha replicado en el área rural de las provincias del departamento de Lima los estudios realizados en Lima Metropolitana, la Sierra Peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz), la Selva Peruana (Iquitos, Pucallpa y Tarapoto), las ciudades de fronteras (Tumbes, Bagua Grande, Puerto Maldonado, Puno y Tacna) y de la costa (Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa). Se han estudiado los principales aspectos de la salud mental, como son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, la violencia familiar y su vinculación con la salud mental, la salud mental del adulto mayor, así como problemas del adolescente y del adulto evidenciados por el hallazgo de indicadores suicidas en investigaciones pasadas. Además de los temas propuestos se consideró estudiar otros aspectos vinculados a la salud mental, como: la calidad de vida, funcionamiento y discapacidad, eventos de vida y su relación con los problemas psiquiátricos, aspectos económicos, acceso a servicios, salud mental en general, discriminación, desarrollo humano, síndromes culturales, preguntas relacionadas con problemas con el sueño y una exploración ideográfica con respecto a padecer problemas de salud mental. En esta oportunidad se incluyeron nuevas exploraciones relacionadas con aspectos de salud mental positiva.

## 1. JUSTIFICACIÓN

Surge entonces la necesidad de estudiar las condiciones de la salud mental en el área rural y para ello se ha propuesto hacerlo de manera gradual, empezando por centros poblados de las áreas geográficas circundantes de la ciudad de Lima Metropolitana (área rural de las provincias del departamento de Lima). Este enfoque permitirá, por un lado, terminar de armar el mapa de la salud mental en el Perú en todos sus matices socioculturales y efectuar contrastes de resultados con la situación de las grandes ciudades cercanas ya estudiadas. A su vez, la encuesta permitirá afinar los instrumentos y la metodología de trabajo en el área rural para continuar luego en las otras regiones; asimismo, consolidar la capacidad de investigación que se ha empezado a gestar en el INSM, lo que permitirá al país ser líder en estudios de salud mental en la región latinoamericana.

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

Entre las preguntas que respondería el estudio se encuentran: ¿Cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental general en la población rural de las provincias del departamento de Lima? ¿Cuál es la magnitud de la violencia de la mujer unida y la repercusión en su salud mental en la población rural de las provincias del departamento de Lima? ¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo y protección de la conducta adictiva en esta zona? ¿Cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental del adulto mayor en esta población rural? ¿Cuál es la magnitud de los indicadores suicidas en la población rural de las provincias del departamento de Lima? ¿Cuál es la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos? ¿Cuál es la proporción exacta de personas que no logran ningún tipo de atención para problemas de salud mental? ¿Qué factores de inequidad (nivel socioeconómico, género, nivel educativo, arraigo cultural) intervienen entre las personas que acceden y las que no? ¿Cuál es la magnitud de los problemas de salud mental en la población pobre en comparación con la población no pobre del área rural de las provincias del departamento de Lima? ¿Cuál es el nivel de discriminación percibida por estas poblaciones? ¿Cuál son las caracterizaciones de los síndromes culturales y cuál es su relación con los síndromes clínicos psiquiátricos? ¿Qué relación tienen los eventos de vida adversos con el desarrollo de desórdenes mentales?

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

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

## 2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL

Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados en Lima en el 2002,<sup>1</sup> en la sierra en el 2003,<sup>2</sup> en la selva en el 2004<sup>3</sup> y en fronteras en el 2005<sup>4</sup> revelaron importante información que ha puesto en evidencia tendencias observadas en estudios previos en el área de salud mental.<sup>10,11</sup> Han resaltado como problema de salud mental más importantes la alta prevalencia de los trastornos afectivos, así como indicadores suicidas, problemas con el uso de alcohol y violencia hacia la mujer. Sin embargo, ha sido notoria una menor prevalencia de trastornos de ansiedad en las ciudades del interior del país frente a los hallazgos limeños. Con respecto a la intervención de aspectos socioeconómicos en los trastornos mentales, si bien la asociación hallada en Lima, la selva y fronteras ha sido contundente, no ha sucedido lo mismo con lo encontrado en el estudio en la sierra. Esto pondría de manifiesto la intervención de los aspectos socioculturales en la interacción de la pobreza y la salud mental.

## 2.1. ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL

Dentro del concepto de salud mental consideramos aspectos, tanto relacionados a los trastornos psiquiátricos específicos como a 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 catalogados como categorías diagnósticas en las clasificaciones psiquiátricas vigentes.<sup>10</sup> Estudios internacionales han confirmado que sólo alrededor de la mitad de aquellos que buscan atención por problemas de salud mental tienen problemas psiquiátricos,<sup>12</sup> y algunos autores<sup>13</sup> han señalado que no forzosamente existe correspondencia entre la ausencia de patología y una buena salud mental. Asimismo, Corin señala que el lugar de partida del estudio de los problemas de salud mental ya no se sitúa en el individuo solamente, sino en la interacción constante entre la persona y su entorno, habiéndose identificado determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental.<sup>14,15,16</sup> La epidemiología social apoya especialmente la comprensión de la influencia de procesos sociales como la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el ingreso económico, la clase y la exclusión social (étnica, racial, de género, generacional, por discapacidad, por clase social o por sexualidad), el desarrollo del niño, los estilos de vida, las redes sociales y los entornos físicos entre otros, en la salud de las personas y las poblaciones.<sup>17,18,19</sup> De esta manera, se ha propiciado el desarrollo de la promoción de la salud, la cual lleva a la definición de metas sobre salud en términos de condiciones de vida, oportunidad de las personas de disfrutar de más años con calidad de vida, la percepción y conciencia de los problemas al igual que de la posibilidad de la participación colectiva en la solución de los mismos.

Desde esta perspectiva, los estudios epidemiológicos realizados por el INSM en Lima, la sierra, la selva y fronteras han mostrado que el principal problema del país percibido por la población, tanto hombres como mujeres, era el desempleo (en alrededor del 50% de la población), seguida en menor proporción por la pobreza. Asimismo, es considerada la corrupción, la violencia y la inestabilidad política, pero en cantidades menores. Es generalizada en las ciudades estudiadas la gran desconfianza hacia las autoridades políticas (alrededor del 90%) y las autoridades policiales (alrededor de 60% en Lima y la Selva, 67,8% en fronteras), esto último particularmente en la sierra (71,4%). El sentimiento de desprotección del Estado es alto, siendo 76,0% para Lima, 79,9% para la sierra, 72,4% para la Selva y 77,5% en fronteras.<sup>1,2,3,4</sup>

Es llamativo el nivel de desconfianza en los vecinos en fronteras (50,2%), la sierra (60,9%) y la selva (63,1%), lo que revela de alguna forma una situación crítica si consideramos la confianza como eje del desarrollo de las comunidades andinas y selváticas. En el caso de Ayacucho el nivel de desconfianza frente a los vecinos pudo haber sido influenciado por la situación política y la polarización entre los grupos en conflicto. Con respecto a los estados anímicos negativos prevalentes Lima reveló un porcentaje más elevado en comparación con las otras ciudades, siendo llamativos los estados de tensión.

Estos estudios han encontrado que las situaciones que generaban los niveles más altos de estrés en el ambiente familiar, tanto en hombres como en mujeres, estaban relacionadas principalmente con el aspecto económico para Lima, y la salud en la sierra, la selva y fronteras. El estrés ambiental se encontró alto en todas las ciudades particularmente en la selva: 45,7% para Lima, 43,3% en la sierra, 54,8% en la selva y 47,2% en fronteras (aunque se eleva a 60,8% si consideramos el polvo). Estos resultados han sido más elevados que los encontrados en los estudios en adolescentes realizados por Perales y colaboradores en 1996.<sup>11</sup> Asimismo, era importante la proporción de personas insatisfechas con sus estudios (29,5% para Lima, 33,4% para la sierra, 34,5% para la selva y 28,3% para fronteras) y con sus relaciones sociales (alrededor del 15%). Con relación a la satisfacción laboral, la satisfacción con la remuneración fue baja en una gran proporción de las poblaciones estudiadas (46,3% en Lima, 43,5% en la sierra, 35,4% en la selva y 35,7% para fronteras). La insatisfacción en el reconocimiento o trato que recibe de sus jefes en su centro laboral llegó a 23,2% en Lima, 16,7% en la sierra, 13,0% en la selva y 15,7% en fronteras. Respecto a los factores protectores de la salud mental en las poblaciones estudiadas de Lima, la sierra, la selva y fronteras la familia ha sido la principal fuente de soporte psicosocial (alrededor del 70,0%). También se observó que para la población, la religión constituyó un recurso importante para enfrentar los problemas cotidianos.



Los estudios en la sierra y la selva mostraron que la percepción de discriminación, “alguna vez en su vida” la más importante fue sobre el aspecto socioeconómico y el nivel educativo: alrededor de 11% y cerca del 10% respectivamente. En fronteras la presencia alguna vez en la vida de discriminación sobre la condición económica o social fue del 16,1%, mientras que el nivel educativo alcanzó el 11,9%. Por otro lado, en el último mes, entre el 10% y el 30% de las poblaciones había percibido significativamente sentimientos anímicos negativos.

La violencia política que afectó al Perú en el periodo 1980–2000 dejó un saldo doloroso de víctimas fatales, particularmente en los sectores menos favorecidos.\* Un estudio de salud mental realizado en poblaciones altoandinas de Huanta en Ayacucho, evaluando el impacto de la violencia política en la población, encontró una prevalencia general de trastornos mentales del 73% mientras que el 24,8% de la población mayor de 14 años había sufrido de estrés post-traumático.<sup>20</sup> Los estresores relacionados con estos resultados no sólo se derivan de la exposición diferencial a la violencia política, sino de la estructura de la sociedad, como la desigualdad social y la exclusión, la extrema pobreza, y la discriminación racial y étnica. Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados en la sierra en el 2003 y en la selva en el 2004 encontraron que las poblaciones con porcentajes más altos de haber perdido algún familiar en situaciones directamente relacionadas con la violencia política, ya sea por fallecimiento o por desaparición, fueron las ciudades de Ayacucho con el 52,8%, Pucallpa con el 20,6% y Tarapoto con el 18,0%. En el caso de Huaraz, Iquitos y Cajamarca, esta cifra de pérdidas personales se encontró en 12,2%, 8,8% y 7,1% respectivamente. En las ciudades de fronteras se encontró 7,9% para la ciudad de Bagua Grande, 8,3% para Puerto Maldonado, 5,3% para Puno, 4,3% para Tacna y 4,4% para Tumbes. Estas experiencias se han asociado con un incremento en la morbilidad psiquiátrica en estas personas.<sup>2,3,4</sup>

## 2.2. VIOLENCIA FAMILIAR

A pesar de la alta prevalencia de violencia familiar en nuestro país, aún carecemos de una adecuada infraestructura, particularmente en medios rurales, donde los costos y procedimientos tanto médicos como judiciales, aunados a las creencias y mitos sociales, impiden que las mujeres víctimas de violencia reciban ayuda adecuada.<sup>21</sup> Un estudio de violencia contra la mujer en el ámbito de Lima Metropolitana realizado en 1999 dio cuenta que la tasa de violencia en general era del 20% en la pareja; siendo el agresor, en más del 80% de los casos, el conviviente o esposo y, la casa, escenario de la conducta violenta.<sup>22</sup>

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2000)<sup>23</sup> encontró que el 34% de las mujeres vive o ha vivido situaciones de control, el 48% vive o ha vivido situaciones humillantes, el 25% vive o ha vivido situaciones de amenaza, el 41% de mujeres ha sido empujado, golpeado o agredido 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.

Una investigación en el año 2002 reportó que una mayoría de varones adultos, en Lima Metropolitana (51%) y en el departamento de Cusco (69%), ejercía violencia contra sus parejas.<sup>24</sup> La Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia familiar en 8 ciudades del país, encontró en el año 2000 que 84,7% de las víctimas fueron mujeres, frente al 15,2% 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

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

estaba ecuánime al momento de la agresión, 35,6% había ingerido alcohol y el 4,6% alcohol y otras drogas. Esto confirma los reportes de estudios que han asociado el abuso de sustancias con la conducta violenta.<sup>25,26</sup> El alcohol y las otras drogas pueden estar asociados con la violencia debido a factores farmacológicos, psicológicos y sociológicos que pueden modificar la expresión de conducta intoxicada o agresiva. Las implicancias de esto en la sierra y la selva son notables debido al alto consumo de alcohol en dichas regiones.

Con respecto a la violencia en la mujer, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del año 2002 incluyó como indicadores: intentos o actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, verbales o situaciones de abandono, el haber sido objeto de estos alguna vez en su vida y en el último año. En general las mujeres casadas o convivientes sufren considerablemente más problemas de salud mental que los hombres, convirtiéndose de por sí en un grupo vulnerable, más aún la mujer maltratada. El 65,8% de las entrevistadas refirieron haber sido objeto de algún tipo de abuso en su vida, es decir, dos de cada tres mujeres; siendo el más frecuente la violencia psicológica. Este estudio encontró que el maltrato en la mujer está generado por celos, actitudes machistas, pareja controladora y arranques de violencia. La prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual fue de 47,0%. Sin embargo, una de cada cinco mujeres actualmente unidas es maltratada sistemáticamente, es decir, sufre diversas agresiones con una frecuencia de por lo menos una a dos veces por mes. En general, la mujer maltratada tiene alrededor de dos veces el riesgo de padecer de algún trastorno psiquiátrico, incluyendo conductas suicidas en comparación con la que no son maltratadas. Mientras que el 15,4% de las mujeres unidas sufre de algún episodio depresivo en los últimos 6 meses, esta cifra se eleva a 27,4% en el caso de las mujeres sistemáticamente maltratadas (una o 2 veces al mes).

Un hallazgo importante es que en muchos casos estas características de maltrato o violencia se habían iniciado desde el periodo de enamoramientos con sus parejas, siendo las más prevalentes los celos de la pareja (50%), arranques de violencia (11,3%) y de cualquier tipo de maltrato el 69%. En la población de mujeres maltratadas en forma sistemática y la presencia de algún tipo de maltrato durante el periodo de enamoramiento asciende en estas mujeres a un 85,3%.<sup>1</sup> Lo mismo se ha podido constatar en los estudios epidemiológicos posteriores realizados por el INSM.<sup>2,3,4</sup>

La prevalencia de vida de maltratos a la mujer por la pareja actual reportados en Lima, Cajamarca y Huaraz se encuentra entre 40,0 y 47,0%. Sin embargo, en Ayacucho, Iquitos, Pucallpa y Tarapoto las cifras son considerablemente mayores, encontrándose una prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual que va desde el 59,1% al 63,8%. Cifras similares a estas últimas se encontraron en la ciudades de Bagua Grande (54,5%), Puerto Maldonado (60,4%), Puno (65,3%), Tacna (58,8%) y Tumbes (54,3%). A pesar de esto las prevalencias de violencia sistemática son mayores en Lima (21,2%) en comparación con la sierra y la selva, siendo una causa hipotética el nivel de estrés que se vive en la gran metrópoli. Resaltan las prevalencias de abuso sistemático en Puerto Maldonado (14,2%) y Tumbes (13,6%).<sup>2,3,4</sup>

No existen estudios de violencia intrafamiliar en las zonas rurales de las provincias del departamento de Lima.

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

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

Luego, en 1983, en el distrito de Independencia (Lima), Minobe y colaboradores, sobre un total de 814 individuos, utilizando el DIS/DSM-III,<sup>28</sup> encontraron una prevalencia de vida y a seis meses de algún desorden psiquiátrico en un 32,1% y 22,9% respectivamente.<sup>32,33</sup> Después de los problemas con el uso de

alcohol, le seguían en frecuencia los trastornos afectivos (depresión mayor y menor) con una prevalencia de vida de 13,2% y una prevalencia a seis meses de 8,6% (2,2% varones y 6,4% mujeres) y los trastornos de ansiedad con una prevalencia de vida de 11,1% y una prevalencia a seis meses de 8,1%. Además, este estudio encontró prevalencias para el trastorno de personalidad antisocial del 3,1%, para deterioro cognitivo severo del 1,5%, y para esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme del 0,6%. Después de este estudio no se realizaron investigaciones de esta naturaleza sino hasta el año 2002.

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

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

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

El presente estudio evaluará la prevalencia de vida, a doce meses, a seis meses y actual de los principales trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).<sup>36</sup>

## 2.4. ADICCIONES

Las adicciones generan graves problemas sociales, afectan a una gran población y son altamente costosos. Los costos humanos y económicos relacionados con la morbilidad y mortalidad ocasionadas por las drogas neutralizan cualquier ganancia monetaria que los gobiernos puedan obtener mediante impuestos y otras medidas económicas en ese campo.<sup>30</sup> El Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, señaló que el 8,9% de la carga total de morbilidad se debe al consumo de sustancias psicoactivas.<sup>31</sup> Las adicciones, sin embargo, incluyen no sólo el consumo de sustancias psicoactivas, sino todo acto consciente que involucra cambios en la conciencia, humor, pensamiento y conducta para continuar realizando un acto que produce efectos nocivos en la salud física y mental del sujeto y su entorno.

El problema de las adicciones se viene arrastrando desde hace décadas. El estudio de Independencia realizado hace 20 años encontró que el problema más importante era el relacionado al abuso y dependencia al alcohol, especialmente en el género masculino, con una prevalencia de vida en la población del 18,6%

y una prevalencia a seis meses del 6,9%.<sup>32,33</sup> Tal situación ha sido confirmada ampliamente en los estudios nacionales realizados desde 1988 hasta 1998; siendo los últimos generados por el mismo gobierno peruano. En el estudio de 1998, la cifra de dependientes a 30 días oscilaba en alrededor del millón de peruanos.

En el 2002, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, reveló que la prevalencia de vida del consumo de sustancias no alcohólicas legales se encontraba en 71,6%, mientras que con las sustancias no alcohólicas ilegales se encontraba en un 7,8%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez 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%. El consumo actual (en la última semana) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se halló en un 22,0% y 0,2% respectivamente. La prevalencia anual de uso perjudicial o dependencia a alcohol se encontró en 5,3%.<sup>1</sup> Según la II Encuesta Nacional Sobre la Prevención y Consumo de Drogas 2002 por DEVIDA, la prevalencia de vida de alcohol y tabaco era de 94,2% y 68% respectivamente, por lo que se concluía que más de once millones de peruanos habían probado alcohol y más de ocho habían consumido tabaco.<sup>34</sup> Los estudios epidemiológicos de la sierra (2003), la selva (2004) y fronteras (2005) realizados por el INSM con respecto a los trastornos por el uso de alcohol encontraron cifras muy preocupantes. La prevalencia anual de abuso o dependencia a alcohol hallada fue de 10,5% para las ciudades de la sierra, 8,8% para la selva y 9,0% para fronteras.<sup>2,3,4</sup> En la población de Ayacucho dicha prevalencia fue del 15,0% en general y 27,8% en el caso de los varones.<sup>35</sup> En el caso de Tumbes y Puerto Maldonado la prevalencia a 12 meses fue de 14,3% y 14,1% respectivamente.

El presente estudio evaluará la prevalencia de vida del consumo y prevalencia en el último año de consumo perjudicial, así como la dependencia a sustancias según los criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), a través del MINI.<sup>36</sup>

## 2.5. EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento de las poblaciones tendrá un impacto notable en las primeras décadas de este milenio. En el Perú, en el año 2007, los adultos mayores constituían el 9,1% de la población total (2 486 866). Si bien, en los últimos 35 años, la población en su conjunto ha crecido con una tasa promedio anual de 2,0%, durante ese mismo período, los adultos mayores, han presentado una mayor velocidad de crecimiento (3,3% anual).<sup>37</sup>

El envejecimiento es un proceso progresivo, irreversible e innato al ser humano. Por ello es necesario evaluar al adulto mayor desde una perspectiva integral, ya que en esta etapa confluyen factores biológicos, psíquicos y sociales que determinarán no sólo el alargamiento de la vida sino también la calidad de ella.<sup>38,39</sup> Asimismo, es necesario resaltar que en esta edad es frecuente la patología múltiple y la presencia de enfermedades crónicas, degenerativas. Con relación a salud mental cabe destacar el predominio de alteraciones 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, para proporcionar a las autoridades, información útil en la planificación de servicios que permitan mejores condiciones de vida.

En el área de salud mental, las investigaciones van desde los aspectos sociales hasta los propiamente psiquiátricos. Así tenemos, por ejemplo, que la literatura foránea informa que la violencia es un problema frecuente en la adultez mayor. Diversos estudios señalan una prevalencia de 32/1 000 y describen que ésta ocurre física, verbalmente y por negligencia. Estos datos pueden ser comparados en nuestro medio con los resultados de los estudios realizados en Lima, en la Sierra, en la Selva y en fronteras. En Lima Metropolitana y Callao, se encontró una alta prevalencia anual de maltrato hacia el adulto mayor, de 24,5%. En Ayacucho, Cajamarca y Huaraz fue de 9,2%. En Iquitos, Tarapoto y Pucallpa fue de 8,8%. En Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes (fronteras) fue de 11,5%. En todas las ciudades mencionadas se encontró que los maltratos más frecuentes eran las agresiones verbales, insultos u ofensas; su prevalencia anual, más alta en Lima, fue del 20,9%; en las ciudades de la Sierra, 6%. En las de la Selva, las agresiones verbales, insultos u

ofensas fueron del 6,1%. En las ciudades de frontera, estas llegaron al 9,1%. Les siguieron las agresiones físicas, golpes, puñetes, o empujones con un 9,6%, en Lima; mientras que en las ciudades de la Sierra, la situación de abandono ocupó el segundo lugar, con una prevalencia anual de 2,5%. En las ciudades de la Selva, el segundo lugar también fue para la situación de abandono, con un 2,9%. En las ciudades de frontera el segundo lugar fue para chantajes, manipulaciones o humillación, con el 4,7%.<sup>40,41,42,43.</sup>

Con respecto a la patología mental, se señala que en esta etapa de la vida los trastornos mentales más frecuentes son la depresión y la demencia. Trabajos realizados en el ámbito comunitario señalan que la prevalencia de síntomas depresivos significativos en el adulto mayor fluctúa entre el 4% y 25%. Los estudios comunitarios reportan prevalencias para depresión que oscilan entre el 1% al 3%. El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental en Lima y Callao arrojó una prevalencia actual de episodio depresivo moderado a severo de 9,8%, con predominio del sexo femenino y en las personas por encima de los 75 años. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra 2003 encontró una prevalencia actual del episodio depresivo moderado a severo de 3,9%. En las tres ciudades de la Selva fue del 2,4% y, en las ciudades de frontera del 6,1%.<sup>40, 41, 42, 43.</sup>

Con respecto al deterioro cognoscitivo, se sabe que a mayor edad hay mayor riesgo de desarrollarlo. Hasta antes del Estudio Metropolitano sólo teníamos las referencias internacionales y algunos estudios limitados en su proyección en el ámbito nacional. Dicho Estudio encontró que el 21,5% de adultos mayores presentaba deterioro cognoscitivo, existiendo importantes diferencias en relación al sexo, nivel educativo y presencia de depresión. En las tres ciudades de la Sierra se encontró que el 39,5% de los adultos mayores con menos de ocho años de estudios tenía deterioro cognoscitivo, medido con el Mini Mental de Folstein, y sólo el 7,7% de los que tenían ocho años de estudios o más presentó deterioro cognoscitivo. En las tres ciudades de la Selva, el deterioro cognoscitivo de los que tenían menos de ocho años de instrucción fue de 48,7%. En los que tenían ocho años o más de estudios fue del 16,1%. En las cinco ciudades de frontera, el 40,5% de los que tenían menos de ocho años de instrucción tuvo deterioro cognoscitivo, mientras que sólo el 14,5% de los que tenían ocho años o más de instrucción lo presentó. Con respecto a discapacidad o inhabilidad, el 37% de los adultos mayores de Lima Metropolitana presentó al menos alguna discapacidad o inhabilidad, con predominio del género femenino (39,3%). En las ciudades de la Sierra, el 44,9% de sus adultos mayores la tuvo, con predominio del género masculino (47,4%). En la Selva, el 28,5% tuvo alguna discapacidad o inhabilidad, con predominio del género femenino (29,2%). En las ciudades de frontera, el 18,7% tuvo al menos alguna discapacidad o inhabilidad, con predominio del sexo femenino (19,7%).<sup>40, 41, 42, 43.</sup>

En cuanto a indicadores suicidas, aunque el 27,8% de los adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao alguna vez en su vida tuvo pensamientos suicidas, el 0,3% de ellos intentó suicidarse en el último año y 0% lo intentó en el último mes. En Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, si bien el 7,3% de ellos alguna vez en su vida tuvo pensamientos suicidas, ninguno lo intentó en el último año ni en el último mes. En Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, si bien el 6,1% alguna vez en su vida tuvo pensamientos suicidas, ninguno hizo el intento en el último mes ni en el último año. En Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes, si bien el 10,8% alguna vez en su vida tuvo pensamientos suicidas, el 0,6% lo intentó en el último año y el 0,5% lo intentó en el último mes.<sup>40, 41, 42, 43.</sup>

En nuestro medio no se han realizado estudios epidemiológicos de salud mental, en el adulto mayor, en zonas rurales. Por lo tanto, uno de los objetivos de este Estudio es conocer cómo están estas cifras en las zonas rurales de Lima (Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos). Al igual que con las otras unidades de análisis, este grupo será estudiado desde la perspectiva de la salud mental en general, acceso a servicios, la presencia de episodio depresivo moderado a severo, ansiedad generalizada, problemas cognoscitivos y de discapacidad, indicadores suicidas y maltrato.

## 2.6. INDICADORES SUICIDAS

La OMS en el “Informe sobre Salud en el Mundo 2001” puso un especial énfasis en la necesidad de implementar políticas dirigidas a la prevención del suicidio en los países miembros.<sup>44</sup> Los estudios realizados por Perales y colaboradores en 1995 y 1996 en el Rimac<sup>10</sup> y Magdalena<sup>11</sup> mostraban cifras preocupantes, las cuales fueron confirmadas por el Estudio Epidemiológico Metropolitano realizado en Lima y Callao sobre indicadores suicidas. Asimismo, este estudio mostró que existiría una tendencia generacional a un incremento en los indicadores suicidas: 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 encuentra más alta en los adolescentes (15,3%) en comparación con los adultos (8,5%) y los adultos mayores (12,2%). Los adolescentes que han presentado deseos de morir en el último año acusan como motivo principal los problemas con los padres, mientras que los adultos los relacionan principalmente a problemas con la pareja.

Estos hallazgos son coherentes con las prevalencias puntuales del episodio depresivo moderado a severo que en el adolescente asciende a 8,6%, mientras que en el adulto se sitúa en el 6,6%. En el caso de la sierra, la selva y fronteras las cifras de vida de deseos de morir alguna vez en la vida es de 34,2%, 32,5% y 33,7% respectivamente; en el caso del adulto mayor es 24,3%, 33,3% y 33,0% respectivamente; mientras que para el adolescente se halló en 29,6%, 25,4% y 25,6% respectivamente. Los intentos suicidas han sido mayores en Lima (5,2%) en comparación con la sierra (2,9%), la selva (3,6%) y fronteras (3,2%).

No ha habido estudios sobre indicadores suicidas en el ámbito geográfico rural. Así como en los últimos estudios, se incluyó como indicador suicida, no sólo los deseos de morir y el intento suicida, sino también la presencia de pensamientos activamente suicidas, con la intención de profundizar aún más en la conducta suicida.

## 2.7. CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL

El conocimiento de la calidad de vida y su evaluación a nivel individual y de grupos ha devenido en factor importante para identificar las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, comprender las causas y consecuencias de las diferencias observadas, evaluar el impacto de las condiciones sociales y ambientales, evaluar la eficiencia y eficacia de intervenciones y servicios, y mejorar las decisiones políticas. Se han utilizado diferentes indicadores para evaluar la calidad de vida, entre ellos la calidad de vida relacionada con la salud que se refiere a la percepción de los efectos de las enfermedades y tratamientos y a la percepción de los aspectos positivos de la salud en el sentido de bienestar.<sup>45</sup> Utilizando el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores,<sup>46</sup> que evalúa diez áreas para determinar la calidad de vida, empleando una escala de 10 puntos, la media para el grupo adulto fue de 7,63 para el estudio de Lima Metropolitana, 7,80 para el estudio de la Sierra, 7,6 para el estudio de la Selva y 7,3 para el estudio de Fronteras. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana se encuentra una valoración consistentemente más alta en el funcionamiento ocupacional y más baja en el apoyo comunitario. Asimismo, se encuentra una relación directa y significativa entre la valoración de la calidad de vida y el nivel educativo. Las relaciones también son significativas al considerar el sexo, el estado civil, la edad y el nivel de pobreza.

## 2.8. TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD

Los desórdenes psiquiátricos constituyen 5 de las 10 principales causas de discapacidad y 47,2% de todos los años de vida asociados a discapacidad (AVAD) en países desarrollados.<sup>47</sup> Se estima que los porcentajes de pérdida de AVAD por problemas de salud mental ascienden al 8,1% con relación al total de las enfermedades.<sup>48</sup>

Según la OMS, la discapacidad psiquiátrica ocurre por encima de los dos quintos de toda la discapacidad en el mundo, afecta especialmente a la población joven, mostrando asimismo, el más bajo porcentaje para la recuperación de la total capacidad social y del trabajo.<sup>49</sup> Según esta misma información, la población discapacitada en el Perú ascendería alrededor de 1'500 000 a 2'000 000 de personas, de las cuales aproximadamente 500 000 a 600 000 serían niños y adolescentes. Esta población suele ser discriminada y excluida de determinadas esferas sociales, generando dificultades en el desarrollo personal y en la integración social.

En el campo de la salud mental, observamos la tendencia de los trastornos mentales hacia la cronicidad y, producir secuelas en las personas que los padecen, a pesar de los avances en el tratamiento. Así, por razones diversas, el avance en la rehabilitación de estos trastornos no se ha desarrollado paralelamente al tratamiento biológico. En el campo de la salud mental, observamos la tendencia de los trastornos mentales hacia la cronicidad y a la producción de secuelas en las personas que los padecen, a pesar de los avances en el tratamiento. Así, por razones diversas, no se le ha dado importancia al avance de la rehabilitación de estos trastornos de la misma manera que al tratamiento biológico.<sup>50</sup>

En Lima, la presencia de algún grado de discapacidad o inhabilidad se encontró en un 26,5%, mientras que en la sierra fue de 21,2%. En la selva y fronteras la presencia de algún grado de discapacidad o inhabilidad fue de 8,5% y 11,1% respectivamente. No se han desarrollado estudios de esta naturaleza en las poblaciones objetivo.

## 2.9. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Los estudios internacionales sobre acceso a los servicios de salud mental sostienen que éste se ve afectado principalmente en personas de menor recurso económico, cultural y lingüísticamente diferenciado y con niveles educativos bajos.<sup>51</sup> En el Perú la variedad sociocultural y su interrelación con el nivel educativo son especialmente importantes en problemas de salud, porque los mitos y prejuicios están muy extendidos y la medicina folklórica podría jugar un importante papel. El estudio sobre Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú realizado a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 (INEI) encontró que las poblaciones con menores ingresos, rurales, con necesidades básicas insatisfechas eran las que accedían menos; sin embargo, esta encuesta estuvo dirigida sólo a problemas físicos y no había considerado ninguna pregunta acerca de la salud mental.<sup>52</sup> La Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENNIV-2000) encontró que la atención en salud (general) es similar entre hombres y mujeres, mayor en la zona urbana que en la rural, tendiendo a aumentar con el nivel de ingresos.<sup>53</sup> Como veremos en el caso de la salud mental, intervendrían otras variables socioculturales.

Un estudio sobre acceso a servicios de salud mental en Lima y el Callao confirmó la importancia de los aspectos culturales para el acceso a los servicios de salud mental, siendo aún más importantes que los aspectos económicos.<sup>54</sup> En Lima, del total de la población que reconoce haber padecido problemas de salud mental, el 23,6% accedió a los servicios de salud. Los aspectos que se encontraron relacionados a acceso fueron: la edad, el estado civil, la comunicación familiar, compromiso religioso, la pertenencia a un sistema de seguro. Los motivos que adujeron los informantes para no buscar atención fueron en orden de frecuencia: "lo debía superar solo" 59,4%, "no tenía dinero" 43,4%, "falta de confianza" 36,9%, "duda del manejo del problema por los médicos" 30,8% entre otras; se remarca la influencia de los factores culturales y en cierta medida económicos. El factor pobreza no se encontró asociado estadísticamente al acceso lo que hace suponer que priman los aspectos culturales en todo nivel socioeconómico.

En el caso de la sierra y la selva, el nivel de acceso a servicios por problemas de salud mental es significativamente menor al encontrado en Lima. Del total de la población que reconoce haber padecido un problema de salud mental, sólo el 13,9% de la sierra y 14,3% de la selva 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%). En Fronteras, el 12,8% de aquellos que reconocieron haber padecido un problema de salud mental en el último año accedió a servicios de salud; aquellos que no recibieron atención asumieron que "deberían superarlo solos" en un 52,9% de los casos.

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

## 2.10. POBREZA Y SALUD MENTAL

La Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de vida y pobreza (ENAHO) realizada el IV trimestre del 2001 encontró que, a nivel nacional, la pobreza total se encontraba en 54,8% y la pobreza extrema en 24,4%.<sup>55</sup> Como se mencionó antes, los niveles de pobreza en el ámbito rural son mucho más elevados que en las zonas urbanas. Lo que significa que la pobreza que encontraríamos en estas zonas es mayor que las encontradas en anteriores estudios. Esto daría una oportunidad para un estudio diferenciado por departamentos y ámbitos geográficos en la búsqueda de factores que discriminen mejor qué factores puedan estar interviniendo en la referida asociación.

La OMS, en su informe anual de salud del año 2001, enfatizó la relación entre la pobreza y la salud mental, en especial con el episodio depresivo. La relación entre la pobreza y la salud mental crea un círculo vicioso: por un lado, la pobreza y sus condiciones afectan la salud psicológica o mental de las personas, y estos a su vez influyen en la economía de las familias –costos y producción.<sup>44</sup> En América Latina, un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales, realizado en Santiago de Chile, confirmó una mayor prevalencia de trastornos entre las personas de un nivel social bajo.<sup>56</sup> Un re-análisis de estudios comunitarios de varias ciudades americanas demostró que el estado socioeconómico bajo duplicaba los riesgos para la depresión en niños. Esta investigación también halló una gran variabilidad en la asociación de pobreza y la presencia de disturbios emocionales severos en los distintos lugares estudiados,<sup>57</sup> lo que confirma la necesidad de realizar estudios por regiones.

En nuestro medio, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en la ciudad de Lima y Callao en el año 2002 encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza y los trastornos ansiosos y depresivos, tanto en la percepción de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares como con la medición a través de necesidades básicas insatisfechas (NBIs). De esta manera, la prevalencia a 6 meses de trastornos depresivos (episodio depresivo o distimia) se encontraba en 6,6% entre las personas que manifestaron que podían satisfacer sus necesidades básicas y otras necesidades con sus ingresos familiares, mientras que dicha prevalencia se encontraba en 19,5% entre las personas que no podían satisfacer sus necesidades básicas nutricionales (pobres extremos).<sup>1</sup> En el caso de la sierra, esta asociación no ha sido tan clara, por lo menos para la percepción de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares.<sup>2</sup> Una explicación posible es que en la interacción entre la pobreza y la salud mental participen otras variables particulares a la experiencia de la pobreza en cada región, como un mayor estrés en la población de Lima. Asimismo, no se descarta problemas de adecuación de los indicadores a distintas regiones. En el caso de la selva la relación entre la pobreza y la salud mental se presentó en forma similar a la de Lima, la prevalencia anual de cualquier trastorno psiquiátrico se encontraba en 41,8% entre los más pobres frente a 15,8% entre los menos pobres.<sup>3</sup> En el caso de fronteras la prevalencia actual de cualquier trastorno psiquiátrico se encontró en el 30,2% de aquellas personas que no podían cubrir sus necesidades básicas de alimentación con sus ingresos familiares (pobres extremos) frente a una prevalencia de 15,7% entre aquellas que podían satisfacer sus necesidades básicas y otras necesidades.<sup>4</sup>

En países pobres como el nuestro, se hace imprescindible continuar la exploración en escenarios distintos con la finalidad de identificar las variables que inciden, ya sea en la salud mental o la pobreza, de tal forma que puedan estructurarse medidas correctivas más apropiadas a los distintos contextos, y por lo tanto deriven en una intervención o prevención más eficaz. El propósito del estudio en esta área ha sido 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 rural de las provincias del departamento de Lima.



## 2.11. EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

En esta área de investigación, se indaga sobre los estilos de crianza y las experiencias adversas tempranas, cuyos resultados nos ofrecerán datos relacionados con los estilos parentales, como sobreprotección, indiferencia, trato afectuoso, etc., y con eventos adversos como abandono, fallecimiento de los padres, abuso y violencia social experimentados durante la infancia y adolescencia. La distribución de frecuencias obtenidas, útiles por sí mismas, se relacionaron con resultados en otras áreas como violencia, depresión, ansiedad, etc., en la adultez. Diversos estudios demostrarían, por ejemplo, la hipótesis de que la separación de los padres, las amenazas de éstos a sus niños con abandonarlos, el excesivo control y el descuido en la atención a los mismos, entre otras situaciones, provocarían disturbios emocionales en la adultez.<sup>58,59</sup>

Respecto a la relación de los niños con sus padres y sus consecuencias en la adultez, Bowlby (1969, 1973, 1980), referido por Henderson,<sup>60</sup> realiza estudios que le permiten elaborar la clásica Teoría del Vínculo. Kaplan, Sadock y Grebb (1994) suponen que experiencias infantiles adversas -como abuso sexual y físico, la pobre relación entre padres e hijos, la discordia y divorcio entre los padres- son factores de riesgo para sufrir trastorno depresivo en la adultez, pero el factor de riesgo más importante es la pérdida de uno o de ambos padres antes de los once años de edad.<sup>61</sup> Otras hipótesis relacionadas al proceso de la pérdida parental en la niñez y depresión plantean que la pérdida temprana del objeto agrava la depresión que se desarrolla además de privar al hijo de modelos para hacer frente a dificultades en la edad adulta.<sup>62</sup> Colleen L. Johnson, Barbara M. Barer (2002), mostraron que quienes perdieron a uno de los padres por muerte o abandono estaban menos integrados a la familia y tenían pobres recursos sociales en general.<sup>63</sup>

En los estudios realizados en tres ciudades de la Sierra también se han encontrado relaciones entre las experiencias de abuso físico y sexual, abandono, sobreprotección con una más alta probabilidad de trastornos ansiosos y depresivos.<sup>64</sup>

## 2.12. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

En el Perú las necesidades de salud de nuestra población vienen siendo, desde antaño, satisfechas por 2 sistemas paralelos: el de la medicina oficial o académica y el de la medicina popular o tradicional.<sup>65</sup> En estudios de morbilidad en poblaciones abiertas y de las experiencias acumuladas por distintos investigadores en el mundo se señala 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 a otros sistemas alternativos como los que ofrece entre otros la medicina tradicional o popular.<sup>66</sup>

La bibliografía peruana es rica en calidad, cantidad y variedad en esta área gracias a estudios realizados por científicos peruanos y extranjeros en los últimos 50 años.<sup>67</sup> Por otro lado, los estudios de orden social, médico y folklórico sobre medicina tradicional o popular no han sido programados con un rigor metodológico<sup>68</sup> que permita una sistematización de ellos; así tampoco se había realizado antes un estudio epidemiológico en que se intente explorar no sólo los síndromes socioculturales, sino también los agentes que los resuelven, sus estrategias diagnósticas y de tratamiento; también se ha explorado, aunque en forma incipiente, sobre espiritualidad y religiosidad popular, pero como espacio de resistencia e identidad a la vez que de integración y de solidaridad.<sup>69</sup> Finalmente, aunque por ahora a modo de conclusiones de tipo hipótesis, se presentan algunos resultados de este módulo.

El estudio epidemiológico de salud mental en la sierra 2003 encontró que los síndromes folklóricos descritos desde antaño por los investigadores en medicina tradicional en el área de psiquiatría folklórica tienen vigencia y son identificados y reconocidos por la población encuestada; los más frecuentes son el susto y el aire. Las personas que consultaron por alguno de estos síndromes en algún momento de su vida presentaron: un episodio depresivo, algún trastorno de ansiedad, o síntomas paranoides con mayor frecuencia que la población general, con excepción del chucaque.<sup>2</sup>

Así como en los estudios epidemiológicos de la sierra, la selva, y las ciudades de fronteras, se ha pretendido explorar en el ámbito rural de las provincias del departamento de Lima aspectos en relación a la Medicina Tradicional y Psiquiatría Folklorica investigando variables importantes como: los agentes de la Medicina Tradicional, los Síndromes Clínicos Populares o Folkloricos y los métodos diagnósticos, los métodos terapéuticos y la correlación entre síntomas y signos clínicos con los de los Síndromes Populares o Folkloricos.

## 2.13. DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL

En la relación entre discriminación y salud mental, la primera es considerada como un estresor psicosocial secundario, generalmente asociado a estresores mayores, como la pérdida de trabajo o el sufrimiento de violencia.<sup>70</sup> Entre los motivos de discriminación, para los cuales se ha hallado relación con la salud mental, se encuentran el género, la orientación sexual,<sup>71</sup> el racismo,<sup>72</sup> el etnicismo,<sup>73</sup> el status social<sup>74</sup> e incluso la condición de salud mental en sí misma,<sup>75</sup> sin considerar formas más sutiles como la belleza física, la edad, etc. Las medidas de salud mental empleadas para medir los efectos de la discriminación han sido el distrés psicológico, la satisfacción de vida, el sentimiento de felicidad y los síntomas de ansiedad o depresivos.<sup>73</sup> Según un estudio epidemiológico realizado en los EE.UU.<sup>74</sup> la gran mayoría de las personas ha experimentado algún tipo de discriminación mayor en su vida, y un tercio considera experimentarla en algún momento en el día a día.

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

## 2.14. ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

A pesar de los programas que luchan contra el estigma hacia las personas con problemas de salud mental y las conductas discriminatorias asociadas, hay evidencia de que el trabajo, en la práctica, es todavía insuficiente.<sup>76,77</sup> El estigma afecta a la personas con problemas de trastornos mentales y a sus familiares. El entendimiento de cómo afecta a los miembros de la familia, en términos de su respuesta psicológica a la persona enferma y su contacto con los servicios psiquiátricos, podría mejorar las intervenciones dirigidas a los familiares. Uno de los usos de los resultados del presente estudio debe ser sentar las bases para la introducción de proyectos de intervención que reduzcan los efectos negativos de los factores psicológicos relacionados con el estigma hacia personas con problemas mentales y sus familiares.<sup>78,79</sup>

Como se mencionó, el estigma en esquizofrenia va dirigido no sólo a los pacientes, sino 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 los mitos de que estas personas:

- Son violentas y peligrosas.
- Pueden contagiar a otros con su enfermedad.
- Están locas.
- No pueden tomar decisiones.

- Son impredecibles.
- No pueden trabajar.
- Deben permanecer hospitalizadas o presas.
- No tienen esperanza de recuperación.
- Son retardadas mentales.
- Están enfermas debido a una brujería o maleficio.
- Fueron mal cuidadas en la niñez.

Las consecuencias del estigma podemos resumirlas en la siguiente forma:

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

El estigma se combate con el incremento de la calidad de vida, a través de las siguientes medidas:

- Reducir los síntomas que la persona experimenta con el uso de un tratamiento farmacológico.
- Reducir las consecuencias adversas de la enfermedad.
- Mejorar la competencia social del individuo.
- Incrementar el soporte familiar y social en las áreas de empleo, labores hogareñas, socialización y recreación.<sup>80</sup>

## 2.15. DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

El desarrollo humano puede enfocarse desde diferentes ángulos. Puede referirse al proceso de desarrollo biológico del ser humano, al desarrollo pleno de las funciones psicológicas, cognitivas, emocionales, sociales y psicomotrices en el individuo; al proceso evolutivo de la humanidad; al desarrollo espiritual y trascendencia en el ser humano entre otros.<sup>81</sup> El Informe sobre Desarrollo Humano 2002, encargado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ofrece un análisis oportuno y de gran impacto acerca del papel que la política desempeña en el logro del desarrollo humano. Se subraya la importancia de las libertades políticas como objetivo de desarrollo humano, y se examinan los posibles modos en que las instituciones democráticas pueden ayudar al fomento del progreso social y el crecimiento económico equitativos. Las capacidades más elementales del desarrollo humano son tener una vida larga y en salud, recibir enseñanza, tener acceso a los recursos necesarios para alcanzar un nivel de vida aceptable y poder participar en la vida de la comunidad a la que se pertenece.<sup>82</sup>

El desarrollo humano trata de las personas y de ampliar sus alternativas para que puedan tener un nivel de vida que aprecien. Para ampliar la gama de alternativas humanas es fundamental desarrollar las capacidades humanas: la gama de cosas que la gente puede llegar a ser o a hacer.

Nosotros estamos enfocando el desarrollo humano desde la perspectiva de la Salud Mental a nivel individual. Aplicamos el Modelo Integrado de las Consecuencias de la Enfermedad y la Salud, el cual propone la evaluación del desarrollo humano a través de tres dimensiones: la capacidad funcional indemne o recuperada (funciones intelectuales), el nivel de habilidades y autonomía alcanzado y la integración social.<sup>83</sup> Con respecto a la salud mental, en estas dimensiones están implícitos elementos de promoción.

La promoción de la salud mental requiere el desarrollo de las habilidades de afronte de problemas, el manejo del estrés y tensión, desarrollo de la propia identidad, la autoestima, la autonomía, habilidades para el cambio personal y el soporte social. Si bien el Desarrollo Humano puede ser afrontado desde diferentes perspectivas, le corresponde a la Salud Mental la construcción de estilos positivos en la manera de pensar, sentir y actuar como parte del desarrollo personal; la adquisición de recursos psicológicos y habilidades

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

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

## 2.16. SALUD MENTAL POSITIVA

No necesariamente existe correspondencia entre la ausencia de patología y una buena salud mental.<sup>84</sup> La epidemiología, y en particular la epidemiología social, ha permitido identificar no sólo determinantes biológicos y psicológicos de salud mental, sino también sociales.<sup>85,86,87</sup> En esta línea de pensamiento se plantea que los aspectos originales de la salud llevan implícita una aproximación integral relacionada con incluir no sólo aspectos negativos de la salud mental como los trastornos mentales, sino la inclusión de aspectos positivos. Bajo este punto de vista el foco de atención no es sólo la enfermedad sino la salud en su concepto más amplio, con implicancias en aspectos promocionales y preventivos.<sup>88</sup> Este tipo de aproximación está siendo incluido en los estudios epidemiológicos de cuarta generación al lado de los indicadores de salud mental negativa.<sup>89,90</sup> La salud positiva se relaciona con conceptos como satisfacción con la vida, funcionamiento, bienestares, resiliencia, recursos y calidad de vida que son relevantes tanto para la salud mental como para la salud en general.<sup>91</sup> La combinación de aspectos positivos y negativos de la salud implica un concepto más amplio de salud vinculado y dirigido a la totalidad de la persona; de esta manera el diagnóstico deviene un diagnóstico de salud.<sup>92</sup> Esta aproximación hace posible anticipar la conducción de investigación empírica rigurosa hacia la formulación de una ciencia del bienestar (Cloninger, 2002)<sup>93</sup> y de avanzar hacia una promoción de la salud a nivel más elevado tanto en el ambiente clínico como en el de la salud pública.<sup>94</sup>

Con respecto a la resiliencia, Rutter (1990) citado por Kotliarenco y colaboradores<sup>95</sup> ha remarcado que existen diversos mecanismos que median los procesos protectores ante circunstancias difíciles que podrían modificar los resultados de un factor de riesgo como se podría comportar la enfermedad mental. Uno de esos mecanismos se refiere a aquel que promueve el establecimiento y mantenciones de la autoestima y la autoeficacia relacionadas a vínculos afectivos seguros y armónicos y el éxito en tareas que son importantes para las personas. La inclusión de estos procesos protectores en la formulación diagnóstica redundaría en forma significativa en aspectos que son importantes, no necesariamente en la recuperación del trastorno como en la forma como lo enfrenta, lo que va a tener un efecto directo en la calidad de vida de la persona. En el presente estudio se han incluido escalas de resiliencia, autoestima, autoeficacia y satisfacción con la vida.

## 2.17. PROBLEMAS DE SUEÑO

Las quejas de trastornos de sueño se manifiestan como dificultad para conciliarlo o para mantenerlo o bien como sueño poco reparador; estas quejas se presentan varias veces a la semana y usualmente se acompañan con problemas en las actividades diurnas.<sup>96</sup> La CIE 10 considera entre los problemas del sueño el insomnio e hipersomnio no orgánicos, los trastornos del ciclo sueño-vigilia, el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas. El DSM-IV-TR incluye además trastornos del sueño relacionados con la respiración.<sup>97</sup> Los problemas del sueño no sólo son manifestaciones de problemas psiquiátricos sino que también son síntomas frecuentes en la población general y también han sido relacionados con accidentes automovilísticos- especialmente los relacionados al trabajo por turnos rotativos.<sup>98</sup> Un estudio brasileño encontró en una muestra de choferes de autobús que el 42% y 38% reunía criterios para somnolencia (latencia del sueño menor a 5 min) según el test múltiple de latencia del sueño cuando la prueba se realizó durante el día o la noche respectivamente.<sup>99</sup> Otros estudios han encontrado asociados los problemas del sueño con pobre bienestar psicológico,<sup>100</sup> con menor calidad de vida<sup>101</sup> y con disminución en el rendimiento laboral.<sup>102</sup>

Asimismo los problemas del sueño se han vinculado con una mayor utilización de servicios médicos generales y con problemas médicos crónicos.<sup>103</sup> Los estudios internacionales en países desarrollados han encontrado que entre una cuarta y un tercio de la población general presenta problemas de sueño.<sup>101,104,105,106</sup> En este sentido, un estudio internacional con muestras poblacionales encontró una prevalencia de problemas de sueño de 56% en EEUU, 31% en países de Europa del Oeste y 23% en Japón. La mayoría de las personas de este estudio consideró que estos problemas tuvieron impacto en su funcionamiento diario afectando su vida familiar, actividades personales y profesionales.<sup>104</sup> Sin embargo, las comparaciones son difíciles debido a distintas metodologías en las mediciones. Pocos estudios se han realizado en países en desarrollo; por ejemplo, prevalencias menores de problemas de sueño han sido encontradas en un estudio en Nigeria donde 11,8% de la población reportó problemas de insomnio al menos dos semanas en el último año. A nuestro entender no hay estudios poblacionales realizados en Latinoamérica y su estudio es importante en vista de su repercusión sobre la salud general de las personas.<sup>102</sup>

### 3. OBJETIVOS

El objetivo general de la encuesta epidemiológica de salud mental en el área rural del departamento de Lima ha sido identificar los principales problemas de salud mental en esa zona, sus magnitudes, las particularidades sociales de las personas que los sufren y los factores limitantes para el acceso a servicios de salud adecuados. Algunos de los objetivos mencionados serán objeto de estudios a profundidad en otras publicaciones.

- Determinar la magnitud de aspectos generales de la salud mental como conductas sociopáticas, sentimientos prevalentes de la población, nivel de cohesión y soporte familiar, calidad de sueño, calidad de vida, discapacidad, discriminación, manifestaciones de distrés emocional, etc. de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
- Determinar la prevalencia de indicadores suicidas adultos, adultos mayores y mujeres, así como en grupos específicos como mujeres maltratadas, de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
- Determinar la magnitud, factores de riesgo y factores asociados a los indicadores suicidas en adolescentes mayores de 12 años de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
- Determinar la magnitud de los factores asociados a la Violencia Familiar y vinculación al área de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
- Determinar la prevalencia, aspectos clínicos, factores de riesgo y protección relacionados a las adicciones de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
- Conocer las características sociodemográficas, la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes y los aspectos relacionados a la salud mental en general de la población mayor de 60 años de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
- Determinar las actitudes y hábitos de riesgo, prevalencia y características de los trastornos de la conducta alimentaria, de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
- Estimar la prevalencia y la caracterización de los trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, así como estimar su relación con la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
- Estimar la prevalencia de los trastornos afectivos (distimia, episodio depresivo moderado a severo, episodio maníaco), y factores relacionados como calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
- Estimar la prevalencia del síndrome psicótico así como aspectos relacionados con la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
- 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 de la población rural de las provincias

- del departamento de Lima en el año 2007, tanto en forma general como en patologías psiquiátricas específicas. Se incluirán aspectos evaluativos generales sobre los procesos de atención, costos y calidad.
- Determinar la magnitud y la relación que existe entre el nivel socioeconómico, expresado en la presencia o no de pobreza y los problemas de salud mental, de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
  - Explorar aspectos sobre medicina tradicional como los agentes de la Medicina Tradicional, los Síndromes Clínicos Populares o Folklóricos, los métodos diagnósticos, los métodos terapéuticos y la correlación entre síntomas y signos clínicos de los Síndromes Populares o Folklóricos con los síndromes clínicos psiquiátricos de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
  - Determinar la magnitud de la inhabilidad existente en la población, así como la discapacidad derivada de los trastornos psiquiátricos de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
  - Identificar el nivel de desarrollo humano alcanzado por las personas de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
  - Identificar las actitudes del estigma contra los trastornos mentales de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
  - Explorar la relación entre los eventos de vida infanto-juveniles y la salud mental de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
  - Estimar la prevalencia de discriminación en sus distintas formas y su relación con la salud mental de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.
  - Estimar el nivel de calidad de vida y su relación con la salud mental de la población rural de las provincias del departamento de Lima en el año 2007.

## 4. METODOLOGÍA

El *Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Rural 2007* consta de más de 20 capítulos o temas de estudio más importantes. La sección de procedimiento ha incluido, por lo tanto, los procedimientos de todas las entrevistas a realizarse en el referido proyecto.

### 4.1. TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO

Tipo descriptivo epidemiológico de corte transversal.

### 4.2. DISEÑO MUESTRAL

#### 4.2.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población a investigar comprende de manera general a las personas mayores de 12 años residentes en viviendas particulares de centros poblados rurales del departamento de Lima.

#### 4.2.2. NIVELES DE INFERENCIA

La muestra está diseñada para dar resultados confiables en los niveles de inferencia siguientes:

Estratos socioeconómicos: no pobre, pobre, muy pobre.

### 4.2.3. MARCO MUESTRAL Y UNIDADES DE MUESTREO

El marco muestral empleado es el del Instituto Nacional de Estadística e Informática elaborado sobre la base del Pre-Censo del 2005.

Para los fines de esta investigación, el marco muestral comprende las siguientes unidades de muestreo.

**UNIDADES PRIMARIAS DE MUESTREO (UPM) O DISTRITOS.**

Son los distritos de las provincias del departamento de Lima considerados en el estudio.

**UNIDADES SECUNDARIAS DE MUESTREO (USM) o CENTROS POBLADOS.**

Son los centros poblados del área rural de las provincias del departamento de Lima, con excepción de la provincia de Lima y la del Callao.

**UNIDADES TERCERAS DE MUESTREO (UTM) O VIVIENDAS.**

Son las viviendas de cada una de los centros poblados seleccionados en la etapa anterior.

**UNIDADES FINALES DE MUESTREO (UFM) O PERSONAS.**

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

### 4.2.4. ESTRATIFICACIÓN

Se ha efectuado una estratificación por tamaño de los centros poblados: uno es el de aquellos que tienen menos de 500 habitantes y el otro es el de los que tienen 500 habitantes o más.

### 4.2.5. TIPO DE MUESTRA

La muestra es de tipo probabilística, en etapas, con selección sistemática y proporcional al número de viviendas; de los centros poblados, de selección de conglomerados compactos de viviendas, y de selección simple de personas en la etapa final, entre quienes satisfacen los criterios de inclusión. La muestra es ponderada con el fin de reproducir la estructura demográfica de la población en estudio.

### 4.2.6. TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

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

- Prevalencia de problemas de salud mental: 28% en todos los grupos de estudio, de acuerdo a experiencias encontradas en estudios anteriores.
- Tasa de no-respuesta esperada de acuerdo a resultados observados en encuestas de hogares recientes: 3%.
- Efecto de diseño. Se ha considerado 1,4 en general considerando que se va a considerar conglomerados en una de las etapas de selección.
- Error relativo: Se ha considerado 10% en torno del valor esperado del parámetro de prevalencia.
- Nivel de confianza: 95%.

Sobre la base de estos criterios y los de la organización de la operación de campo que serán señalados más adelante, se ha estimado una muestra de 2 735 hogares.

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

Este tamaño asume que existe cuando menos un informante (hv) por vivienda. La cantidad de observaciones de los grupos objetivo dependerá de las características de los hogares de las diferentes agrupaciones poblacionales.

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

Se consideraron 131 conglomerados, 71 de los centros poblados de 500 a más habitantes y 60 de los centros poblados de menos de 500 habitantes. En los primeros, se tomarían segmentos compactos de 25 viviendas cada uno, en los segundos se tomarían 16 debido a su alto grado de dispersión y menor dimensión.

Los 131 conglomerados de los centros poblados han sido distribuidos de manera proporcional al número de ellos, de acuerdo a la información disponible en el marco muestral del INEI.

En la Tabla 1 se presenta la distribución de la muestra por centros poblados rurales de las provincias del departamento de Lima.

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

PROVINCIAS	CONGLOMERADOS	VIVIENDAS PARA LA MUESTRA		TOTAL
		CCPP DE 500 Y + HAB	CCPP DE MENOS DE 500 HAB	
CAJATAMBO	15	125	160	285
CANTA	12	175	80	255
CAÑETE	4	50	32	82
HUARAL	12	225	48	273
HUAROCHIRÍ	32	425	240	665
HUAURA	12	175	80	255
OYÓN	2	25	16	41
YAUYOS	42	575	304	879
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>1775</b>	<b>960</b>	<b>2735</b>

FUENTE: INEI

#### 4.2.7. UNIDADES DE ANÁLISIS

Adolescente de 12 a 17 años.

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

Adulto de 18 años de edad o más.

Adulto mayor de 60 o más años.



#### 4.2.8. PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra de personas fue seleccionada en cuatro etapas y de manera independiente en cada lugar.

##### 4.2.8.1. SELECCIÓN DE UNIDADES PRIMARIAS DE MUESTREO (UPM) O DISTRITOS

Las UPMs fueron seleccionadas de manera sistemática y con probabilidad proporcional al tamaño en número de centros poblados al interior de cada una de las provincias. En total se han seleccionado 44 distritos.

##### 4.2.8.2. SELECCIÓN DE LAS UNIDADES SECUNDARIAS DE MUESTREO (USM) O CENTROS POBLADOS

Las USMs fueron seleccionadas con probabilidad 1 en el grupo de centros poblados de 500 habitantes y más, y de manera sistemática y con probabilidad proporcional al tamaño en número de viviendas en el estrato de menos de 500 habitantes. En ambos casos la selección fue realizada de manera independiente en cada uno de los distritos escogidos en la primera etapa. En total se han seleccionado 131 centros poblados, 71 de ellos con 500 y más habitantes y los 60 restantes en centros poblados de menos de 500 habitantes.

La muestra de centros poblados fue adquirida del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de acuerdo a los criterios definidos en esta sección. También se adquirió del INEI los mapas pertinentes para la ubicación de los centros poblados seleccionados y sus probabilidades de selección.

##### 4.2.8.3. SELECCIÓN DE LAS UNIDADES TERCERAS DE MUESTREO (UTM) O VIVIENDAS

En cada USM de menos de 500 habitantes se tomarían segmentos de 16 viviendas ocupadas contiguas. En las USM de 500 o más habitantes se seleccionarían segmentos de 25 viviendas ocupadas contiguas.

La selección de las viviendas se ha basado en un listado de viviendas ocupadas numeradas de manera consecutiva, proveniente del registro de viviendas que el personal de campo del INSM efectuó antes de iniciar la operación de campo. El punto de arranque de los segmentos de viviendas fue determinado en dos tablas de selección generadas de manera aleatoria de acuerdo a una distribución uniforme de probabilidades.

No se consideró el reemplazo de viviendas seleccionadas.

##### 4.2.8.4. 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 identificaba a cada una de las personas elegibles dentro de cada población objetivo. Las personas a entrevistar fueron seleccionadas aleatoriamente empleando la tabla de Kish modificada, salvo la mujer unida (jefe del hogar o cónyuge del jefe del hogar sin importar la condición de casada o conviviente) por estar predeterminada.

En las viviendas donde había más de un hogar, sólo se consideró a las personas integrantes del hogar principal. Ello debido a que la presencia de hogares secundarios es muy pequeña.

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 impidan la comunicación.
- Mujer casada o unida, jefa del hogar o pareja de jefe del hogar, sin problemas que impidan la comunicación.

- Personas adultas mayores de 18 años, sin problemas que impidan la comunicación.
- Personas adultas mayores de 60 años, sin problemas que impidan la comunicación.

En el caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidan la comunicación directa con alguna de las personas señaladas, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. En caso la persona fuera quechua hablante se comunicó a través de un encuestador quechua hablante.

## 5. DEFINICIÓN DE VARIABLES

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

### 5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS

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

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

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

**Nivel socioeconómico.-** El método utilizado fue el nivel de ingresos, el cual fue establecido en base al promedio mensual de los últimos 3 meses (incluyendo horas extras, bonificaciones, pagos por concepto de refrigerios, movilidad o pensiones). Luego, se agrupó arbitrariamente en función a los siguientes estratos según el ingreso promedio mensual (en dólares americanos al tipo de cambio): estrato A, ingresos mayores a \$ 340 dólares mensuales; estrato B, ingresos entre \$ 171 y 340 dólares mensuales; estrato C, ingresos entre \$ 86 y 170 dólares mensuales; y estrato D, ingresos iguales o menores a \$ 85 dólares mensuales. Se decidió esta cifra límite inferior, a pesar de que el sueldo mínimo para setiembre del 2002 eran 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 en el análisis. En este sentido, estas limitaciones dan ventajas a los otros métodos de medición de la pobreza.

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

**Nivel de pobreza según autopercepción de capacidad de satisfacción de necesidades básicas con ingresos familiares.-** Es una evaluación subjetiva, utilizada para definir pobreza, que involucra una aproximación subjetiva 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 básicos; las familias que podían cubrir sus necesidades básicas, pero no otras necesidades (como diversión, distracciones, educación diferenciada) eran consideradas no pobres básicos; y aquellos 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 carecer de al menos una de las necesidades definidas como básicas. En caso de que el hogar tenga dos o más NBI, se le califica como pobre extremo. Si el hogar no tiene ninguna NBI, se la califica como no pobre. Dentro de las múltiples necesidades básicas insatisfechas que pueden ser utilizadas como indicadores, las utilizadas con más frecuencia han sido: a) hacinamiento; b) vivienda inadecuada; c) abastecimiento inadecuado de agua; d) carencia o inconveniencia de servicios sanitarios para el desecho de excretas; e) inasistencia a escuelas primarias de los menores en edad escolar (pregunta que fue formulada a la esposa del jefe del hogar sobre la existencia de niños menores en edad escolar que no asisten a la escuela por problemas económicos). Estos indicadores fueron utilizados para el presente estudio.

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

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

## 5.2. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

**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 o participación en el progreso familiar. Se mide este aspecto en una escala ordinal.

**Conducta suicida.-** Se refiere al desarrollo del pensamiento suicida, pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se explora el espectro suicida desde el deseo, pensamiento, planeamiento hasta el intento suicida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Uso de sustancias.**- Patrones de consumo de alguna sustancia psicoactiva que puede generar consumo perjudicial o dependencia. Este aspecto se mide con los criterios de investigación de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), en una escala nominal.

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

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

**Satisfacción con la vida.**- Valoración global de la vida sobre la base del particular criterio personal, que incluye rasgos personales, esquemas cognoscitivos, eventos vitales pasados y actuales, y circunstanciales vitales y ánimo actuales. Medida en escala ordinal.

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

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

### 5.3. TRASTORNOS CLÍNICOS

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

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

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

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

## 5.4. DISCAPACIDAD E INHABILIDAD

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

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

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

## 5.5. MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS

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

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

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

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

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

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

**Prejuicios sobre la salud mental.-** Son aquellos mitos, conceptos populares y suposiciones que se encuentran en el ámbito de las representaciones sociales y que influyen en la percepción y conductas de los individuos. En la confección y elección de estas preguntas participó el equipo multidisciplinario de investigadores del INSM, conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales), y dichas preguntas 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.

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

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

**Violencia.-** La violencia es un comportamiento deliberado que ocasiona daños físicos, psicológicos o emocionales, a través de amenazas u ofensas. Por norma general, se considera violenta a la persona irrazonable, que se niega a dialogar y se obstina en actuar pese a quien pese y caiga quien caiga.

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

**Violencia en el período de enamoramiento.-** Se refiere 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.

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

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

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

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

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

## 5.7. FUNCIONES COGNOSCITIVAS

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

**Funciones cognoscitivas.-** Son procesos perceptuales, de imaginación, del habla, del pensamiento y memoria que siguiendo a Ortiz y Guilfort,<sup>107,108</sup> constituyen el componente intelectual de la personalidad. El estado de funcionamiento cognoscitivo, y su disturbio o deterioro, se evalúa de forma breve y rápida a través del Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein y colaboradores que cubre las siguientes áreas: orientación en tiempo y lugar, registro y evocación, atención y cálculo, lenguaje y construcción visual.

## 5.8. SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

**Daño, brujería.-** 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

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.

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

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

- **Cuestionario de Salud Mental.-** Elaborado originalmente en Colombia<sup>109</sup> y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la institución tanto en adultos,<sup>10</sup> como en adolescentes.<sup>11</sup> 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. Es aplicable 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<sup>110</sup>, se trata de un cuestionario compuesto de 10 ítems que recogen los aspectos de la calidad



de vida más frecuentemente utilizados para evaluar el constructo “Calidad de vida”. Recoge aspectos como: bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independientes, ocupacional, interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud, así como una valoración global. El instrumento fue adaptado en una versión para la población peruana, validado en el estudio de Lima.

- **EMBU (Egna Minnen av Bardoms Uppfostran)** (Propia memoria acerca de la crianza).- Es un instrumento aplicado en varios países de Europa para evaluar actitudes de crianza parentales en personas adultas y deriva en cuatro factores: rechazo, calor emocional, sobreprotección y favoritismo<sup>111</sup>. Para el presente estudio se utilizaron sólo algunos ítems de carga más alta de cada uno de los factores identificados en el estudio de Someya y colaboradores.
- **Mini Mental State Examination.**- Elaborado por Folstein.<sup>112</sup> Es uno de los instrumentos de evaluación cognoscitiva más utilizados y evalúa aspectos de orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva. Se utiliza la versión validada en Chile.
- **Cuestionario de Pfeffer.**- Instrumento que mide aspectos cognoscitivos a través de un informante. Mide las actividades instrumentales de la vida diaria. Al usarla junto con el MMSE, detecta deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia. Ambos tests, usados conjuntamente, han mostrado una alta sensibilidad (95%) y especificidad (84%).
- **Cuestionario de Violencia familiar.**- Se elaboró un cuestionario en el que intervinieron expertos de la institución en esta área y que tuvieron como punto de partida otros cuestionarios, como el utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y comportamientos asociados, en Lima Metropolitana y Callao, de Anicama y colaboradores,<sup>22</sup> y el de la Encuesta Nacional de Hogares del INEI. Asimismo, se introdujeron modificaciones derivadas de las experiencias de los estudios realizados por el INSM en Lima y la Sierra.
- **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10**<sup>113,114</sup>.- Elaborado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, es un instrumento basado en los Criterios de Investigación de la CIE 10, y obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos. Ha sido validado por sus autores, habiendo mostrado una adecuada concordancia con instrumentos de evaluación importantes<sup>115</sup>, con la ventaja de ser de fácil aplicación (15 minutos en promedio) y no requerir entrenamiento tan intenso como otros instrumentos. Para el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Lima fue adaptado lingüísticamente a través del ensayo piloto en personas residentes de cien viviendas provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. El instrumento fue adaptado para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis 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 y focus groups. En el caso del episodio depresivo, la versión utilizada en español del MINI CIE-10, coincidente con la versión en español de los Criterios de Investigación de la CIE-10 editada por MEDITOR y J.J. Lopez Ibor,<sup>116</sup> considera sólo el episodio depresivo moderado a severo. En el caso del episodio psicótico, siguiendo las sugerencia del MINI, se ha considerado como la presencia de al menos un síntoma psicótico. En todo caso se consideró positivo el síntoma psicótico siempre y cuando existiera un completo convencimiento del síntoma y el síntoma hubiera estado presente al menos un mes. Esto difiere con la metodología utilizada en estudios anteriores.
- **Cuestionario sobre determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú.**- El Instituto Nacional de Estadística e Informática introdujo preguntas sobre acceso a servicios de salud para la Encuesta Nacional de Hogares 1998;<sup>52</sup> algunas de estas preguntas fueron adaptadas para el modelo de la salud mental y agregándose otras más en base a la revisión de la literatura. La identificación del grupo de estudio se realizó a través de la pregunta: “¿Alguna vez en su vida ha tenido algún problema con sus nervios o de tipo emocional, como por ejemplo excesiva ansiedad, depresión o preocupación, dificultad para relacionarse socialmente o para controlar sus pensamientos o problemas relacionados al consumo de alcohol o drogas?”. Si la respuesta era positiva se ubicaba el último periodo en el que

se había padecido el problema para establecer el tiempo de referencia de 12 meses e indagar sólo en ellos, sobre la temática del acceso y sus características. A través de esta pregunta de auto-percepción se evalúa la demanda tal y como se comporta naturalmente.

- **Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).**- Elaborado por Garner y Olmsted.<sup>117</sup> El EDI-2 es un valioso instrumento de auto-informe muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Es un instrumento de tipo auto-informe, de fácil aplicación, que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Este inventario ha sido adaptado y validado en nuestro medio por los responsables del área respectiva, encontrándose en proceso de publicación.
- **Escala de autoestima de Rosenberg**<sup>118</sup>.- Elaborada por Rosenberg en 1965 y adaptada al medio por Pequeña<sup>119</sup> en 1999. Consta de diez ítems para la evaluación de autoestima, de amplio uso y probada validez y confiabilidad.
- **Escala de satisfacción con la vida de Diener**<sup>120,121</sup>.- Elaborada en 1985 y adaptada al medio por Ly<sup>122</sup> en el 2004. Consta de cinco ítems.
- **Escala de autoeficacia de Schwarzer y Jerusalem**<sup>123</sup>.- Construida en 1979 y adaptada en 1998 al medio por Alcalde<sup>124</sup>. Consta de diez ítems.
- **Escala de resiliencia del Yo de Block y cols.**<sup>125</sup>.- Data de 1989, realizándose la adaptación lingüística en el INSM. Consta de catorce ítems. Para el estudio se presentó integrada con la Escala de autoeficacia
- **Índice de calidad de sueño de Pittsburgh**<sup>126</sup>.- Esta escala fue desarrollada por Buysse y colaboradores para evaluar la calidad del sueño durante el mes previo y para discriminar entre las personas que duermen bien y las que duermen mal. Esta escala ha sido validada en diversos países y traducida a muchos idiomas incluyendo el español. La calidad de sueño es un fenómeno complejo que involucra varias dimensiones. El instrumento consta de 19 preguntas de autoevaluación incluyendo 5 preguntas dirigidas al compañero de habitación. Estas preguntas derivan en 7 componentes: Calidad de sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Buysse y colaboradores encontraron en el estudio original una consistencia interna elevada para los 19 ítems (alpha de Cronbach: 0,83). La suma de las puntuaciones de estos componentes da una puntuación que va desde 5 a 21. Una puntuación menor de 5 se considera "Sin problemas de sueño". Una puntuación de 5 a 7 como "Merece atención médica", una puntuación de 8 a 14 como "Merece atención y tratamiento médico" y una puntuación de 15 a más "Se trata de un problema de sueño grave". Este instrumento ha sido adaptado lingüísticamente durante el focus group realizado como parte del estudio piloto en este estudio. Para el análisis se han utilizado las respuestas que contenían todos los componentes completos.

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

La presente descripción del cuestionario incluye todos los capítulos del *Estudio Epidemiológico en Salud Integral en Lima Rural 2007*.

### 6.1.1. TIPO DE ENCUESTA

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

## 6.1.2. COBERTURA DE LA ENCUESTA

- 6.1.2.1. Cobertura geográfica.-** La encuesta se realizó a nivel rural en provincias de Lima.
- 6.1.2.2. Cobertura temporal.-** La encuesta se desarrolló durante los meses de mayo a diciembre del año 2007.
- 6.1.2.3. Cobertura temática y periodos de referencia.-** La cobertura temática de la investigación comprende:
- a. Variables demográficas y socioeconómicas.
    - i. Características de la vivienda (día de la entrevista).
    - ii. Educación (día de la entrevista).
    - iii. Empleo e ingreso familiar (3 últimos meses).
    - iv. Gasto familiar (mes anterior).
  - b. Aspectos de salud mental general.
    - i. Autoestima (últimos 3 meses).
    - ii. Rasgos psicopáticos (día de entrevista, últimos 12 meses, de vida).
    - iii. Problemas de la conducta alimentaria (últimos 12 meses).
    - iv. Confianza (día de la entrevista).
    - v. Cohesión familiar (últimos 12 meses).
    - vi. Sensación de soporte social (día de la entrevista).
    - vii. Sensación de seguridad ciudadana (día de la entrevista).
    - viii. Calidad de vida (último mes).
    - ix. Funcionamiento personal, laboral, social, familiar (último mes).
    - x. Nivel de conocimiento sobre aspectos de salud mental (día de la entrevista).
    - xi. Problemas relacionados con el género (día de la entrevista).
    - xii. Discriminación (de vida, últimos 12 meses).
    - xiii. Eventos de vida
    - xiv. Desarrollo humano (actual).
    - xv. Estigma hacia la salud mental (actual).
    - xvi. Calidad de sueño (últimas 4 semanas).
  - c. Función cognoscitiva del adulto mayor (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 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10).
    - i. Trastornos de ansiedad (de vida, 12 meses, 6 meses, actual; acceso a servicios, 12 meses).
      1. Agorafobia.
      2. Trastorno de pánico.
      3. Fobia social.
      4. Trastorno obsesivo-compulsivo.
      5. Trastorno de ansiedad generalizada.
      6. Estado de estrés post-traumático.
    - ii. Trastornos afectivos (de vida, 12 meses, 6 meses, actual; acceso a servicios, 12 meses).
      1. Episodio depresivo moderado o severo.
      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/consumo perjudicial).
  - 2. Otras drogas (dependencia/consumo perjudicial).
- v. Episodio psicótico (de vida, anual, 6 meses, actual).
- f. Acceso general a la atención en servicios de salud mental (últimos 12 meses).
- g. Aspectos socioculturales.

### 6.1.3. ESTRUCTURA DE LOS CUESTIONARIOS

La presente descripción del cuestionario incluye todos los capítulos del *Estudio Epidemiológico en Salud Integral en Lima Rural 2007*.

Los cuestionarios utilizados, formados a partir de los instrumentos anteriormente señalados y de la creación de nuevos reactivos por los investigadores de las diferentes áreas, y estructurados en diez módulos, fueron los siguientes:

#### *Cuestionario para la mujer unida*

- 01.A Módulo de datos generales mujer
- 02 Módulo de salud integral del adulto
- 04 Módulo de síndromes clínicos A
- 07 Módulo de relaciones intrafamiliares

#### *Cuestionario para el adulto*

- 01.B Módulo de datos generales adulto
- 02 Módulo de salud integral del adulto
- 04 Módulo de síndromes clínicos A
- 05 Módulo de síndromes clínicos B
- 06 Módulo de acceso a servicios
- 10 Módulo de síndromes culturales

#### *Cuestionario para el adolescente*

- 01.C Módulo de datos generales adolescente
- 03 Módulo de salud del adolescente

#### *Cuestionario para el adulto mayor*

- 01.D Módulo de datos generales adulto mayor
- 08 Módulo de salud del adulto mayor
- 09 Módulo de funciones cognoscitivas

## 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 período de recolección de información.

### 6.3. PROCESOS DE VALIDACIÓN Y CALIDAD

En la fase inicial de construcción de los cuestionarios para los estudios epidemiológicos del INSM se revisaron y seleccionaron diversos instrumentos que sirvieron de base para su elaboración. Asimismo, se crearon reactivos para cubrir otros temas de investigación. Las preguntas fueron sometidas a diversos procesos: adaptación, validación de contenido y pruebas piloto, culminándose con la definición de los cuestionarios utilizados para el primer estudio epidemiológico realizado en Lima el 2002.<sup>1</sup> En los años 2003 y 2004 en que se realizaron los estudios de la Sierra<sup>2</sup> y Selva,<sup>3</sup> los cuestionarios fueron mejorados: se reajustaron preguntas y opciones de respuesta y se crearon nuevas; en estos procesos el juicio de los investigadores como expertos en los diferentes temas fue central en la validación. Desde entonces se han mantenido con variaciones menores en los estudios posteriores de Fronteras, Costa y Lima rural.

Inicialmente se realizó la validez de contenido de los reactivos con la participación de los expertos e investigadores del INSM. Luego fueron sometidos a una prueba de campo con 10 pacientes y diez personas supuestamente sanas. Ya reajustados, se procedió a realizar un ensayo a través de entrevistas a residentes de 100 viviendas de Lima. Luego de los análisis se obtuvo la versión que se utilizó en el estudio de Lima. En base a la experiencia de campo en ese primer estudio y a los reportes estadísticos preliminares, se analizaron exhaustivamente los reactivos, y se crearon otros, realizando el análisis del contenido y la adaptación para asegurar su comprensión a través de un estudio piloto definiéndose así los cuestionarios a emplearse en el estudio epidemiológico de la Sierra. Similar método se siguió en la revisión de los cuestionarios para el estudio epidemiológico de la Selva, agregándose el método de focus group con cada una de las unidades de análisis en la ciudad de Pucallpa. Posteriormente se introdujeron otros reactivos, respondiendo a la necesidad de explorar otros aspectos de la salud mental. Se ha seguido el mismo procedimiento en los estudios epidemiológicos de la Costa y de Lima rural.

Como parte del proceso de validación de los reactivos de los cuestionarios, con los datos obtenidos en los estudios epidemiológicos de Lima y de la Selva se llevó a cabo el análisis estadístico de la confiabilidad a través del Alpha de Cronbach y de la validez mediante el análisis factorial de correspondencias múltiples y del análisis de componentes principales categóricos, que ha sido ya informado.<sup>127</sup> En líneas generales el análisis estadístico de la confiabilidad a través del Alpha de Chronbach mostró resultados favorables (alpha de Chronbach > 0.70) en la mayoría de las áreas evaluadas tanto en aspectos de salud mental general como en relación con los síntomas o criterios de los distintos trastornos, mostrando por lo tanto una elevada consistencia interna. La mayoría de reactivos analizados muestra una sola dimensión por lo tanto favorable con relación a la validez interna del instrumento en general.

Asimismo, se efectuó un estudio para determinar la concordancia del registro de los datos por pares de entrevistadores en cincuenta unidades de análisis del mismo número de viviendas, que se efectuó durante el estudio epidemiológico de la Sierra, encontrándose valores del índice kappa entre 0.899 y 0.973 y coeficientes de correlación de Spearman entre 0.807 y 0.964.

#### Actividades de la supervisión y control de calidad

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. Esto incluye controles en campo a través de supervisores locales y nacionales. Esta supervisión incluye: comprobación de actualización cartográfica, verificación de registro de viviendas y establecimientos, verificación de selección de viviendas e informantes, observaciones directas de entrevistas, control de avance con relación a tasa de no respuesta, verificación de distribución de la muestra por sexo y edad, re-entrevistas y control de concordancias, análisis de gabinete de la información recolectada, etc. Se realizó una doble digitación de los datos y un procesamiento de control de calidad y consistencia de la información recolectada.

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

Los análisis estadísticos sobre confiabilidad y validez aludidos previamente se efectuaron sobre reactivos individuales y sobre escalas o instrumentos completos incorporados en los módulos. Los valores que indican confiabilidad de los reactivos son en general adecuados y las dimensiones y factores aislados permiten confirmar la validez de constructo y sugerir posibilidades de interpretación de los resultados.<sup>127</sup>

## 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 locales, a través de capacitaciones hechas por los propios autores.

La capacitación técnica de los supervisores locales y encuestadores fue responsabilidad de los investigadores del INSM. El objetivo era desarrollar el conocimiento profundo de la problemática a estudiar, orientándose a los temas de salud mental y a los posibles problemas a encontrar por la exploración de este tipo de temas. Asimismo, se puso énfasis en la técnica de la entrevista y los cuidados en ella. La capacitación incluyó revisión de temas de salud mental relacionados con el estudio, la revisión detenida del diligenciamiento de los cuestionarios y la realización de ensayos en el campo. La capacitación tomó 70 horas distribuidas en 9 días; en los dos primeros días se revisaron aspectos conceptuales y definiciones relacionadas con el tema de estudio; el 3er y 4to día fueron dedicados al manejo de los cuestionarios; en el 5to, 6to y 7mo día se realizaron ensayos en campo y, finalmente, el 8vo día se dedicó a estandarizar los procedimientos y a discutir los aspectos operativos. Se tomaron tres evaluaciones teóricas y una evaluación permanente de las prácticas en campo. Además los encuestadores y supervisores pasaron por una exhaustiva evaluación psicológica para evaluar su idoneidad para el trabajo de campo.

### Actividades de la prueba piloto.

La prueba piloto con los encuestadores en adiestramiento permitió afinar aún más las técnicas de apertura de vivienda y de entrevista con miras a obtener información válida y confiable.

## 6.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo del estudio fue aprobado tanto por el Comité de Investigación, como el Comité de Ética Institucional. Se solicitó un consentimiento informado antes del inicio de la encuesta en cada una de las unidades de análisis. Las fuentes de financiamiento del estudio han provenido de recursos ordinarios y recursos directamente recaudados del INSM.

## 7. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

- Construcción del instrumento.- Los instrumentos fueron ajustados y probados con cuatro *focus groups*, uno por cada unidad de análisis. Esta validación en campo se realizó a través de un médico psiquiatra, el jefe de operación de campo y un profesional de la salud. Se reunió con cada unidad de análisis a 8 personas y se revisó todo el cuestionario a través de este método. Se revisaron los resultados del estudio de la Costa, donde se entrevistaron más de 17 296 personas, lo que permitió validar la encuesta en la región, medir los tiempos, explorar la presencia de las unidades de análisis y hacer los ajustes finales a la encuesta.

- Se confeccionó un Manual del Encuestador, donde se especificaron las características de los cuestionarios, la organización del trabajo de campo, las funciones de los encuestadores, la identificación y selección de viviendas, instrucciones generales y específicas para el llenado del cuestionario. Asimismo, se elaboró una Guía del supervisor local donde se especificaron sus funciones.
- Los encuestadores seleccionados fueron egresados o bachilleres de las facultades de psicología o trabajadores de alguna área de la salud con experiencia en realizar trabajos de campo en hogares, de preferencia con experiencia en temas de salud mental. Fueron seleccionados en la ciudad de Lima, pues en esta ciudad se puede contar con recursos humanos más apropiados a la complejidad del tema de estudio.
- Los supervisores locales seleccionados fueron egresados de psicología o psicólogos o trabajadores de alguna área de la salud con experiencia en realizar trabajos de campo en hogares. Los supervisores locales tuvieron la responsabilidad de la conducción técnica y administrativa de la Encuesta y velaron por el estricto control de calidad de la información. Los supervisores locales fueron seleccionados en un proceso aparte de los encuestadores.
- Se requirieron 20 encuestadores, 6 supervisores locales y 2 coordinadores de campo, además de un jefe de operaciones.
- Se consideró la encuesta-piloto con los datos recogidos la primera semana y al final de la misma se reevaluó la experiencia para realizar los ajustes necesarios. Se recogió la información de cada ciudad en un plazo de 31 días. Los encuestadores visitaron un promedio de 2 viviendas por día en un ciclo de 7 días: 5 días de trabajo efectivo, uno de recuperación y uno de descanso.
- Recopilación de los datos.- Antes del inicio de la encuesta se actualizó el marco muestral suministrado por el INEI en cada ciudad y se trabajó en base a este registro actualizado. Se empleó el método de la entrevista directa. Se definió el número de hogares por vivienda. Se entrevistó el hogar principal. Se hizo un registro de todos los miembros del hogar para identificar a las personas elegibles de acuerdo a los criterios de inclusión de las cuatro unidades de análisis: una mujer unida, un adulto, un adolescente y un adulto mayor. Se eligió a la mujer unida, jefa del hogar o esposa del jefe del hogar. Cuando la jefa del hogar no era unida, se procedió a elegir al azar con el método de los dados entre las mujeres unidas del hogar.
- Se estructuró un programa (ISAA) para la entrada de datos, consistencia y control de calidad de los datos a ingresar en la Base de Datos, codificando los resultados. Los datos fueron ingresados por 4 digitadoras desde la primera semana de iniciada la encuesta. Se realizaron los análisis estadísticos mediante el programa estadístico de SPSS versión 15. Se hizo una redigitación del 100% de los cuestionarios para eliminar los errores de digitación.
- Se dio consistencia a los datos.- La primera consistencia se realizó en el campo a través de los supervisores, tanto por observación directa como por reentrevistas estructuradas. Después de la digitación se procedió a una consistencia mecanizada a través del programa referido, el cual detectó omisiones, inconsistencias lógicas, validación de variables, así como la identificación de valores extremos para su posterior verificación. Asimismo, se realizó la evaluación de la calidad de información de cada encuestador.

## 8. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

De acuerdo al diseño de la muestra debían seleccionarse 2 735 viviendas, sin embargo algunos centros poblados tuvieron menos viviendas que las requeridas para la muestra, lo que explica una pérdida de 16 viviendas (0,6%), habiéndose logrado seleccionar 2 719 viviendas (99,4%). Se logró entrevista completa en 2 656 hogares, con una tasa de respuesta de 97,1%. La tasa de no respuesta fue 2,9%, constituida por 6 viviendas que rechazaron la entrevista (0,2%), 55 viviendas con ocupantes ausentes (2,0%), 2 viviendas con discapacidad para responder la entrevista (0,01%).

La muestra seleccionada de mujeres unidas fue 2 075, habiéndose logrado la entrevista completa en 2 017 e incompleta en uno. La suma de ambas indica una tasa de respuesta del 97,3%. La tasa de no respuesta de este grupo fue 2,7% constituida por 0,5% de rechazos, 1,7% de ausencias y 0,5% por discapacidad para responder la entrevista. La tasa de no respuesta total (considerando el efecto de las viviendas y las personas) fue 5,3%.

La muestra seleccionada de adultos fue 2 628, habiéndose logrado la entrevista completa en 2 536 e incompleta en uno. La suma de ambas indica una tasa de respuesta del 96,5%. La tasa de no respuesta de este grupo fue 3,5% constituida por 0,5% de rechazos, 2,3% de ausencias y 0,7% por discapacidad para responder la entrevista. La tasa de no respuesta total (considerando el efecto de las viviendas y las personas) fue 6,1%.

La muestra seleccionada de adultos mayores fue 987, habiéndose logrado la entrevista completa en 951 e incompleta en 3. La suma de ambas indica una tasa de respuesta del 96,7%. La tasa de no respuesta de este grupo fue 3,3% constituida por 0,6% de rechazos, 1,8% de ausencias y 0,9% por discapacidad para responder la entrevista. La tasa de no respuesta total (considerando el efecto de las viviendas y las personas) fue 5,9%.

La muestra seleccionada de adolescentes fue 669, habiéndose logrado la entrevista completa en 658, lo que da una tasa de respuesta del 98,4%. La tasa de no respuesta de este grupo fue 1,6% constituida únicamente por ausencias. La tasa de no respuesta total (considerando el efecto de las viviendas y las personas) fue 4,3%.

## 9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La data fue ponderada para ajustar las probabilidades diferenciadas de la selección de los entrevistados en las viviendas y diferencias de no respuestas en los conglomerados, así como para ajustar las diferencias residuales de variables demográficas entre la muestra y la población del área de Lima Rural.

Para efectos de facilitar la lectura de algunos resultados, muchas preguntas del Cuestionario de Salud Mental de Colombia que tenían respuestas polítomicas (por ejemplo, nada, poco, regular, mucho o bastante) fueron reagrupados en tres niveles. En otros casos, los ítems relacionados a un mismo tema fueron analizados como grupos sumando los puntajes de cada ítem y presentándolo en el sistema vigesimal. Este ha sido el caso para el análisis de cohesión familiar, satisfacción personal, o satisfacción laboral. En el caso del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh se realizó una imputación en el 1er. componente de calidad subjetiva de sueño ya que existieron entrevistas donde los encuestadores recogieron respuestas que no estaban incluidas entre las alternativas (bastante bueno, bueno, malo, bastante malo). La mayoría de estas respuestas correspondió a que los entrevistados consideraban como “regular” la calidad subjetiva de sueño. Para la imputación se escogió como perfil de referencia aquellas personas que habían respondido como “otros” en la pregunta “En las últimas 4 semanas cómo valoraría o calificaría la calidad de su sueño”. Como perfil de referencia se consideró las siguientes variables: pregunta sobre si en las últimas 4 semanas había dormido mal (del SRQ), la presencia de un trastorno mental (según el MINI) en la actualidad, el sexo, la edad (+/-) 5 años, presencia de actividad laboral en la última semana y situación de pobreza (pobre y no



pobre). Se buscó otro sujeto con un perfil similar en el grupo que tuviera las otras respuestas y se imputó la respuesta de este al primero. Se consideró importante contar con la mayor cantidad de respuestas para poder analizar en el puntaje total.

Para los análisis generales, primero se analizaron las características generales de la muestra: como edad promedio, grupos étnicos, distribución por sexo, ocupación, educación, nivel socioeconómico según ingresos y nivel de pobreza. Para ello se realizaron análisis estadísticos descriptivos, como frecuencias, medidas de tendencia central y se estimaron proporciones.

A continuación se procedió a realizar análisis bivariados con la intención de identificar asociaciones entre aspectos de salud mental y variables como pobreza, edad, sexo, lugar de residencia. Si la variable independiente era nominal se realizaron pruebas chi2 convertidas al estadístico F para considerar el diseño de la encuesta (a través del paquete estadístico SPSS V13 para muestras complejas) considerando un nivel de significancia de  $<0.05$ . Si la variable independiente era continua se utilizó el modelo lineal general.



## II. RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO EN LIMA RURAL





## DATOS GENERALES DE LA MUESTRA



## DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

El objetivo de la encuesta consistió en ingresar a 2 735 hogares, habiéndose logrado información en 2 656, y entrevistar a través de módulos específicos a una mujer unida, preferentemente la jefa o esposa del jefe del hogar, un adulto, un adolescente y un adulto mayor. Estos tres últimos se eligieron al azar entre los miembros que reunían tales características. Por lo tanto, en algunas oportunidades, algunos de los entrevistados respondieron a más de un módulo. En la tabla 2 se presenta el número de encuestados por cada unidad de análisis en las provincias de Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón, Yauyos.

**TABLA 2**  
**ENCUESTADOS SEGÚN UNIDADES DE ANÁLISIS DE**  
**LIMA RURAL 2007**

ENCUESTADOS	FRECUENCIA
ADULTOS	2 536
MUJERES UNIDAS	2 017
ADULTOS MAYORES	951
ADOLESCENTES	658

La muestra se distribuyó tomando en cuenta el tamaño de las poblaciones en las regiones Lima Rural Sur y Lima Rural Norte, asegurándose que la representación considerara los niveles socioeconómicos de las poblaciones encuestadas. Se ha considerado como Lima Rural Sur a las provincias de Cañete, Huarochirí, Yauyos y como Lima Rural Norte a Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura y Oyón. En la tabla 3 se presenta la población sobre la cual se han realizado las estimaciones según Provincias.

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

CIUDAD	PONDERADO	%
CAJATAMBO	1 511	3,0
CANTA	5 671	11,2
CAÑETE	4 342	8,6
HUARAL	6 024	11,9
HUAROCHIRÍ	13 909	27,4
HUAURA	5 046	10,0
OYÓN	1 040	2,1
YAUYOS	13 165	26,0

Con respecto a la situación socioeconómica, se decidió evaluar los niveles de pobreza a través del método de necesidades básicas insatisfechas (NBI), de modo similar al utilizado por el 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 81,8% de los hogares encuestados es pobre (presencia de 1 o más NBI) y el 48,0% es pobre extremo (presencia de 2 o más NBI) y, según la percepción de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares, el 50,2% de los hogares es pobre, mientras que el 5,3% es pobre extremo (Tabla 4B).

**TABLA 4A**  
**NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS\***  
**(NBI) DE LIMA RURAL 2007**

NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS		%
POBRES EXTREMOS	DOS Ó MÁS NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	48,0
POBRES	UNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	33,8
NO POBRES	NINGUNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA	18,2

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

**TABLA 4B**  
**NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTOPERCEPCIÓN DE COBERTURA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE LIMA RURAL 2007**

NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTOPERCEPCIÓN DE CONSUMO		%
POBRES EXTREMOS	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	5,3
POBRES	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	44,9
NO POBRES BÁSICO	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	47,0
NO POBRES	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS NECESIDADES	2,9



### III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LIMA RURAL - 2007

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

El número de adultos encuestados fue de 2 536, cifra que, acorde al diseño técnico de muestreo, otorga una inferencia a 50 708 habitantes (50,7% varones y 49,3% mujeres) de las provincias de Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos. Los resultados se presentan en base a la población expandida y balanceada con relación al género (Tabla 5).

**TABLA 5**  
**NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN LIMA RURAL 2007**

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	2 536	46,4	53,6
EXPANDIDO	50 708	50,7	49,3

### EDAD

La edad promedio ponderada de los adultos encuestados fue de 44,8 años, siendo la distribución muy heterogénea, incluyendo personas desde los 18 hasta los 94 años. De acuerdo a los grupos etarios, se aprecia que la muestra conformó una asimetría positiva, siendo el mayor porcentaje el de los grupos etarios de 25 a 44 años (Tabla 6).

**TABLA 6**  
**EDAD DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN LIMA RURAL 2007**

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	44,8	18,7
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR
18 A 24 AÑOS	15,7%	9,0%
25 A 44 AÑOS	37,7%	38,0%
45 A 64 AÑOS	29,0%	27,6%
65 A MÁS	17,6%	25,4%

### ESCOLARIDAD

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

**TABLA 7**  
**ADULTOS QUE NO SABEN LEER NI ESCRIBIR EN LIMA RURAL 2007**

GRADO DE ANALFABETISMO	%
TOTAL	6,0
MASCULINO	2,3
FEMENINO	9,8

De la muestra en estudio, el 44,9% tiene por lo menos educación secundaria. No se encontraron diferencias significativas entre el género masculino y femenino (Tabla 8). Las diferencias en los porcentajes

que se observan entre las personas sin nivel de instrucción con aquellas que efectivamente no saben leer ni escribir, denota que muchas personas que ingresan a los primeros niveles del sistema educativo vuelven a ser analfabetas por desuso.

**TABLA 8**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS EN LIMA RURAL 2007**

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	3,5	0,4	6,8
INICIAL / PREESCOLAR	0,0	0,0	0,1
PRIMARIA	40,9	37,0	44,9
SECUNDARIA	44,9	49,5	40,1
BACHILLERATO	0,1	0,0	0,1
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	6,6	7,9	5,3
SUPERIOR UNIVERSITARIO	3,9	5,0	2,7
POSTGRADO	0,1	0,2	0,0

## ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 72,5% de los adultos se encuentra en situación de unido (conviviente o casado) y un 5,2% está separado o divorciado. Una sexta parte de la población tiene estado civil soltero (Tabla 9).

**TABLA 9**  
**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS DE LIMA RURAL 2007**

ESTADO CIVIL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
CONVIVIENTE	34,2	35,0	33,4
SEPARADO	5,0	3,8	6,2
DIVORCIADO	0,2	0,1	0,2
VIUDO	7,1	4,2	10,0
CASADO	38,3	38,2	38,4
SOLTERO	15,3	18,8	11,7

## OCUPACIÓN

Los varones estuvieron trabajando la semana anterior en un 90,4%, en contraste con las mujeres (50,0%) (Tabla 10). Las cifras de desempleo llegan al 1,0%, siendo mayor el porcentaje para las mujeres.

**TABLA 10**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS DE LIMA RURAL 2007**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	70,4	90,4	50,0
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	1,0	0,6	1,4

## INGRESOS ECONÓMICOS

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

**TABLA 11**  
**PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES) EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, DE**  
**LIMA RURAL 2007**

INGRESOS (NUEVOS SOLES)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
< DE 300	55,7	46,3	70,4
301 A 600	33,2	39,5	23,5
601 A 1200	9,7	12,4	5,3
> DE 1200	1,4	1,8	0,7



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LIMA RURAL - 2007

# SALUD MENTAL DEL ADULTO







## SALUD MENTAL DEL ADULTO EN CAJATAMBO, CANTA, CAÑETE, HUARAL, HUAROCHIRÍ, HUAURA, OYÓN Y YAUYOS

### ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

### ENTORNO GENERAL

En cuanto a los problemas que enfrenta el país, alrededor del 29% de la población percibe que el principal es la pobreza. Sigue en importancia el desempleo, percibido como el problema principal por el 31,2% de los hombres y el 21,9% de las mujeres. A continuación son considerados la corrupción y la violencia, aunque en porcentajes mucho menores (Tabla 12). Frente a estos problemas, la mayoría de los encuestados manifiesta sentimientos como preocupación, pena o tristeza, cólera y desilusión. Hay diferencias entre ambos sexos en tristeza o pena, la cual afecta más a las mujeres; lo mismo que en el sentimiento de amargura, rabia o desesperación, que afecta más a los varones (Tabla 13).

**TABLA 12**

**PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
DESEMPLEO	26,6	31,2	21,9	MANEJO ECONÓMICO	3,3	3,7	2,8
POBREZA	29,4	26,2	32,6	FALTA DE CONFIANZA	0,4	0,4	0,3
CORRUPCIÓN	11,8	13,5	10,1	FALTA DE LIDERAZGO	0,7	1,3	0,1
VIOLENCIA	7,6	5,4	9,9	INESTABILIDAD POLÍTICA	0,7	0,9	0,6
DELINCUENCIA	7,4	7,3	7,5	FALTA DE VALORES	4,1	3,3	5,1
TERRORISMO	2,3	1,9	2,6	OTROS	1,4	1,4	1,3
NARCOTRÁFICO	0,8	1,3	0,3				

**TABLA 13**

**SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

ESTADOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	ESTADOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
INDIFERENCIA	3,1	4,6	1,6	PREOCUPACIÓN	30,3	33,3	27,1
RESIGNACIÓN	2,5	2,4	2,5	IMPOTENCIA	3,2	3,2	3,1
DESILUSIÓN	6,3	5,8	6,7	FRUSTRACIÓN	1,8	3,0	0,5
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	24,4	17,1	32,2	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	3,0	4,2	1,7
RABIA	2,8	3,8	1,7	INDIGNACIÓN	2,4	2,6	2,2
CÓLERA	11,4	10,8	12,1	MIEDO O TEMOR	2,7	1,7	3,8
AMARGURA	4,8	6,2	3,4	OTROS	0,9	1,0	0,7

La falta de capital monetario y de sistemas de crédito financiero, resalta la importancia de fortalecer el capital social, el cual se basa en la confianza. El grado en que confían las personas en sus autoridades y en otras personas de su entorno da una estimación del grado de confianza de las personas en el sistema. En este sentido, resalta la desconfianza en las autoridades políticas (alrededor del 88,5%), autoridades policiales varones o jueces, así como en las autoridades militares, tanto hombres como mujeres. Las personas en quienes más depositan su confianza las personas de Lima rural son los médicos y maestros (Tabla 14).

**TABLA 14**  
**CONFIANZA EN AUTORIDADES Y PERSONAS DEL ENTORNO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS</b>			
TOTAL	43,3	32,5	24,2
MASCULINO	40,5	35,9	23,6
FEMENINO	46,3	28,8	24,9
<b>AUTORIDADES POLICIALES VARONES</b>			
TOTAL	61,7	24,7	13,6
MASCULINO	57,9	29,0	13,1
FEMENINO	65,6	20,2	14,2
<b>AUTORIDADES MILITARES</b>			
TOTAL	55,2	25,9	18,9
MASCULINO	45,9	31,1	23,1
FEMENINO	65,2	20,4	14,4
<b>RELIGIOSOS</b>			
TOTAL	31,8	23,7	44,5
MASCULINO	32,5	28,2	39,3
FEMENINO	31,0	19,1	49,9
<b>MAESTROS</b>			
TOTAL	24,1	30,5	45,4
MASCULINO	22,2	31,0	46,8
FEMENINO	26,0	30,0	44,0
<b>MÉDICOS</b>			
TOTAL	18,4	29,1	52,5
MASCULINO	18,7	30,0	51,3
FEMENINO	18,1	28,2	53,7
<b>AUTORIDADES POLÍTICAS</b>			
TOTAL	88,5	8,7	2,8
MASCULINO	88,8	8,2	3,0
FEMENINO	88,1	9,3	2,6
<b>LÍDERES DE SINDICATOS</b>			
TOTAL	57,9	35,9	6,2
MASCULINO	54,6	41,4	4,0
FEMENINO	64,7	24,4	10,9
<b>LÍDERES DE LA COMUNIDAD /ALCALDE</b>			
TOTAL	55,5	26,4	18,1
MASCULINO	55,3	27,0	17,7
FEMENINO	55,7	25,7	18,6
<b>SU JEFE EN EL TRABAJO</b>			
TOTAL	26,2	37,2	36,6
MASCULINO	24,8	36,5	38,7
FEMENINO	29,3	38,8	31,9
<b>VECINOS</b>			
TOTAL	56,2	28,1	15,7
MASCULINO	54,0	29,6	16,4
FEMENINO	58,4	26,6	15,0
<b>PERIODISTAS</b>			
TOTAL	61,1	26,6	12,2
MASCULINO	56,6	31,9	11,5
FEMENINO	65,9	21,1	13,0
<b>JUECES</b>			
TOTAL	69,1	22,7	8,2
MASCULINO	67,1	24,8	8,1
FEMENINO	71,2	20,5	8,2

Con respecto a la seguridad que las personas perciben en su entorno, la gran mayoría no se siente protegida por el Estado (76,4%). Esto contrasta con los sentimientos de protección que sí genera la familia y la creencia en Dios, que en países latinoamericanos podría representar una de sus fortalezas y factores de protección frente a los problemas de salud mental.

**TABLA 15**  
**SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>DEL ESTADO</b>			
TOTAL	76,4	17,1	6,5
MASCULINO	74,3	18,7	7,0
FEMENINO	78,6	15,5	6,0
<b>DE LA FAMILIA</b>			
TOTAL	14,6	19,5	65,9
MASCULINO	16,7	20,9	62,4
FEMENINO	12,5	18,0	69,5
<b>DEL SINDICATO</b>			
TOTAL	45,9	42,9	11,2
MASCULINO	44,4	49,0	6,6
FEMENINO	48,5	31,9	19,6
<b>DE DIOS</b>			
TOTAL	1,7	5,8	92,5
MASCULINO	1,5	6,9	91,5
FEMENINO	1,8	4,7	93,5
<b>DE LA COMUNIDAD</b>			
TOTAL	42,3	26,9	30,8
MASCULINO	37,1	28,8	34,0
FEMENINO	47,7	24,8	27,5
<b>OTROS</b>			
TOTAL	11,9	19,9	68,3
MASCULINO	13,5	27,6	59,0
FEMENINO	11,0	15,6	73,5

## ESTRESORES PSICOSOCIALES

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

**TABLA 16**  
**MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

<b>TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL</b>	<b>NADA O POCO %</b>	<b>REGULAR %</b>	<b>BASTANTE O MUCHO %</b>
<b>TRABAJO</b>			
TOTAL	44,1	29,3	26,6
MASCULINO	45,5	32,6	21,9
FEMENINO	41,8	23,8	34,4
<b>ESTUDIO</b>			
TOTAL	30,0	37,0	33,0
MASCULINO	35,6	31,7	32,8
FEMENINO	22,9	43,8	33,3
<b>HIJOS Y PARIENTES</b>			
TOTAL	51,4	14,4	34,2
MASCULINO	58,4	14,5	27,1
FEMENINO	44,1	14,4	41,5
<b>PAREJA</b>			
TOTAL	55,8	13,9	30,3
MASCULINO	62,5	13,8	23,6
FEMENINO	48,2	13,9	37,8
<b>DINERO</b>			
TOTAL	40,4	24,0	35,6
MASCULINO	44,4	22,8	32,8
FEMENINO	36,3	25,1	38,6
<b>SALUD</b>			
TOTAL	30,0	20,8	49,2
MASCULINO	35,4	20,8	43,9
FEMENINO	24,4	20,8	54,8
<b>ASUNTOS CON LA LEY</b>			
TOTAL	74,6	15,3	10,1
MASCULINO	73,4	17,6	9,0
FEMENINO	75,8	12,9	11,3
<b>TERRORISMO</b>			
TOTAL	49,0	10,3	40,7
MASCULINO	54,8	9,4	35,8
FEMENINO	43,0	11,2	45,8
<b>DELINCUENCIA</b>			
TOTAL	37,5	11,5	51,0
MASCULINO	41,4	8,8	49,9
FEMENINO	33,4	14,4	52,2
<b>NARCOTRÁFICO</b>			
TOTAL	50,0	10,6	39,4
MASCULINO	52,7	9,4	37,9
FEMENINO	47,1	12,0	40,9
<b>OTROS</b>			
TOTAL	8,0	13,8	78,2
MASCULINO	2,4	16,1	81,5
FEMENINO	12,5	11,9	75,6

El indicador de experiencias traumáticas está relacionado con haber sido testigo de acontecimientos durante los cuales han muerto personas, o en los que el entrevistado ha visto gravemente amenazada su integridad física. En el caso de la población adulta, el 47,9% de la población se ha visto en situaciones semejantes, siendo la proporción algo mayor para el sexo femenino (Tabla 17).

**TABLA 17**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	%
TOTAL	47,9
MASCULINO	42,5
FEMENINO	53,5

Se encontraron también otras fuentes de estrés que tienen la categoría de estresores psicosociales: las características ambientales desfavorables donde viven las personas, tales como el ruido, la falta de ventilación, la falta de espacio y el mal olor. Un 18,2% de los encuestados dijeron experimentar bastante o mucha molestia en alguna de las condiciones referidas (Tabla 18, para efectos comparativos con la ciudad de Lima). Si se incluye el polvo y la basura este porcentaje se eleva al 45%. Las molestias más importantes fueron con el olor, el polvo y la basura.

**TABLA 18**  
**PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON NIVELES ALTOS DE ESTRÉS AMBIENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

POBLACIÓN CON ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	%
<b>TOTAL (RUIDO, FALTA DE VENTILACIÓN O ESPACIO O MALOS OLORES)</b>	18,2
MASCULINO	17,4
FEMENINO	19,0
<b>TOTAL (RUIDO, FALTA DE VENTILACIÓN O ESPACIO, MALOS OLORES, POLVO O BASURA)</b>	45,0
MASCULINO	42,5
FEMENINO	47,5
<b>RUIDO</b>	7,1
MASCULINO	5,3
FEMENINO	8,8
<b>FALTA DE VENTILACIÓN</b>	3,7
MASCULINO	3,4
FEMENINO	4,1
<b>FALTA DE ESPACIO</b>	7,4
MASCULINO	7,6
FEMENINO	7,1
<b>OLOR</b>	10,7
MASCULINO	10,3
FEMENINO	11,2
<b>POLVO</b>	32,7
MASCULINO	30,9
FEMENINO	34,7
<b>BASURA</b>	31,8
MASCULINO	29,0
FEMENINO	34,7

## DISCRIMINACIÓN

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

**TABLA 19**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN SEGÚN TIPOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE DISCRIMINACIÓN	PREVALENCIA DE VIDA %	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO		
		NINGUNA VEZ %	RARAS VECES U OCASIONALMENTE %	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE %
<b>SEXO</b>				
TOTAL	8,2	95,7	3,6	0,7
MASCULINO	3,3	98,9	1,1	0,0
FEMENINO	13,2	92,4	6,3	1,3
<b>EDAD</b>				
TOTAL	6,0	96,3	3,6	0,2
MASCULINO	4,4	97,5	2,3	0,2
FEMENINO	7,5	95,0	4,8	0,2
<b>PESO</b>				
TOTAL	3,3	98,0	1,8	0,2
MASCULINO	2,0	98,9	1,0	0,0
FEMENINO	4,6	97,1	2,6	0,3
<b>COLOR DE PIEL</b>				
TOTAL	1,8	98,7	1,2	0,1
MASCULINO	1,7	99,0	1,0	0,0
FEMENINO	1,9	98,5	1,3	0,2
<b>FORMA DE VESTIR</b>				
TOTAL	3,3	98,0	1,8	0,2
MASCULINO	2,5	98,7	1,2	0,1
FEMENINO	4,2	97,2	2,5	0,3
<b>CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL</b>				
TOTAL	11,6	92,5	7,2	0,3
MASCULINO	10,9	94,1	5,7	0,3
FEMENINO	12,4	90,8	8,8	0,4
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>				
TOTAL	10,2	94,1	5,2	0,7
MASCULINO	9,2	95,5	4,5	0,0
FEMENINO	11,3	92,7	5,9	1,3
<b>RELIGIÓN</b>				
TOTAL	2,2	98,7	1,0	0,3
MASCULINO	2,4	98,9	1,0	0,2
FEMENINO	1,9	98,6	1,0	0,5
<b>AMISTADES</b>				
TOTAL	2,5	98,2	1,6	0,1
MASCULINO	2,0	98,6	1,2	0,2
FEMENINO	2,9	97,8	2,1	0,1
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>				
TOTAL	3,1	98,7	1,1	0,2
MASCULINO	4,0	99,1	0,5	0,4
FEMENINO	2,2	98,2	1,8	0,0
<b>TALLA</b>				
TOTAL	1,3	99,5	0,4	0,0
MASCULINO	1,2	99,5	0,5	0,0
FEMENINO	1,3	99,5	0,4	0,0
<b>OTRA CONDICIÓN</b>				
TOTAL	2,6	98,2	1,7	0,1
MASCULINO	2,7	98,1	1,9	0,0
FEMENINO	2,4	98,4	1,5	0,2

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los estados anímicos comunes de las personas no son, de por sí, estados patológicos, pero pueden dar una idea rápida de las tendencias anímicas que pueden repercutir en la calidad de vida de las mismas. Se ha indagado la frecuencia de tales estados en el momento actual de su vida, y se ha intentado utilizar términos

comunes al lenguaje cotidiano. En la población general, entre el 10% y el 30% de las personas experimenta con mucha frecuencia estados negativos como tristeza, tensión, angustia, preocupación, irritabilidad y aburrimiento. Cabe resaltar que las mujeres experimentan estos estados en mayor proporción que los hombres, lo que está en relación directa con la presencia de trastornos depresivos o ansiosos (Tabla 20).

**TABLA 20**  
**PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	6,7	77,5	15,8
MASCULINO	9,8	81,8	8,4
FEMENINO	3,6	73,0	23,4
<b>TENSO</b>			
TOTAL	17,1	70,5	12,4
MASCULINO	21,6	71,5	6,9
FEMENINO	12,4	69,6	18,0
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	24,1	65,3	10,5
MASCULINO	31,8	62,1	6,1
FEMENINO	16,1	68,7	15,1
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	20,4	67,9	11,7
MASCULINO	24,7	67,7	7,7
FEMENINO	16,1	68,2	15,8
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	3,8	65,1	31,0
MASCULINO	4,6	70,7	24,7
FEMENINO	3,0	59,4	37,6
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	1,5	33,0	65,5
MASCULINO	1,8	26,3	71,9
FEMENINO	1,1	39,9	59,0
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	0,5	32,1	67,5
MASCULINO	0,2	24,7	75,1
FEMENINO	0,8	39,7	59,6
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	24,3	65,2	10,4
MASCULINO	28,5	65,3	6,2
FEMENINO	20,1	65,2	14,7
<b>OTRO</b>			
TOTAL	5,1	18,1	76,8
MASCULINO	9,3	7,4	83,3
FEMENINO	0,0	31,1	68,9

## ASPECTOS DE SALUD MENTAL POSITIVA

Los estudios de salud mental de las poblaciones incluyen no sólo factores de riesgo y factores protectores para el desarrollo de enfermedades y problemas psicosociales, sino los aspectos positivos de la salud, a efectos de ser considerados dentro de las estrategias de prevención y promoción. Se ha demostrado que constructos como autoestima, autoeficacia, resiliencia y satisfacción con la vida están correlacionados positivamente con la salud y bienestar y negativamente con estados de estrés, ansiedad, depresión y otros problemas de salud.

## AUTOESTIMA

Autoestima se refiere a la conciencia subjetiva de sí mismo, que condiciona un estado afectivo y una valoración en relación a las expectativas e ideales sobre sí. La autoestima se relaciona positivamente con el bienestar en general y de forma negativa con el estrés y depresión. En la Escala de Autoestima de Rosenberg, con un rango de 10 a 40 puntos, en la que el mayor puntaje indica mayor autoestima, la media es 28,7. El valor de la media es cercano a 30,4 reportado en otros estudios internacionales. (Tabla 20A).

**TABLA 20A**  
**ASPECTOS DE SALUD MENTAL POSITIVA: AUTOESTIMA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

(ESCALA DE 0 A 40)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						
TOTAL	28,7	2,9	29,0	29,0	27,0	30,0
MASCULINO	29,1	2,9	29,0	29,0	27,0	30,0
FEMENINO	28,4	2,8	28,0	29,0	27,0	30,0

## SATISFACCIÓN CON LA VIDA

La satisfacción con la vida expresa la valoración global que de ella hacen las personas, sobre la base de su particular criterio, comparando las circunstancias vitales con los estándares personales. Incluye componentes de largo plazo como los rasgos personales y los eventos vitales; componentes más mediatos como los eventos vitales actuales y los esquemas cognoscitivos; e inmediatos como las circunstancias vitales y el ánimo actuales. Evaluada con la Escala de satisfacción con la vida de Diener, con puntuaciones entre 5 y 25 puntos, en la que a mayor puntaje corresponde mayor satisfacción, se obtiene una media de 16,8. (Tabla 20B).

**TABLA 20B**  
**ASPECTOS DE SALUD MENTAL POSITIVA: SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

(ESCALA DE 0 A 25)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE DIENER*						
TOTAL	16,8	3,2	18,0	20,0	15,0	20,0
MASCULINO	17,3	3,2	18,0	20,0	16,0	20,0
FEMENINO	16,3	3,2	17,0	20,0	14,0	19,0

\* El puntaje neutral en la escala de satisfacción con la vida se ha considerado 15, por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho, 21 a 25 muy satisfecho y 5 a 9 muy insatisfecho.

## AUTOEFICACIA

Autoeficacia es la percepción personal de ser capaz de producir un efecto deseado para dirigir el propio curso vital y de manera activa. Refleja la creencia de ser capaz de controlar las demandas ambientales mediante acciones adaptativas: trazarse metas más altas, desplegar mayor esfuerzo y persistencia y recuperarse más rápidamente de problemas. Se asocia positivamente con mejor salud, mayores logros y mejor integración social, y negativamente con disminuida autoestima, pesimismo, desamparo, ansiedad y depresión. Evaluada con la Escala de autoeficacia de Schwarzer y Jerusalem, con un rango de 10 a 40 puntos, en la que el mayor puntaje indica mayor autoeficacia, la media obtenida en la muestra fue 31,6. En estudios internacionales el valor medio promedio ha sido 29,46 y en una evaluación previa en Lima, 33. De otro lado, se aprecia cierta superioridad de los varones sobre las mujeres en los puntajes obtenidos. (Tabla 20C).



**TABLA 20C**  
**ASPECTOS DE SALUD MENTAL POSITIVA: AUTOEFICACIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

(ESCALA DE 10 A 40)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
ESCALA DE AUTOEFICACIA DE SCHWARZER Y JERUSALEM						
TOTAL	31,6	6,1	32,0	40,0	28,0	37,0
MASCULINO	33,0	5,5	34,0	40,0	29,0	38,0
FEMENINO	30,2	6,3	30,0	30,0	26,5	35,0

## RESILIENCIA

Resiliencia es la capacidad personal para seguir proyectándose hacia el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. Con la Escala de Resiliencia del Yo de Block y cols, de rango entre 14 a 56 puntos, en la que a mayor puntaje corresponde mayor resiliencia, la muestra obtiene una media de 44,6. Se aprecia cierta superioridad de los puntajes entre los varones frente a los valores obtenidos por las mujeres. (Tabla 20D).

**TABLA 20D**  
**ASPECTOS DE SALUD MENTAL POSITIVA: RESILIENCIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

(ESCALA DE 14 A 56)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
ESCALA DE RESILIENCIA DEL YO DE BLOCK						
TOTAL	44,6	7,7	44,0	42,0	40,0	51,0
MASCULINO	46,3	7,2	47,0	56,0	42,0	53,0
FEMENINO	42,8	7,8	43,0	44,0	38,0	49,0

## SATISFACCIÓN PERSONAL

La satisfacción personal en las distintas áreas de la vida está en directa relación con la autoestima personal, la cual se construye en forma muy compleja desde temprana edad a través de las experiencias con el medio y el temperamento propio de cada individuo. Esta interacción deriva en logros con los cuales la persona puede o no estar conforme, lo cual influye en su autovalía personal. En una escala de 5 a 20, el grado de satisfacción personal de los encuestados se encuentra en una media de 16,7 (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, profesión u oficio que estudió(a) y sus relaciones sociales. Sin embargo, esta satisfacción es mucho menor en el nivel económico y el nivel educativo alcanzado. El grado de insatisfacción con relación al aspecto económico (29,9%) se asocia con los niveles de pobreza (Tabla 22). En general, existe una tendencia a una menor satisfacción en las mujeres en comparación con los hombres.

**TABLA 21**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL\* EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

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

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

**TABLA 22**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN DE LIMA RURAL 2007**

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASPECTO FÍSICO</b>			
TOTAL	10,8	26,4	62,8
MASCULINO	8,6	26,0	65,4
FEMENINO	13,2	26,8	60,0
<b>COLOR DE PIEL</b>			
TOTAL	7,8	21,1	71,1
MASCULINO	7,2	22,6	70,2
FEMENINO	8,4	19,6	71,9
<b>INTELIGENCIA</b>			
TOTAL	9,5	26,7	63,8
MASCULINO	7,3	25,9	66,7
FEMENINO	11,8	27,4	60,8
<b>NIVEL ECONÓMICO</b>			
TOTAL	29,9	42,5	27,6
MASCULINO	25,8	47,9	26,2
FEMENINO	34,1	37,0	28,9
<b>PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)</b>			
TOTAL	12,5	21,7	65,8
MASCULINO	9,9	19,3	70,8
FEMENINO	16,5	25,3	58,2
<b>NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO</b>			
TOTAL	34,8	35,0	30,2
MASCULINO	28,4	39,2	32,4
FEMENINO	41,8	30,5	27,7
<b>RELIGIÓN</b>			
TOTAL	8,9	15,3	75,8
MASCULINO	9,6	18,3	72,1
FEMENINO	8,1	12,1	79,8
<b>RELACIONES SOCIALES</b>			
TOTAL	16,9	28,3	54,8
MASCULINO	14,5	29,6	55,9
FEMENINO	19,3	27,0	53,7
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>			
TOTAL	10,6	24,7	64,7
MASCULINO	8,1	23,9	67,9
FEMENINO	13,2	25,4	61,4

## SATISFACCIÓN LABORAL

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

**TABLA 23**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

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

\* Sobre la base de 6 ítems de la tabla siguiente, en una escala de 4 puntos cada uno, transformados en sistema vigesimal.

**TABLA 24A**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA</b>			
TOTAL	8,8	30,0	61,3
MASCULINO	8,9	26,9	64,2
FEMENINO	8,5	35,1	56,4
<b>CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA</b>			
TOTAL	9,6	29,6	60,8
MASCULINO	9,1	29,0	61,9
FEMENINO	10,4	30,6	59,0
<b>CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>			
TOTAL	9,8	32,4	57,7
MASCULINO	9,7	33,0	57,3
FEMENINO	10,1	31,4	58,5
<b>CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO</b>			
TOTAL	13,4	38,3	48,3
MASCULINO	11,0	37,6	51,4
FEMENINO	17,3	39,4	43,3
<b>CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES</b>			
TOTAL	16,6	32,2	51,2
MASCULINO	14,5	32,1	53,4
FEMENINO	21,2	32,3	46,5
<b>CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE</b>			
TOTAL	36,8	38,5	24,6
MASCULINO	34,2	40,0	25,9
FEMENINO	41,7	35,9	22,3

## CALIDAD DE SUEÑO

Los problemas de sueño representan por su magnitud, un problema de salud pública. Como se mencionara al inicio de esta publicación, los problemas de sueño se han vinculado con calidad de vida, conductas de búsqueda de atención y accidentes de tránsito. En este estudio se exploraron los problemas de sueño a través del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. El componente de calidad subjetiva de sueño se refiere a una valoración que hace la persona; la latencia del sueño se refiere al tiempo que demora la persona en quedarse dormida; la duración representa las horas de sueño promedio; la eficiencia del sueño describe la relación entre las horas de sueño y las horas que la persona se encuentra en la cama sin dormir; las perturbaciones del sueño se refieren a distintos problemas para dormir a causa de, por ejemplo, despertarse durante la noche, levantarse para ir al baño, no respirar bien, roncar ruidosamente, etc.; la medicación para dormir puntualiza las veces que la persona ha tomado medicación para dormir indicada o no por un facultativo; y la disfunción diurna da cuenta de las veces que la persona ha experimentado somnolencia o dificultad para mantenerse despierto mientras realizaba alguna actividad como conducir o comer. Los resultados encontrados en este estudio son similares a los encontrados en otras latitudes, con la diferencia que se trata de una muestra rural. En más del 23% de los entrevistados se encontró problemas que ameritan la atención del médico (Tabla 24B). Un 18,8% requirió más de 30 minutos en conciliar el sueño, mientras que un 38,2% de la población estudiada duerme menos de 7 horas diarias. Asimismo, cerca del 2% de la población toma alguna medicación para dormir y cerca del 4% presenta al menos alguna disfunción diurna en la semana. También debemos resaltar la alta frecuencia de perturbaciones del sueño presentes en la población (Tabla 24C). Estos resultados confirman la importancia de considerar estos problemas en los programas e intervenciones de salud.

**TABLA 24B**  
**CALIDAD DE SUEÑO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

COMPONENTES	CALIFICACIÓN			
	BASTANTE BUENO	BUENO	MALO	BASTANTE MALO
CALIDAD DE SUEÑO	7,6% (ES 2,5) (IC95% 3,8-14,4)	77,0% (ES 2,7) (IC 95% 71,3-81,8)	14,2% (ES 1,7) (IC95% 11,1-17,9)	1,3% (ES 0,4) (IC95% 0,7-2,3)
LATENCIA DEL SUEÑO	15 MIN. O MENOS	16 A 30 MIN.	31 A 60 MIN.	MÁS DE 60 MIN.
DURACIÓN DEL SUEÑO	MÁS DE 7 HORAS	ENTRE 6 Y 7 HORAS	ENTRE 5 Y 6 HORAS	MENOS DE 5 HORAS
EFICIENCIA DEL SUEÑO	MÁS DEL 85%	DEL 75 AL 84%	DEL 65 AL 74%	MENOS DEL 65%
PERTURBACIONES DEL SUEÑO	NINGUNA	ENTRE 1 Y 9	ENTRE 10 Y 18	ENTRE 19 Y 27
MEDICACIÓN PARA DORMIR	NINGUNA VEZ EN ÚLTIMAS 4 SEM.	MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	UNA O DOS VECES AL SEMANA	TRES O MÁS VECES A LA SEMANA
DISFUNCIÓN DIURNA	NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEM.	MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	UNA O DOS VECES A LA SEMANA	TRES O MÁS VECES A LA SEMANA
PUNTAJE TOTAL (N=2,504)	SIN PROBLEMA DE SUEÑO (SCORE <5)	MERECE ATENCIÓN MÉDICA	MERECE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO	SE TRATA DE UN PROBLEMA DE SUEÑO GRAVE

**TABLA 24C**  
**PERTURBACIONES DEL SUEÑO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

PROBLEMAS PARA DORMIR A CAUSA DE...	CALIFICACIÓN			
	NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEM.	MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	UNA O DOS VECES A LA SEMANA	TRES O MÁS VECES A LA SEMANA
DESPERTARSE DURANTE LA NOCHE	53,9% (ES 2,2) (IC95% 49,6-58,1)	19,8% (ES 1,6) (IC95% 16,9-23,1)	15,6% (ES 1,2) (IC95% 13,3-18,2)	10,7% (ES 1,2) (IC95% 8,6-13,3)
TENER QUE LEVANTARSE PARA IR AL BAÑO	64,3% (ES 2,4) (IC95% 59,5-68,8)	18,3% (ES 2,3) (IC95% 14,3-23,3)	12,9% (ES 1,4) (IC95% 10,3-16,0)	4,5% (ES 0,8) (IC95% 3,2-6,4)
NO PODER RESPIRAR BIEN	92,2% (ES 1,0) (IC95% 90,0-94,0)	5,3% (ES 0,8) (IC95% 3,8-7,2)	1,8% (ES 0,4) (IC95% 1,1-2,7)	0,7% (ES 0,2) (IC95% 0,4-1,3)
TOSER O RONCAR RUIDOSAMENTE	89,8% (ES 1,3) (IC95% 86,9-92,2)	5,4% (ES 0,7) (IC95% 4,1-7,1)	3,7% (ES 0,8) (IC95% 2,4-5,6)	1,1% (ES 0,3) (IC95% 0,6-1,8)
SENTIR FRIO	73,6% (ES 2,3) (IC95% 68,8-78,0)	13,1% (ES 1,7) (IC95% 10,2-16,7)	9,8% (ES 1,3) (IC95% 7,6-12,6)	3,4% (ES 0,6) (IC95% 2,4-4,8)
SENTIR DEMASIADO CALOR	91,0% (ES 1,1) (IC95% 88,6-92,9)	4,8% (ES 0,7) (IC95% 3,6-6,3)	3,5% (ES 0,8) (IC95% 2,2-5,4)	0,8% (ES 0,3) (IC95% 0,3-1,8)
TENER PESADILLAS	78,8% (ES 1,8) (IC95% 74,9-82,3)	12,9% (ES 1,5) (IC95% 10,3-16,1)	6,7% (ES 1,0) (IC95% 5,0-8,9)	1,6% (ES 0,4) (IC95% 1,0-2,6)
SUFRIR DOLORES	76,4% (ES 1,8) (IC95% 72,7-79,7)	10,9% (ES 1,3) (IC95% 8,5-13,9)	8,5% (ES 1,0) (IC95% 6,8-10,6)	4,2% (ES 0,7) (IC95% 3,0-5,8)

## CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es una construcción conceptual que involucra áreas como el bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo socio-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. A continuación se presenta el resultado correspondiente al Índice de Calidad de Vida que -en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente- se encontró en un 7,42. El valor de este resultado será mejor apreciado como indicador comparativo en posteriores estudios. Aun así, la cifra encontrada indica un nivel aceptable de calidad de vida desde la perspectiva de la propia persona. Estudios a profundidad presentarán relaciones específicas de este indicador con otras variables (Tabla 25). La evaluación total no muestra diferencias significativas según sexo. Sin embargo, si existe diferencia significativa en el componente específico de bienestar físico y una tendencia en el bienestar psicológico o emocional a favor de los varones.

**TABLA 25**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007, SEGÚN SEXO**

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	E.S.	IC 95 %		P
			INFERIOR	SUPERIOR	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	7,4174	,04721	7,3239	7,5108	0,321
MASCULINO	7,4484	,04433	7,3607	7,5361	
FEMENINO	7,3854	,06627	7,2543	7,5166	
<b>BIENESTAR FÍSICO</b>	6,88	,073	6,73	7,02	0,0001
MASCULINO	7,08	,101	6,88	7,28	
FEMENINO	6,68	,068	6,54	6,81	
<b>BIENESTAR PSICOLÓGICO O EMOCIONAL</b>	7,52	,077	7,37	7,38	0,067
MASCULINO	7,62	,085	7,45	7,79	
FEMENINO	7,43	,099	7,23	7,62	
<b>AUTO-CUIDADO Y FUNCIONAMIENTO</b>	8,08	,065	7,96	8,21	0,263
MASCULINO	8,03	,075	7,88	8,17	
FEMENINO	8,14	,094	7,96	8,33	
<b>FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL</b>	7,89	,077	7,74	8,05	0,821
MASCULINO	7,91	,085	7,74	8,07	
FEMENINO	7,88	,098	7,69	8,08	
<b>FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL</b>	7,78	,059	7,66	7,90	0,591
MASCULINO	7,80	,063	7,68	7,93	
FEMENINO	7,76	,083	7,59	7,92	
<b>APOYO SOCIAL-EMOCIONAL</b>	7,10	,055	6,99	7,20	0,472
MASCULINO	7,05	,094	6,86	7,23	
FEMENINO	7,15	,080	6,99	7,30	
<b>APOYO COMUNITARIO Y DE SERVICIOS</b>	6,31	,093	6,12	6,49	0,717
MASCULINO	6,35	,180	5,99	6,70	
FEMENINO	6,26	,102	6,06	6,47	
<b>PLENITUD PERSONAL</b>	7,22	,064	7,09	7,35	0,377
MASCULINO	7,27	,086	7,10	7,44	
FEMENINO	7,17	,082	7,01	7,33	
<b>SATISFACCIÓN ESPIRITUAL</b>	7,72	,058	7,60	7,83	0,468
MASCULINO	7,67	,072	7,53	7,81	
FEMENINO	7,76	,100	7,57	7,96	
<b>CALIDAD DE VIDA GLOBAL</b>	7,69	,062	7,57	7,82	0,201
MASCULINO	7,75	,064	7,62	7,88	
FEMENINO	7,64	,086	7,47	7,81	

## DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

La discapacidad y la inhabilidad se refieren a la disminución, pérdida o ausencia de la capacidad para funcionar en el medio social y laboral. La diferencia entre ambos conceptos radica en que el primero surge como consecuencia de una enfermedad, en tanto que el segundo se debe a la falta o insuficiencia de desarrollo de habilidades.

En este informe se presentan los indicadores generales a nivel de la población adulta; posteriores reportes presentarán los resultados específicos de la población y los relacionados con la patología psiquiátrica. Se encuentra que alrededor de una décima parte de la población tiene al menos alguna discapacidad o inhabilidad (Tablas 26, 27A y 27B). El análisis según sexo, muestra diferencias significativas a favor de los varones en relación a la presencia de alguna discapacidad o inhabilidad para el cuidado personal, el funcionamiento familiar y organizacional.

**TABLA 26**  
**NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

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

**TABLA 27A**  
**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN GENERAL ADULTA DE LIMA RURAL 2007 CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD**

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%	P
TOTAL	12,3	0,029
MASCULINO	10,5	
FEMENINO	14,2	

**TABLA 27B**  
**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN GENERAL ADULTA DE LIMA RURAL 2007 CON DISCAPACIDAD O INHABILIDAD ESPECÍFICA**

TIPO DE DISCAPACIDAD: DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA	NINGUNA %	LEVE %	MODERADA %	SEVERA O ABSOLUTA %	P
<b>MANTENER REGULARMENTE EL ASEO DE SU CUERPO, SU ALIÑO O ARREGLO PERSONAL</b>					0,048
TOTAL	97,4	1,6	0,9	0,1	
MASCULINO	98,5	1,0	0,4	0,1	
FEMENINO	96,4	2,2	1,3	0,1	
<b>DESEMPEÑAR EFICIENTEMENTE SUS OCUPACIONES (ESTUDIOS, TRABAJOS, O CASA)</b>					0,853
TOTAL	91,5	4,9	3,3	0,3	
MASCULINO	91,8	4,8	3,1	0,2	
FEMENINO	91,1	5,0	3,5	0,4	
<b>ASUMIR Y DESEMPEÑAR SATISFACTORIAMENTE SUS FUNCIONES COMO MADRE, PADRE, ESPOSO(A) O HIJO(A)</b>					0,003
TOTAL	95,4	2,8	1,7	0,2	
MASCULINO	97,4	1,3	1,2	0,1	
FEMENINO	93,3	4,4	2,1	0,2	
<b>RELACIONARSE CON SUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS Y PERSONAS EN GENERAL</b>					0,183
TOTAL	97,7	1,5	0,7	0,2	
MASCULINO	98,2	1,0	0,7	0,0	
FEMENINO	97,1	2,0	0,6	0,3	
<b>PLANIFICAR SUS ACTIVIDADES, LUEGO ORGANIZARLAS Y EJECUTARLAS</b>					0,003
TOTAL	96,3	2,4	1,2	0,1	
MASCULINO	97,7	1,2	1,0	0,1	
FEMENINO	95,0	3,6	1,4	-	

## ASPECTOS PSICOPÁTICOS

El clima de paz y tranquilidad que debe existir entre los ciudadanos se ve afectado cuando la persona quiebra sistemáticamente las reglas y leyes que la sociedad establece. Si bien existe una personalidad definidamente antisocial, cuyas causas se han relacionado hasta con factores genéticos, en esta ocasión se evalúan tendencias más sutiles y sensibles a los cambios e influencias de la sociedad. La permisividad frente a la psicopatía se ha medido a través de la tolerancia de las personas hacia conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente, la violencia o el robo. La primera se encuentra en el 9,2% de la población, y la segunda en el 3,6%, cifras que denotan una importante proporción de individuos en estas condiciones (Tabla 28A, 28B). En ambos casos se detallan los componentes específicos de estos indicadores.

**TABLA 28A**  
**PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
<b>PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA*</b>	
TOTAL	9,2
MASCULINO	7,3
FEMENINO	11,2
<b>ANTE ROBO, NO LE IMPORTA Y NO HACE NADA</b>	
TOTAL	6,3
MASCULINO	4,8
FEMENINO	7,8
<b>CONSIDERA PERMITIDO ANTE DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS EL ROBO</b>	
TOTAL	3,0
MASCULINO	2,5
FEMENINO	3,5

\* Se refiere a si el entrevistado ve a una persona robando en una tienda o puesto de mercado no le importa y no hace nada o considerar que ante determinadas circunstancias o situaciones difíciles es permitido robar.

**TABLA 28B**  
**ALGUNAS TENDENCIAS PSICOPÁTICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TENDENCIAS PSICOPÁTICAS**	NUNCA %	RARA VEZ %	OCASIONAL- MENTE %	FRECUENTE %	MUY FRECUENTE %
<b>OBTENCIÓN DE OBJETOS DE DUDOSA PROCEDENCIA O ROBADAS</b>					
TOTAL	94,9	4,4	0,7	0,0	0,0
MASCULINO	92,4	6,9	0,7	0,0	0,0
FEMENINO	97,4	1,8	0,7	-	0,1
<b>MENTIRA FRECUENTE EN LA ADULTEZ</b>					
TOTAL	50,3	41,8	7,1	0,7	0,0
MASCULINO	45,6	44,3	9,0	1,1	0,0
FEMENINO	55,2	39,3	5,1	0,4	0,0
<b>VENTA DE OBJETO DE DUDOSA PROCEDENCIA O ROBADAS</b>					
TOTAL	98,6	1,2	0,2	-	0,1
MASCULINO	98,3	1,4	0,3	-	-
FEMENINO	98,8	1,0	0,0	-	0,2
<b>PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS**</b>					
TOTAL				3,6	
MASCULINO				3,8	
FEMENINO				3,3	

\*\* Se refiere a haber adquirido al menos ocasionalmente objetos de muy dudosa procedencia o robados, o haber participado en un robo alguna vez, o mentir mucho frecuente o muy frecuentemente, o haber ganado dinero al menos ocasionalmente vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas.

## INDICADORES SUICIDAS

Se han estudiado los indicadores suicidas en una forma detallada, desde las formas más sutiles, como los deseos de morir, hasta los pensamientos suicidas específicos, el planeamiento y el intento suicida. Estos indicadores son más sensibles, antes del suicidio consumado, y más susceptibles de acciones preventivas. No se sostiene que las causas que expliquen uno u otro, o el mismo suicidio, deban ser necesariamente las mismas; sin embargo, aparentemente existe algún tipo de vinculación importante. De primera intención observamos que los indicadores son significativos, especialmente en el sexo femenino, llegando a un 15,5% 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 26,8% de la población adulta de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte, alguna vez en su vida ha presentado deseos de morir; un 9,4% lo ha considerado en el último año y un 4,3%, en el último mes. Con relación a ideas suicidas más definidas, el 7,0% y el 2,8% han tenido alguna vez en su vida pensamientos de quitarse la vida y planes suicidas, respectivamente. En cuanto a la conducta suicida, en este caso nos referimos al intento suicida, que denota un indicador más objetivo con impacto familiar y económico, el 1,2% de la población encuestada ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 0,6% lo ha intentado en el último año. Esta última cifra, debido al tamaño de muestra y al nivel de precisión, debe ser tomada con cautela; sin embargo, es clara la tendencia. Mientras que un 8,3% de las personas que intentaron hacerse daño considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución.

**TABLA 29**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

INDICADORES SUICIDAS	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR</b>	26,8
MASCULINO	14,2
FEMENINO	39,7
<b>PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR</b>	9,4
MASCULINO	3,4
FEMENINO	15,5
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR</b>	4,3
MASCULINO	1,6
FEMENINO	7,1
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	7,0
MASCULINO	5,1
FEMENINO	8,9
<b>PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	2,2
MASCULINO	1,0
FEMENINO	3,4
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>	0,7
MASCULINO	0,4
FEMENINO	1,1
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	2,8
MASCULINO	1,5
FEMENINO	4,2
<b>PREVALENCIA ANUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	1,1
MASCULINO	0,3
FEMENINO	2,0
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA</b>	0,2
MASCULINO	0,0
FEMENINO	0,4
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	1,2
MASCULINO	0,6
FEMENINO	1,8
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	0,6
MASCULINO	0,1
FEMENINO	1,1
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS</b>	0,0
MASCULINO	0,0
FEMENINO	0,0
<b>PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA*</b>	0,1
	(8,3% DE LOS INTENTOS)
MASCULINO	0,0
FEMENINO	0,2

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



Se observa en la Tabla 30 que los principales motivos de deseos, pensamientos y planes suicidas son, en orden de frecuencia: problemas con salud física, pareja, otros parientes y económicos. Se aprecia también que los principales motivos de intento suicida son: problemas de pareja, salud física y problemas con los padres. En el sexo femenino, las causas de intento suicida se relacionan con la salud física. En los hombres, la distribución es más heterogénea, siendo la causa más frecuente los problemas con la pareja. Es probable que esto se deba a que los hombres se resienten más que las mujeres.

**TABLA 30**  
**MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TÓPICOS	MOTIVOS DE DESEOS, PENSAMIENTOS, PLANES SUICIDAS	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS
	%	%
<b>PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN</b>	1,8	0,0
MASCULINO	1,0	0,0
FEMENINO	2,2	0,0
<b>PROBLEMAS CON LOS PADRES</b>	7,9	14,5
MASCULINO	8,8	0,0
FEMENINO	7,6	19,1
<b>PROBLEMAS CON LOS HIJOS</b>	4,2	0,0
MASCULINO	4,2	0,0
FEMENINO	4,2	0,0
<b>PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES</b>	11,8	1,7
MASCULINO	8,3	7,0
FEMENINO	13,1	0,0
<b>PROBLEMAS CON LA PAREJA</b>	24,7	25,1
MASCULINO	13,3	70,6
FEMENINO	28,9	10,8
<b>PROBLEMAS CON LAS AMISTADES</b>	0,3	0,0
MASCULINO	0,6	0,0
FEMENINO	0,1	0,0
<b>PROBLEMAS LABORALES</b>	1,9	0,0
MASCULINO	3,9	0,0
FEMENINO	1,2	0,0
<b>PROBLEMAS CON LOS ESTUDIOS</b>	1,2	4,8
MASCULINO	1,5	0,0
FEMENINO	1,1	6,4
<b>PROBLEMAS ECONÓMICOS</b>	11,4	5,9
MASCULINO	16,3	4,2
FEMENINO	9,6	6,4
<b>PROBLEMAS CON LA SALUD FÍSICA</b>	27,9	21,7
MASCULINO	30,5	20,1
FEMENINO	27,0	22,2
<b>SALUD FÍSICA DE ALGÚN FAMILIAR</b>	2,0	0,0
MASCULINO	0,8	0,0
FEMENINO	2,4	0,0
<b>SEPARACIÓN DE ALGÚN FAMILIAR</b>	2,4	5,2
MASCULINO	1,5	0,0
FEMENINO	2,8	6,8
<b>MUERTE DE LA PAREJA</b>	1,7	0,0
MASCULINO	0,4	0,0
FEMENINO	2,1	0,0
<b>MUERTE DE UN HIJO</b>	3,4	0,0
MASCULINO	0,3	0,0
FEMENINO	4,6	0,0
<b>MUERTE DE PADRE(S) O MADRE</b>	2,2	0,0
MASCULINO	2,2	0,0
FEMENINO	2,2	0,0
<b>PROBLEMAS CON EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS</b>	1,2	0,3
MASCULINO	1,3	1,4
FEMENINO	1,2	0,0
<b>SIN MOTIVO APARENTE</b>	2,9	0,2
MASCULINO	9,8	0,7
FEMENINO	0,4	0,0
<b>OTROS</b>	10,6	33,1
MASCULINO	11,1	6,9
FEMENINO	10,4	41,3

## 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, encontrándose que un 24,6% de la población se ha visto involucrada en alguno de estos tipos de conducta. También se han tomado en cuenta indicadores más sutiles, tales como el pensamiento homicida (Tabla 31).

**TABLA 31**  
**TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

INDICADOR	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TENDENCIAS VIOLENTAS*</b>	
TOTAL	24,6
MASCULINO	32,7
FEMENINO	16,3
<b>LE HA PEGADO A UN NIÑO MENOR Y LE HA DEJADO MORETONES</b>	
TOTAL	4,2
MASCULINO	4,1
FEMENINO	4,3
<b>HA PARTICIPADO EN MÁS DE UNA PELEA QUE HAYA ACABADO A GOLPES</b>	
TOTAL	22,0
MASCULINO	30,5
FEMENINO	13,1
<b>EN UNA PELEA HA USADO PIEDRAS, PALOS, CUCHILLOS (NAVAJAS), HONDAS, MACHETE, VERDUGUILLO U HOZ</b>	
TOTAL	2,7
MASCULINO	3,4
FEMENINO	2,0
<b>EN UNA PELEA HA USADO ARMAS DE FUEGO COMO PISTOLAS</b>	
TOTAL	0,1
MASCULINO	0,1
FEMENINO	0,0
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA**</b>	
TOTAL	1,1
MASCULINO	0,9
FEMENINO	1,2
<b>PREVALENCIA MENSUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>	
TOTAL	0,3
MASCULINO	0,2
FEMENINO	0,4
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA</b>	
TOTAL	0,0
MASCULINO	0,0
FEMENINO	0,0

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

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

## 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, 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 (Tabla 32A). Si bien la mayoría de los entrevistados refiere positivamente sus vínculos familiares, existe una proporción importante entre 5 y 17% que se manifiestan negativamente (Tabla 32B). Desde el punto de vista de la salud mental familiar y de la salud pública este grupo de personas deben ser consideradas en riesgo por tener, probablemente, familias disfuncionales. De la misma manera, el factor

religioso es muy importante en la población, y la mayoría se apoya en el mismo para enfrentar los retos cotidianos que les presenta la vida. Sin embargo, la participación religiosa activa se encuentra en niveles relativamente bajos (Tabla 33).

**TABLA 32A**  
**GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

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

**TABLA 32B**  
**COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

ASPECTO FAMILIAR	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS
<b>¿CUÁNTO LE IMPORTARÍA HACER PASAR VERGÜENZA A SU FAMILIA?</b>				
TOTAL	17,6	11,4	71,0	F=6,338; DF1=1,517;
MASCULINO	21,0	14,7	64,3	DF2=195,629;
FEMENINO	14,1	7,9	78,0	P=0,005
<b>¿QUÉ TANTO SIENTE QUE LO(A) RESPETAN?</b>				
TOTAL	6,5	19,3	74,2	F=0,290; DF1=1,685;
MASCULINO	7,0	19,9	73,1	DF2=217,351;
FEMENINO	6,0	18,7	75,3	P=0,711
<b>¿CUÁNTO SIENTE QUE SE APOYAN UNOS A OTROS?</b>				
TOTAL	9,3	19,9	70,9	F=0,518; DF1=1,605;
MASCULINO	8,2	20,5	71,3	DF2=207,109;
FEMENINO	10,4	19,2	70,5	P=0,557
<b>¿CUÁN ORGULLOSO SE SIENTE DE SU FAMILIA?</b>				
TOTAL	5,5	13,7	80,9	F=0,098; DF1=1,687;
MASCULINO	5,2	13,3	81,5	DF2=217,674;
FEMENINO	5,8	14,0	80,2	P=0,875
<b>¿QUÉ TANTO SIENTE QUE SUS VALORES MORALES SE PARECEN A LOS DE SU FAMILIA?</b>				
TOTAL	9,3	25,1	65,7	F=1,780; DF1=1,923;
MASCULINO	10,3	22,5	67,2	DF2=248,015;
FEMENINO	8,2	27,7	64,0	P=0,172
<b>¿QUÉ TANTO SE SIENTE PARTE DEL PROGRESO DE SU FAMILIA?</b>				
TOTAL	8,4	22,4	69,2	F=2,257; DF1=1,934;
MASCULINO	6,3	22,9	70,8	DF2=249,529;
FEMENINO	10,6	22,0	67,4	P=0,109

**TABLA 33**  
**TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TENDENCIAS RELIGIOSAS	SIENTE PROTECCIÓN DE DIOS %	DIOS ES MUY IMPORTANTE %	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO %	PARTICIPA ACTIVAMENTE %	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS %	TRASMITE RELIGIÓN A HIJOS %	PREDICA RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS %	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIÓN DE PROBLEMAS %
TOTAL	92,5	89,2	77,4	22,4	62,6	60,2	30,4	67,6
MASCULINO	91,5	86,7	74,2	21,2	67,4	54,3	29,8	67,1
FEMENINO	93,5	91,8	80,6	23,6	57,5	65,8	31,0	68,1

## TRASTORNOS CLÍNICOS

En la Tabla 34 se presentan las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual por grupos de trastornos clínicos, según los criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En general, las mujeres padecen más trastornos depresivos y ansiosos que los hombres, y éstos padecen más problemas por uso de sustancias nocivas. Poco más de la cuarta parte de la población de Lima rural Sur y Lima rural Norte (29,6%) alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico; cerca de una octava parte lo ha sufrido en los últimos 6 - 12 meses (12,3 - 13,4% respectivamente), y un 8,5% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta. Como grupo, los trastornos de ansiedad han sido los más frecuentes. Si consideramos la prevalencia anual, los trastornos de ansiedad se encuentran en un 5,8%, seguido por los trastornos por consumo perjudicial de sustancias nocivas (5,0%). Es llamativa la menor prevalencia de trastornos de ansiedad en el área rural a la encontrada en la ciudad de Lima.

Las Tablas 35, 36, 37 y 38A presentan respectivamente la prevalencia de vida, anual, de seis meses y actual de los principales trastornos psiquiátricos de la población Lima Rural Sur y Lima Rural Norte, así como la distribución por sexo. En lo que concierne a prevalencia de vida, el desorden más frecuente es el episodio depresivo moderado a severo (15,8%), seguido por el trastorno de estrés post-traumático (9,1%) y el trastorno de ansiedad generalizada (6,6%) (Tabla 35). Con respecto a las prevalencias anuales (Tabla 36), observamos que los principales problemas desde el punto de vista psiquiátrico de esta población son los trastornos de consumo perjudicial o dependencia de alcohol (4,5%), en varones, y el episodio depresivo moderado a severo (4,0%), en mujeres. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien las prevalencias son bajas, las conductas de riesgo reportadas son moderadas (1,3%) (Tabla 38A). La tabla 38B presenta la edad de inicio de los principales trastornos psiquiátricos. La edad de inicio más temprana se encontró para la fobia social, y la más tardía para el episodio depresivo moderado a severo. En general, la edad de inicio de la mayoría de trastornos se sitúa entre los 20 y 30 años; sin embargo, en muchos casos estos trastornos se iniciaron a edades muy tempranas.

En la muestra no se hallaron casos de episodio maníaco ni de síndrome psicótico (definido como al menos 5 síntomas del MINI). Dichos hallazgos han sido consistentes en otros estudios realizados por el INSM. Esto no debe llevarnos equivocadamente a la conclusión de que no existen tales cuadros en la población, sino que puede deberse a alguno de los siguientes factores: a) que efectivamente tales condiciones tengan prevalencia baja en nuestro medio, b) que por lo tanto el tamaño de la muestra no haya sido suficiente para su identificación; c) que los criterios del CIE-10 aplicados a través del MINI tengan dificultades para la identificación de tales condiciones en nuestro medio por factores culturales u otros; o d) que los entrevistados tiendan a negar síntomas que impliquen problemas psiquiátricos mayores. Por otro lado, se debe recordar que el MINI evalúa el trastorno bipolar tipo I que en estudios epidemiológicos americanos anteriores, con una muestra de 8,098 sujetos ha demostrado una prevalencia de vida baja del 0,4%<sup>128</sup>. En revisiones de estudios epidemiológicos encontramos en Sao Paulo una prevalencia de 0,0% de trastorno bipolar en varones y 0,0% en mujeres de Brasilia, lo que obviamente no significa que no exista dicha patología en estas localidades. Otros estudios epidemiológicos utilizando el CIDI, en especial en países en desarrollo, han demostrado bajas prevalencias de vida del trastorno bipolar como Etiopía (0,1%)<sup>130</sup>, Irán (0,18%)<sup>131</sup> o Iraq (0,2%)<sup>132</sup>.

En el caso de la esquizofrenia, los estudios internacionales, como los realizados en la Encuesta Mundial de Salud Mental, tienden a no incluirla en sus exploraciones, porque estudios de validación previos, encontraron que los encuestadores tienden a sobreestimar dichas prevalencias, asimismo, la mayoría de las personas con respuestas positivas a psicosis no afectivas reunían criterios de trastornos de ansiedad, del humor o de uso de sustancias y por lo tanto, eran consecuentemente "capturados" como casos.<sup>133</sup> Esta sobreestimación de síntomas psicóticos también fue encontrada en los estudios de Perales en 1995,<sup>10</sup> y podrían tener connotaciones culturales. Por este motivo, desde los estudios realizados en Lima (2002) se decidió conservadoramente, incluir como "caso" sólo a aquellas personas que presentaran al menos 5 síntomas psicóticos y referirlas como "trastorno psicótico" pero con la salvedad, de que se trata de un síndrome y que en Lima fue del 1,0%. En los siguientes estudios hemos mantenido el mismo criterio, de al menos 5 síntomas "psicóticos" del MINI para efectos comparativos con Lima. Sin embargo, en la población rural estudiada se ha encontrado con al menos 4 síntomas psicóticos al 0,6%, con al menos 3 síntomas al 1,2%, con al menos 2 síntomas al 4,1% y con al menos un síntoma 7,5%.

**TABLA 34**  
**PREVALENCIA DE VIDA, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS EN GENERAL DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE TRASTORNOS	%
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO*</b>	
TOTAL	29,6
MASCULINO	24,9
FEMENINO	34,4
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	
TOTAL	13,4
MASCULINO	13,9
FEMENINO	12,8
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**</b>	
TOTAL	12,3
MASCULINO	13,4
FEMENINO	11,1
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO **</b>	
TOTAL	8,5
MASCULINO	11,1
FEMENINO	5,8
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL ***</b>	
TOTAL	16,6
MASCULINO	13,8
FEMENINO	19,5
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
TOTAL	5,8
MASCULINO	3,1
FEMENINO	8,5
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN GENERAL.</b>	
TOTAL	5,2
MASCULINO	2,8
FEMENINO	7,6
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	
TOTAL	2,6
MASCULINO	1,1
FEMENINO	4,1
<b>PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL ****</b>	
TOTAL	16,3
MASCULINO	9,2
FEMENINO	23,6
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	4,4
MASCULINO	2,6
FEMENINO	6,2
<b>PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	3,4
MASCULINO	1,6
FEMENINO	5,1
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	
TOTAL	1,9
MASCULINO	0,7
FEMENINO	3,1
<b>PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA</b>	
TOTAL	5,0
MASCULINO	9,9
FEMENINO	0,1

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

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

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

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

**TABLA 35**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
	%	%	%
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	1,0	1,3	0,8
TRASTORNO BIPOLAR	0,0	0,0	0,0
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	15,8	9,1	22,6
DISTIMIA	0,6	0,2	1,1
AGORAFOBIA S/C HISTORIA DE TRASTORNO DE PÁNICO	0,6	0,3	0,8
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	9,1	7,4	10,8
FOBIA SOCIAL	3,0	2,3	3,7
TRASTORNO DE PANICO	0,4	0,6	0,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	6,6	5,5	7,8
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,1	0,0	0,1
TRASTORNO DEPRESIVO EN GENERAL	16,3	9,2	23,6
CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	11,5	21,8	0,8

\* Los criterios del MINI considera la presencia de un episodio psicótico a la respuesta positiva de al menos un síntoma psicótico. Para el caso de este estudio se ha considerado positivo el síntoma psicótico siempre y cuando exista un completo convencimiento del mismo y haya durado al menos un mes.

**TABLA 36**  
**PREVALENCIA ANUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

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

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

\*\* Los criterios del MINI considera la presencia de un episodio psicótico a la respuesta positiva de al menos un síntoma psicótico. Para el caso de este estudio se ha considerado positivo el síntoma psicótico siempre y cuando exista un completo convencimiento del mismo y haya durado al menos un mes.

**TABLA 37**  
**PREVALENCIA DE LOS SEIS ÚLTIMOS MESES DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

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

\* Los criterios del MINI considera la presencia de un episodio psicótico a la respuesta positiva de al menos un síntoma psicótico. Para el caso de este estudio se ha considerado positivo el síntoma psicótico siempre y cuando exista un completo convencimiento del mismo y haya durado al menos un mes.

**TABLA 38A**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

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

\* \* Los criterios del MINI considera la presencia de un episodio psicótico a la respuesta positiva de al menos un síntoma psicótico. Para el caso de este estudio se ha considerado positivo el síntoma psicótico siempre y cuando exista un completo convencimiento del mismo y haya durado al menos un mes.

\*\* La prevalencia actual de distimia se refiere a dos años con 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, han tomado diuréticos, han tomado pastillas para la tiroides o se han obligado a seguir dietas rigurosas.

**TABLA 38B**  
**EDAD DE INICIO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE TRASTORNO *	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	MIN.	MAX.	N
EDAD DE INICIO DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	34,03	16,23	32,0	40,0	6,0	83,0	445
EDAD DE INICIO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	29,84	15,94	25,0	15,0	4,0	82,0	265
EDAD DE INICIO DE FOBIA SOCIAL	16,85	52,29	12,0	12,0	6,0	999,0	63
EDAD DE INICIO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	33,91	13,78	32,0	20,0	8,0	79,0	158

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

**TABLA 38C**  
**DURACIÓN EN MESES DEL ÚLTIMO EPISODIO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE TRASTORNO *	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	MIN.	MAX.	N
DURACIÓN EN MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	17,57	37,34	8,0	12,0	0,13	504,0	442
DURACIÓN EN MESES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	15,83	35,63	2,7	1,0	0,03	288,0	266
DURACIÓN EN MESES DE FOBIA SOCIAL	52,40	80,14	24,0	24,0	0,03	624,0	63
DURACIÓN EN MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	29,02	48,18	12,0	12,0	0,23	372,0	156
DURACIÓN EN MESES DE PSICOSIS (1 CRITERIO)	6,65	27,17	0,03	0,03	0,03	264,0	157

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

**TABLA 38D**  
**NÚMERO DE EPISODIOS DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA**  
**SEGÚN GRUPOS ETARIOS DE LIMA RURAL 2007**

GRUPOS ETARIOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS*	18 - 44 PROMEDIO (IC 95%)	45 - 60 PROMEDIO (IC 95%)	> 60 PROMEDIO (IC 95%)	TOTAL PROMEDIO (IC 95%)
FOBIA SOCIAL	1,74 (1,00 - 2,47)	2,62 (0,80- 4,45)	2,67 (2,03 - 3,31)	2,00 (1,27-2,72)
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1,25 (1,08 - 1,42)	1,36 (1,03 - 1,68)	1,32 (1,00 - 1,64)	1,31 (1,15-1,46)
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,27 (1,12 - 1,41)	1,36 (1,12 - 1,60)	1,28 (1,11 - 1,46)	1,29 (1,19-1,40)
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	1,48 (1,30 - 1,66)	1,45 (1,26 - 1,63)	1,94 (1,71 - 2,16)	1,61 (1,49-1,73)

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

## USO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

En esta área son importantes, desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, la prevalencia de consumos en general, la edad de inicio y las conductas alcohólicas riesgosas, entre otras. Las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco, seguidas por la hoja de coca; y en todos los casos se encuentra una mayor frecuencia de uso, consumo perjudicial y dependencia en el género masculino. En la Tabla 39 observamos que, sin considerar el alcohol, la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales se encuentra en 69,3%, mientras que la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se halla en un 1,2%. El consumo actual (en el último mes) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 24,0% y 0,0% respectivamente. Con respecto a las sustancias específicas, la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (0,6%), seguida de la cocaína (0,1%); las prevalencias de consumo actual (en el último mes) siguen siendo importantes para el alcohol (36,5%) y el tabaco (17,4%) (Tabla 40).

**TABLA 39**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN**  
**GENERAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA NO ALCOHÓLICA EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	69,3	85,0	53,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	69,3	84,9	53,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHÓLICAS	1,2	2,4	0,1
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA NO ALCOHÓLICA EN GENERAL (LEGALES E ILEGALES)	24,0	38,0	9,5
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	24,0	38,0	9,5
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	0,0	0,0	0,0



**TABLA 40**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA, ANUAL Y EN EL ÚLTIMO MES DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE SUSTANCIA*	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	95,3	99,2	91,3
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	68,3	76,1	60,3
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	36,5	48,6	23,9
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	59,2	82,1	35,6
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE TABACO	27,7	45,5	9,5
PREVALENCIA MENSUAL CONSUMO DE TABACO	17,4	30,4	3,9
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,1	0,1	0,1
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	0,7	1,0	0,4
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	0,2	0,3	0,1
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	0,1	0,1	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	0,0	0,0	0,1
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	40,3	45,1	35,4
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	24,7	31,2	18,1
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	14,4	20,7	7,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,6	1,2	0,1
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,3	0,7	0,0
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHÓLICAS	1,2	2,4	0,1
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHÓLICAS	0,3	0,7	0,0
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHÓLICAS	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA	0,1	0,1	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	0,6	1,1	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE PBC	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE PBC	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	0,7	1,3	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	0,0	0,0	0,0

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

En la Tabla 41 se aprecia que la edad de inicio de consumo, considerando todas las sustancias, se encuentra en promedio entre los 16 y 38 años, y las sustancias cuyo consumo se inicia en promedio a menor edad son los clorhidratos de cocaína. Sin embargo, se debe considerar que esta edad de inicio es con respecto a la población adulta, por lo que no es representativa necesariamente de los patrones de consumo actuales.

**TABLA 41**  
**EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS NOCIVAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE SUSTANCIA*	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	MIN.	MAX.
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	19,7	5,2	18,0	18,0	5,0	69,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	21,3	8,0	19,0	18,0	6,0	83,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	34,3	18,5	17,0	17,0	17,0	54,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
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	17,9	3,8	17,0	17,0	17,0	39,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE CLORH. DE COCAÍNA	16,6	0,5	17,0	17,0	16,0	17,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	24,6	9,0	22,0	20,0	6,0	80,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	38,1	17,3	54,0	54,0	14,0	54,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	21,6	5,0	20,0	20,0	17,0	29,0

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

Con respecto a las conductas problemáticas en cuanto al uso de alcohol, se ha definido al bebedor riesgoso como aquel que durante un año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol "fuerte"), encontrándose una prevalencia del 8,4%. En lo que respecta al uso de sustancias, se ha considerado sólo la prevalencia en el año. Como se menciona, la prevalencia más frecuente es la del consumo perjudicial o dependencia del alcohol según criterios de investigación de la CIE-10, con un 4,5%, seguido por la dependencia de alcohol con el 2,6% (Tabla 42).

**TABLA 42**  
**PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS NOCIVAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

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

## TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS

La distribución de los trastornos clínicos en forma general es más frecuente entre los 18 y 44 años; sin embargo, el análisis específico revela una prevalencia más o menos uniforme en los trastornos depresivos. Asimismo, observamos diferencias estadísticamente significativas en el consumo perjudicial o dependencia del alcohol, con una mayor prevalencia entre los 25 y 44 años, y una menor prevalencia anual entre personas mayores de 65 años (0,7%) (Tabla 43).

**TABLA 43**  
**PREVALENCIA ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN**  
**GRUPOS ETARIOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	18 A 24 AÑOS %	25 A 44 AÑOS %	45 A 64 AÑOS %	MAYOR DE 65 AÑOS %
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=1,914; DF1=2,515; DF2=324,428; P=0,138)	12,3	15,7	14,1	8,0
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=2,369; DF1=2,499; DF2=322,413; P=0,082)	11,3	14,7	13,3	6,2
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (F=2,136; DF1=2,623; DF2=338,430; P=0,104)	7,6	10,9	8,6	4,0
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F=1,381; DF1=2,391; DF2=308,476; P=0,252)	6,7	6,9	5,4	3,3
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F= 1,665; DF1=2,424; DF2=312,663; P=0,184)	5,8	6,4	4,8	2,5
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (F=1,423; DF1=2,018; DF2=260,276; P=0,243)	2,8	3,6	1,8	1,4
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=0,105; DF1=2,211; DF2=285,248; P=0,917)	5,2	4,4	3,9	4,5
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=0,240; DF1=2,696; DF2=347,815; P=0,848)	2,3	3,6	3,6	3,4
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (F=0,177; DF1=2,792; DF2=360,110; P=0,901)	1,3	2,2	1,6	2,1
PREVALENCIA ANUAL DE USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (F=4,900; DF1=2,153; DF2=277,754; P=0,007)	2,3	6,9	4,9	0,7

## 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 y educación) y no básicas (distracción, educación diferenciada, etc.). Aquellos miembros de una familia que no pueden satisfacer la necesidad básica de alimentación son considerados pobres extremos; si satisfacen la necesidad básica de alimentación, pero no las otras necesidades básicas, son considerados pobres; si satisfacen las necesidades básicas, pero no otras necesidades, son considerados no pobres básicos; y a los miembros de aquellas familias que satisfacen sus necesidades básicas y otras necesidades, se les considera no pobres. Además, se ha incluido como medida objetiva de la pobreza las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que contienen características de la vivienda, hacinamiento, deficiencia de servicios higiénicos, agua potable, electricidad, y niños en edad escolar que no estudian.

En este informe presentamos las asociaciones entre los primeros indicadores y los trastornos clínicos generales. En un reporte posterior se presentarán los análisis más detallados conjuntamente con el método de necesidades básicas insatisfechas. En la Tabla 44A podemos observar que no 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- y los ingresos familiares. Sin embargo, se encuentran diferencias significativas con respecto a la presencia actual de trastornos depresivos con relación a las necesidades básicas insatisfechas (Tabla 44B). Esta última medición de la pobreza es más sensible a la pobreza crónica, en comparación a la anterior que es más sensible a estados agudos de pobreza. Hallazgos similares fueron encontrados en la Sierra, a diferencia de la ciudad de Lima donde la asociación entre la presencia de trastornos mentales y pobreza fue más marcada. La pobreza en el área rural tiene características distintivas que serían importantes para el análisis de la salud mental. Así por ejemplo, es posible que el estrés asociado a la pobreza sea mayor en zonas urbanas como Lima en comparación con las áreas rurales. Estudios a profundidad ayudarán a esclarecer mejor estos hallazgos.

**TABLA 44A**  
**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 LIMA RURAL 2007**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	%
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	F=0,1192 ; DF1=0,845; DF2=366,990; P=0,943
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	14,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	13,6
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	13,8
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	9,8
<b>PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	F=0,143;DF1=2,849; 2=367,465;P=0,927
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	13,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	12,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	11,8
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	9,8
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>	F=0,343;DF1=2,874 ; DF2=370,752; P=0,786
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,8
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	7,6
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	9,7
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL*</b>	F=0,815; DF1=2,610; DF2=336,687; P=0,472
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	5,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	6,7
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	3,8
<b>PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	F=0,507; DF1=2,674; DF2=344,907; P=0,656
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,2
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,7
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	5,8
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	3,8
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL</b>	F=0,332; DF1=2,260; DF2=291,572; P=0,744
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	3,4
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	2,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	2,9
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	3,7
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL**</b>	F=0,153; DF1=2,515; DF2=324,491; P=0,900
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	3,9
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	4,7
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,9
<b>PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	F=0,879; DF1=2,221; DF2=286,553; P=0,426
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	3,8
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	2,4
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	4,0
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,9
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL</b>	F=1,574; DF1=2,263; DF2=291,968; P=0,206
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	1,7
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	1,1
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	2,4
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,9
<b>PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO / DEPENDENCIA DEL ALCOHOL</b>	F=1,172; DF1=2,378; DF2=306,719; P=0,316
NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	7,5
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	5,5
CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ETC.	3,4
CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	2,7

\* 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 moderado a severo y distimia.

**TABLA 44B**  
**PREVALENCIA ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**  
**GENERALES POR NIVEL DE POBREZA, SEGÚN EL MODELO DE LAS NECESIDADES BÁSICAS**  
**INSATISFECHAS (NBIS) EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

<b>TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES (PREVALENCIA GENERAL)</b>	<b>%</b>
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (13,4%)</b>	F=0,817; DF1=1; DF2=129; P=0,368
POBRE (1 O MÁS NBIS)	14,0
NO POBRE (0 NBIS)	10,6
<b>PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (12,3%)</b>	F=0,482; DF1=1; DF2=129; P=0,489
POBRE (1 O MÁS NBIS)	12,8
NO POBRE (0 NBIS)	10,2
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (8,5%)</b>	F=1,104; DF1=1; DF2=129; P=0,295
POBRE (1 O MÁS NBIS)	9,0
NO POBRE (0 NBIS)	6,4
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL* (5,8%)</b>	F=0,881; DF1=1; DF2=129; P=0,350
POBRE (1 O MÁS NBIS)	6,1
NO POBRE (0 NBIS)	4,3
<b>PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (5,2%)</b>	F=0,298; DF1=1; DF2=129; P=0,586
POBRE (1 O MÁS NBIS)	5,4
NO POBRE (0 NBIS)	4,3
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL (2,6%)</b>	F=0,273; DF1=1; DF2=129; P=0,602
POBRE (1 O MÁS NBIS)	2,7
NO POBRE (0 NBIS)	2,1
<b>PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL** (4,4%)</b>	F=2,371; DF1=1; DF2=129; P=0,126
POBRE (1 O MÁS NBIS)	4,8
NO POBRE (0 NBIS)	2,6
<b>PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (3,4%)</b>	F=1,269; DF1=1; DF2=129; P=0,262
POBRE (1 O MÁS NBIS)	3,6
NO POBRE (0 NBIS)	2,2
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL (1,9%)</b>	F=14,512; DF1=1; DF2=129; P=0,0002
POBRE (1 O MÁS NBIS)	2,3
NO POBRE (0 NBIS)	0,2
<b>PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL (4,5%)</b>	F=0,452; DF1=1; DF2=129; P=0,503
POBRE (1 O MÁS NBIS)	4,5
NO POBRE (0 NBIS)	5,5

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

\*\* Trastornos depresivos en general: incluyen Episodio depresivo moderado a severo y distimia.

## TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS POR ÁREAS GEOGRÁFICAS

Se ha agregado un análisis de los problemas de trastornos clínicos por áreas geográficas. Se ha considerado como Lima Rural Sur a las provincias de Cañete, Huarochirí, Yauyos y como Lima Rural Norte a Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura y Oyón.

En líneas generales se encuentra en forma significativa una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en las regiones Lima Rural Sur en comparación con el área rural Norte. No se encontraron diferencias significativas con respecto a los trastornos depresivos (Tabla 45). Asimismo, se revela una tendencia en particular a problemas con el consumo de bebidas alcohólicas en el área rural sur en comparación con la zona norte.

**TABLA 45**  
**PREVALENCIA DE VIDA, ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**  
**GENERALES SEGÚN REGIONES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	31,6	26,3	29,6	F=1,109; DF1=1; DF2=129; P=0,294
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	15,5	9,9	13,4	F=3,385; DF1=1; DF2=129; P=0,068
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	14,2	9,2	12,3	F=3,133; DF1=1; DF2=129; P=0,079
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	9,4	7,1	8,5	F=1,042; DF1=1; DF2=129; P=0,309
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	18,0	14,4	16,6	F=0,749; DF1=1; DF2=129; P=0,388
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	7,7	2,6	5,8	F=9,942; DF1=1; DF2=129; P=0,002
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	7,0	2,2	5,2	F=11,231; DF1=1; DF2=129; P=0,001
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	3,5	1,1	2,6	F=6,833; DF1=1; DF2=129; P=0,010
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	17,4	14,6	16,3	F=0,590; DF1=1; DF2=129; P=0,444
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	4,3	4,4	4,4	F=0,004; DF1=1; DF2=129; P=0,952
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	3,7	2,8	3,4	F=0,578; DF1=1; DF2=129; P=0,448
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	2,0	1,7	1,9	F=0,133; DF1=1; DF2=129; P=0,716
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	12,6	9,7	11,5	F=1,133; DF1=1; DF2=129; P=0,293
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	5,5	2,9	4,5	F=3,301; DF1=1; DF2=129; P=0,072

<sup>1</sup> Lima rural Sur (Provincias de Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima rural Norte (Provincias de Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura y Oyón)

## EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA

Se ha considerado para este reporte el informe de dos variables: por un lado, la frecuencia con que las personas reportan haber experimentado la pérdida de familiares o bienes materiales por hechos directamente relacionados con la violencia en época de terrorismo y, por otro lado, la relación de ésta con trastornos psiquiátricos. Tanto la población de Lima Rural Sur como la de Lima Rural Norte ha padecido pérdidas humanas o bienes materiales, en forma significativa (Tabla 46A).

**TABLA 46A**  
**FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA TERRORISTA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE PÉRDIDA	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
MUERTE DE UN FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO(A), HIJOS)	1,9	3,4	2,5	F=0,731; DF1=1; DF2=129; P=0,394
MUERTE DE OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	8,3	6,8	7,7	F=0,365; DF1=1; DF2=129; P=0,547
FAMILIAR DESAPARECIDO	4,1	1,6	3,1	F=6,898; DF1=1; DF2=129; P=0,010
TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	6,1	2,2	4,6	F=6,224; DF1=1; DF2=129; P=0,014
FAMILIAR DETENIDO	3,9	1,9	3,1	F=3,349; DF1=1; DF2=129; P=0,070
FAMILIAR EN PRISIÓN	2,9	1,1	2,2	F=3,909; DF1=1; DF2=129; P=0,050
PÉRDIDA DE BIENES	6,0	1,7	4,3	F=11,281; DF1=1; DF2=129; P=0,001
CAMBIO DE RESIDENCIA	9,3	2,8	6,8	F=13,540; DF1=1; DF2=129; P=0,0003
AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	18,1	13,7	16,4	F=1,236; DF1=1; DF2=129; P=0,268
ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	11,6	11,1	11,4	F=0,026; DF1=1; DF2=129; P=0,871

<sup>1</sup> Lima rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima rural Norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura y Oyón)

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 (48,9%) en comparación con aquellas personas que no han presentado ninguna pérdida familiar. Esta relación parece significativa con respecto a la prevalencia de vida de trastorno de ansiedad y a la presencia actual de trastornos depresivos.

**TABLA 46B**

**PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN PRESENCIA O AUSENCIA DE PÉRDIDAS PERSONALES POR LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA TERRORISTA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	CON ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO (%)	SIN ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO (%)	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	48,9	27,1	F=15,522; DF1=1; DF2=129; P=0,00013
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	24,2	12,0	F=17,167; DF1=1; DF2=129; P=0,00006
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	21,7	11,1	F=13,077; DF1=1; DF2=129; P=0,00043
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	14,0	7,8	F=5,943; DF1=1; DF2=129; P=0,01614
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	32,6	14,6	F=31,503; DF1=1; DF2=129; P<0,00001
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	13,6	4,8	F=19,107; DF1=1; DF2=129; P=0,00003
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	11,8	4,3	F=16,021; DF1=1; DF2=129; P=0,00011
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	6,1	2,1	F=7,487; DF1=1; DF2=129; P=0,00709
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	25,4	15,1	F=9,191; DF1=1; DF2=129; P=0,00294
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	7,1	4,0	F=3,128; DF1=1; DF2=129; P=0,07934
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	6,1	3,0	F=4,126; DF1=1; DF2=129; P=0,04429
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	3,0	1,8	F=0,907; DF1=1; DF2=129; P=0,34275
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	7,2	4,2	F=3,074; DF1=1; DF2=129; P=0,08195

## ESTILOS DE CRIANZA Y SALUD MENTAL EN LA ADULTEZ

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



**TABLA 47A**  
**ALGUNOS ESTILOS DE CRIANZA REFERIDOS POR LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

ESTILOS DE CRIANZA	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
LE DIERON MÁS CASTIGOS DE LOS QUE MERECEÍA.	24,2	28,1	25,7	F=1,477; DF1=1; DF2=129; P=0,226
LE PERMITÍAN HACER COSAS QUE A SUS HERMANOS NO.	9,3	10,2	9,6	F=0,169; DF1=1; DF2=129; P=0,681
SI LAS COSAS IBAN MAL, SUS PADRES TRATABAN DE CONFORTARLO Y ANIMARLO.	78,7	70,4	75,5	F=2,821; DF1=1; DF2=129; P=0,095
EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES.	86,7	89,5	87,8	F=1,249; DF1=1; DF2=129; P=0,266
LE PROHIBÍAN HACER COSAS QUE A OTROS NIÑOS SÍ LES ERAN PERMITIDAS PORQUE TEMÍAN QUE ALGO MALO LE PODÍA OCURRIR.	49,2	51,9	50,2	F=0,422; DF1=1; DF2=129; P=0,517
ERAN MUY EXIGENTES CON RESPECTO A SUS CALIFICACIONES ESCOLARES, DESEMPEÑO DEPORTIVO O ACTIVIDADES SIMILARES.	65,6	65,6	65,6	F=0,00002; DF1=1; DF2=129; P=0,997
LE PERMITÍAN TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES COMO POR EJEMPLO ELEGIR SU ROPA, ESCOGER A SUS AMISTADES, LOS ESTUDIOS, DISTRACCIONES, ETC.	30,4	42,0	34,8	F=6,870; DF1=1; DF2=129; P=0,010
SUS PADRES SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES.	51,7	61,5	55,4	F=5,578; DF1=1; DF2=129; P=0,020
LA ANSIEDAD DE SUS PADRES DE QUE ALGO MALO PODÍA SUCEDERLE ERA EXAGERADA.	26,6	33,0	29,0	F=4,512; DF1=1; DF2=129; P=0,036
SUS PADRES PENSABAN QUE LOS HIJOS HOMBRES NO DEBERÍAN LLORAR.	46,4	45,8	46,2	F=0,018; DF1=1; DF2=129; P=0,894
SUS PADRES PREFERÍAN A LOS HIJOS VARONES EN DESVENTAJA DE LAS HIJAS MUJERES.	27,1	25,4	26,4	F=0,313; DF1=1; DF2=129; P=0,577
LE CASTIGABAN SEVERAMENTE POR COSAS PEQUEÑAS.	20,0	23,5	21,3	F=1,669; DF1=1; DF2=129; P=0,199
LE ENGREÍAN MÁS A USTED EN COMPARACIÓN CON SUS HERMANOS(AS).	21,1	24,6	22,5	F=0,743; DF1=1; DF2=129; P=0,390
LE DEMOSTRABAN QUE ESTABAN INTERESADOS EN QUE USTED TENGA BUENAS CALIFICACIONES.	70,0	70,1	70,0	F=0,001; DF1=1; DF2=129; P=0,978
SUS PADRES LO(A) CUIDABAN EXCESIVAMENTE PARA EVITAR QUE TENGA PROBLEMAS.	34,5	43,9	38,1	F=2,254; DF1=1; DF2=129; P=0,136
LE DEMOSTRABAN QUE LO(A) QUERÍAN.	88,9	90,0	89,3	F=0,127; DF1=1; DF2=129; P=0,722
LE FAVORECÍAN CON RELACIÓN A SUS HERMANOS(AS).	16,7	19,9	17,9	F=0,888; DF1=1; DF2=129; P=0,348
LE CONTROLABAN PERO NO LE DABAN AFECTO.	9,0	7,0	8,2	F=0,919; DF1=1; DF2=129; P=0,340
CUANDO ERA MENOR DE 11 AÑOS SUS PADRES DISCUTÍAN MUCHO.	37,7	38,7	38,1	F=0,058; DF1=1; DF2=129; P=0,809
ALGUNO DE SUS PADRES LLEGABA EBRIO O BORRACHO A CASA CON REGULARIDAD.	36,4	31,9	34,7	F=1,159; DF1=1; DF2=129; P=0,284
ALGUNO DE SUS PADRES ESTABA MUCHO TIEMPO AUSENTE DE CASA.	20,6	30,1	24,2	F=5,252; DF1=1; DF2=129; P=0,024
ALGUNO DE SUS PADRES FUE INFIEL EN LA RELACIÓN.	17,5	13,0	15,8	F=1,106; DF1=1; DF2=129; P=0,295
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) AMENAZABA CON NO QUERERLO(A).	3,5	3,4	3,4	F=0,001; DF1=1; DF2=129; P=0,974
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) AMENAZABA CON MATARLO(A).	1,0	0,3	0,7	F=2,172; DF1=1; DF2=129; P=0,143
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) HACÍA SENTIR CULPABLE POR DESACUERDOS O DISCUSIONES DE LA FAMILIA.	2,9	2,7	2,8	F=0,034; DF1=1; DF2=129; P=0,855
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) AMENAZABA CON ABANDONA	2,6	2,6	2,6	F=0,000; DF1=1; DF2=129; P=0,997

<sup>1</sup> Lima rural Sur (Provincias de Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima rural Norte (Provincias de Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura y Oyón)

En la tabla 47B, se observa un incremento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas que recuerdan haber recibido estilos de crianza negativos. Tomando en consideración los efectos posibles de la memoria en la evaluación del propio pasado, cabe resaltar que el maltrato infantil bajo el criterio de haber recibido más castigos de lo que se merecía tiene el impacto más notable en todos los trastornos; sin embargo, también resalta la falta de ternura entre la persona y sus padres. La prevalencia de vida de trastornos de ansiedad se asocia significativamente con haber recibido castigos severos por cosas pequeñas, discusiones frecuentes de padres, ebriedad frecuente de uno de los padres, amenazas de no quererlo, matarlo o abandonarlo. Los trastornos depresivos se asociaron significativamente con recibir más castigos de los que merecía, no permitir tomar sus propias decisiones, con menor interés de los padres en sus opiniones, castigos severos por cosas pequeñas, con menor demostración de interés en obtener buenas calificaciones, amenazas de no quererlo o matarlo o abandonarlo, con menor demostración que lo querían y hacerlo sentir culpable por desacuerdos o discusiones familiares.

**TABLA 47B**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN ALGUNOS ESTILOS DE CRIANZA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

ESTILOS DE CRIANZA	PREVALENCIA DE VIDA	CUALQUIER TRASTORNO (PG :29,6%)	TRASTORNOS ANSIEDAD (PG: 16,6%)	TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 16,3%)
LE DIERON MÁS CASTIGOS DE LOS QUE MERECEÍA.		39,7 (P=0,0152)	22,2 (P=0,0561)	24,7 (P=0,00008)
LE PERMITÍAN HACER COSAS QUE A SUS HERMANOS NO.		35,8 (P=0,243)	18,7 (P=0,651)	21,5 (P=0,312)
SI LAS COSAS IBAN MAL SUS PADRES TRATABAN DE CONFORTARLO Y ANIMARLO.		30,2 (P=0,435)	17,3 (P=0,457)	16,2 (P=0,851)
EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES.		28,5 (P=0,142)	15,6 (P=0,212)	15,6 (P=0,114)
LE PROHIBÍAN HACER COSAS QUE A OTROS NIÑOS SÍ LES ERAN PERMITIDAS PORQUE TEMÍAN QUE ALGO MALO LE PODÍA OCURRIR.		29,9 (P=0,895)	17,2 (P=0,753)	16,5 (P=0,839)
ERAN MUY EXIGENTES CON RESPECTO A SUS CALIFICACIONES ESCOLARES, DESEMPEÑO DEPORTIVO O ACTIVIDADES SIMILARES.		28,1 (P=0,208)	15,5 (P=0,381)	15,2 (P=0,259)
LE PERMITÍAN TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES COMO POR EJEMPLO ELEGIR SU ROPA, ESCOGER A SUS AMISTADES, LOS ESTUDIOS, DISTRACCIONES, ETC.		26,2 (P=0,122)	16,1 (P=0,735)	12,1 (P=0,028)
SUS PADRES SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES.		25,7 (P=0,017)	15,6 (P=0,418)	12,4 (P=0,001)
LA ANSIEDAD DE SUS PADRES DE QUE ALGO MALO PODÍA SUCEDERLE ERA EXAGERADA.		28,2 (P=0,465)	17,3 (P=0,568)	14,6 (P=0,357)
SUS PADRES PENSABAN QUE LOS HIJOS HOMBRES NO DEBERÍAN LLORAR.		30,9 (P=0,439)	16,7 (P=0,964)	18,7 (P=0,017)
SUS PADRES PREFERÍAN A LOS HIJOS VARONES EN DESVENTAJA DE LAS HIJAS MUJERES.		31,5 (P=0,399)	14,7 (P=0,270)	17,8 (P=0,330)
LE CASTIGABAN SEVERAMENTE POR COSAS PEQUEÑAS.		41,5 (P=0,002)	23,5 (P=0,001)	27,5 (P=0,0001)
LE ENGREÍAN MÁS A USTED EN COMPARACIÓN CON SUS HERMANOS(AS).		26,7 (P=0,384)	14,2 (P=0,238)	14,9 (P=0,646)
LE DEMOSTRABAN QUE ESTABAN INTERESADOS EN QUE USTED TENGA BUENAS CALIFICACIONES.		26,6 (P=0,015)	16,1 (P=0,572)	13,0 (P=0,0001)
SUS PADRES LO(A) CUIDABAN EXCESIVAMENTE PARA EVITAR QUE TENGA PROBLEMAS.		26,9 (P=0,185)	16,1 (P=0,788)	14,7 (P=0,192)
LE DEMOSTRABAN QUE LO(A) QUERÍAN.		28,3 (P=0,134)	15,7 (P=0,170)	15,5 (P=0,012)
LE FAVORECÍAN CON RELACIÓN A SUS HERMANOS(AS).		26,6 (P=0,289)	15,5 (P=0,579)	12,3 (P=0,091)
LE CONTROLABAN PERO NO LE DABAN AFECTO.		38,7 (P=0,107)	22,5 (P=0,093)	21,5 (P=0,118)
CUANDO ERA MENOR DE 11 AÑOS SUS PADRES DISCUTÍAN MUCHO.		35,7 (P=0,006)	20,2 (P=0,001)	18,1 (P=0,139)
ALGUNO DE SUS PADRES LLEGABA EBRIO O BORRACHO A CASA CON REGULARIDAD.		37,8 (P=0,0002)	21,6 (P=0,015)	19,0 (P=0,116)

Continúa...

ESTILOS DE CRIANZA	PREVALENCIA DE VIDA	CUALQUIER TRASTORNO (PG :29,6%)	TRASTORNOS ANSIEDAD (PG: 16,6%)	TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 16,3%)
ALGUNO DE SUS PADRES ESTABA MUCHO TIEMPO AUSENTE DE CASA.		36,2 (P=0,075)	20,3 (P=0,123)	19,1 (P=0,228)
ALGUNO DE SUS PADRES FUE INFIEL EN LA RELACIÓN.		32,0 (P=0,458)	17,1 (P=0,585)	16,5 (P=0,787)
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) AMENAZABA CON NO QUERERLO(A).		52,4 (P=0,004)	29,0 (P=0,040)	35,5 (P=0,003)
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) AMENAZABA CON MATARLO(A).		63,0 (P=0,015)	37,5 (P=0,045)	45,7 (P=0,005)
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) HACÍA SENTIR CULPABLE POR DESACUERDOS O DISCUSIONES DE LA FAMILIA.		42,8 (P=0,097)	23,5 (P=0,240)	36,2 (P=0,003)
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) AMENAZABA CON ABANDONARLO(A).		61,6 (P=0,006)	44,9 (P=0,005)	45,5 (P=0,003)

## ACCESO A SERVICIOS

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

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o de los “nervios” (morbilidad sentida), un 32,6% de los pacientes respondió afirmativamente; el 8,2% del total de encuestados identificó su problema en los últimos 12 meses. Considerando este último período de referencia, se encontró que el 10,1% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (morbilidad sentida expresada), mientras que el 89,9% no recibió ningún tipo de atención en el Sistema de Salud (Tabla 48). Del 10,1% que recibió ayuda, el 7,7% acudió a los centros del Ministerio de Salud, seguido del 2,0% que acudió a consulta privada. Cabe resaltar que la mayoría de la morbilidad sentida expresada es atendida por el MINSA (Tabla 49). Hasta donde podemos constatar, más de la mitad (55,2%) recibió algún tipo de medicamento para su problema, un 14,0% recibió psicoterapia y un 85,1% recibió consejería (Tabla 50).

**TABLA 48**  
**MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

MORBILIDAD	%
<b>MORBILIDAD SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (COMO PROBLEMAS EMOCIONALES O NERVIOS)</b>	
TOTAL	32,6
MASCULINO	26,9
FEMENINO	38,3
<b>MORBILIDAD SENTIDA A DOCE MESES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM)</b>	
TOTAL	8,2
MASCULINO	6,9
FEMENINO	9,5
<b>MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)</b>	
TOTAL	10,1
MASCULINO	8,0
FEMENINO	11,6

**TABLA 49**  
**LUGARES DE ATENCIÓN A LA MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
<b>• MINSA</b>		7,7
-- PUESTOS O CENTROS DE SALUD	5,6	(79,6% DE LO ATENDIDO)
-- HOSPITAL GENERAL	2,0	
-- INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	0,2	
<b>• ESSALUD</b>		0,0
-- HOSPITAL GENERAL	0,0	(0,2% DE LO ATENDIDO)
<b>• PRIVADA</b>		2,0
-- CLINICA PARTICULAR	0,1	(19,4% DE LO ATENDIDO)
-- CONSULTORIO PARTICULAR	1,8	
<b>• OTROS</b>		0,4
-- Otro	0,4	(3,5% DE LO ATENDIDO)

**TABLA 50**  
**TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINA %	PSICOTERAPIA %	CONSEJO %	HOSPITALIZACIÓN %	OTROS %
<b>TOTAL</b>	55,2	14,0	85,1	10,1	16,1

Con relación a los motivos por los cuales la persona no buscó atención alguna para su problema emocional, la mayoría (51,0%) pensaba que lo debía superar solo, seguida de un 35,6% que no acudió porque no existía servicio de salud mental cercano, y un 33,1% que no tenía suficiente dinero. 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 LIMA RURAL 2007**

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	51,0	POR VERGÜENZA	19,5
NO TENIA DINERO	33,1	PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	17,0
FALTA DE CONFIANZA	28,3	LARGAS LISTAS DE ESPERA	4,7
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	25,6	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	35,6
NO SABÍA A DÓNDE IR	26,5	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	1,3
NO ME BENEFICIARÍA	23,1	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	4,7

## 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 LIMA RURAL 2007**

SÍNDROMES FOLKLÓRICOS	TOTAL %
"DAÑO"	13,2 (11,014 - 15,689)
"SUSTO"	38,1 (33,637 - 42,836)
"MAL DE OJO"	7,9 (6,216 - 10,105)
"AIRE"	31,4 (26,808 - 36,468)
"CHUCAQUE"	3,4 (2,342 - 5,004)
"ATAQUE DE NERVIOS"	1,9 (0,925 - 3,685)
"EPILEPSIA"	0,4 (0,171 - 0,884)
"PROBLEMAS DE ALCOHOL"	2,8 (1,890 - 4,090)

La Tabla 53 muestra una asociación significativa del "daño" con el episodio psicótico, el "susto" con trastorno de ansiedad y Episodio depresivo moderado a severo; el "aire" y el "chucaque" están asociados con el Episodio depresivo moderado a severo.

**TABLA 53**  
**ASOCIACIÓN DE LOS SÍNDROMES FOLKLÓRICOS CON LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

SÍNDROMES FOLKLÓRICOS	SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS		
	TRASTORNOS DE ANSIEDAD (AL MENOS UNO)*	EPISODIO DEPRESIVO	EPISODIO PSICÓTICO (AL MENOS 2 SÍNTOMAS)
	OR IC 95%	OR IC 95%	OR IC 95%
DAÑO	1,4 (0,898 - 2,132)	1,5 (0,816 - 2,636)	2,7 (1,043 - 6,794)
SUSTO	2,4 (1,520 - 3,726)	3,0 (2,043 - 4,425)	1,0 (0,531 - 1,802)
MAL DE OJO	1,4 (0,914 - 2,295)	1,4 (0,829 - 2,485)	1,7 (0,439 - 6,570)
AIRE	1,4 (0,844 - 5,016)	2,3 (1,501 - 3,457)	0,5 (0,201 - 1,190)
CHUCAQUE	2,1 (0,845 - 5,016)	2,6 (1,020 - 6,836)	3,8 (0,746 - 19,697)
ATAQUE DE NERVIOS	4,2 (0,931 - 19,131)	3,7 (0,712 - 19,229)	1,1 (0,253 - 4,770)

\* Trastorno de Ansiedad Generalizada, Agorafobia, Trastorno de Pánico, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo o Trastorno de Estrés Post - Traumático

La población estudiada identificó, además de los síndromes folklóricos clásicos, tres tipos de síntomas populares: Síntomas psicológicos, relacionados con tristeza o depresión y angustia; síntomas folklóricos relacionados con "amarres", "mala suerte", "protección" e "infidelidad", y síntomas con connotación psicológica y folklórica como: "ataque de nervios", "ataque-convulsiones", "trastorno de la mente-locura" y "abuso de bebidas alcohólicas". A continuación se muestran los modelos de atención que resuelven estos síntomas en Lima rural. (Tabla 54). Los que reportaron síntomas psicológicos, mayormente acudieron al modelo médico (76%), mientras que los que reportaron síntomas folklóricos acuden al modelo de atención folklórico (49%) y/o ningún modelo (67%).

**TABLA 54**  
**SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS, FOLKLÓRICOS, FOLKLÓRICOS PSICOLÓGICOS Y SUS MODELOS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

MODELOS DE ATENCIÓN SÍNTOMAS	MODELO MÉDICO	MODELO FOLKLÓRICO	MODELO POPULAR	OTROS MODELOS	NINGÚN MODELO
	%	%	%	%	%
	OR	OR	OR	OR	OR
	IC 95%	IC 95%	IC 95%	IC 95%	IC 95%
PSICOLÓGICOS	75,9 (72,923 78,730)	16,4 (12,824 20,668)	2,0 (0,985 4,135)	4,9 (3,507 6,788)	17,5 (13,635 22,106)
FOLKLÓRICOS	21,2 (18,535 24,117)	48,9 (42,876 54,885)	1,1 (0,520 2,240)	13,0 (10,522 15,899)	66,7 (61,840 71,212)
FOLKLÓRICOS CON SINTOMAS PSICOLÓGICOS	95,8 (94,158 97,041)	18,9 (15,468 22,991)	3,9 (2,742 5,553)	11,8 (9,722 14,320)	18,2 (13,215 24,494)

## ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

Un 35,5% de la población no considera la depresión como un desorden mental, pasando inadvertida. El 40,1% de la población considera los problemas de la personalidad como patología psiquiátrica (Tabla 55).

**TABLA 55**  
**IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS COMO TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE PROBLEMAS	IDENTIFICA COMO TRASTORNO MENTAL	
	Si	No
A) NERVIOS EXCESIVOS O FOBIAS	57,0	30,7
B) TRISTEZA EXCESIVA O DEPRESIÓN	53,6	35,5
C) PSICOSIS O LOCURA	79,3	13,4
D) CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y DROGAS	67,2	26,2
E) PROBLEMAS DEL CARÁCTER O DE LA PERSONALIDAD	40,1	48,5

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

En la Tabla 56 se aprecia que un 19,1% de la población acepta a las personas con enfermedades mentales, y un 52,7% está dispuesto a brindarles algún tipo de ayuda. En el mismo sentido, tratándose de familiares con enfermedades mentales, un 11,0% aproximadamente tiende a aceptar la enfermedad en ellos. Por otro lado, un 10,0% de la población general piensa que, en el caso de sufrir una enfermedad mental, sería aceptado en su comunidad. La población en general de Lima rural, en un 71,3%, piensa que las personas con enfermedades mentales pueden ser rehabilitadas y reintegradas en su comunidad.

**TABLA 56**  
**ACTITUDES FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA RURAL 2007**

PREGUNTAS	LA ACEPTA COMO PERSONA CON UNA ENFERMEDAD	SE MUESTRA INDIFERENTE CON ELLA	RESPUESTAS				OTRA
			SE ALEJA DE ELLA	LE OFRECE ALGUNA AYUDA	LA RECHAZA	LA OCULTARÍA	
	%	%	%	%	%	%	%
ANTE UNA PERSONA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿CÓMO REACCIONA USTED...?	19,1	3,7	17,1	52,7	2,8	-	1,8
SI USTED TUVIERA (TIENE) UNO O MÁS MIEMBROS DE SU FAMILIA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿USTED...?	11,0	0,2	1,2	86,1	0,5	0,4	0,6
SI USTED TUVIERA UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿CÓMO PIENSA QUE REACCIONARÍA SU COMUNIDAD...?	10,0	16,1	11,3	28,4	14,4	-	1,3

## IV. 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 2 017 personas y, considerando el diseño técnico de muestreo, se infiere a 19 537 habitantes para las provincias de Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos (Tabla 57).

**TABLA 57**  
**NÚMERO TOTAL DE MUJERES ENCUESTADAS ACTUALMENTE UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS EN LA POBLACIÓN DE LIMA RURAL 2007**

NÚMERO DE ENCUESTADAS	FRECUENCIA
MUESTRA TOTAL	2 017
EXPANDIDO	19 537

### EDAD

La edad promedio de las mujeres encuestadas está alrededor de los 47,7 años. Más de la tercera parte (37,9%) corresponde a las edades entre los 25 a 44 años (Tabla 58).

**TABLA 58**  
**EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE LIMA RURAL 2007**

EDAD PROMEDIO	MEDIA
EDAD	47,7
GRUPO ETARIO	%
MENOR DE 18 AÑOS	0,3
18 A 24 AÑOS	10,5
25 A 44 AÑOS	37,9
45 A 64 AÑOS	29,2
MAYOR DE 65 AÑOS	22,0

### ESCOLARIDAD

El grado de analfabetismo es del 11,3%. Esta cifra es mayor si se comparara con la correspondiente al género masculino (2,3%), hallada en el módulo de adultos.

El 84,5% de las mujeres entrevistadas tiene instrucción primaria y secundaria (Tabla 59).

**TABLA 59**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE LIMA RURAL 2007**

GRADO DE ESTUDIOS	%
GRADO DE ANALFABETISMO	11,3
SIN NIVEL/NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	7,8
INICIAL/PREESCOLAR	0,1
PRIMARIA	50,8
SECUNDARIA	33,7
BACHILLERATO	0,1
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	5,5
SUPERIOR UNIVERSITARIO	2,0

## ESTADO CIVIL

El 82,5% refiere encontrarse en situación de unida (conviviente o casada) y más de la tercera parte (38,6%) corresponde a la condición de conviviente (Tabla 60).

**TABLA 60**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE LIMA RURAL 2007**

ESTADO CIVIL	%
CONVIVIENTE	38,6
SEPARADA	4,9
DIVORCIADA	0,3
VIUDA	12,2
CASADA	43,9
SOLTERA	0,1

## OCUPACIÓN

El 57,7% refiere haber trabajado la semana anterior, siendo este porcentaje menor con relación al género masculino (90,4%); y sólo el 0,4% ha estado buscando trabajo la semana anterior, lo cual podría indicar que hay un número importante de mujeres que estaría dedicándose a las labores del hogar (Tabla 61).

**TABLA 61**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE LIMA RURAL 2007**

SITUACIÓN LABORAL	%
REALIZÓ ACTIVIDAD LABORAL EN SEMANA ANTERIOR	57,7
ESTUVO BUSCANDO TRABAJO EN SEMANA ANTERIOR	0,4

## INGRESOS ECONÓMICOS

Si se comparan las cifras con las del sexo masculino, consignadas en el módulo de adultos, las mujeres unidas tienen ingresos menores. (Sexo masculino vs. mujer unida: menos de S/. 300, 46,3% vs. 75,4%; de S/. 301 a 600, 39,5% vs. 18,1%; de S/. 601 a 1 200, 12,4% vs. 4,5% y más de S/. 1 200, 1,8% vs. 2,0%) (Tabla 62).

**TABLA 62**  
**PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES (NUEVOS SOLES)**  
**EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES)	%
MENOS DE 300	75,4
301 A 600	18,1
601 A 1200	4,5
MÁS DE 1200	2,0



# **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

La pobreza en el país es percibida por más de la tercera parte de las encuestadas como problema principal (36,4%). El desempleo es otro problema percibido de manera importante (19,6%). La cifra más baja corresponde a “falta de liderazgo” como problema principal (0,3%) (Tabla 63).

**TABLA 63**  
**PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS POR LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

PROBLEMAS PERCIBIDOS	%
DESEMPLEO	19,6
CORRUPCIÓN	9,4
VIOLENCIA	8,7
POBREZA	36,4
FALTA DE CONFIANZA	0,5
FALTA DE LIDERAZGO	0,3
INESTABILIDAD POLÍTICA	0,5
DELINCUENCIA	7,3
TERRORISMO	2,9
NARCOTRÁFICO	0,5
MANEJO ECONÓMICO	3,6
FALTA DE VALORES	3,7
OTRO	1,3

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

**TABLA 64**  
**SENTIMIENTOS FRENTE AL PRINCIPAL PROBLEMA NACIONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

SENTIMIENTOS	%
INDIFERENCIA	1,1
RESIGNACIÓN	1,9
DESILUSIÓN	4,5
AMARGURA	4,3
RABIA	1,9
CÓLERA	10,6
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	34,3
PREOCUPACIÓN	27,0
IMPOTENCIA	2,2
FRUSTRACIÓN	0,4
DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	2,4
INDIGNACIÓN	3,1
MIEDO O TEMOR	5,1
OTRO	0,6

Confían bastante o mucho en los médicos más de la mitad de las encuestadas (54,2%); en cambio, un alto porcentaje confía poco o nada en las autoridades políticas (88,7%) y líderes de su sindicato (77,4%) (Tabla 65).

**TABLA 65**  
**CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	48,8	27,9	23,2
AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	64,3	21,1	14,6
MILITARES	65,9	20,7	13,4
RELIGIOSOS	30,6	21,4	48,0
MAESTROS	24,2	32,6	43,2
MÉDICOS	19,5	26,4	54,2
AUTORIDADES POLÍTICAS	88,7	9,9	1,4
LÍDERES DE SU SINDICATO	77,4	14,1	8,5
LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDE	57,1	26,2	16,6
JEFE EN EL TRABAJO	27,5	40,9	31,6
VECINOS	58,8	25,6	15,6
PERIODISTAS	70,7	19,8	9,5
AUTORIDADES JUDICIALES	74,1	19,8	6,1

Casi todas las mujeres unidas se sienten muy protegidas por Dios (92,8%), mientras que el 78,3% siente que “nada o poco” le protege el Estado (Tabla 66).

**TABLA 66**  
**SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO	78,3	15,9	5,8
DE LA FAMILIA	14,0	16,1	69,8
DE SU SINDICATO	59,2	24,3	16,4
DE DIOS	2,8	4,4	92,8
DE LA COMUNIDAD	42,4	29,1	28,4

## ESTRESORES PSICOSOCIALES

La salud viene a ser el estresor más importante en las encuestadas (53,4%). La delincuencia, el terrorismo y los hijos y parientes siguen en importancia. Por otro lado, para casi la mitad (49,9%) la pareja es nada o poco estresante (Tabla 67).

**TABLA 67**  
**ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	43,5	24,3	32,1
ESTUDIOS	40,9	18,1	41,0
HIJOS Y PARIENTES	43,4	15,2	41,4
PAREJA	49,9	15,5	34,6
DINERO	36,1	24,8	39,2
SALUD	25,9	20,7	53,4
ASUNTOS CON LA LEY	78,5	11,9	9,6
TERRORISMO	46,2	11,7	42,2
DELINCUENCIA	34,6	13,4	52,0
NARCOTRÁFICO	48,4	11,2	40,4



## ESTADOS ANÍMICOS

De manera similar a la sección de adultos, se señala que las alternativas de respuestas no son mutuamente excluyentes en la persona entrevistada. Los estados anímicos desfavorables de mayor frecuencia que se sienten “siempre o casi siempre” son la preocupación (40,5%) y tristeza (25,9%). Por otro lado, un 56,2% siente alegría y el 55,4% siente tranquilidad (Tabla 68).

**TABLA 68**  
**ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	2,9	71,1	25,9
TENSA	10,4	68,2	21,4
ANGUSTIADA	16,1	67,1	16,8
IRRITABLE	16,4	67,9	15,7
PREOCUPADA	3,6	55,9	40,5
TRANQUILA	1,1	43,5	55,4
ALEGRE	0,9	42,9	56,2
ABURRIDA	21,5	63,1	15,4

## SATISFACCIÓN PERSONAL

La media del grado de satisfacción personal en las mujeres encuestadas es de 16,36 puntos en una escala de 5 a 20 puntos (Tabla 69).

**TABLA 69**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	16,36 (16,01-16,72)	0,18	16,5	20,0	14,9	18,8

Con relación a la satisfacción personal respecto a algunas características personales, más de la mitad se siente satisfecha -“bastante o mucho”- con su religión (78,4%), su color de piel (69,0%), su lugar de residencia (61,6%), sus estudios (60,3%) y su nivel intelectual (58,6%). Por otro lado, aproximadamente la tercera parte de las encuestadas (39,9%) siente “nada o poco” satisfacción con relación al nivel educativo alcanzado (Tabla 70).

**TABLA 70**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	16,1	25,6	58,3
COLOR DE PIEL	9,9	21,2	69,0
INTELIGENCIA	14,0	27,4	58,6
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	33,5	37,9	28,6
PROFESIÓN U OFICIO ESTUDIADO	17,7	22,0	60,3
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	39,9	30,5	29,7
RELIGIÓN	7,7	13,9	78,4
RELACIONES SOCIALES	18,8	28,2	52,9
LUGAR DE RESIDENCIA	13,2	25,1	61,6

## SATISFACCIÓN LABORAL

La media de las mujeres encuestadas muestra un grado de satisfacción laboral aceptable: 16,36 en una escala de 5 a 20 (Tabla 71).

**TABLA 71**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	16,36 (16,11-16,61)	0,12	16,3	20,0	15,0	18,8

Alrededor de la mitad logran sentirse satisfechas con la mayoría de los indicadores laborales como ambiente de trabajo (60,4%), funciones que realiza (58,1%), compañeros (54,2), carga laboral (43,5) y trato del jefe (46,5)(Tabla 72).

**TABLA 72**  
**CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	9,5	32,4	58,1
EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	10,4	29,2	60,4
SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	12,1	33,6	54,2
LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	17,4	39,1	43,5
EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES O PATRONES	14,6	38,9	46,5
LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	39,4	34,4	26,2

## COHESIÓN FAMILIAR

Para medir este aspecto se ha considerado preguntas relacionadas a cuan integrada se siente la persona a su núcleo familiar. La media en el grado de cohesión familiar es de 18,0 en una escala de 5 a 20 puntos (Tabla 73A y 73B). En general las mujeres unidas o alguna vez unidas muestran porcentajes positivos en la mayoría de los aspectos evaluados.

**TABLA 73A**  
**COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

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

**TABLA 73B**  
**COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

ASPECTOS DE RELACIÓN FAMILIAR	NADA O POCO % (IC95%)	REGULAR % (IC95%)	BASTANTE O MUCHO % (IC95%)
¿CUÁNTO LE IMPORTARÍA HACER PASAR VERGÜENZA A SU FAMILIA?	17,1 (ES 2,1) (13,3-21,7)	9,9 (ES 1,3) (7,6-12,7)	73,1 (ES 2,6) (67,7-77,9)
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE LO(A) RESPETAN?	8,2 (ES 0,9) (6,6-10,1)	17,7 (ES 1,8) (14,4-21,5)	74,1 (ES 1,7) (70,6-77,4)
¿CUÁNTO SIENTE QUE SE APOYAN UNOS A OTROS?	10,3 (ES 0,7) (8,9-11,9)	17,4 (ES 1,6) (14,5-20,8)	72,3 (ES 1,5) (69,1-75,2)
¿CUÁN ORGULLOSO SE SIENTE DE SU FAMILIA?	5,7 (ES 0,7) (4,4-7,2)	15,1 (ES 1,4) (12,6-17,9)	79,3 (ES 1,7) (75,7-82,5)
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE SUS VALORES MORALES SE PARECEN A LOS DE SU FAMILIA?	9,8 (ES 1,3) (7,5-12,8)	24,6 (ES 1,8) (21,2-28,3)	65,6 (ES 1,4) (62,8-68,2)
¿QUÉ TANTO SE SIENTE PARTE DEL PROGRESO DE SU FAMILIA?	11,6 (ES 1,3) (9,3-14,3)	22,3 (ES 1,9) (18,9-26,3)	66,1 (ES 1,8) (62,4-69,6)

## 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 7,38 puntos (en una escala de 1 a 10 puntos) (Tabla 74).

**TABLA 74**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

CALIDAD DE VIDA GLOBAL (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA (IC95%)	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	7,38 (7,22-7,55)	0,08	7,4	7,8	6,7	8,0

## INDICADORES SUICIDAS

Los indicadores suicidas se han explorado en un espectro amplio, desde los deseos de morir hasta el intento suicida. Los deseos de morir representan el nivel más sensible en la evaluación. En la muestra, el 40,6% 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 (10,8% vs. 5,1%), prevalencia mensual (1,2% vs. 0,4%) como en la prevalencia anual (3,4% vs. 1,0%). El intento suicida involucra también la conducta y presentan una prevalencia de vida de 2,0% y es mayor al del adulto masculino (0,6%) (Tabla 75).

**TABLA 75**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	40,6
PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR	14,2
PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR	6,6
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	10,8
PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	3,4
PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	1,2
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	5,3
PREVALENCIA ANUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	1,9
PREVALENCIA MENSUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	0,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS	2,0
PREVALENCIA ANUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,7
PREVALENCIA MENSUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,0
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,1

## TRASTORNOS CLÍNICOS

En la tabla 76A se puede observar una cifra importante de la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico (37,1%), igualmente la prevalencia de vida del Episodio depresivo moderado a severo (24,2%) y del trastorno de estrés post-traumático (11,8%).

**TABLA 76A**  
**TRASTORNOS PSIQUIATRICOS SEGÚN LA CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS EN LAS CIUDADES DE LIMA RURAL 2007**

TRASTORNO CLÍNICO	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	37,1
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	14,8
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	12,3
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO CLÍNICO	6,2
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	7,7
PREVALENCIA ANUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,1
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1,7
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1,4
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	11,8
PREVALENCIA ANUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	5,2
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	4,8
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	1,6
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	24,2
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	7,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	5,8
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	3,2
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA	0,9
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	0,6

En la tabla 76B se muestran datos comparativos de las mujeres actualmente unidas de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte. Se observan cifras mayores en la mayoría de los trastornos correspondientes a Lima Rural Norte.

**TABLA 76B**  
**TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS DE LIMA RURAL SUR Y LIMA RURAL NORTE 2007**

TRASTORNO SEGÚN LA CIE-10	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	34,4	36,3	35,1	$f = 0,087; df1=1; df2=129; p=0,768$
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	16,9	10,2	14,3	$f = 4,133; df1=1; df2=129; p=0,044$
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	14,6	7,9	12,0	$f = 4,153; df1=1; df2=129; p=0,044$
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	7,6	4,6	6,4	$f = 1,760; df1=1; df2=129; p=0,187$
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	6,3	8,8	7,3	$f = 2,557; df1=1; df2=129; p=0,112$
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,6	1,3	2,1	$f = 1,712; df1=1; df2=129; p=0,193$
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1,9	1,5	1,7	$f = 0,186; df1=1; df2=129; p=0,667$
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1,7	0,6	1,3	$f = 1,808; df1=1; df2=129; p=0,181$
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST -TRAUMÁTICO	14,3	8,7	12,1	$f = 4,501; df1=1; df2=129; p=0,036$
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST - TRAUMÁTICO	8,4	1,3	5,7	$f = 18,245; f1=1; df2=129; =0,00004$
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST - TRAUMÁTICO	8,0	0,5	5,1	$f = 43,136; df1=1; df2=129; <0,00001$
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST -TRAUMÁTICO	2,7	0,2	1,7	$f = 13,444; df1=1; df2=129; =0,00036$
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	19,2	24,4	21,2	$f = 0,585; df1=1; df2=129; p=0,446$
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	6,5	6,9	6,7	$f = 0,037; df1=1; df2=129; p=0,849$
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	5,4	5,1	5,3	$f = 0,016; df1=1; df2=129; p=0,899$
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	3,5	3,5	3,5	$f = 0,00026; df1=1; df2=129; p=0,987$
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA	1,4	0,5	1,0	$f = 1,599; df1=1; df2=129; p=0,208$
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	1,0	0,1	0,6	$f = 4,027; df1=1; df2=129; p=0,047$

<sup>1</sup> Lima Rural Sur (Provincias de Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima Rural Norte (Provincias de Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón)

## ABUSO CONTRA LA MUJER UNIDA

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

## TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO

Con relación al trato inadecuado en el periodo de enamoramiento de la pareja actual (o última pareja), se indaga una variedad de comportamientos inadecuados, como los celos desmesurados que se presenta en un 32,0%, las actitudes machistas (19,9%). Aproximadamente la quinta parte dice que su pareja la controlaba mucho (19,8%), la descuidaba por el consumo de alcohol (17,5%) y le mentía mucho (16,4%). Las prevalencias más bajas corresponden a las relaciones sexuales forzadas (3,1%), al maltrato físico y los arranques de violencia (cada uno con 6,4%) (Tabla 77A).

**TABLA 77A**
**CARACTERÍSTICAS DEL TRATO INADECUADO DE LA PAREJA ACTUAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE LIMA RURAL 2007**

PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	%
LE GRITABA MUCHO	6,9
TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	6,4
LA ENGAÑÓ	11,6
LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	6,4
LA FORZÓ A RELACIONES SEXUALES	3,1
SE MOSTRÓ INDIFERENTE	8,2
LE MENTÍA MUCHO	16,4
ERA MUY CELOSO	32,0
LA CONTROLABA MUCHO	19,8
LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	17,5
TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	19,9
OTRO	0,4

En la tabla 77B se muestran datos comparativos de las mujeres actualmente unidas de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte. Se observan cifras mayores de trato inadecuado durante el periodo de enamoramiento en Lima Rural Norte.

**TABLA 77B**
**CARACTERÍSTICAS DEL TRATO INADECUADO DE LA PAREJA ACTUAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS DE LIMA RURAL SUR Y LIMA RURAL NORTE 2007**

PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
LE GRITABA MUCHO	4,6	9,5	6,5	F= 7,066; DF1=1; DF2=129; p=0,009
TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	4,5	6,8	5,4	F= 1,438; DF1=1; DF2=129; p=0,233
LA ENGAÑÓ	10,3	11,2	10,7	F= 0,147; DF1=1; DF2=129; p=0,703
LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	5,3	5,7	5,4	F= 0,036; DF1=1; DF2=129; p=0,850
LA FORZÓ A TENER RELACIONES SEXUALES	2,7	2,2	2,5	F= 0,217; DF1=1; DF2=129; p=0,642
SE MOSTRÓ INDIFERENTE	7,4	8,3	7,7	F= 0,098; DF1=1; DF2=129; p=0,754
LE MENTÍA MUCHO	15,0	13,8	14,6	F= 0,112; DF1=1; DF2=129; p=0,738
ERA MUY CELOSO	31,7	33,1	32,2	F= 0,112; DF1=1; DF2=129; p=0,739
LA CONTROLABA MUCHO	17,7	20,7	18,8	F= 0,396; DF1=1; DF2=129; p=0,530
LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	16,4	15,5	16,1	F= 0,052; DF1=1; DF2=129; p=0,819
TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	16,3	23,2	18,9	F= 3,762; DF1=1; DF2=129; p=0,055
OTRO	0,4	0,1	0,3	F= 1,016; DF1=1; DF2=129; p=0,315

<sup>1</sup> Lima Rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima Rural Norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón)

En la estimación global de tratos inadecuados a mujeres unidas, en el período de enamoramiento, por su actual pareja o última pareja, se observa que aproximadamente la mitad de esta muestra (46,5%) es objeto de estos tratos inadecuados y un poco más de la décima parte (12,9%) sufre algún tipo de violencia (Tabla 78A).

**TABLA 78A**  
**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 LIMA RURAL 2007**

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)	46,5
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	12,9

En la tabla 78B se muestran datos comparativos de las mujeres actualmente unidas de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte, observándose cifras mayores en Lima Rural Norte.

**TABLA 78B**  
**PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS DE LIMA RURAL SUR Y LIMA RURAL NORTE 2007**

TRATO INADECUADO EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA (AL MENOS UN TIPO DE MALTRATO)	45,7	47,1	46,2	$F= 0,103; df1=1; df2=129; p=0,749$
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	10,1	13,8	11,5	$F= 3,071; df1=1; df2=129; p=0,082$

<sup>1</sup> Lima Rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima Rural Norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón)

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

Se seleccionó una sub-muestra de mujeres “actualmente unidas”, ya sea en matrimonio o convivencia; esta sub-muestra fue del 83,0% de la muestra total que, ponderada o expandida, representa a 16 134 mujeres unidas de la población. En la Tabla 79 se observan cifras comparativas entre Lima Rural Sur y Lima Rural Norte.

**TABLA 79**  
**PREVALENCIA DE VIDA Y TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS DE LIMA RURAL SUR Y LIMA RURAL NORTE 2007**

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE ALGÚN ABUSO	58,7	39,8	51,4	$F = 8,559; df1=1; df2=129; p = 0,004$
ABUSO SEXUAL	6,3	6,2	6,3	$F = 0,001; df1=1; df2=129; p = 0,971$
ABUSO FÍSICO	40,5	31,5	37,0	$F = 1,626; df1=1; df2=129; p = 0,205$
INSULTOS	55,1	37,1	48,2	$F = 10,091; df1=1; df2=129; p = 0,002$
CHANTAJES, HUMILLACIONES	29,9	14,0	23,8	$F = 17,879; df1=1; df2=129; p = 0,00004$
ABANDONO	9,9	2,7	7,1	$F = 14,410; df1=1; df2=129; p = 0,00023$

<sup>1</sup> Lima Rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima Rural Norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón)

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

**TABLA 80**  
**PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS DE LIMA RURAL SUR Y LIMA RURAL NORTE 2007**

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL	27,4	14,7	22,5	$F = 7,977; df1=1,808; df2=233,266; p = 0,001$
ABUSO SEXUAL	2,6	0,9	1,9	$F = 5,294; df1=1; df2=129; p = 0,023$
ABUSO FÍSICO	9,9	4,2	7,7	$F = 5,851; df1=1; df2=129; p = 0,017$
INSULTOS	24,2	14,0	20,2	$F = 13,197; df1=1; df2=129; p = 0,00040$
CHANTAJES, HUMILLACIONES	14,9	7,3	12,0	$F = 8,488; df1=1; df2=129; p = 0,004$
ABANDONO	4,6	1,0	3,2	$F = 9,367; df1=1; df2=129; p = 0,003$

<sup>1</sup> Lima Rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima Rural Norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón)

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

En la Tabla 81 se pueden observar cifras comparativas en Lima Rural Sur y Lima Rural Norte. La cifra más alta (9,0 %) de prevalencia anual de algún abuso sistemático por parte de su pareja actual corresponde a Lima Rural Sur.



**TABLA 81**  
**PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO POR PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS DE LIMA RURAL SUR Y LIMA RURAL NORTE 2007**

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL	9,0	5,3	7,5	$F = 3,284; df1=1; df2=129; p= 0,072$
ABUSO SEXUAL	1,0	0,1	0,7	$F = 9,641; df1=1; df2=129; p= 0,002$
ABUSO FÍSICO	1,8	0,4	1,3	$F = 7,793; df1=1; df2=129; p= 0,006$
INSULTOS	7,7	5,3	6,8	$F = 1,646; df1=1; df2=129; p= 0,202$
CHANTAJES, HUMILLACIONES	5,4	3,3	4,6	$F = 1,242; df1=1; df2=129; p= 0,267$
ABANDONO	1,5	0,2	1,0	$F = 9,726; df1=1; df2=129; p= 0,002$

<sup>1</sup> Lima Rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima Rural Norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón)

Más de la mitad (59,8%) presentó trato inadecuado en el periodo de enamoramiento por parte de su pareja actual y cerca de la cuarta parte sufre de algún tipo de violencia (Tabla 82).

**TABLA 82**  
**ANTECEDENTES DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO POR LA PAREJA ACTUAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

ANTECEDENTES AL MALTRATO	%
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	59,8
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	23,5

De manera similar a la población general de mujeres unidas y adultos masculinos, aquí también se aprecia que las mujeres maltratadas sistemáticamente “no confían o confían poco” en las autoridades políticas (86,7%) y en las autoridades judiciales (71,7%) (Tabla 83).

**TABLA 83**  
**CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	46,5	30,1	23,4
AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	70,3	16,7	13,1
AUTORIDADES POLÍTICAS	86,7	11,0	2,3
AUTORIDADES JUDICIALES	71,7	21,3	7,0

El sentimiento de protección como “bastante o mucho” por parte del entorno familiar es compartida por casi la mitad de la muestra (47,3%) y es menor en comparación a la población general de mujeres unidas (69,8%). Por otro lado, 78,2% “no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas por el Estado”, siendo esta cifra similar a la de las mujeres unidas en general (78,3%) (Tabla 84).

**TABLA 84**  
**SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS**  
**SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO	78,2	19,0	2,8
DE LA FAMILIA	26,4	26,3	47,3

### ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

El estresor psicosocial que más perturba a las mujeres maltratadas sistemáticamente es la salud (65,5%) y el menos perturbador (“nada o poco”) es el trabajo (37,6%) (Tabla 85).

**TABLA 85**  
**ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS**  
**SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO	37,6	19,3	43,1
HIJOS Y PARIENTES	25,7	21,9	52,4
PAREJA	31,9	20,4	47,7
DINERO	30,3	18,6	51,1
SALUD	23,7	10,9	65,5

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

En las mujeres unidas maltratadas sistemáticamente, las prevalencias más altas “siempre o casi siempre” corresponden a los siguientes estados anímicos negativos: preocupación (56,6%) y tristeza (31,8%), siendo estas cifras mayores con relación al total de encuestadas (preocupación, 40,5% y tristeza, 25,9%) (Tabla 86).

**TABLA 86**  
**SENTIMIENTOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS**  
**SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE	3,0	65,3	31,8
TENSA	10,4	61,0	28,5
ANGUSTIADA	7,1	68,2	24,8
IRRITABLE	5,7	73,1	21,1
PREOCUPADA	0,2	43,2	56,6
TRANQUILA	1,2	48,1	50,7
ALEGRE	0,9	49,4	49,7
ABURRIDA	9,9	66,1	24,0

## SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

La satisfacción personal en las mujeres maltratadas sistemáticamente (promedio 15,4) es estadísticamente diferente al de las mujeres unidas en general (promedio 16,36)(Tablas 69 y 87A). Particularmente importante se refiere a la menos satisfacción con relación a la condición socioeconómica, la profesión u oficio estudiado, el nivel educativo alcanzado y las relaciones sociales. Estos aspectos son importantes a considerar en los programas o políticas que se vinculen con la lucha de la violencia hacia la mujer.

**TABLA 87A**

**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	15,4 (14,89-15,91)	(0,25)	16,0	16,0	13,8	17,4

**TABLA 87B**

**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

ÁREA:	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO	23,9	18,0	58,1
COLOR DE PIEL	10,2	20,5	69,3
INTELIGENCIA	10,9	32,1	57,0
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	41,9	38,2	19,9
PROFESIÓN U OFICIO ESTUDIADO	28,0	61,3	10,7
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	49,4	25,2	25,5
RELIGIÓN	13,1	14,5	72,4
RELACIONES SOCIALES	36,3	22,7	41,0
LUGAR DE RESIDENCIA	33,9	21,8	44,3

## INDICADORES SUICIDAS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

Más de la mitad, 56,7%, de las mujeres maltratadas sistemáticamente ha deseado morir alguna vez en su vida, y cerca de la tercera parte en el último año. En el caso de pensamientos suicidas, los datos son considerablemente mayores, casi el doble, con relación a la muestra total de mujeres unidas: prevalencia de vida, 22,3% vs. 10,8%; prevalencia anual, 11,1% vs. 3,4% (Tabla 88).

**TABLA 88**

**IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

PREVALENCIAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	56,7
PREVALENCIA ANUAL DE DESEOS DE MORIR	26,4
PREVALENCIA MENSUAL DE DESEOS DE MORIR	11,6
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	22,3
PREVALENCIA ANUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	11,1
PREVALENCIA MENSUAL DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	5,9

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 (3,4% vs. 2,0%) (Tabla 89).

**TABLA 89**  
**INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

PREVALENCIAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	12,5
PREVALENCIA ANUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	5,3
PREVALENCIA MENSUAL DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	1,8
PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS	3,4
PREVALENCIA ANUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	2,6
PREVALENCIA MENSUAL DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,0
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,4

### FACTORES PROTECTORES EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE

El grado de cohesión familiar en las mujeres maltratadas sistemáticamente (16,2) es menor que la población de mujeres unidas en general (18,0) (Tablas 73 y 90A y B). Cerca de una cuarta parte de las mujeres víctimas de maltrato sistemático siente que la respetan poco o nada o no siente que se apoyan unos a otros.

**TABLA 90A**  
**COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
	16,2	2,6	16,7	20,0	13,3	18,3

**TABLA 90B**  
**COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

ASPECTOS DE RELACIÓN FAMILIAR	NADA O POCO % (IC95%)	REGULAR % (IC95%)	BASTANTE O MUCHO % (IC95%)
¿CUÁNTO LE IMPORTARÍA HACER PASAR VERGÜENZA A SU FAMILIA?	10,0 (ES 3,1) (5,3-17,9)	19,2 (ES 8,3) (7,6-40,7)	70,8 (ES 7,6) (54,0-83,4)
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE LO(A) RESPETAN?	24,5 (ES 8,1) (12,0-43,5)	34,3 (ES 6,3) (23,1-47,6)	41,3 (ES 6,0) (30,1-53,3)
¿CUÁNTO SIENTE QUE SE APOYAN UNOS A OTROS?	24,3 (ES 4,3) (16,9-33,7)	36,5 (ES 7,5) (23,2-52,2)	39,2 (ES 5,6) (28,7-50,7)
¿CUÁN ORGULLOSO SE SIENTE DE SU FAMILIA?	12,6 (ES 3,2) (7,5-20,5)	34,0 (ES 7,6) (20,9-50,2)	53,3 (ES 6,9) (39,7-66,4)
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE SUS VALORES MORALES SE PARECEN A LOS DE SU FAMILIA?	20,3 (ES 6,5) (10,3-36,2)	37,1 (ES 6,5) (25,4-50,6)	35,2 (ES 5,5) (25,3-46,6)
¿QUÉ TANTO SE SIENTE PARTE DEL PROGRESO DE SU FAMILIA?	18,2 (ES 5,0) (10,3-30,2)	39,5 (ES 8,0) (25,2-56,0)	42,3 (ES 5,8) (31,3-54,0)

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

Las mujeres maltratadas sistemáticamente refieren una regular calidad de vida global (6,9), siendo esta cifra menor a la que arroja la mujer unida en general (7,38%) (Tablas 74 y 91).

**TABLA 91**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

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

**TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE**

En la Tabla 92 se observa que las prevalencias de los trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente son elevadas en general, si se comparan con las de los trastornos clínicos observados en las mujeres unidas encuestadas que no son víctimas de maltrato sistemático; se pueden evidenciar diferencias importantes como, por ejemplo, la prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad generalizada (2,1% vs. 1,7%); la prevalencia actual del trastorno de estrés post-traumático (4,0% vs. 1,5%); la prevalencia a seis meses del Episodio depresivo moderado a severo (11,6% vs. 4,7%), etc.

**TABLA 92**  
**ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE LIMA RURAL 2007**

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	TOTAL %
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	58,3% (VERSUS 33,3% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 9,221$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,003$
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	28,1% (VERSUS 13,2% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 11,040$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,001$
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	25,0% (VERSUS 10,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 11,660$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,001$
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	15,5% (VERSUS 5,6% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 8,500$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,004$
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2,1% (VERSUS 1,7% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 0,084$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,772$
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	3,4% (VERSUS 1,1% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 3,021$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,085$
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	18,9% (VERSUS 11,6% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 3,665$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,058$
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	4,0% (VERSUS 1,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 2,990$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,086$
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	32,1% (VERSUS 20,3% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 3,573$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,061$
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	14,1% (VERSUS 6,0% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 4,369$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,039$
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	11,6% (VERSUS 4,7% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 3,422$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,067$
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	9,7% (VERSUS 2,9% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 4,619$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,033$
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	0,0% (VERSUS 0,7% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) $F = 0,198$ $DF1 = 1$ $DF2 = 129$ $P = 0,657$



## V. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS







## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

El número de adolescentes encuestados fue de 658, cifra que, de acuerdo al diseño técnico del muestreo, permite inferir una población de 9 063 adolescentes en Lima Rural Sur y Lima Rural Norte. En la muestra se encontró una proporción de 48,4% de varones y 51,6% de mujeres (Tabla 93).

**TABLA 93**  
**TOTAL DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS Y POBLACIÓN PONDERADA DE LIMA RURAL 2007**

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL	658	51,4	48,6
PONDERADA	9 063	48,4	51,6

### EDAD

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

**TABLA 94**  
**EDAD DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS DE LIMA RURAL 2007**

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PONDERADA	14,4	1,7
GRUPO ETARIO	PONDERADO	SIN PONDERAR
12 A 14 AÑOS	53,7%	56,5%
15 A 17 AÑOS	46,3%	43,5%

### ESCOLARIDAD

Se ha encontrado que la prevalencia de analfabetismo en la población adolescente de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte, en conjunto es de 0,5%, mucho menor que en la población adulta. Esta prevalencia es semejante a la obtenida en las ciudades de la Sierra y Lima Metropolitana. El mayor porcentaje de los adolescentes que estudian o han estudiado tienen nivel secundario (71,3%) y, una pequeña proporción, nivel superior (0,1%) (Tabla 95).

**TABLA 95**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE LIMA RURAL 2007**

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
GRADO DE ANALFABETISMO	0,5	0,9	0,1
SIN NIVEL/NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	0,0	0,0	0,0
INICIAL/PREESCOLAR	0,3	0,6	0,0
PRIMARIA	28,4	22,7	33,7
SECUNDARIA	71,3	76,7	66,2
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,1	0,0	0,1
SUPERIOR UNIVERSITARIO	0,0	0,0	0,0

## ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil, el 99,3% de los adolescentes es soltero. Se ha encontrado que el 1,2% de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo, y ninguna adolescente informó haber abortado.

## OCUPACIÓN

La ocupación o situación laboral de los adolescentes suele ser uno de los indicadores de los problemas económicos familiares. El 26,3% de los adolescentes de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte se encontraba trabajando la semana anterior a la encuesta (Tabla 96), con un ingreso mensual neto promedio de 128,64 Nuevos Soles.

**TABLA 96**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADOLESCENTES DE LIMA RURAL 2007**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	26,3	32,3	20,7
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	1,2	0,8	1,6

# SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE



## SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE

### ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Considerando que la adolescencia es la etapa en la que el ser humano completa las tareas del desarrollo para alcanzar la adultez y que el éxito de esta etapa depende de diversos factores, individuales y contextuales, se han estudiado tanto los problemas que conllevan deterioro de su salud mental y trastornos psicopatológicos, como ansiedad y depresión. Dichos problemas o trastornos pasan fácilmente inadvertidos por los adultos.

### ENTORNO GENERAL

Respecto a los problemas que enfrenta el país, más del 40% de los adolescentes de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte identifican como problemas principales: la pobreza (23,7%), violencia (19,9%) la corrupción (19,1%), seguidos por la delincuencia (10,8%) y el desempleo (7,4%) (Tabla 97). Frente a estos problemas la mayoría de adolescentes siente pena, tristeza o depresión (31,0%) o preocupación (22,7%) (Tabla 98).

**TABLA 97**

#### PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS POR LOS ADOLESCENTES DE LIMA RURAL 2007

PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	PROBLEMAS PERCIBIDOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
DESEMPLEO	7,4	5,9	8,9	FALTA DE LIDERAZGO	2,5	0,4	4,5
CORRUPCIÓN	19,1	19,4	18,7	INESTABILIDAD POLÍTICA	0,6	0,9	0,3
VIOLENCIA	19,9	18,7	21,1	FALTA DE CONFIANZA	1,9	1,0	2,7
POBREZA	23,7	26,3	21,2	MANEJO ECONÓMICO	2,3	0,8	3,6
DELINCUENCIA	10,8	12,3	9,4	FALTA DE VALORES	7,0	9,9	4,4
TERRORISMO	2,9	2,1	3,7	OTROS	0,2	0,3	0,1
NARCOTRÁFICO	0,6	1,0	0,2				

**TABLA 98**

#### SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN ADOLESCENTES DE LIMA RURAL 2007

SENTIMIENTOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %	SENTIMIENTOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
INDIFERENCIA	5,7	7,7	3,7	PREOCUPACIÓN	22,7	28,2	17,6
RESIGNACIÓN	2,2	2,9	1,6	IMPOTENCIA	1,2	1,7	0,8
DESILUSIÓN	9,6	7,4	11,7	FRUSTRACIÓN	0,5	0,6	0,5
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	31,0	25,9	35,9	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	0,6	0,7	0,5
RABIA	1,4	1,7	1,0	INDIGNACIÓN	0,8	1,1	0,5
CÓLERA	10,0	10,6	9,6	MIEDO O TEMOR	6,3	3,2	9,2
AMARGURA	7,2	7,3	7,1	OTROS	0,0	0,1	0,0

Respecto a la confianza en las autoridades, al igual que en Lima y Callao, en Lima Rural Sur y Lima Rural Norte, llama la atención la poca o nada confianza de los adolescentes en las autoridades políticas (69,3%) así como en los periodistas (51,2%), vecinos (50,5%), militares (46,7%) y policías masculinas (45,1%). Estos resultados contrastan con la confianza plena de los adolescentes en los maestros (64,7%), en los médicos (51,2%), y religiosos (45,1%) (Tabla 99).

**TABLA 99**  
**CONFIANZA EN LAS AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>POLICÍAS FEMENINAS</b>			
TOTAL	39,4	40,3	20,3
MASCULINO	35,9	46,9	17,2
FEMENINO	42,6	34,1	23,2
<b>POLICÍAS MASCULINAS</b>			
TOTAL	45,1	32,8	22,1
MASCULINO	34,7	36,6	28,7
FEMENINO	54,8	29,3	15,9
<b>MILITARES</b>			
TOTAL	46,7	29,8	23,5
MASCULINO	39,1	28,7	32,2
FEMENINO	54,0	30,8	15,2
<b>RELIGIOSOS</b>			
TOTAL	33,1	21,9	45,1
MASCULINO	32,2	23,8	44,0
FEMENINO	33,9	20,0	46,1
<b>MAESTROS</b>			
TOTAL	14,1	21,2	64,7
MASCULINO	13,2	22,6	64,2
FEMENINO	14,9	19,9	65,2
<b>MÉDICOS</b>			
TOTAL	20,7	28,2	51,2
MASCULINO	16,5	29,8	53,7
FEMENINO	24,6	26,6	48,8
<b>AUTORIDADES POLÍTICAS</b>			
TOTAL	69,3	24,0	6,7
MASCULINO	71,7	20,3	8,0
FEMENINO	67,0	27,5	5,5
<b>LÍDERES SINDICALES</b>			
TOTAL	0,0	0,0	0,0
MASCULINO	0,0	0,0	0,0
FEMENINO	0,0	0,0	0,0
<b>LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ALCALDES</b>			
TOTAL	42,6	35,1	22,3
MASCULINO	40,7	39,6	19,7
FEMENINO	44,5	30,8	24,7
<b>JEFE DE TRABAJO</b>			
TOTAL	13,2	32,4	54,3
MASCULINO	13,0	25,2	61,8
FEMENINO	13,6	45,7	40,7
<b>VECINOS</b>			
TOTAL	50,5	28,7	20,9
MASCULINO	42,7	27,3	30,0
FEMENINO	57,7	29,9	12,3
<b>PERIODISTAS</b>			
TOTAL	51,2	33,9	15,0
MASCULINO	45,1	37,5	17,3
FEMENINO	56,9	30,4	12,7

**ESTRESORES PSICOSOCIALES**

Con relación a los estresores psicosociales que percibe el adolescente como muy tensionantes, resaltan la delincuencia (42,2%), el narcotráfico (34,7%), el terrorismo (34,1%) y la salud (44,7%) (Tabla 100), siendo mayores los porcentajes en las adolescentes.

**TABLA 100**  
**MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>TRABAJO</b>			
TOTAL	60,0	17,2	22,7
MASCULINO	62,5	22,8	14,7
FEMENINO	56,4	9,1	34,5
<b>ESTUDIO</b>			
TOTAL	44,3	18,7	36,9
MASCULINO	44,3	18,9	36,8
FEMENINO	44,3	18,6	37,1
<b>HIJOS Y PARIENTES</b>			
TOTAL	49,9	17,1	33,0
MASCULINO	50,1	21,8	28,1
FEMENINO	49,7	12,9	37,4
<b>PAREJA</b>			
TOTAL	71,3	17,6	11,1
MASCULINO	68,0	20,3	11,7
FEMENINO	76,0	13,7	10,3
<b>DINERO</b>			
TOTAL	64,7	19,2	16,1
MASCULINO	68,9	17,0	14,1
FEMENINO	60,6	21,3	18,1
<b>LA SALUD</b>			
TOTAL	38,2	17,1	44,7
MASCULINO	40,5	17,6	41,9
FEMENINO	36,0	16,7	47,3
<b>LA LEY</b>			
TOTAL	77,0	13,7	9,3
MASCULINO	76,7	16,0	7,3
FEMENINO	77,3	11,5	11,2
<b>TERRORISMO</b>			
TOTAL	53,2	12,7	34,1
MASCULINO	56,1	15,2	28,6
FEMENINO	50,5	10,2	39,3
<b>DELINCUENCIA</b>			
TOTAL	48,7	9,1	42,2
MASCULINO	50,0	10,8	39,2
FEMENINO	47,5	7,4	45,0
<b>NARCOTRÁFICO</b>			
TOTAL	53,3	11,9	34,7
MASCULINO	58,9	13,5	27,7
FEMENINO	48,1	10,5	41,3

Respecto al estrés ambiental, el 58,7% de los adolescentes percibe un alto nivel de estrés (ruidos, ventilación, olores, espacio), cifra mayor a la que perciben los adolescentes de Lima y Callao (42,6%) (EEMSM 2002), de las ciudades de la Sierra (42,5%) (EESMSP 2003), Selva (56,5%) (EESMSLP 2004) y Fronteras (56,4%) (EESMFP 2005).

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

En cuanto a los estados anímicos que, sin ser por sí mismos patológicos, pueden repercutir significativamente en la calidad de vida de los adolescentes, llama la atención los resultados respecto a los estados negativos, donde entre el 12,9% y el 15,3% 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 es considerable (24,5%), hallándose relación con el tener que asumir responsabilidades por algo, de manera similar que en Fronteras, Selva, Sierra, Lima y Callao (Tabla 101).

**TABLA 101**  
**PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	9,6	75,1	15,3
MASCULINO	12,5	75,0	12,5
FEMENINO	6,8	75,2	17,9
<b>TENSO</b>			
TOTAL	21,3	65,8	12,9
MASCULINO	22,1	70,0	7,9
FEMENINO	20,6	61,9	17,5
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	23,9	61,9	14,2
MASCULINO	26,1	59,3	14,6
FEMENINO	21,8	64,4	13,8
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	25,4	59,4	15,3
MASCULINO	20,7	67,3	12,0
FEMENINO	29,7	51,9	18,3
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	10,9	64,6	24,5
MASCULINO	10,9	63,9	25,2
FEMENINO	11,0	65,3	23,8
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	4,2	29,0	66,9
MASCULINO	1,8	26,9	71,3
FEMENINO	6,4	31,0	62,6
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	0,0	17,9	82,0
MASCULINO	0,0	16,4	83,6
FEMENINO	0,1	19,4	80,6
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	17,9	69,2	12,9
MASCULINO	17,8	74,1	8,2
FEMENINO	18,0	64,7	17,3
<b>OTRO</b>			
TOTAL	40,6	8,1	51,4
MASCULINO	82,2	8,4	9,4
FEMENINO	0,0	7,7	92,3

## 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 17,7 semejante a la de los adolescentes de las ciudades de Lima y Callao (16,1), Sierra (16,9), Selva (17,2) y Fronteras (17,5) (Tabla 102).



La mayor fuente de satisfacción hallada se encuentra en la profesión u oficio (86,6%), inteligencia (76,1%), color de la piel (73,9%), las amistades o relaciones sociales (69,6%); y el 17,9% está muy poco o nada satisfecho con su nivel económico, área que causa con mayor frecuencia escasa satisfacción personal respecto a las otras áreas estudiadas (Tabla 103).

**TABLA 102**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE**  
**DE LIMA RURAL 2007**

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

**TABLA 103**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE**  
**DE LIMA RURAL 2007**

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASPECTO FÍSICO</b>			
TOTAL	9,0	21,3	69,7
MASCULINO	7,1	23,0	69,9
FEMENINO	10,7	19,8	69,5
<b>COLOR DE LA PIEL</b>			
TOTAL	12,0	14,1	73,9
MASCULINO	12,6	14,6	72,8
FEMENINO	11,3	13,8	74,9
<b>INTELIGENCIA</b>			
TOTAL	7,0	16,9	76,1
MASCULINO	9,6	17,5	72,8
FEMENINO	4,4	16,3	79,3
<b>CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA</b>			
TOTAL	17,9	33,5	48,6
MASCULINO	19,9	41,2	38,9
FEMENINO	16,1	26,3	57,7
<b>PROFESIÓN U OFICIO</b>			
TOTAL	7,3	6,1	86,6
MASCULINO	8,3	4,6	87,1
FEMENINO	6,2	7,7	86,0
<b>NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO</b>			
TOTAL	10,3	25,1	64,5
MASCULINO	12,4	26,6	61,0
FEMENINO	8,4	23,8	67,8
<b>RELIGIÓN</b>			
TOTAL	12,8	15,7	71,5
MASCULINO	16,5	22,2	61,4
FEMENINO	9,3	9,4	81,3
<b>AMISTADES O RELACIONES SOCIALES</b>			
TOTAL	11,2	19,2	69,6
MASCULINO	10,0	21,0	69,0
FEMENINO	12,3	17,5	70,2
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>			
TOTAL	14,4	23,3	62,4
MASCULINO	16,5	28,4	55,1
FEMENINO	12,4	18,5	69,2

## SATISFACCIÓN LABORAL

Partiendo del conocimiento de que muchos adolescentes tienen que trabajar para ayudar a mantener sus hogares, se consideró importante la evaluación de esta área. En lo que respecta a la evaluación del grado de satisfacción laboral global, la media es 17,2, que es mayor a la media del adolescente de las ciudades de Lima y Callao (15,2), de la Sierra (16,0), Selva (16,6) y Fronteras (16,2). Las causas más frecuentes de insatisfacción laboral son la remuneración (17,9%) y la carga de trabajo (16,0%). Es importante resaltar que un 65,2% de los adolescentes encuestados señaló el trato de los jefes como fuente de satisfacción laboral (Tablas 104 y 105).

**TABLA 104**

**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	17,2	2,5	17,5	20,0	15,8	19,2
MASCULINO	17,1	2,5	17,5	20,0	15,8	19,2
FEMENINO	17,4	2,4	17,5	20,0	15,8	20,0

**TABLA 105**

**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA</b>			
TOTAL	8,7	30,4	60,9
MASCULINO	8,7	29,7	61,6
FEMENINO	8,7	31,3	60,0
<b>CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA</b>			
TOTAL	11,6	22,5	65,8
MASCULINO	12,0	22,6	65,4
FEMENINO	11,0	22,5	66,5
<b>CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>			
TOTAL	3,1	23,9	73,0
MASCULINO	4,4	20,4	75,2
FEMENINO	1,3	29,3	69,5
<b>CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA</b>			
TOTAL	16,0	50,1	33,9
MASCULINO	15,3	57,6	27,1
FEMENINO	16,8	39,8	43,3
<b>CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES</b>			
TOTAL	8,6	26,2	65,2
MASCULINO	11,1	26,1	62,8
FEMENINO	3,9	26,4	69,7
<b>CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE</b>			
TOTAL	17,9	37,4	44,7
MASCULINO	21,9	37,7	40,4
FEMENINO	11,9	36,8	51,3

## CALIDAD DE VIDA

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

**TABLA 106**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

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

## ASPECTOS PSICOPÁTICOS

Las conductas psicopáticas pueden iniciarse desde edades tempranas y ser predictoras de problemas severos de personalidad de difícil ayuda en la adultez. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo; las tendencias psicopáticas se refieren a conductas como venta de objetos robados, la mentira frecuente, actos delictivos o abandono de la escuela; como tendencias delictivas, se considera el robo u otras conductas abiertamente en conflicto con la ley. La permisividad frente a la psicopatía, así como la prevalencia de tendencias psicopáticas y tendencias delictivas (4,7%, 40,2% y 4,3% respectivamente) en la población adolescente de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte, es menos frecuente que en la población de adolescentes de las ciudades de la Selva (5,1%, 44,6% y 3,6%), Fronteras (5,7%, 39,4% y 6,4%) y Sierra (9,9%, 39,4% y 9,6%) (Tabla 107A, 107B, 107C).

**TABLA 107A**  
**PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
<b>PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA*</b>	
TOTAL	4,7
MASCULINO	6,5
FEMENINO	3,1
<b>NO TE IMPORTA Y NO HACES NADA</b>	
TOTAL	2,1
MASCULINO	2,3
FEMENINO	1,8

\* Se refiere a si el entrevistado ve a una persona robando en una tienda, a él no le importa o no hace nada, o considerar que ante determinadas circunstancias difíciles es permitido robar.

**TABLA 107B**  
**ALGUNAS TENDENCIAS PSICOPÁTICAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	NUNCA %	RARA VEZ %	OCASIO- NALMENTE %	FRECUENTE %	MUY FRECUENTE %
<b>VENTA DE OBJETO DE DUDOSA PROCEDENCIA O ROBADAS</b>					
TOTAL	98,5	0,7	0,5	0,1	-
MASCULINO	97,6	1,1	0,8	0,2	-
FEMENINO	99,3	0,3	0,3	-	-
<b>HA HECHO "LA VACA" O "SE HA TIRADO LA PERA" EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS</b>	<b>NINGUNA VEZ %</b>	<b>UNA VEZ %</b>	<b>DOS A 6 VECES %</b>	<b>SIETE A 12 VECES %</b>	<b>MAS DE 12 VECES %</b>
TOTAL	57,7	14,0	23,3	3,0	2,0
MASCULINO	44,4	16,4	33,6	2,8	2,9
FEMENINO	70,0	11,8	13,8	3,3	1,2
<b>MENTIRA FRECUENTE ACTUALMENTE</b>				<b>PRESENTE %</b>	
TOTAL					16,8
MASCULINO					17,5
FEMENINO					16,1
<b>PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS**</b>				<b>%</b>	
TOTAL					40,2
MASCULINO					49,9
FEMENINO					31,1

\*\* Se refiere a haber ganado, al menos raras veces, dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas, o haber participado alguna vez en un robo, o haberse "hecho la vaca" al menos dos veces en los últimos 3 años o mentir mucho en la actualidad

**TABLA 107C**  
**TENDENCIAS VIOLENTAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

TENDENCIAS VIOLENTAS	%
<b>HA PEGADO A UN NIÑO MENOR Y LE HA DEJADO MORETONES</b>	
TOTAL	4,3
MASCULINO	4,2
FEMENINO	4,4
<b>HA PARTICIPADO EN MÁS DE UNA PELEA QUE HAYA ACABADO A GOLPES</b>	
TOTAL	10,9
MASCULINO	19,2
FEMENINO	3,0
<b>EN UNA PELEA HA USADO PIEDRAS, PALOS, CUCHILLOS (NAVAJAS), HONDAS, MACHETE, VERDUGUILLO U HOZ</b>	
TOTAL	0,8
MASCULINO	0,8
FEMENINO	0,8
<b>EN UNA PELEA HA USADO ARMAS DE FUEGO COMO PISTOLAS</b>	
TOTAL	0,0
MASCULINO	0,0
FEMENINO	0,0

**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 de morir y gradualmente inferiores las de pensamiento, planeación y finalmente intento de suicidio.

En la Tabla 108, observamos que el 21,4% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos de morir, un 10,8% en el último año y un 3,6% en el último mes. Un 7,4% de los adolescentes alguna vez en su vida ha pensado en quitarse la vida, un 5,0% en el último año y un 1,6% en el último mes. El 2,3% de la población adolescente ha tenido planes de índole suicida, un 1,9% en el último año y 1,1% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más severa, el 1,2% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, un 0,9% en el último año y un 0,3% en el último mes. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años.

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

**TABLA 108**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL %	12 A 14 AÑOS %	15 A 17 AÑOS %	ESTADÍSTICOS
<b>DESEOS DE MORIR</b>				
PREVALENCIA DE VIDA	21,4	20,6	22,3	F=0,172; DF1=1; DF2=125; P=0,679
PREVALENCIA ANUAL	10,8	9,3	12,5	F=0,715; DF1=1; DF2=125; P=0,399
PREVALENCIA MENSUAL	3,6	4,4	2,7	F=0,897; DF1=1; DF2=125; P=0,346
<b>PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA</b>				
PREVALENCIA DE VIDA	7,4	5,3	9,8	F=3,307; DF1=1; DF2=125; P=0,071
PREVALENCIA ANUAL	5,0	4,2	6,0	F=0,767; DF1=1; DF2=125; P=0,383
PREVALENCIA MENSUAL	1,6	1,7	1,5	F=0,030; DF1=1; DF2=125; P=0,862
<b>PLANES DE INDOLE SUICIDA</b>				
PREVALENCIA DE VIDA	2,3	2,5	2,0	F=0,166; DF1=1; DF2=125; P=0,684
PREVALENCIA ANUAL	1,9	2,2	1,5	F=0,476; DF1=1; DF2=125; P=0,491
PREVALENCIA MENSUAL	1,1	1,3	0,7	F=0,309; DF1=1; DF2=125; P=0,579
<b>CONDUCTAS SUICIDAS</b>				
PREVALENCIA DE VIDA	1,2	0,9	1,7	F=0,421; DF1=1; DF2=125; P=0,518
PREVALENCIA ANUAL	0,9	0,3	1,6	F=4,149; DF1=1; DF2=125; P=0,044
PREVALENCIA MENSUAL	0,3	0,3	0,4	F=0,105; DF1=1; DF2=125; P=0,747
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA*	0,0	0,0	0,0	F=0,828; DF1=1; DF2=125; P=0,365

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

En cuanto a los motivos por los cuales los adolescentes desean o intentan quitarse la vida, resaltan principalmente los problemas con los padres (62,3% y 88,2% respectivamente). Entre los adolescentes de 15 a 17 años también son frecuentes los problemas con otros parientes (4,9% y 0,0%) y con los estudios (9,8% y 0,0%). Entre los adolescentes de 12 a 14 años, además de los problemas con los padres y otros parientes, resaltan los problemas con los estudios (13,5% y 15%) y con los amigos (1,8% y 0,0%). Los problemas con los padres son referidos como motivo de deseos o intentos de suicidio con más frecuencia por los adolescentes de 15 a 17 años (61,8% y 100%) que por los de 12 a 14 años (62,7% y 69,1%).

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

**TABLA 109**  
**MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

TÓPICOS	MOTIVOS DE DESEOS, PENSAMIENTOS, PLANES SUICIDAS %	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %
<b>PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN</b>		
TOTAL	3,0	25,8
12 A 14	3,2	67,4
15 A 17	2,8	0,0
<b>PROBLEMAS CON LOS PADRES</b>		
TOTAL	62,3	88,2
12 A 14	62,7	69,1
15 A 17	61,8	100,0
<b>PROBLEMAS CON SUS HIJOS</b>		
TOTAL	0,0	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	0,0	0,0
<b>PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES</b>		
TOTAL	6,2	6,1
12 A 14	7,5	16,0
15 A 17	4,9	0,0
<b>PROBLEMAS CON TU PAREJA O ENAMORADA(O)</b>		
TOTAL	7,0	14,5
12 A 14	3,8	0,0
15 A 17	10,5	23,4
<b>PROBLEMAS CON AMIGOS(AS)</b>		
TOTAL	1,9	0,0
12 A 14	1,8	0,0
15 A 17	2,0	0,0
<b>PROBLEMAS CON EL TRABAJO</b>		
TOTAL	1,0	14,5
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	2,1	23,4
<b>PROBLEMAS CON LOS ESTUDIOS</b>		
TOTAL	11,7	5,7
12 A 14	13,5	15,0
15 A 17	9,8	0,0
<b>PROBLEMAS ECONÓMICOS</b>		
TOTAL	2,5	14,5
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	5,2	23,4
<b>PROBLEMAS CON LA SALUD FÍSICA</b>		
TOTAL	3,6	14,5
12 A 14	2,8	0,0
15 A 17	4,4	23,4

Continúa...

TÓPICOS	MOTIVOS DE DESEOS, PENSAMIENTOS, PLANES SUICIDAS %	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %
<b>PROBLEMAS DE SALUD DE UN FAMILIAR</b>		
TOTAL	1,3	0,0
12 A 14	1,9	0,0
15 A 17	0,7	0,0
<b>SEPARACIÓN DE FAMILIAR</b>		
TOTAL	1,6	0,0
12 A 14	1,5	0,0
15 A 17	1,6	0,0
<b>SEPARACIÓN DE PAREJA O ENAMORADA(O)</b>		
TOTAL	0,9	15,7
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	1,9	25,5
<b>MUERTE DE HIJO</b>		
TOTAL	0,0	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	0,0	0,0
<b>MUERTE DE PADRE O MADRE</b>		
TOTAL	0,2	0,0
12 A 14	0,0	0,0
15 A 17	0,4	0,0
<b>PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA</b>		
TOTAL	1,2	0,0
12 A 14	0,5	0,0
15 A 17	1,9	0,0
<b>SIN MOTIVO APARENTE</b>		
TOTAL	3,3	0,0
12 A 14	6,4	0,0
15 A 17	0,0	0,0
<b>OTROS</b>		
TOTAL	13,9	5,7
12 A 14	11,8	15,0
15 A 17	16,2	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 contra menores. Se encontró que un 14,0% de la población adolescente se ha visto involucrada en algún tipo de estas conductas. En cuanto al pensamiento homicida, las prevalencias también resultan llamativas, un 1,1% de la población adolescente habría tenido alguna vez en su vida pensamientos homicidas (Tabla 110). Estos indicadores son semejantes a los hallados en las ciudades de la Sierra, Selva y Fronteras, pero menores a los de Lima y Callao (2,4%)(EEMSM 2002).

**TABLA 110**  
**TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

INDICADOR	AÑOS	%	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS*	TOTAL	14,0	F=0,419; DF1=1; DF2=125; p=0,519
	12 A 14 AÑOS	15,5	
	15 A 17 AÑOS	12,3	
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA**	TOTAL	1,1	F=0,00027 ; DF1=1; DF2=125; p=0,987
	12 A 14 AÑOS	1,2	
	15 A 17 AÑOS	1,1	
PREVALENCIA ANUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	0,8	F=0,002; DF1=1; DF2=125; p=0,961
	12 A 14 AÑOS	0,8	
	15 A 17 AÑOS	0,8	
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	TOTAL	0,1	F=0,196; DF1=1; DF2=125; p=0,659
	12 A 14 AÑOS	0,1	
	15 A 17 AÑOS	0,1	

\* Se refiere a alguna vez haberle pegado a un niño menor y haberle dejado moretones, o a haber participado en más de una pelea que haya acabado en golpes, o haber usado en una pelea algún tipo de objeto como piedras palos, cuchillos o armas de fuego.

\*\* Se refiere a haber tenido la idea de matar a alguien

## 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 Lima Rural Sur y Lima Rural Norte, lo cual constituye un factor positivo frente a los otros estresores psicosociales que atentan contra la salud mental (Tabla 111A, 111B). De la misma manera, el 90,6% de la población adolescente encuestada señala que el factor religioso es muy importante en su vida, cifra semejante a la hallada en las ciudades encuestadas de la Sierra, Selva, Fronteras, Lima y Callao, (85,7%; 91,7%; 88,5%; 87,4%). La mayoría afirma que la religión ayuda a la solución de problemas (75,2%).

**TABLA 111A**  
**GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	17,5	2,4	18,3	20,0	15,8	19,2
MASCULINO	17,5	2,3	18,3	20,0	15,8	19,2
FEMENINO	17,5	2,5	18,3	20,0	15,8	19,2

**TABLA 111B**  
**COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

ASPECTOS DE LA RELACIÓN FAMILIAR	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>¿CUÁNTO LE IMPORTARÍA HACER PASAR VERGÜENZA A SU FAMILIA?</b>			
TOTAL	24,0	14,6	61,4
MASCULINO	21,9	15,8	62,3
FEMENINO	26,0	13,4	60,6
<b>¿QUÉ TANTO SIENTE QUE LO(A) RESPETAN?</b>			
TOTAL	16,4	22,3	61,3
MASCULINO	17,3	21,6	61,1
FEMENINO	15,6	22,9	61,5
<b>¿CUÁNTO SIENTE QUE SE APOYAN UNOS A OTROS?</b>			
TOTAL	13,2	19,1	67,7
MASCULINO	13,4	20,0	66,7
FEMENINO	13,1	18,2	68,7

Continúa...



ASPECTOS DE LA RELACIÓN FAMILIAR	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>¿CUÁN ORGULLOSO SE SIENTE DE SU FAMILIA?</b>			
TOTAL	3,0	10,4	86,5
MASCULINO	2,9	12,6	84,5
FEMENINO	3,2	8,4	88,5
<b>¿QUÉ TANTO SIENTE QUE SUS VALORES MORALES SE PARECEN A LOS DE SU FAMILIA?</b>			
TOTAL	11,0	27,9	61,2
MASCULINO	9,7	31,2	59,1
FEMENINO	12,1	24,8	63,1
<b>¿QUÉ TANTO SE SIENTE PARTE DEL PROGRESO DE SU FAMILIA?</b>			
TOTAL	14,3	26,1	59,6
MASCULINO	12,8	27,3	59,9
FEMENINO	15,7	24,9	59,4

## TRASTORNOS CLÍNICOS

En la Tabla 112 se presentan las prevalencias actuales de diversos trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El trastorno clínico más frecuente en los adolescentes encuestados en la prevalencia actual es el trastorno de ansiedad generalizada con un 4,2%, seguido de fobia social con 3,9% y 1,1% en el Episodio depresivo moderado a severo. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, la prevalencia actual de las conductas bulímicas 1,9% y la tendencia a problemas alimentarios o trasgresiones de la conducta alimentaria es de 2,7% (Tabla 112).

**TABLA 112**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNOS TRASTORNOS O PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
TRASTORNOS PSICÓTICOS*	1,5	0,0	0,9	F=1,724; DF1=1; DF2=125; P=0,192
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	1,0	1,2	1,1	F=0,017; DF1=1; DF2=125; P=0,896
DISTIMIA	0,3	0,0	0,2	F=1,236; DF1=1; DF2=125; P=0,268
FOBIA SOCIAL	5,1	1,9	3,9	F=1,486; DF1=1; DF2=125; P=0,225
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**	4,6	3,5	4,2	F=0,115; DF1=1; DF2=125; P=0,735
CONDUCTAS BULÍMICAS***	2,9	0,0	1,9	F=0,854; DF1=1; DF2=125; P=0,357
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS****	3,2	1,9	2,7	F=0,434; DF1=1; DF2=125; P=0,511

<sup>1</sup> Lima Rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos).

<sup>2</sup> Lima Rural Sur (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón).

\* Los criterios del MINI considera la presencia de un episodio psicótico a la respuesta positiva de al menos un síntoma psicótico. Para el caso de este estudio se ha considerado positivo el síntoma psicótico siempre y cuando exista un completo convencimiento del mismo y haya durado al menos un mes.

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

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

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

## USO DE SUSTANCIAS

Al igual que en el adulto y el adolescente de las ciudades de Frontera, Selva, Sierra y Lima y Callao, las prevalencias de consumo de sustancias adictivas son mayores en los adolescentes de género masculino, excepto si se trata de medicación para cefalea, tos, pastillas para dormir o tranquilizantes y consumo de coca. Como es de esperar, el consumo de alcohol aventaja en frecuencia al consumo de otras sustancias, siendo su prevalencia de vida 54,9% y la prevalencia mensual de 11,5%. Con relación a conductas problemáticas por consumo de licor, se encuentra una prevalencia mensual de embriaguez alcohólica del 2,4%. Es de notar que el 11,4% de los adolescentes encuestados identifica su consumo de alcohol por lo menos con una conducta relacionada al abuso (Tabla 113).

**TABLA 113**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE SEGÚN SEXO DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	54,9	64,5	45,8
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	11,5	14,9	8,4
PREVALENCIA MENSUAL DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	2,4	3,9	1,0
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	11,4	15,2	7,7
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	4,4	7,2	1,8
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	2,3	4,1	0,6

Observamos que la prevalencia de vida del consumo de sustancias nocivas legales se encuentra en 60,6% y, de ilegales, en 0,2%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (16,9%), seguida de las pastillas para dormir (0,1%). Llama la atención el consumo de la hoja de coca cuya prevalencia de vida es de 8,3%. No se encontraron consumidores de jarabe para la tos, estimulantes, éxtasis, cocaína, heroína y alucinógenos (Tabla 114).

**TABLA 114**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS NOCIVAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE SUSTANCIA	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS LEGALES	60,6	71,1	50,7
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS ILEGALES	0,2	0,3	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO	16,9	29,5	5,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	0,0	0,1	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	0,1	0,1	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	0,4	0,0	0,9
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ÉXTASIS	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA	0,1	0,2	0,1
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC	0,0	0,1	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HEROÍNA	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	8,3	9,0	7,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE INHALANTES	0,2	0,4	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA NOCIVA	60,6	71,1	50,7

A modo de comparación, se presenta la distribución de las prevalencias de consumo de sustancias nocivas por adolescentes en Lima Rural Sur y Lima Rural Norte.

**TABLA 115**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS NOCIVAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	53,4	57,5	54,9	F=0,304; DF1=1; DF2=125; p=0,583
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	14,1	7,0	11,5	F=1,739; DF1=1; DF2=125; p=0,190
PREVALENCIA MENSUAL DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	2,7	1,9	2,4	F=0,302 DF1=1; DF2=125; p=0,583
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	12,8	8,8	11,4	F=0,778; DF1=1; DF2=125; p=0,379
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	5,9	1,9	4,4	F=4,338; DF1=1; DF2=125; p=0,039
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	2,9	1,3	2,3	F=1,664; DF1=1; DF2=125; p=0,199
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS LEGALES	56,4	67,8	60,6	F=2,229; DF1=1; DF2=125; p=0,138
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS ILEGALES	0,1	0,3	0,2	F=0,935; DF1=1; DF2=125; p=0,335

<sup>1</sup> Lima Rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos).

<sup>2</sup> Lima Rural Sur (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón).

En cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias nocivas (Tabla 116), se aprecia que los adolescentes entrevistados empezaron a consumir entre los 10 y 16 años. Para el alcohol la edad más frecuente de inicio de consumo es 13,0 años.

**TABLA 116**  
**EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS NOCIVAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

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

## ABUSO DE ADOLESCENTES

El adolescente, al igual que el niño y la mujer, se encuentra en serias desventajas para defenderse del maltrato o abuso de personas de su entorno; al respecto, el 65,6% de la población adolescente de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte manifestó haber sufrido algún tipo de abuso en algún momento de su vida. La forma más frecuente de abuso es el psicológico (insultos, agresiones verbales, humillaciones, manipulaciones) con un 59,0%, seguido del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas) con 41,4% (Tabla 117). Estas cifras son menores a las encontradas en las ciudades de la Selva (59,5% y 48,6%) (EESMSLP 2004) y Fronteras (60,5% y 43,8%) (EESMFP 2005), semejantes a las de la Sierra (55,3% y 40,5%) (EESMSP 2003), pero superiores a las de Lima y Callao (41,7% y 27,3%) (EEMSM 2002).

**TABLA 117**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE ABUSO CONTRA EL ADOLESCENTE EN LA POBLACIÓN DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE ABUSO	%
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO O EMOCIONAL) CONTRA EL ADOLESCENTE EN ALGÚN MOMENTO	65,6
PREVALENCIA DE ALGÚN ABUSO DE TIPO SEXUAL CONTRA EL ADOLESCENTE	2,7
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO FÍSICO CONTRA EL ADOLESCENTE	41,4
PREVALENCIA DE ALGÚN TIPO DE ABUSO PSICOLÓGICO CONTRA EL ADOLESCENTE	59,0
PREVALENCIA DE ALGÚN ABANDONO DEL ADOLESCENTE	13,8

## ACCESO A SERVICIOS

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

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido de algún problema de tipo emocional o de los nervios, el 20,4% de los adolescentes encuestados respondió afirmativamente (morbilidad sentida), cifra menor a la encontrada en las ciudades de Lima y Callao (29,8%), Sierra (43,2%), Selva (36,7%) y Frontera (28,5%). Se encontró también que sólo el 9,5% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (morbilidad sentida expresada), mientras que el 83,9% no solicitó ningún tipo de atención médica (Tabla 118).

El 16,1% que sí recibió ayuda acudió a los establecimientos del MINSA (5,0%), a consultorios de institución académica (0,7%) y a consulta privada (3,1%). No se reportó atención alguna por los servicios de ESSALUD, Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales (Tabla 119).

**TABLA 118**  
**MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN**  
**ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

MORBILIDAD	%
<b>MORBILIDAD SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (CON PROBLEMAS EMOCIONALES O NERVIOS)</b>	
TOTAL	20,4
MASCULINO	18,5
FEMENINO	22,1
<b>MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)</b>	
TOTAL	9,5
MASCULINO	13,8
FEMENINO	6,1

**TABLA 119**  
**LUGARES DE ATENCIÓN A LA MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL**  
**EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
<b>• MINSA</b>		5,0
- PUESTOS O CENTROS DE SALUD	4,6	(31,2% DE LO ATENDIDO)
- HOSPITAL GENERAL	0,4	
<b>• PRIVADA</b>		3,1
- CONSULTORIO PARTICULAR	3,1	(19,0% DE LO ATENDIDO)
<b>• CONSULTORIO DE INSTITUCIÓN ACADÉMICA</b>		0,7
- CONSULTORIO DE INSTITUCIÓN ACADÉMICA	0,7	(4,5% DE LO ATENDIDO)
<b>• OTROS</b>		7,3
- OTROS	7,3	(45,3% DE LO ATENDIDO)

Con relación a los motivos por los cuales los adolescentes no recibieron atención alguna para su problema emocional o mental, la mayoría (42,6%) pensaba que “lo debían superar solo”, el 45,9% no acudió por falta de confianza, el 27,0% dijo no tener dinero y un 28,9% no sabía dónde ir a buscar ayuda. Es evidente, al igual que en el adulto, que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y económicos (Tabla 120).

**TABLA 120**  
**MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA A LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN**  
**ADOLESCENTE DE LIMA RURAL 2007**

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
NO SABÍA A DÓNDE IR	28,9	POR VERGÜENZA	26,7
NO TENÍA DINERO	27,0	VECINOS HABLARÍAN MAL	16,4
LO DEBÍA SUPERAR SOLO	42,6	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	8,8
NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	1,2	PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO	10,1
LARGAS LISTAS DE ESPERA	5,3	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	6,1
PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	16,2	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	26,8
FALTA DE CONFIANZA	45,9	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	4,7
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	21,8	OTROS	17,9
NO ME BENEFICIARÍA	17,3		



## VI. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS







## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

El número de adultos mayores encuestados en Lima Rural Sur y Lima Rural Norte fue de 951 y, de acuerdo al diseño muestral, la inferencia alcanza a 12 491 habitantes. Los resultados se presentan en base a la población expandida. La muestra estuvo conformada por un 47,1% de varones y un 52,9% de mujeres (Tabla 121).

**TABLA 121**  
**NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS DE LIMA RURAL 2007**

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO %	FEMENINO %
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	951	44,2	55,8
PONDERADA	12 491	47,1	52,9

### EDAD

La edad promedio de los adultos mayores encuestados fue 72 años, encontrándose un mayor porcentaje en el grupo más joven, entre los 60 y 74 años (Tabla 122).

**TABLA 122**  
**EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS DE LIMA RURAL 2007**

EDAD	MEDIA
PONDERADA (D/S)	72,0 (8,2)
<b>GRUPO ETARIO</b>	<b>%</b>
VIEJO JOVEN (60 A 74 AÑOS)	62,4
VIEJO VIEJO (75 A 84 AÑOS)	31,3
MUY VIEJO ( 85 AÑOS A MÁS)	6,3

### ESCOLARIDAD

En los encuestados adultos mayores el analfabetismo asciende al 14,2%, con mayor presencia en las mujeres que en los varones (Tabla 123).

**TABLA 123**  
**ANALFABETISMO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LIMA RURAL 2007**

ANALFABETISMO	%
TOTAL	14,2
MASCULINO	5,4
FEMENINO	22,1

Aproximadamente tres cuartas partes de los encuestados adultos mayores tienen instrucción primaria (78,0%). Es de notar la diferencia marcada según género en la categoría sin instrucción, siendo mayor el porcentaje entre las mujeres (Tabla 124).

**TABLA 124**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
SIN NIVEL/ NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	9,0	1,2	16,0
INICIAL / PREESCOLAR	0,1	0,0	0,2
PRIMARIA	78,0	80,5	75,8
SECUNDARIA	10,5	13,9	7,4
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	1,2	2,0	0,6
SUPERIOR UNIVERSITARIO	1,1	2,4	0,0

## ESTADO CIVIL

Los adultos mayores en situación de unidos (casados o convivientes) ascienden al 67,3%, existiendo una marcada diferencia entre géneros: mientras que en los varones este porcentaje asciende a 76,6%, en las mujeres está en 59,0%. En la condición de pérdida de una unión previa (separados, divorciados y viudos) se halla el 27,8% (18,6% de los hombres y 36% de las mujeres), siendo mayor el estado de viudez en las mujeres. El 4,9% de adultos mayores permaneció soltero (Tabla 125).

**TABLA 125**  
**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LIMA RURAL 2007**

ESTADO CIVIL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
CONVIVIENTE	10,6	13,6	7,9
SEPARADO	4,1	3,6	4,5
DIVORCIADO	0,2	0,3	0,1
VIUDO	23,5	14,7	31,4
CASADO	56,7	63,0	51,1
SOLTERO	4,9	4,8	4,9

## OCUPACIÓN

La actividad productiva de los adultos mayores se refleja en el 68,4% que estuvo trabajando la semana anterior a la encuesta; aproximadamente ocho de cada diez varones y cinco de cada diez mujeres trabajan. Los que buscan empleo o desempleados alcanzan al 0,1% (Tabla 126).

**TABLA 126**  
**SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LIMA RURAL 2007**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	68,4	83,2	55,3
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	0,1	0,2	0,0

# SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR



## SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

### ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

### ESTRESORES PSICOSOCIALES

Entre los estresores explorados y generadores de un mayor nivel de tensión, el 53,7% de los adultos mayores señala a la salud, el 49,2% la delincuencia y el 40% al terrorismo. Con relación a la salud, se debe considerar que la prevalencia a 6 meses de enfermedad física o accidente en los adultos mayores encuestados es de 36%. Alrededor de un tercio de los encuestados atribuye la generación de un alto nivel de tensión a las relaciones con los hijos y parientes, las relaciones de pareja, el dinero y el narcoterrorismo. En próximos estudios se informará sobre los estresores contenidos en la categoría “Otros”, asociada a alta tensión en un elevado porcentaje de los encuestados (Tabla 127).

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

**TABLA 127**  
**MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>TRABAJO</b>			
TOTAL	48,7	24,9	26,4
MASCULINO	49,1	27,4	23,5
FEMENINO	48,1	21,7	30,3
<b>ESTUDIOS</b>			
TOTAL	74,2	0,0	25,8
MASCULINO	100	0,0	0,0
FEMENINO	55,2	0,0	44,8
<b>HIJOS Y PARIENTES</b>			
TOTAL	50,7	15,4	33,9
MASCULINO	56,7	14,7	28,5
FEMENINO	45,2	16,1	38,7
<b>PAREJA</b>			
TOTAL	53,8	13,8	32,4
MASCULINO	53,7	14,7	31,6
FEMENINO	53,9	12,9	33,2
<b>DINERO</b>			
TOTAL	46,1	19,2	34,7
MASCULINO	44,9	17,5	37,6
FEMENINO	47,1	20,8	32,1
<b>SALUD</b>			
TOTAL	24,5	21,8	53,7
MASCULINO	25,5	25,0	49,5
FEMENINO	23,6	18,9	57,5

Continúa...

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASUNTOS CON LA LEY</b>			
TOTAL	76,2	16,1	7,7
MASCULINO	72,7	19,8	7,5
FEMENINO	79,3	12,7	8,0
<b>TERRORISMO</b>			
TOTAL	48,1	11,9	40,0
MASCULINO	52,3	10,0	37,7
FEMENINO	44,3	13,5	42,2
<b>DELINCUENCIA</b>			
TOTAL	38,6	12,1	49,2
MASCULINO	42,9	9,6	47,5
FEMENINO	34,8	14,4	50,8
<b>NARCOTRÁFICO</b>			
TOTAL	54,2	8,5	37,2
MASCULINO	58,3	5,5	36,2
FEMENINO	50,4	11,4	38,2
<b>OTROS</b>			
TOTAL	18,6	18,3	63,1
MASCULINO	22,6	14,5	62,8
FEMENINO	15,8	20,9	63,4

## DISCRIMINACIÓN

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

**TABLA 127A**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE DISCRIMINACIÓN	PREVALENCIA DE VIDA %	NINGUNA VEZ %	RARA VEZ U OCASIONALMENTE %	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE %
SEXO	8,9	96,3	3,4	0,4
EDAD	11,4	92,7	6,5	0,8
PESO	2,0	98,7	1,3	0,0
COLOR DE PIEL	1,2	99,7	0,2	0,1
FORMA DE VESTIR	3,5	98,4	1,4	0,2
COND. ECONÓMICA O SOCIAL	12,1	93,4	6,2	0,4
NIVEL EDUCATIVO	13,0	93,8	5,5	0,7
RELIGIÓN	2,3	98,3	1,4	0,3
AMISTADES	1,8	98,7	1,0	0,3
LUGAR DE NACIMIENTO	2,1	99,1	0,7	0,2
TALLA	0,7	99,5	0,3	0,2

## ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES

Los estados de ánimo prevalentes en los adultos mayores son la tranquilidad y la alegría, considerados positivos. Alrededor de un tercio reconoce estar preocupado la mayor parte del tiempo y un quinto experimenta tristeza. Una cuarta parte de los encuestados nunca experimenta estados de angustia,

aburrimiento e irritabilidad, y una quinta parte no se siente tenso. Entre los varones se reportan con más frecuencia los estados de ánimo positivos; los estados negativos son consistentemente más reconocidos como presentes entre las mujeres (Tabla 128).

**TABLA 128**  
**PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
<b>TRISTE</b>			
TOTAL	6,8	72,7	20,5
MASCULINO	11,3	75,6	13,0
FEMENINO	2,7	70,2	27,1
<b>TENSO</b>			
TOTAL	18,8	66,7	14,5
MASCULINO	23,7	68,2	8,1
FEMENINO	14,5	65,3	20,3
<b>ANGUSTIADO</b>			
TOTAL	25,6	61,7	12,7
MASCULINO	34,0	57,4	8,6
FEMENINO	17,9	65,7	16,4
<b>IRRITABLE</b>			
TOTAL	22,5	68,4	9,1
MASCULINO	24,4	69,9	5,7
FEMENINO	20,7	67,1	12,2
<b>PREOCUPADO</b>			
TOTAL	5,2	63,8	31,0
MASCULINO	7,2	69,9	22,9
FEMENINO	3,3	58,4	38,3
<b>TRANQUILO</b>			
TOTAL	0,4	34,2	65,4
MASCULINO	0,1	23,1	76,8
FEMENINO	0,6	44,1	55,3
<b>ALEGRE</b>			
TOTAL	1,3	40,3	58,4
MASCULINO	0,5	26,2	73,3
FEMENINO	2,0	53,1	44,9
<b>ABURRIDO</b>			
TOTAL	28,2	59,0	12,8
MASCULINO	31,4	62,2	6,3
FEMENINO	25,3	56,1	18,6
<b>OTRO</b>			
TOTAL	0,5	23,3	76,2
MASCULINO	1,2	34,4	64,5
FEMENINO	0,0	15,9	84,1

## SATISFACCIÓN PERSONAL

La satisfacción personal de los adultos mayores, con respecto a diferentes atributos y condiciones personales, se expresa en el puntaje promedio de 16,5 considerando una escala de 5 a 20, con valores similares entre géneros (Tabla 129). La mayoría de los encuestados refiere un alto grado de satisfacción con todos los aspectos evaluados, excepto con el nivel educativo y con la condición socioeconómica, en los que la insatisfacción llega al 34,9% y 29,7%, respectivamente (Tabla 130). La insatisfacción con respecto al nivel educativo es mucho mayor entre las mujeres que entre los hombres, mientras que en relación a la condición socioeconómica es similar. En comparación con los hombres las mujeres también experimentan mayor insatisfacción con su inteligencia.

**TABLA 129**  
**SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	16,5	2,9	17,0	20,0	15,0	18,9
MASCULINO	16,6	2,8	17,4	20,0	15,0	18,8
FEMENINO	16,3	3,0	16,4	20,0	14,4	18,9

**TABLA 130**  
**SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>ASPECTO FÍSICO</b>			
TOTAL	13,1	34,1	52,8
MASCULINO	9,7	39,9	50,3
FEMENINO	16,1	28,8	55,1
<b>COLOR DE PIEL</b>			
TOTAL	9,6	27,9	62,5
MASCULINO	5,7	32,5	61,8
FEMENINO	13,2	23,7	63,1
<b>INTELIGENCIA</b>			
TOTAL	14,6	33,3	52,1
MASCULINO	9,6	35,2	55,1
FEMENINO	19,1	31,6	49,3
<b>CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA</b>			
TOTAL	29,7	38,3	32,0
MASCULINO	28,6	38,6	32,7
FEMENINO	30,6	38,0	31,4
<b>PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ</b>			
TOTAL	14,4	18,1	67,5
MASCULINO	9,1	11,6	79,3
FEMENINO	22,5	28,2	49,3
<b>NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO</b>			
TOTAL	34,9	34,6	30,5
MASCULINO	22,7	42,7	34,6
FEMENINO	46,9	26,7	26,4
<b>RELIGIÓN</b>			
TOTAL	4,7	16,8	78,5
MASCULINO	3,6	18,8	77,6
FEMENINO	5,8	15,0	79,2
<b>RELACIONES SOCIALES</b>			
TOTAL	13,5	30,6	55,9
MASCULINO	10,7	34,3	55,0
FEMENINO	15,9	27,3	56,8
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>			
TOTAL	6,1	25,6	68,3
MASCULINO	4,9	26,6	68,5
FEMENINO	7,2	24,7	68,2



## SATISFACCIÓN LABORAL

Considerando una escala de 5 a 20, los adultos mayores que trabajan -alrededor de dos tercios- presentan una media global de 17 de satisfacción laboral, sin diferencias de género. Los encuestados refieren altos porcentajes de satisfacción en los aspectos evaluados, excepto con la remuneración, que es juzgada como insatisfactoria por el 31,9% (Tablas 131 y 132). Entre los hombres, frente a las mujeres, se encuentran mayores porcentajes de satisfacción en todos los aspectos evaluados, excepto con los compañeros de trabajo que es similar, y en el “trato o reconocimiento que recibe de sus jefes” que es informado como más satisfactorio entre las mujeres. Es también de resaltar la mayor insatisfacción entre las mujeres con respecto a la carga de trabajo.

**TABLA 131**  
**SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

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

**TABLA 132**  
**SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
<b>CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA</b>			
TOTAL	5,4	28,8	65,8
MASCULINO	4,8	27,0	68,2
FEMENINO	6,3	31,2	62,5
<b>CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA</b>			
TOTAL	7,3	22,6	70,0
MASCULINO	5,2	21,2	73,6
FEMENINO	10,2	24,5	65,2
<b>CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO</b>			
TOTAL	7,2	25,2	67,6
MASCULINO	8,3	24,5	67,3
FEMENINO	6,0	26,0	68,0
<b>CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO</b>			
TOTAL	13,5	30,5	56,0
MASCULINO	9,3	29,0	61,7
FEMENINO	19,1	32,6	48,3
<b>CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES</b>			
TOTAL	19,1	21,3	59,6
MASCULINO	27,1	20,4	52,5
FEMENINO	8,8	22,4	68,9
<b>CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE</b>			
TOTAL	33,8	34,3	31,9
MASCULINO	31,6	34,5	33,9
FEMENINO	37,1	34,0	28,9

## CALIDAD DE VIDA

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

**TABLA 133**  
**CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

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

## DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

La probabilidad de presentar discapacidades asociadas a la presencia de alguna condición patológica aumenta con la edad, lo que puede limitar el funcionamiento y autonomía. Alrededor de una quinta parte de los adultos mayores encuestados (21,3%) tiene alguna discapacidad física, notándose mayor frecuencia entre las mujeres (Tabla 134). El nivel global de discapacidad para la realización de actividades cotidianas -expresado en una escala de 5 a 20, en la que 5 indica ausencia de discapacidad- es bajo (Tabla 135). El 30% de los encuestados presenta al menos alguna discapacidad o inhabilidad (Tabla 136A, 136B).

**TABLA 134**  
**DISCAPACIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

AL MENOS UNA DISCAPACIDAD FÍSICA	%
TOTAL	21,3
MASCULINO	17,2
FEMENINO	24,9

**TABLA 135**  
**NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
TOTAL	5,9	1,8	5,0	5,0	5,0	6,0
MASCULINO	5,8	1,8	5,0	5,0	5,0	6,0
FEMENINO	6,0	1,8	5,0	5,0	5,0	6,0

**TABLA 136A**  
**ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
TOTAL	30,0
MASCULINO	28,5
FEMENINO	31,5

**TABLA 136B**  
**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007 CON DISCAPACIDAD O INHABILIDAD ESPECÍFICA**

TIPO DE DISCAPACIDAD	NINGUNA %	LEVE %	MODERADA %	SEVERA O ABSOLUTA %
<b>DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA MANTENER REGULARMENTE EL ASEO DE SU CUERPO, SU ALIÑO O ARREGLO PERSONAL</b>				
TOTAL	90,2	6,7	2,6	0,6
MASCULINO	92,5	5,7	1,2	0,6
FEMENINO	88,1	7,5	3,9	0,5
<b>DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA DESEMPEÑAR EFICIENTEMENTE SUS OCUPACIONES (ESTUDIOS, TRABAJOS, O CASA)</b>				
TOTAL	74,5	14,6	9,7	1,2
MASCULINO	75,3	14,4	9,1	1,2
FEMENINO	73,7	14,7	10,3	1,3
<b>DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA ASUMIR Y DESEMPEÑAR SATISFACTORIAMENTE SUS FUNCIONES COMO MADRE, PADRE, ESPOSO(A) O HIJO(A)</b>				
TOTAL	92,0	5,8	1,8	0,3
MASCULINO	93,8	3,8	1,8	0,6
FEMENINO	90,4	7,6	1,9	0,1
<b>DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA RELACIONARSE CON SUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS Y PERSONAS EN GENERAL</b>				
TOTAL	93,3	4,5	1,7	0,6
MASCULINO	93,3	3,9	2,2	0,6
FEMENINO	93,3	5,0	1,2	0,5
<b>DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA PLANIFICAR SUS ACTIVIDADES, LUEGO ORGANIZARLAS Y EJECUTARLAS</b>				
TOTAL	88,1	8,1	3,3	0,5
MASCULINO	90,9	6,0	2,3	0,8
FEMENINO	85,7	10,0	4,1	0,2

## INDICADORES SUICIDAS

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

**TABLA 137**  
**INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

INDICADORES SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA %	PREVALENCIA ANUAL %	PREVALENCIA MENSUAL %
<b>DESEO DE MORIR</b>			
TOTAL	28,4	14,3	9,5
MASCULINO	15,5	8,6	5,9
FEMENINO	40,0	19,4	12,7
<b>PENSAMIENTO SUICIDA</b>			
TOTAL	4,4	2,1	1,2
MASCULINO	3,1	1,6	1,0
FEMENINO	5,5	2,6	1,4
<b>PLANEACIÓN SUICIDA</b>			
TOTAL	1,3	0,8	0,4
MASCULINO	0,8	0,6	0,1
FEMENINO	1,7	0,9	0,6
<b>CONDUCTA SUICIDA</b>			
TOTAL	0,0	0,0	0,0
MASCULINO	0,0	0,0	0,0
FEMENINO	0,0	0,0	0,0

## FACTORES PROTECTORES

Como factores protectores de la salud y bienestar se toman en cuenta la cohesión familiar y las tendencias religiosas. La cohesión se refiere a la percepción de respeto, apoyo y de compartir valores y proyectos en la familia. En una escala de 5 a 20, en la que cinco indica ausencia de cohesión familiar, la media de los adultos mayores encuestados es 18,1 (Tabla 138A, 138B), con valores similares en hombres y mujeres. Respecto a la religión, se exploran actitudes y prácticas, encontrándose altos porcentajes de una orientación positiva, excepto para la participación activa y la prédica de la religión en la que se compromete aproximadamente sólo la tercera parte de los encuestados (Tabla 139). Se advierte que los porcentajes son mayores entre las mujeres que entre los varones excluyendo la lectura de las escrituras religiosas y la creencia de que la religión ayuda a la solución de los problemas.

**TABLA 138A**  
**COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

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	18,0	2,4	19,2	20,0	16,7	20,0
FEMENINO	18,1	2,4	19,2	20,0	16,7	20,0

**TABLA 138B**  
**COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

ASPECTOS DE RELACIÓN FAMILIAR	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
¿CUÁNTO LE IMPORTARÍA HACER PASAR VERGÜENZA A SU FAMILIA?			
TOTAL	17,9	14,5	67,6
MASCULINO	19,4	18,8	61,8
FEMENINO	16,6	10,5	72,9
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE LO(A) RESPETAN?			
TOTAL	4,7	18,6	76,6
MASCULINO	3,0	23,0	74,0
FEMENINO	6,3	14,7	79,0
¿CUÁNTO SIENTE QUE SE APOYAN UNOS A OTROS?			
TOTAL	8,6	19,2	72,3
MASCULINO	8,3	19,3	72,4
FEMENINO	8,8	19,1	72,1
¿CUÁN ORGULLOSO SE SIENTE DE SU FAMILIA?			
TOTAL	4,9	15,4	79,7
MASCULINO	4,0	16,6	79,4
FEMENINO	5,8	14,3	80,0
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE SUS VALORES MORALES SE PARECEN A LOS DE SU FAMILIA?			
TOTAL	5,9	26,7	67,4
MASCULINO	6,5	27,7	65,8
FEMENINO	5,4	25,7	68,9
¿QUÉ TANTO SE SIENTE PARTE DEL PROGRESO DE SU FAMILIA?			
TOTAL	9,9	21,5	68,5
MASCULINO	7,5	21,2	71,3
FEMENINO	12,1	21,8	66,1

**TABLA 139**  
**TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

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	87,9	85,3	35,5	59,6	62,2	37,5	77,2
MASCULINO	83,5	83,5	31,9	68,6	61,2	34,4	78,9
FEMENINO	91,7	86,9	38,5	51,0	63,1	40,3	75,7

## TRASTORNOS CLÍNICOS

### EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO EN EL ADULTO MAYOR

Se presentan las prevalencias de vida, anual, a seis meses y actual del Episodio depresivo moderado a severo en adultos mayores, según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Tabla 140). En la prevalencia actual del Episodio depresivo moderado a severo, que asciende a 2%, se nota un mayor porcentaje entre las mujeres frente a los hombres; asimismo, entre los adultos mayores del grupo de más edad frente a los más jóvenes.

**TABLA 140**
**EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

PREVALENCIAS DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	DE VIDA %	ANUAL %	DE 6 MESES %	ACTUAL %
TOTAL	20,9	4,2	3,5	2,0
MASCULINO	10,5	1,5	1,4	0,7
FEMENINO	30,1	6,7	5,4	3,1
VIEJO JOVEN (60-74)	19,0	4,0	2,9	1,6
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO ( $\geq 75$ )	23,9	4,6	4,5	2,5

Se advierte que la prevalencia de vida es mayor entre las mujeres. Las prevalencias del episodio depresivo moderado a severo en las poblaciones de Lima Rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos) y Lima Rural Norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón) no muestran diferencias significativas (Tabla 140A).

**TABLA 140A**
**EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	21,6	19,6	20,9	F=0,282; DF1=1; DF2=129; p=0,596
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	3,9	4,7	4,2	F=0,270; DF1=1; DF2=129; p=0,604
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	2,9	4,5	3,5	F=1,484; DF1=1; DF2=129; p=0,225
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO	1,3	3,1	2,0	F=2,893; DF1=1; DF2=129; p=0,091

<sup>1</sup> Lima Rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima Rural Norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón)

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

En la Tabla 141 se muestran las prevalencias de vida, anual, a seis meses y actual del trastorno de ansiedad generalizada sin depresión en la población de adultos mayores. La prevalencia actual es 0,4%; es levemente menor en las mujeres que en los varones y levemente menor en el grupo etario más joven en comparación con el de mayor edad (Tabla 141A). Las prevalencias del trastorno de ansiedad generalizada en las poblaciones de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte no muestran diferencias significativas (Tabla 141B).

**TABLA 141A**
**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN) EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

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

**TABLA 141B**  
**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN) EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	4,4	7,5	5,6	F=1,003; DF1=1; DF2=129; p=0,319
PREVALENCIA ANUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	0,9	1,2	1,0	F=0,157; DF1=1; DF2=129; p=0,693
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	0,7	0,2	0,5	F=1,983; DF1=1; DF2=129; p=0,162
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	0,6	0,2	0,4	F=1,582; DF1=1; DF2=129; p=0,211

<sup>1</sup> Lima Rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima Rural Norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón)

## CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

Con respecto a las conductas problemáticas en cuanto al uso de alcohol, se ha definido al bebedor riesgoso como aquel que durante un año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte), encontrándose una prevalencia del 2,2%. El consumo perjudicial de alcohol alcanza el 0,7% y la dependencia de alcohol el 0,6%. La prevalencia del abuso o dependencia del alcohol según criterios de investigación de la CIE-10, asciende al 1,3%, siendo exclusiva de los varones (Tabla 142).

**TABLA 142**  
**ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

PREVALENCIA ANUAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	2,2	4,5	0,1
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	0,7	1,4	0,0
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	0,6	1,3	0,0
ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	1,3	2,8	0,0

Las prevalencias del abuso o dependencia de alcohol en las poblaciones de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte no muestran diferencias significativas (Tabla 142A).

**TABLA 142A**  
**ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

PREVALENCIA ANUAL	LIMA RURAL SUR <sup>1</sup> %	LIMA RURAL NORTE <sup>2</sup> %	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	2,4	1,9	2,2	F=0,188; DF1=1; DF2=129; p=0,665
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	1,0	0,2	0,7	F=2,547; DF1=1; DF2=129; p=0,113
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	0,5	0,9	0,6	F=0,830; DF1=1; DF2=129; p=0,364
ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	1,5	1,1	1,3	F=0,182; DF1=1; DF2=129; p=0,670

<sup>1</sup> Lima Rural Sur (Cañete, Huarochirí, Yauyos)

<sup>2</sup> Lima Rural Norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura, Oyón)

## DETERIORO EN EL ADULTO MAYOR

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

Considerando un rango de puntajes de 0 a 30 del MMSE, donde el menor puntaje se asocia a la presencia de deterioro, la media del desempeño cognoscitivo de los adultos mayores fue 22,7. Los resultados se presentan en dos grupos según los años de estudio (excluyendo analfabetos), teniendo en cuenta el efecto de la educación en el desempeño. Como se aprecia, el grupo con menos años de estudios tiene una media 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 LIMA RURAL 2007**

ASPECTOS COGNOSCITIVOS	AÑOS DE INSTRUCCIÓN	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	MÍN.	MÁX.	P25	P75
PUNTAJE MMSE (MÁX. 30 PUNTOS)	TOTAL	22,7	4,7	23,0	24,0	0,0	30,0	20,0	26,0
	8 Ó MÁS	25,1	3,2	26,0	28,0	13,0	30,0	23,0	28,0
	MENOS DE 8	22,4	4,8	23,0	24,0	0,0	30,0	20,0	26,0

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

El 43,2% de los adultos mayores muestra algún grado de deterioro cognoscitivo, indicado por el punto de corte de 22 en el MMSE, con mayor porcentaje en las mujeres y en el grupo de mayor edad; es de resaltar que en este último grupo se duplica el porcentaje del grupo de menor edad. El deterioro identificado es mayor en el grupo de menor instrucción frente al grupo de más años de instrucción, notándose para ambos grupos el mismo patrón con respecto a edad y sexo (Tabla 144).

**TABLA 144**  
**DESEMPEÑO COGNOSCITIVO INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR AÑOS DE INSTRUCCIÓN\*, GRUPO ETARIO Y SEXO DE LIMA RURAL 2007**

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE ( $\leq 22$ )	AÑOS DE INSTRUCCIÓN		TOTAL %
	MENOS DE 8 %	8 Ó MÁS %	
TOTAL	46,1	24,5	43,2
MASCULINO	37,1	17,1	33,9
FEMENINO	55,1	37,5	53,4
VIEJO JOVEN (60-74)	32,2	24,9	30,9
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO ( $\geq 75$ )	68,1	21,4	66,0

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

\* Personas analfabetas excluidas.

Utilizando el puntaje de corte 5 en la escala de Pfeffer como indicador de la pérdida de habilidades instrumentales, se encuentra en esta condición al 19,0% de los adultos mayores. Es mayor el porcentaje en las mujeres y pronunciadamente alto en el grupo de mayor edad (Tabla 145).



**TABLA 145**  
**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES INDICATIVAS DE DETERIORO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN LA ESCALA DE PFEFFER (>6)	%
TOTAL	19,0
MASCULINO	13,8
FEMENINO	23,5
VIEJO JOVEN (60-74)	8,7
VIEJO VIEJO O MUY VIEJO (≥75)	37,1

La prevalencia de deterioro sospechoso de demencia indicado por la presencia conjunta de deterioro cognoscitivo, a través del MMSE con un puntaje  $\leq 21$ , y de deterioro de las actividades instrumentales, mediante la Escala de Pfeiffer con un puntaje  $\geq 6$  asciende a 13,4%. La prevalencia es mayor en el grupo de menos años de instrucción (Tabla 146).

**TABLA 146**  
**ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNOSCITIVO Y FUNCIONAL SOSPECHOSO DE DEMENCIA POR AÑOS DE INSTRUCCIÓN\* DE LIMA RURAL 2007**

INDICADORES DE DETERIORO	AÑOS DE INSTRUCCIÓN	%
PUNTAJE MMSE ( $\leq 21$ PUNTOS) Y PFEFFER ( $\geq 6$ PUNTOS)	TOTAL	13,4
	8 Ó MÁS	2,9
	MENOS DE 8	14,9

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

\* Personas analfabetas excluidas.

## MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR

El 11,1% de adultos mayores fue víctima de alguna forma de maltrato en el último año, y el 1,6% sufre maltrato sistemático. En ambas condiciones, la agresión verbal es la forma más frecuente de maltrato (Tabla 147). Del total de adultos mayores que refirió haber sido maltratado en el último año, el 39,7% recibió algún tipo de ayuda.

**TABLA 147**  
**PREVALENCIA ANUAL Y SISTEMÁTICA DE MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR EN LA POBLACIÓN DE LIMA RURAL 2007**

TIPO DE MALTRATO	TOTAL %	SISTEMÁTICO* %
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR	11,1	1,6
INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	0,2	0,2
GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	0,8	0,0
INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	10,0	1,1
CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	3,5	0,3
SITUACIÓN DE ABANDONO	0,4	0,3

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

## ACCESO A SERVICIOS

Un indicador del acceso a los servicios de salud está dado por la comparación entre la morbilidad sentida, o reconocimiento de padecer algún problema de tipo emocional o mental, y la morbilidad sentida expresada, o búsqueda efectiva de atención. Considerando el periodo de los últimos doce meses, la morbilidad sentida en los adultos mayores fue de 10,2% y, de éstos, el 19,0% se constituye en morbilidad sentida expresada; el porcentaje de los que no buscan ayuda alcanza el 81,0%. La morbilidad sentida es mayor entre las mujeres y la morbilidad sentida expresada lo es entre los hombres (Tabla 148).

**TABLA 148**  
**MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

MORBILIDAD SENTIDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL)	(%)
TOTAL	10,2
MASCULINO	7,1
FEMENINO	13,0
MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (% DE LA MORBILIDAD SENTIDA)	(%)
TOTAL	19,0
MASCULINO	26,2
FEMENINO	15,4

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

**TABLA 149**  
**LUGARES DE ATENCIÓN A LA MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
<b>• MINSA</b>		<b>16,4</b>
- PUESTO O CENTRO DE SALUD	11,6	(86,1% DE LO ATENDIDO)
- HOSPITAL GENERAL	4,4	
- INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	0,4	
<b>• PRIVADA</b>		<b>2,4</b>
- CLÍNICA PARTICULAR	0,8	(12,8% DE LO ATENDIDO)
- CONSULTORIO PARTICULAR	1,6	
<b>• OTROS</b>		<b>0,2</b>
	0,2	(1,0% DE LO ATENDIDO)

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

**TABLA 150**  
**MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA A LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN**  
**ADULTA MAYOR DE LIMA RURAL 2007**

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
NO SABÍA A DÓNDE IR	26,6	PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	21,4
NO TENÍA DINERO	47,4	POR VERGÜENZA	11,5
TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	3,6	SU ESPOSO(A) LA(O) CRITICARÍA O NO LE GUSTARÍA	8,7
NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	0,9	SU ESPOSO(A) SE BURLARÍA DE USTED	9,1
LARGAS LISTAS DE ESPERA	3,7	SU ESPOSO(A) NO LA(O) AYUDARÍA ECONÓMICAMENTE PARA LA CONSULTA	1,3
NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	25,2	SU ESPOSO(A) LO PROHIBIRÍA	7,4
FALTA DE CONFIANZA	30,8	VECINOS HABLARÍAN MAL	5,3
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	24,1	POR TEMOR A SER VISTO(A) COMO ENFERMO(A) MENTAL	6,1
NO ME BENEFICIARÍA	30,0	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	2,9
LO DEBÍA SUPERAR SOLO(A)	62,8	OTROS	24,3



## VII. CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN LIMA RURAL





## ADULTOS

1. Con respecto a los aspectos sociodemográficos, el grado de analfabetismo es mayor en el sexo femenino. El 44,9% tiene por lo menos educación secundaria. Son significativas las diferencias entre géneros. Casi dos terceras partes son casados o convivientes. Un 70,4% trabajó la semana anterior, más de la mitad de las mujeres tiene un ingreso promedio menor a 300 nuevos soles.
2. Hombres y mujeres, en un 29,4%, perciben que el problema principal del país está relacionado con el pobreza. Luego siguen el desempleo y la corrupción.
3. Un 88,5% de la población desconfía de las autoridades políticas. Un 76,4% no se siente protegido por el Estado. Es alto el sentimiento de protección que genera la familia y la creencia en Dios.
4. Los problemas de salud y económicos generan un alto estrés en el 30% de la población.
5. Las situaciones económicas y sociales constituyen las principales causas de discriminación.
6. El 10-30% de la población encuestada presentó en el último mes sentimientos negativos, como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad y aburrimiento.
7. El grado de insatisfacción personal en las distintas áreas, como aspecto físico, nivel económico, nivel educativo alcanzado, relaciones sociales y lugar de residencia, se encontró entre el 10,6% y 34,8% de los encuestados. El 29,9% tiene sentimientos de insatisfacción por razones económicas.
8. El índice de calidad de vida correspondió al 7,4.
9. Una quinta parte de la población tiene algún grado de discapacidad o inhabilidad leve.
10. La permisividad frente a la psicopatía fue de 9,2% y, frente a las tendencias psicopáticas, de 3,6%.
11. Un 26,8% de la población adulta en algún momento de su vida ha tenido deseos de morir, y un 15,5% de las mujeres en el último año ha tenido ganas de morir. Los principales motivos de deseos de morir y pensamientos suicidas los constituyen los problemas de salud física, pareja, otros parientes y económicos.
12. Más de un tercio de la población presentó algún trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida, y cerca de un quinto lo ha sufrido en los últimos 6 a 12 meses. El desorden más frecuentemente encontrado fue el episodio depresivo moderado a severo, con 15,8%. La prevalencia de vida para trastornos psiquiátricos en personas que han perdido algún familiar por la violencia en la época del terrorismo fue de 48,9%.
13. La prevalencia de vida para consumo de sustancias nocivas legales fue de 69,3%. La prevalencia más alta fue para el consumo de bebidas alcohólicas, con 95,3%. La prevalencia anual de la dependencia del alcohol fue del 2,6%, correspondiendo 5,1% al sexo masculino.
14. No se encuentran hallazgos que evidencian una relación directa entre la presencia de trastornos psiquiátricos y el nivel de pobreza, como ha ocurrido en otras regiones. Sin embargo, esto es similar a lo encontrado en ciudades de la sierra.

15. En relación al acceso a los servicios, el 32,6% percibió algún problema de salud mental alguna vez en su vida. Un 8,2% identificó su problema en los últimos 12 meses y, de ellos, sólo un 10,1% recibió atención por el Sistema de Salud.
16. Se encontró que las personas que alguna vez consultaron por algún síndrome folklórico presentaron en algún momento de su vida un episodio depresivo moderado a severo, ansiedad en general o indicadores paranoides, en diferentes grados.



## MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS

1. El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas de Lima Rural es del 11,3%. El 84,5% de las mujeres entrevistadas refiere tener una instrucción entre primaria y secundaria. El 82,5% refiere encontrarse en situación de unida (conviviente o casada). El 0,4% ha estado buscando trabajo la semana anterior, el 36,4% considera la pobreza como el problema principal en el país, y el 34,3% presenta sentimiento de tristeza frente al principal problema. El 75,4% gana menos de 300 nuevos soles al mes.
2. Confía “nada o poco” en las autoridades políticas el 88,7%; en los religiosos, el 48,0% y en los médicos el 54,2% confía “bastante o mucho”.
3. El 53,4% considera que la salud es el mayor estresor. Otros estresores importantes son la delincuencia, el terrorismo y los hijos y parientes.
4. El 39,9% siente “poco o nada” de satisfacción con su nivel educativo, y un alto porcentaje (78,4%) siente mucha satisfacción con la religión que profesa.
5. La media del índice de calidad de vida global es de 7,38 en una escala de 1 a 10.
6. La prevalencia anual de deseos de morir es de 14,2% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 26,4%; de pensamientos de quitarse la vida, 3,4% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 11,1%; de planes de quitarse la vida, 1,9%; de intentos de quitarse la vida, 0,7%.
7. La prevalencia de vida del episodio depresivo moderado a severo es de 24,2% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 32,1%; del trastorno de estrés post-traumático, 11,8% y, en la mujer maltratada sistemáticamente, 18,9%.
8. El 6,4% de las mujeres fue maltratado físicamente en el periodo de enamoramiento; 11,6% fue engañado, y el 59,8% de las mujeres maltratadas sistemáticamente recibió tratos inadecuados en la etapa de enamoramiento.
9. El 37,0% de las mujeres es víctima de abuso físico por parte de su pareja actual y, el 48,2%, de insultos. La prevalencia anual de algún tipo de abuso sistemático es de 7,5%.

## ADOLESCENTES

1. Entre siete y ocho de cada diez adolescentes de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte, de 12 a 17 años, tienen educación secundaria, y cinco de cada mil tienen condición de analfabetos.
2. Entre uno y dos de cada diez adolescentes de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte trabajan y tienen un promedio de ingreso de 128,64 nuevos soles.
3. La pobreza y la violencia 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 Lima Rural Sur y Lima Rural Norte no confían en las autoridades políticas, periodistas, vecinos, militares, policías masculinos y líderes comunales, pero sí confían en médicos, maestros y religiosos.
5. La delincuencia, el narcotráfico, la salud y el terrorismo son percibidos como factores muy tensionantes por la mayoría de adolescentes.
6. En lo personal, se sienten satisfechos con su inteligencia, oficio, religión, amistades y aspecto físico, e insatisfechos con su situación económica.
7. Los adolescentes que trabajan dicen estar muy satisfechos con el trato de sus jefes, y nada satisfechos con la remuneración que reciben y la carga laboral.
8. El nivel de calidad de vida de los adolescentes de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte es aceptable, y la cohesión familiar es alta.
9. Entre cuatro y cinco de cada diez adolescentes refieren mentiras frecuentes y conductas violentas en su vida.
10. Entre uno y dos de cada diez adolescentes han tenido deseos de morir en el último año y acusan como motivo problemas con los familiares, especialmente con los padres.
11. El trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo moderado a severo: uno de cada veinticinco adolescentes reúne criterios para tal diagnóstico.
12. El alcohol y el tabaco son las sustancias nocivas de mayor consumo, al igual que en la Selva, Sierra, fronteras y Lima y Callao; este consumo se inicia generalmente alrededor de los 13 años.
13. La adolescencia es otra etapa de vida vulnerable al abuso, y el abuso psicológico es el más frecuente. Siete de cada diez adolescentes han sido objeto de algún tipo de abuso (físico, psicológico, sexual o abandono).
14. Los servicios de atención en salud mental para adolescentes son mucho más deficitarios en ciudades de Lima Rural Sur y Lima Rural Norte que en Lima y Callao: uno a dos de cada diez adolescentes que refieren un problema emocional fueron atendidos para ello en un Servicio de Salud, siendo motivo de tan limitado acceso las concepciones erradas sobre la naturaleza de los problemas de salud mental y su tratamiento, así como la escasa confianza en los servicios y las limitaciones económicas.

## ADULTO MAYOR

1. La edad promedio de los adultos mayores encuestados en Lima Rural Sur y Lima Rural Norte fue 72 años, con un mayor porcentaje del grupo comprendido entre 60 y 74 años. El analfabetismo caracteriza al 14,2% de la población, con un 22,1% entre las mujeres; el 78% de los encuestados tiene instrucción primaria. El 67,3% se encuentra en condición de unido, casado o conviviente. El 68,4% continúa trabajando.
2. Los estresores que provocan mayor tensión son los problemas de salud, seguidos de la delincuencia y el terrorismo. La prevalencia a seis meses de enfermedad física o accidente es de 36%. Las mujeres, en comparación con los hombres, refieren mayores porcentajes de alta tensión experimentada. Los estados anímicos predominantes son la tranquilidad y alegría y son reportados con mayor frecuencia por los hombres; los estados negativos, como la preocupación, tristeza, tensión y aburrimiento, son informados más frecuentemente por las mujeres.
3. La mayoría de los adultos mayores expresa alta satisfacción con diferentes características y atributos personales, excepto con los estudios y con la condición económica. La insatisfacción con el nivel educativo, la profesión u oficio y la inteligencia es mayor entre las mujeres.
4. La mayoría de los adultos mayores que trabajan experimentan un alto nivel de satisfacción con diferentes aspectos de la actividad laboral, excepto con la remuneración recibida. Las mujeres refieren mayor insatisfacción con la carga de trabajo y, los hombres, con el trato o reconocimiento de los jefes.
5. El 21,3% de los adultos mayores tiene alguna discapacidad física y, el 30%, alguna discapacidad o inhabilidad, las cuales son mayores entre las mujeres.
6. El deseo de morir en el último mes estuvo presente en el 9,5% de los adultos mayores; en las mujeres se encuentran mayores porcentajes de los indicadores suicidas.
7. La cohesión familiar y la religión son valoradas como factores protectores por los adultos mayores.
8. La prevalencia actual del episodio depresivo moderado a severo en los adultos mayores es de 2,0%, y la del trastorno de ansiedad generalizada sin depresión es de 0,4%. La prevalencia de depresión es mayor entre mujeres y la prevalencia de ansiedad generalizada es levemente mayor en hombres. Ambas condiciones son más frecuentes en el grupo etario de mayor edad.
9. La prevalencia anual del abuso/dependencia de alcohol en los adultos mayores es de 1,3%, siendo exclusivo de los varones.
10. El deterioro cognoscitivo es mayor en las personas con menos años de educación, en el grupo de mayor edad y entre las mujeres. El deterioro de la capacidad de realizar actividades instrumentales es mayor en las mujeres y en el grupo de mayor edad.
11. El 13,4% de los adultos mayores muestra sospecha de demencia establecida por la presencia de deterioro cognoscitivo y funcional. El porcentaje es mayor en el grupo con menos años de educación.
12. El 11,1% 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 1,6%.
13. El porcentaje de personas que declara padecer problemas emocionales es 10,2%; entre ellos sólo el 19,0% busca atención, acudiendo la mayoría a los servicios de 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 pudieran haber sido seleccionadas con los mismos procedimientos, pero con diferentes unidades informantes. Esa variabilidad entre todas las muestras posibles constituye el error de muestreo, el cual no se conoce, pero se estima a partir de los datos suministrados por la muestra seleccionada. El error de muestreo se mide por medio del error estándar, que se define como la raíz cuadrada de la varianza de la estadística estimada. El error estándar permite medir el grado de precisión alcanzado con la muestra y los intervalos de confianza.

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

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

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





## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LIMA RURAL - 2007

### ERRORES MUESTRALES

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: ADULTO</b>						
EDAD PROMEDIO(DS) PONDERADA	MEDIA ARITMÉTICA	44,8	0,9	43,0; 46,6	6,33	2,0
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	6,0%	0,9	4,4 ; 8,1	4,08	15,5
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL/NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	3,5%	0,7	2,4 ; 5,2	3,76	19,6
	INICIAL / PREESCOLAR	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,33	55,4
	PRIMARIA	40,9%	2,4	36,3 ; 45,7	6,30	5,8
	SECUNDARIA	44,9%	1,9	41,1 ; 48,7	3,97	4,3
	BACHILLERATO	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	1,51	100
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	6,6%	1,1	4,8 ; 9,1	5,08	16,4
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	3,9%	0,7	2,7 ; 5,6	3,70	18,6
	POSTGRADO	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	1,81	79,3
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	34,2%	1,7	30,8 ; 37,7	3,63	5,1
	SEPARADO	5,0%	0,6	3,9 ; 6,2	1,81	11,4
	DIVORCIADO	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	0,70	40,7
	VIUDO	7,1%	0,9	5,5 ; 9,0	3,18	12,5
	CASADO	38,3%	1,9	34,7 ; 42,18	3,92	4,9
	SOLTERO	15,3%	1,2	13,0 ; 17,9	3,09	8,0
TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	PREVALENCIA	70,4%	2,0	66,3 ; 74,2	5,09	2,8
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	PREVALENCIA	1,0%	0,5	0,3 ; 2,9	7,98	54,7
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL	< DE 300	55,7%	3,1	49,5 ; 61,7	8,83	5,6
	301 A 600	33,2%	2,3	28,9 ; 37,8	5,13	6,8
	601A 1 200	9,7%	1,5	7,0 ; 13,2	6,07	15,9
	> DE 1 200	1,4%	0,3	0,9 ; 2,2	1,62	22,5
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO</b>						
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS	DESEMPLEO	26,6%	1,7	23,5 ; 30,0	3,73	6,2
	CORRUPCIÓN	11,8%	0,9	10,2 ; 13,7	2,09	7,6
	VIOLENCIA	7,6%	1,2	5,6 ; 10,3	5,15	15,3
	POBREZA	29,4%	1,4	26,6 ; 32,3	2,70	4,9
	FALTA DE CONFIANZA	0,4%	0,1	0,2 ; 0,8	1,58	41,0
	FALTA DE LIDERAZGO	0,7%	0,3	0,3 ; 1,7	3,94	45,6
	INESTABILIDAD POLÍTICA	0,7%	0,2	0,4 ; 1,3	1,60	28,4
	DELINCUENCIA	7,4%	0,9	5,7 ; 9,4	3,37	12,6
	TERRORISMO	2,2%	0,4	1,6 ; 3,1	1,62	16,2
	NARCOTRÁFICO	0,8%	0,5	0,2 ; 2,6	7,66	59,6
	MANEJO ECONÓMICO	3,3%	0,6	2,2 ; 4,7	3,19	18,8
	FALTA DE VALORES	4,1%	1,0	2,6 ; 6,6	6,71	24,1
	OTRO	1,4%	0,3	0,9 ; 2,1	1,72	21,6
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	INDIFERENCIA	3,1%	0,7	2,0 ; 4,9	4,16	22,5
	RESIGNACIÓN	2,5%	0,5	1,6 ; 3,7	2,73	20,7
	DESILUSIÓN	6,3%	1,2	4,3 ; 9,0	5,81	18,5
	AMARGURA	4,8%	0,7	3,6 ; 6,5	2,92	15,1
	RABIA	2,8%	1,0	1,4 ; 5,5	9,00	35,3
	CÓLERA	11,4%	1,3	9,1 ; 14,2	4,22	11,4
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	24,4%	1,7	21,2 ; 27,9	3,85	6,9
	PREOCUPACIÓN	30,3%	1,6	27,2 ; 33,5	3,03	5,3
	IMPOTENCIA	3,2%	0,8	1,9 ; 5,2	5,20	25,0
	FRUSTRACIÓN	1,8%	0,5	1,0 ; 3,2	4,05	29,8
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	3,0%	1,2	1,3 ; 6,6	12,73	40,3
	INDIGNACIÓN	2,4%	0,5	1,7 ; 3,5	2,17	18,5
	MIEDO O TEMOR	2,7%	0,5	1,9 ; 3,9	2,31	18,2
	NINGUNO	0,5%	0,2	0,2 ; 1,1	2,00	40,3
	OTRO	0,9%	0,3	0,5 ; 1,6	2,23	31,8

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	43,3%	1,6	40,1 ; 46,5	2,65	3,83
	REGULAR	32,5%	1,3	30,0 ; 35,1	1,94	4,0
	BASTANTE O MUCHO	24,2%	2,2	20,1 ; 28,9	6,74	9,2
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	61,7%	2,2	57,2 ; 65,93	5,29	3,6
	REGULAR	24,7%	1,5	21,8 ; 27,9	3,32	6,2
	BASTANTE O MUCHO	13,6%	1,3	11,2 ; 16,4	3,88	9,7
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	55,2%	1,5	52,2 ; 58,2	2,35	2,7
	REGULAR	25,9%	1,2	23,6 ; 28,4	1,98	4,7
	BASTANTE O MUCHO	18,9%	1,5	16,1 ; 22,1	3,86	8,1
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	31,8%	2,6	26,9 ; 37,0	7,97	8,0
	REGULAR	23,7%	1,3	21,2 ; 26,4	2,47	5,5
	BASTANTE O MUCHO	44,5%	2,9	38,9 ; 50,3	8,87	6,5
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	24,1%	1,2	21,8 ; 26,6	2,16	5,1
	REGULAR	30,5%	1,6	27,4 ; 33,9	3,38	5,4
	BASTANTE O MUCHO	45,4%	2,0	41,5 ; 49,3	4,21	4,4
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	18,4%	1,3	16,0 ; 21,0	2,89	7,0
	REGULAR	29,1%	2,2	25,0 ; 33,6	6,05	7,5
	BASTANTE O MUCHO	52,5%	2,4	47,7 ; 57,3	6,24	4,6
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	88,5%	0,9	86,5 ; 90,2	2,32	1,1
	REGULAR	8,7%	0,9	7,1 ; 10,6	2,59	10,2
	BASTANTE O MUCHO	2,8%	0,5	2,0 ; 4,0	2,30	17,4
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	57,9%	14,3	30,0 ; 81,5	7,04	24,8
	REGULAR	35,9%	16,1	12,3 ; 69,1	9,39	44,8
	BASTANTE O MUCHO	6,2%	2,6	2,7 ; 13,9	0,98	42,1
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDES	NADA O POCO	55,5%	2,7	50,0 ; 60,8	7,99	4,9
	REGULAR	26,4%	2,5	21,8 ; 31,5	8,30	9,4
	BASTANTE O MUCHO	18,1%	1,6	15,2 ; 21,5	4,46	8,8
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	26,2%	3,0	20,7 ; 32,5	2,17	11,4
	REGULAR	37,2%	3,3	31,0 ; 43,9	2,15	8,8
	BASTANTE O MUCHO	36,6%	3,3	30,4 ; 43,3	2,19	9,0
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	56,2%	2,1	52,1 ; 60,2	4,59	3,7
	REGULAR	28,1%	2,3	23,8 ; 32,9	6,88	8,1
	BASTANTE O MUCHO	15,7%	1,6	12,8 ; 19,1	4,97	100
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	61,1%	2,0	57,1 ; 65,0	4,38	3,3
	REGULAR	26,6%	1,8	23,3 ; 30,3	4,13	6,7
	BASTANTE O MUCHO	12,2%	1,7	9,2 ; 16,1	7,03	14,0
CONFIANZA EN LOS JUECES	NADA O POCO	69,1%	1,4	66,3 ; 71,8	2,36	2,0
	REGULAR	22,7%	1,3	20,3 ; 25,3	2,31	5,5
	BASTANTE O MUCHO	8,2%	1,0	6,4 ; 10,3	3,35	12,1
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	76,4%	1,7	72,8 ; 79,7	4,42	2,3
	REGULAR	17,1%	1,3	14,7 ; 19,9	3,20	7,7
	BASTANTE O MUCHO	6,5%	1,0	4,7 ; 8,9	4,64	15,9
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	14,6%	1,1	12,5 ; 17,0	2,70	7,7
	REGULAR	19,5%	1,4	16,8 ; 22,5	3,51	7,4
	BASTANTE O MUCHO	65,9%	2,1	61,6 ; 69,9	5,11	3,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	45,9%	12,7	23,6 ; 70,0	5,74	27,7
	REGULAR	42,9%	14,5	18,9 ; 70,8	7,59	33,8
	BASTANTE O MUCHO	11,2%	4,4	5,0 ; 23,1	1,71	39,1
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	1,7%	0,4	1,1 ; 2,6	2,15	21,7
	REGULAR	5,8%	0,9	4,3 ; 7,8	3,77	15,2
	BASTANTE O MUCHO	92,5%	1,1	90,0 ; 94,4	4,75	1,2
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD	NADA O POCO	42,3%	2,3	37,9 ; 46,8	5,50	5,3
	REGULAR	26,9%	1,9	23,2 ; 30,9	5,10	7,2
	BASTANTE O MUCHO	30,8%	2,5	26,0 ; 36,0	7,91	8,2

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE OTRA PERSONA NO MENCIONADA	NADA O POCO	11,9%	4,8	5,2 ; 25,0	1,77	40,3
	REGULAR	19,9%	5,7	10,9 ; 33,5	1,65	28,7
	BASTANTE O MUCHO	68,3%	7,6	51,8 ; 81,1	2,14	11,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	44,1%	2,4	39,4 ; 48,9	4,82	5,4
	REGULAR	29,3%	1,4	26,6 ; 32,2	2,05	4,9
	BASTANTE O MUCHO	26,6%	2,5	22,0 ; 31,7	6,36	9,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	29,9%	8,2	16,5 ; 48,0	2,38	27,3
	REGULAR	37,0%	8,9	21,6 ; 55,7	2,57	24,2
	BASTANTE O MUCHO	33,1%	8,2	19,2 ; 50,6	2,25	24,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	51,4%	2,9	45,7 ; 57,0	8,59	5,6
	REGULAR	14,4%	1,4	11,8 ; 17,5	4,44	100
	BASTANTE O MUCHO	34,2%	2,4	29,7 ; 39,1	6,66	7,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	55,8%	3,1	49,7 ; 61,8	7,02	5,5
	REGULAR	13,9%	1,6	11,0 ; 17,4	3,93	11,5
	BASTANTE O MUCHO	30,3%	2,4	25,8 ; 35,2	4,91	7,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	40,4%	2,2	36,1 ; 44,9	5,50	5,5
	REGULAR	24,0%	1,3	21,6 ; 26,5	2,28	5,2
	BASTANTE O MUCHO	35,6%	1,9	31,9 ; 39,6	4,38	5,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	30,0%	1,6	26,9 ; 33,2	3,29	5,4
	REGULAR	20,8%	1,4	18,2 ; 23,7	3,13	6,7
	BASTANTE O MUCHO	49,2%	2,5	44,4 ; 54,1	6,45	5,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	74,6%	1,7	71,1 ; 77,8	4,02	2,3
	REGULAR	15,3%	1,1	13,2 ; 17,6	2,53	7,3
	BASTANTE O MUCHO	10,1%	1,1	8,1 ; 12,5	3,49	10,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	49,0%	2,2	44,7 ; 53,3	5,04	4,5
	REGULAR	10,3%	0,9	8,7 ; 12,1	2,18	8,5
	BASTANTE O MUCHO	40,7%	2,3	36,3 ; 45,3	5,76	5,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	37,5%	1,9	33,7 ; 41,4	4,30	5,2
	REGULAR	11,5%	1,2	9,4 ; 14,1	3,62	10,2
	BASTANTE O MUCHO	51,0%	2,3	46,4 ; 55,6	5,75	4,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	50,0%	2,6	44,8 ; 55,1	7,10	5,2
	REGULAR	10,6%	0,8	9,2 ; 12,4	1,78	7,6
	BASTANTE O MUCHO	39,4%	2,5	34,6 ; 44,4	6,75	6,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	8,0%	3,4	3,3 ; 17,9	1,34	42,9
	REGULAR	13,8%	5,5	6,1 ; 28,6	2,13	39,8
	BASTANTE O MUCHO	78,2%	5,8	64,6 ; 87,6	1,67	7,4
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	PREVALENCIA DE VIDA	47,9%	2,8	42,4 ; 53,5	8,57	5,9
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	PREVALENCIA	45,0%	3,2	38,7 ; 51,4	11,09	7,1
DISCRIMINACIÓN POR SEXO	PREVALENCIA DE VIDA	8,2%	1,2	6,0 ; 11,0	5,52	15,3
DISCRIMINACIÓN POR EDAD	PREVALENCIA DE VIDA	6,0%	0,8	4,5 ; 7,9	3,39	14,2
DISCRIMINACIÓN POR PESO	PREVALENCIA DE VIDA	3,3%	0,5	2,4 ; 4,4	2,13	15,4
DISCRIMINACIÓN POR COLOR DE PIEL	PREVALENCIA DE VIDA	1,8%	0,4	1,2 ; 2,8	2,44	22,2
DISCRIMINACIÓN POR FORMA DE VESTIR	PREVALENCIA DE VIDA	3,3%	0,6	2,3 ; 4,8	3,00	18,1
DISCRIMINACIÓN POR CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	11,6%	1,6	8,9 ; 15,1	6,25	13,3
DISCRIMINACIÓN POR NIVEL EDUCATIVO	PREVALENCIA DE VIDA	10,2%	1,4	7,7 ; 13,4	5,76	13,8
DISCRIMINACIÓN POR RELIGIÓN	PREVALENCIA DE VIDA	2,2%	0,4	1,5 ; 3,2	2,19	19,2
DISCRIMINACIÓN POR AMISTADES	PREVALENCIA DE VIDA	2,5%	0,5	1,6 ; 3,8	3,11	21,5
DISCRIMINACIÓN POR LUGAR DE NACIMIENTO	PREVALENCIA DE VIDA	3,1%	0,8	1,9 ; 5,0	5,14	24,6
DISCRIMINACIÓN POR SU TALLA	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	0,3	0,8 ; 2,0	1,98	24,2
DISCRIMINACIÓN POR OTROS	PREVALENCIA DE VIDA	2,6%	0,6	1,6 ; 4,2	4,28	24,7
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR SU SEXO	NINGUNA VEZ	95,7%	1,1	93,0 ; 97,4	7,73	1,1
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	3,6%	0,8	2,3 ; 5,6	4,94	22,2
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,7%	0,4	0,2 ; 2,0	5,43	55,7
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR SU EDAD	NINGUNA VEZ	96,3%	0,8	94,5 ; 97,5	4,20	0,8
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	3,6%	0,7	2,3 ; 5,4	4,36	21,0
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	0,70	40,4

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR SU PESO	NINGUNA VEZ	98,0%	0,4	97,0 ; 98,7	2,54	0,4
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,8%	0,4	1,1 ; 2,9	2,74	23,5
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,2%	0,1	0,1 ; 0,5	1,17	51,6
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR SU COLOR DE PIEL	NINGUNA VEZ	98,7%	0,4	97,8 ; 99,3	2,66	0,4
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,2%	0,4	0,6 ; 2,1	2,82	29,9
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,1%	0,0	0,0 ; 0,2	0,54	51,0
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR SU FORMA DE VESTIR	NINGUNA VEZ	98,0%	0,5	96,7 ; 98,8	3,38	0,5
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,8%	0,5	1,1 ; 3,1	3,45	26,3
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	0,88	41,5
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR SU CONDICION ECONOMICA	NINGUNA VEZ	92,5%	1,5	88,9 ; 94,9	8,49	1,6
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	7,2%	1,5	4,7 ; 10,7	8,87	20,7
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,3%	0,1	0,2 ; 0,6	0,91	31,3
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR SU NIVEL EDUCATIVO	NINGUNA VEZ	94,1%	1,4	90,6 ; 96,4	9,79	1,5
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	5,2%	1,1	3,4 ; 7,9	6,55	21,2
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,7%	0,4	0,2 ; 2,1	5,91	57,3
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR SU RELIGION	NINGUNA VEZ	98,7%	0,3	98,0 ; 99,2	1,68	0,3
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,0%	0,2	0,6 ; 1,5	1,35	22,8
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,3%	0,1	0,1 ; 0,6	1,17	37,6
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR SUS AMISTADES	NINGUNA VEZ	98,2%	0,5	97,0 ; 99,0	3,66	0,5
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,6%	0,5	0,9 ; 2,9	3,93	29,8
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,1%	0,1	0,1 ; 0,3	0,60	40,0
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR SU LUGAR DE NACIMIENTO	NINGUNA VEZ	98,7%	0,4	97,8 ; 99,2	2,64	0,4
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,1%	0,3	0,6 ; 2,0	2,70	30,1
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,2%	0,1	0,0 ; 0,8	2,72	72,7
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR SU TALLA	NINGUNA VEZ	99,5%	0,2	99,1 ; 99,8	1,45	0,2
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,4%	0,2	0,2 ; 0,9	1,48	35,2
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,55	100
EN EL ÚLTIMO AÑO CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO DISCRIMINADO(A) POR OTRA CONDICION	NINGUNA VEZ	98,2%	0,6	96,6 ; 99,1	5,05	0,6
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,7%	0,6	0,8 ; 3,3	5,30	34,3
	FRECUENTE O MUY FRECUENTE	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	0,66	49,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: TRISTE	NUNCA	6,7%	1,2	4,7 ; 9,5	6,23	18,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	77,5%	1,1	75,2 ; 79,6	1,90	1,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,8%	1,3	13,4 ; 18,6	3,39	8,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: TENSO	NUNCA	17,1%	1,6	14,2 ; 20,5	4,66	9,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	70,5%	2,4	65,6 ; 75,0	7,14	3,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,4%	1,5	9,7 ; 15,6	5,29	11,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: ANGUSTIADO	NUNCA	24,1%	2,0	20,5 ; 28,2	5,51	8,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	65,3%	2,1	61,0 ; 69,4	5,24	3,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	10,5%	1,1	8,6 ; 12,9	3,32	10,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: IRRITABLE	NUNCA	20,4%	1,8	17,1 ; 24,2	5,19	8,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	67,9%	2,2	63,5 ; 72,0	5,64	3,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	11,7%	1,1	9,7 ; 13,9	2,93	9,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: PREOCUPADO	NUNCA	3,8%	0,7	2,7 ; 5,4	3,14	17,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	65,1%	2,0	61,0 ; 69,0	4,80	3,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	31,0%	2,0	27,3 ; 35,1	4,86	6,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: TRANQUILO	NUNCA	1,5%	0,4	0,8 ; 2,6	3,46	29,6
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	33,0%	1,7	29,7 ; 36,5	3,56	5,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	65,5%	1,9	61,8 ; 69,1	4,09	2,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: ALEGRE	NUNCA	0,5%	0,1	0,3 ; 0,8	0,9	27,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	32,1%	2,2	27,8 ; 36,6	6,02	6,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	67,5%	2,2	62,9 ; 71,8	6,10	3,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: ABURRIDO	NUNCA	24,3%	1,8	21,0 ; 28,0	4,45	7,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	65,2%	1,6	62,1 ; 68,3	2,87	2,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	10,4%	1,0	8,6 ; 12,6	2,96	9,8

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE SENTIMIENTO ANÍMICO: OTRO	NUNCA	5,2%	3,9	1,1 ; 20,8	1,10	75,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	18,1%	8,0	7,1 ; 39,2	1,54	44,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	76,7%	8,7	55,7 ; 89,6	1,50	11,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,7	0,1	16,5 ; 16,9	5,25	0,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	10,8%	1,1	8,8 ; 13,3	3,51	10,5
	REGULAR	26,4%	1,3	23,9 ; 29,1	2,38	5,0
	BASTANTE O MUCHO	62,8%	2,0	58,8 ; 66,6	4,44	3,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	7,8%	1,1	5,9 ; 10,2	4,20	13,7
	REGULAR	21,1%	1,8	17,8 ; 24,9	5,15	8,5
	BASTANTE O MUCHO	71,1%	2,3	66,2 ; 75,5	7,05	3,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	9,5%	1,2	7,3 ; 12,3	4,71	13,0
	REGULAR	26,7%	1,7	23,4 ; 30,2	3,95	6,4
	BASTANTE O MUCHO	63,8%	2,6	58,6 ; 68,7	7,47	4,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	29,9%	1,9	26,4 ; 33,7	4,34	6,2
	REGULAR	42,5%	2,1	38,4 ; 46,8	4,86	5,0
	BASTANTE O MUCHO	27,5%	1,6	24,5 ; 30,8	3,28	5,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ (A)	NADA O POCO	12,5%	2,5	8,4 ; 18,3	1,95	19,8
	REGULAR	21,7%	3,4	15,7 ; 29,2	2,38	15,7
	BASTANTE O MUCHO	65,8%	4,6	56,3 ; 74,2	3,21	6,9
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	34,8%	2,2	30,7 ; 39,2	5,24	6,2
	REGULAR	35,0%	2,5	30,3 ; 40,0	6,89	7,1
	BASTANTE O MUCHO	30,2%	2,2	26,0 ; 34,7	5,84	7,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	8,9%	1,3	6,6 ; 11,9	5,72	14,9
	REGULAR	15,3%	1,3	12,8 ; 18,1	3,60	8,7
	BASTANTE O MUCHO	75,8%	2,0	71,7 ; 79,5	5,62	2,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	16,9%	1,2	14,6 ; 19,4	2,71	7,1
	REGULAR	28,3%	2,3	24,0 ; 33,0	6,76	8,0
	BASTANTE O MUCHO	54,8%	1,9	51,1 ; 58,5	3,79	3,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	10,6%	1,2	8,4 ; 13,4	4,36	11,7
	REGULAR	24,7%	2,3	20,4 ; 29,4	7,41	9,2
	BASTANTE O MUCHO	64,7%	2,6	59,4 ; 69,7	8,05	4,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,6	0,2	16,3 ; 16,9	6,62	0,9
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	8,8%	1,0	6,9 ; 11,0	2,73	11,7
	REGULAR	30,0%	3,0	24,5 ; 36,1	8,66	9,9
	BASTANTE O MUCHO	61,3%	3,4	54,3 ; 67,8	10,39	5,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	9,6%	1,3	7,3 ; 12,5	3,97	13,4
	REGULAR	29,6%	2,3	25,3 ; 34,2	5,07	7,6
	BASTANTE O MUCHO	60,8%	2,9	54,9 ; 66,4	7,39	4,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	9,8%	2,2	6,3 ; 15,1	4,27	22,3
	REGULAR	32,4%	3,3	26,2 ; 39,3	3,95	10,2
	BASTANTE O MUCHO	57,7%	4,2	49,3 ; 65,8	5,72	7,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	13,4%	1,2	11,1 ; 16,0	2,66	9,1
	REGULAR	38,3%	2,0	34,4 ; 42,3	3,56	5,3
	BASTANTE O MUCHO	48,3%	2,5	43,4 ; 53,3	5,18	5,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	16,6%	2,7	11,8 ; 22,7	2,67	16,5
	REGULAR	32,2%	3,7	25,3 ; 39,9	3,13	11,5
	BASTANTE O MUCHO	51,3%	3,1	45,1 ; 57,4	1,95	6,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	36,8%	2,1	32,8 ; 41,0	3,60	5,6
	REGULAR	38,5%	2,3	34,1 ; 43,2	4,30	5,9
	BASTANTE O MUCHO	24,6%	2,7	19,7 ; 30,3	7,54	10,9
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	MEDIA ARITMÉTICA	7,4	0,0	7,3 ; 7,5	5,96	0,6
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD	MEDIA ARITMÉTICA	5,3	0,0	5,2 ; 5,4	2,91	0,7
POBLACIÓN GENERAL ADULTA CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA	12,3%	1,3	10,0 ; 15,1	4,01	10,3

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA MANTENER REGULARMENTE EL ASEO DE SU CUERPO, SU ALIÑO O ARREGLO PERSONAL	NINGUNA	97,4%	0,5	96,3 ; 98,2	2,51	0,5
	LEVE	1,6%	0,4	0,9 ; 2,6	2,70	25,2
	MODERADA	0,9%	0,3	0,4 ; 1,7	2,76	34,2
	SEVERA O ABSOLUTA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	1,20	59,1
DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA DESEMPEÑAR EFICIENTEMENTE SUS OCUPACIONES (ESTUDIOS, TRABAJOS, O CASA)	NINGUNA	91,5%	1,0	89,3 ; 93,2	3,27	1,1
	LEVE	4,9%	0,7	3,7 ; 6,5	2,81	14,3
	MODERADA	3,3%	0,5	2,4 ; 4,5	2,38	16,2
	SEVERA O ABSOLUTA	0,3%	0,1	0,1 ; 0,7	1,49	41,8
DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA ASUMIR Y DESEMPEÑAR SATISFACTORIA MENTE SUS FUNCIONES COMO MADRE, PADRE, ESPOSO(A) O HIJO(A)	NINGUNA	95,4%	0,9	93,3 ; 96,9	4,77	0,9
	LEVE	2,8%	0,7	1,7 ; 4,6	4,96	25,4
	MODERADA	1,7%	0,5	0,9 ; 2,9	3,87	29,4
	SEVERA O ABSOLUTA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	1,89	69,0
DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA RELACIONARSE CON SUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS Y PERSONAS EN GENERAL	NINGUNA	97,7%	0,4	96,8 ; 98,3	1,80	0,4
	LEVE	1,5%	0,3	0,9 ; 2,3	2,04	22,7
	MODERADA	0,7%	0,2	0,4 ; 1,2	1,34	27,2
	SEVERA O ABSOLUTA	0,2%	0,1	0,0 ; 0,6	1,83	63,2
DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA PLANIFICAR SUS ACTIVIDADES, LUEGO ORGANIZARLAS Y EJECUTARLAS	NINGUNA	96,3%	0,6	94,9 ; 97,4	2,96	0,6
	LEVE	2,4%	0,6	1,4 ; 3,9	4,21	25,4
	MODERADA	1,2%	0,3	0,8 ; 1,8	1,46	21,2
	SEVERA O ABSOLUTA	0,1%	0,0	0,0 ; 0,3	0,80	65,9
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	9,2%	1,2	7,1 ; 11,9	4,50	12,9
NO LE IMPORTA Y NO HACE NADA	PREVALENCIA	6,3%	0,8	4,9 ; 8,0	2,72	12,3
OBTENCIÓN DE OBJETOS DE DUDOSA PROCEDENCIA O ROBADAS	NUNCA	94,9%	0,7	93,3 ; 96,1	2,73	0,7
	RARA VEZ	4,4%	0,7	3,2 ; 6,0	3,13	16,1
	OCASIONALMENTE	0,7%	0,2	0,4 ; 1,3	1,85	31,3
	FRECUENTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,42	100,0
	MUY FRECUENTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,48	75,0
MENTIRA FRECUENTE EN LA ADULTEZ	NUNCA	50,3%	1,8	46,7 ; 53,9	3,52	3,6
	RARA VEZ	41,8%	1,6	38,7 ; 45,0	2,75	3,8
	OCASIONALMENTE	7,1%	0,9	5,4 ; 9,2	3,62	13,4
	FRECUENTE	0,7%	0,4	0,3 ; 1,9	4,82	49,7
	MUY FRECUENTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
VENTA DE OBJETO DE DUDOSA PROCEDENCIA O ROBADAS	NUNCA	98,6%	0,6	96,9 ; 99,3	5,79	0,6
	RARA VEZ	1,2%	0,5	0,5 ; 2,9	6,44	44,6
	OCASIONALMENTE	0,2%	0,1	0,0 ; 0,9	3,24	87,7
	FRECUENTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	MUY FRECUENTE	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	1,14	71,8
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA ACTUAL	3,6%	0,7	2,5 ; 5,3	3,99	20,1
<b>INDICADORES SUICIDAS</b>						
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	26,8%	1,7	23,6 ; 30,3	3,87	6,3
	PREVALENCIA MENSUAL	4,3%	0,6	3,2 ; 5,7	2,44	14,3
	PREVALENCIA ANUAL	9,4%	1,2	7,3 ; 11,9	4,24	12,4
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	7,0%	0,9	5,4 ; 9,1	3,50	13,2
	PREVALENCIA MENSUAL	0,7%	0,2	0,4 ; 1,3	1,74	29,7
	PREVALENCIA ANUAL	2,2%	0,5	1,4 ; 3,4	2,88	22,0
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	2,8%	0,5	1,9 ; 4,1	2,73	18,8
	PREVALENCIA MENSUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,6	1,46	53,0
	PREVALENCIA ANUAL	1,1%	0,4	0,5 ; 2,2	3,84	35,9
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	1,2%	0,4	0,6 ; 2,2	3,39	32,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,00	00,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,6%	0,4	0,1 ; 2,0	6,51	66,1

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	1,8%	1,0	0,6 ; 5,3	4,34	54,7
	PADRES	7,9%	1,5	5,4 ; 11,4	2,32	18,7
	HIJOS	4,2%	1,1	2,5 ; 7,02	2,23	25,6
	OTROS PARIENTES	11,8%	2,7	7,5 ; 18,2	5,33	22,6
	PAREJA	24,7%	2,0	21,0 ; 28,9	1,67	8,1
	AMIGOS	0,3%	0,1	0,1 ; 0,8	0,62	56,5
	LABORALES	1,9%	0,6	1,1 ; 3,5	1,35	29,7
	ESTUDIOS	1,2%	0,6	0,5 ; 3,1	2,18	48,0
	ECONÓMICOS	11,4%	2,0	8,0 ; 15,9	3,00	17,4
	SALUD FÍSICA	27,9%	2,6	23,1 ; 33,3	2,60	9,3
	SALUD FAMILIAR	2,0%	0,6	1,1 ; 3,7	1,54	31,2
	SEPARACIÓN DE UN FAMILIAR	2,4%	0,8	1,3 ; 4,5	1,89	31,4
	MUERTE DE PAREJA	1,7%	0,6	0,9 ; 3,2	1,43	32,9
	MUERTE DE UN HIJO	3,4%	1,1	1,8 ; 6,3	2,69	31,2
	MUERTE DE ALGUNOS DE LOS PADRES	2,2%	0,8	1,1 ; 4,4	2,09	34,4
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	1,2%	0,4	0,7 ; 2,3	0,94	31,2
	SIN MOTIVO	2,9%	1,9	0,8 ; 10,0	9,61	64,4
OTROS	10,6%	2,5	6,6 ; 16,6	5,04	23,5	
MOTIVOS QUE LLEVAN AL INTENTO SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PADRES	14,6%	8,1	4,5 ; 38,4	1,56	55,8
	HIJOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	OTROS PARIENTES	1,8%	1,8	0,2 ; 11,9	0,53	100
	PAREJA	25,0%	11,6	9,0 ; 53,1	2,10	46,2
	AMIGOS	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	4,9%	5,0	0,6 ; 30,1	1,58	100
	ECONÓMICOS	5,8%	5,1	1,0 ; 28,0	1,40	87,5
	SALUD FÍSICA	21,6%	11,4	6,8 ; 51,1	2,26	52,7
	SALUD FAMILIAR	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	SEPARACIÓN DE UN FAMILIAR	5,1%	5,1	0,7 ; 29,8	1,55	98,7
	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 ALGUNOS DE LOS PADRES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	0,3%	0,3	0,0 ; 2,5	0,10	100
	SIN MOTIVO	0,2%	0,2	0,0 ; 1,5	0,1	100
OTROS	33,0%	21,9	6,5 ; 77,8	6,40	66,4	
<b>TENDENCIA HACIA LA VIOLENCIA</b>						
PREVALENCIA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	24,6%	2,2	20,5 ; 29,2	6,97	8,9
LE HA PEGADO A UN NIÑO MENOR Y LE HA DEJADO MORETONES	PREVALENCIA DE VIDA	4,2%	0,6	3,2 ; 5,5	2,27	13,9
HA PARTICIPADO EN MÁS DE UNA PELEA QUE HAYA ACABADO A GOLPES	PREVALENCIA DE VIDA	22,0%	2,0	18,3 ; 26,2	6,23	9,1
EN UNA PELEA HA USADO PIEDRAS, PALOS, CUCHILLOS (NAVAJAS), ETC.	PREVALENCIA DE VIDA	2,7%	0,6	1,8 ; 4,2	3,38	21,2
EN UNA PELEA HA USADO ARMAS DE FUEGO COMO PISTOLAS	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,00	0,0 ; 0,2	0,53	62,1
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA ACTUAL	1,1%	0,1	0,0 ; 0,6	2,10	81,6
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	1,1%	0,2	0,7 ; 1,6	1,34	21,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,27	100
	PREVALENCIA ANUAL	0,3%	0,1	0,1 ; 0,6	1,00	37,3

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>FACTORES PROTECTORES</b>						
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	18,0	0,1	17,8 ; 18,2	4,55	0,5
¿CUÁNTO LE IMPORTARÍA HACER PASAR VERGÜENZA A SU FAMILIA?	NADA O POCO	17,6%	1,8	14,3 ; 21,5	5,84	10,3
	REGULAR	11,4%	0,9	9,7 ; 13,2	1,97	7,7
	BASTANTE O MUCHO	71,0%	2,0	66,9 ; 74,8	4,94	2,8
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE LO(A) RESPETAN?	NADA O POCO	6,5%	0,8	5,2 ; 8,2	2,47	11,6
	REGULAR	19,3%	1,9	15,8 ; 23,3	5,97	9,7
	BASTANTE O MUCHO	74,2%	2,2	69,6 ; 78,3	6,79	3,0
¿CUÁNTO SIENTE QUE SE APOYAN UNOS A OTROS?	NADA O POCO	9,3%	0,9	7,7 ; 11,1	2,40	9,4
	REGULAR	19,9%	1,7	16,7 ; 23,4	4,72	8,5
	BASTANTE O MUCHO	70,9%	1,9	67,0 ; 74,5	4,56	2,7
¿CUÁN ORGULLOSO SE SIENTE DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	5,5%	0,8	4,1 ; 7,3	3,22	14,5
	REGULAR	13,7%	1,4	11,1 ; 16,7	4,43	10,3
	BASTANTE O MUCHO	80,9%	1,4	77,9 ; 83,5	3,47	1,8
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE SUS VALORES MORALES SE PARECEN A LOS DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	9,3%	1,2	7,2 ; 11,9	4,48	12,9
	REGULAR	25,1%	1,5	22,3 ; 28,1	3,01	5,9
	BASTANTE O MUCHO	65,6%	1,8	62,0 ; 69,1	3,77	2,7
¿QUÉ TANTO SE SIENTE PARTE DEL PROGRESO DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	8,4%	0,7	7,0 ; 10,0	1,89	8,8
	REGULAR	22,4%	2,0	18,8 ; 26,6	5,89	8,8
	BASTANTE O MUCHO	69,2%	2,2	64,7 ; 73,3	5,81	3,1
TENDENCIAS RELIGIOSAS	SIENTE BASTANTE O MUCHA PROTECCIÓN DE DIOS	92,5%	1,1	90,0 ; 94,4	4,75	1,2
	DIOS BASTANTE O MUY IMPORTANTE	89,2%	1,4	86,0 ; 91,7	5,77	1,6
	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	77,4%	1,7	73,9 ; 80,5	4,21	2,2
	PARTICIPA ACTIVAMENTE	22,4%	2,3	18,2 ; 27,2	8,00	10,2
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	62,6%	2,5	57,6 ; 67,4	6,58	4,0
	TRANSMITE RELIGIÓN A HIJOS O NIETOS	60,2%	2,9	54,4 ; 65,7	8,40	4,8
	TRANSMITE RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	30,4%	1,8	26,9 ; 34,2	4,23	6,0
	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	67,6%	1,8	63,9 ; 71,1	4,05	2,7
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS</b>						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	29,6%	2,1	25,5 ; 34,0	5,90	7,3
	PREVALENCIA ANUAL	13,4%	1,3	10,9 ; 16,2	4,17	10,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	12,3%	1,2	10,1 ; 15,9	3,74	10,0
	PREVALENCIA ACTUAL	8,5%	1,0	6,7 ; 10,8	3,63	12,1
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	16,6%	1,7	13,5 ; 20,2	5,48	10,2
	PREVALENCIA ANUAL	5,8%	0,7	4,5 ; 7,4	2,51	12,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,2%	0,7	4,0 ; 6,7	2,52	13,2
	PREVALENCIA ACTUAL	2,6%	0,6	1,6 ; 4,1	3,80	23,1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	6,6%	1,0	4,8 ; 9,0	4,74	15,8
	PREVALENCIA ANUAL	1,4%	0,3	0,9 ; 2,3	2,31	24,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,3%	0,4	0,7 ; 2,2	2,77	28,2
	PREVALENCIA ACTUAL	1,2%	0,5	0,6 ; 2,6	4,66	37,5
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,2	0,2 ; 1,0	1,79	38,5
	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	1,24	59,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	1,24	59,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	1,06	71,7
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,2	0,3 ; 1,0	1,17	28,1
	PREVALENCIA ANUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,5	1,18	45,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,2%	0,1	0,1 ; 0,5	1,18	45,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	1,37	60,0
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	3,0%	0,6	1,9 ; 4,6	3,79	21,5
	PREVALENCIA ANUAL	0,6%	0,2	0,3 ; 1,0	1,28	28,3
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,5%	0,1	0,3 ; 0,9	1,15	30,2
	PREVALENCIA ACTUAL	0,3%	0,1	0,2 ; 0,6	1,11	36,4



ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,0	0,0 ; 0,3	0,77	63,4
	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,35	65,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,35	65,1
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,35	65,1
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	9,1%	1,2	6,9 ; 11,8	4,89	13,5
	PREVALENCIA ANUAL	3,5%	0,6	2,5 ; 4,8	2,53	16,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	3,1%	0,5	2,3 ; 4,3	2,34	16,5
	PREVALENCIA ACTUAL	0,9%	0,3	0,4 ; 1,7	2,79	34,2
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	16,3%	1,5	13,5 ; 19,6	4,61	9,4
	PREVALENCIA ANUAL	4,4%	0,7	3,2 ; 6,0	3,01	15,9
	PREVALENCIA DE 6 MESES	3,4%	0,5	2,5 ; 4,6	2,28	15,7
	PREVALENCIA ACTUAL	1,9%	0,4	1,2 ; 3,0	2,81	23,3
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	15,8%	1,5	13,0 ; 19,0	4,62	9,6
	PREVALENCIA ANUAL	4,0%	0,7	2,8 ; 5,7	3,54	17,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	3,0%	0,5	2,1 ; 4,2	2,56	17,7
	PREVALENCIA ACTUAL	1,5%	0,4	0,9 ; 2,6	2,86	26,2
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,3	0,2 ; 1,5	3,61	46,7
	PREVALENCIA ACTUAL	0,4%	0,3	0,1 ; 1,6	4,87	64,4
ANOREXIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
BULIMIA NERVOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EPISODIO MANIACO	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS	PREVALENCIA ACTUAL	1,3%	0,3	0,7 ; 2,1	2,45	26,9
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,21	100
	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,21	100
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,21	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	EPISODIO DEPRESIVO	34,0%	1,3	31,4 ; 36,7	3,1	3,9
	TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	29,8%	1,3	27,3 ; 32,4	1,8	4,3
	FOBIA SOCIAL	16,9%	3,0	10,8 ; 22,9	0,2	17,8
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	33,9%	2,7	28,2 ; 39,6	7,1	8,4
DURACIÓN EN MESES DEL ÚLTIMO EPISODIO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	EPISODIO DEPRESIVO	17,6%	3,4	10,9 ; 24,3	3,84	19,3
	TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	15,8%	3,5	8,9 ; 22,7	2,68	21,9
	FOBIA SOCIAL	52,4%	11,4	29,4 ; 75,4	1,31	21,8
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	29,0%	6,4	16,3 ; 41,7	2,88	22,1
	PSICOSIS (1 CRITERIO)	6,6%	2,1	2,46 ; 10,8	0,97	31,6
NÚMERO DE EPISODIOS DE FOBIA SOCIAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 - 44 AÑOS	1,7%	0,4	1,0 ; 2,4	3,0	21,1
	45 - 59 AÑOS	2,6%	0,9	0,8 ; 4,5	2,1	34,8
	> 60 AÑOS	2,7%	0,3	2,0 ; 3,3	0,5	12,0
NÚMERO DE EPISODIOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 - 44 AÑOS	1,3%	0,1	1,1 ; 1,4	1,6	6,9
	45 - 59 AÑOS	1,4%	0,2	1,0 ; 1,7	1,9	12,0
	> 60 AÑOS	1,3%	0,2	1,0 ; 1,6	1,6	12,3
NÚMERO DE EPISODIOS DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 - 44 AÑOS	1,3%	0,1	1,1 ; 1,4	2,6	5,7
	45 - 59 AÑOS	1,4%	0,1	1,1 ; 1,6	2,0	8,9
	> 60 AÑOS	1,3%	0,1	1,1 ; 1,5	1,1	7,0
NÚMERO DE EPISODIOS DEL EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 - 44 AÑOS	1,5%	0,1	1,3 ; 1,7	3,0	6,1
	45 - 59 AÑOS	1,4%	0,1	1,3 ; 1,6	1,6	6,5
	> 60 AÑOS	1,9%	0,1	1,7 ; 2,2	2,0	5,8
<b>USO DE SUSTANCIAS NOCIVAS</b>						
CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	69,3%	2,6	64,0 ; 74,1	8,28	3,7
	PREVALENCIA MENSUAL	24,0%	2,0	20,2 ; 28,2	5,93	8,4
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES NO ALCOHÓLICAS	PREVALENCIA DE VIDA	69,3%	2,6	64,0 ; 74,1	8,28	3,7
	PREVALENCIA MENSUAL	24,0%	2,0	20,2 ; 28,2	5,93	8,4

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES NO ALCOHOLICAS	PREVALENCIA DE VIDA	1,2%	0,5	0,5 ; 2,9	6,45	43,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	95,3%	0,9	93,2 ; 96,8	4,77	0,9
	PREVALENCIA MENSUAL	36,5%	2,7	31,3 ; 42,0	8,48	7,4
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	59,2%	3,1	52,8 ; 65,2	10,95	5,3
	PREVALENCIA MENSUAL	17,4%	1,9	14,0 ; 21,3	6,45	10,7
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,3	1,11	70,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	PREVALENCIA DE VIDA	0,7%	0,4	0,3 ; 1,9	4,95	51,4
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	1,81	99,2
CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,55	64,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE ESTIMULANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	40,3%	3,3	34,0 ; 47,0	12,04	8,2
	PREVALENCIA MENSUAL	14,4%	1,7	11,3 ; 18,0	6,12	11,7
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,3	0,2 ; 1,8	4,98	54,1
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	1,2%	0,5	0,5 ; 2,9	6,45	43,7
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE COCAÍNA	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,0	0,0 ; 0,3	0,95	71,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE PBC	PREVALENCIA DE VIDA	0,6%	0,5	0,1 ; 2,9	10,25	81,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE COCAÍNA EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	0,7%	0,5	0,2 ; 2,7	9,20	72,5
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	MEDIA ARITMÉTICA	19,7	0,2	19,4 ; 20,9	3,27	0,9
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	MEDIA ARITMÉTICA	21,3	0,6	20,2 ; 22,5	7,75	2,6
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	MEDIA ARITMÉTICA	34,3	9,1	-81,8 ; 150,5	0,54	26,6
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
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 PBC	MEDIA ARITMÉTICA	17,9	1,1	15,1 ; 20,8	0,5	6,3
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE CLORH. COCAÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	16,6	0,5	10,3 ; 22,8	1,05	3,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	MEDIA ARITMÉTICA	24,6	0,6	23,4 ; 25,9	6,51	2,5
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	38,1	9,7	15,7 ; 60,5	2,93	25,5
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	MEDIA ARITMÉTICA	21,6	0,8	11,0 ; 32,3	0,08	3,9
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	8,4%	1,0	6,6 ; 10,7	3,73	12,4
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	2,0%	0,4	1,3 ; 2,9	2,21	20,5
	PREVALENCIA DE VIDA	5,3%	0,7	4,1 ; 6,9	2,58	13,1
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	2,6%	0,5	1,8 ; 3,7	2,45	18,7
	PREVALENCIA DE VIDA	6,1%	0,7	4,9 ; 7,6	2,18	11,2
ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	4,5%	0,7	3,4 ; 6,0	2,64	14,5
	PREVALENCIA DE VIDA	11,5%	1,1	9,5 ; 13,8	3,20	9,7
DEPENDENCIA DE TABACO	PREVALENCIA ANUAL	0,6%	0,3	0,2 ; 1,8	5,10	58,5
DEPENDENCIA DE MARIHUANA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE PBC	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DEPENDENCIA DE COCAÍNA (PBC O CLORHIDRATO)	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
ABUSO DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	0,5%	0,7	3,8 ; 6,7	2,83	14,1
DEPENDENCIA DE CUALQUIER SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	3,0%	0,6	2,1 ; 4,4	2,87	18,6

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	30,8%	5,4	21,1 ; 42,4	5,81	17,7
	25 A 44 AÑOS	27,3%	2,2	23,2 ; 31,9	2,46	8,1
	45 A 64 AÑOS	31,3%	5,0	22,3 ; 42,0	9,11	16,0
	>65 AÑOS	30,5%	3,7	23,7 ; 38,3	3,03	12,1
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	12,3%	3,7	63,7 ; 21,7	5,29	30,0
	25 A 44 AÑOS	15,7%	1,9	12,3 ; 19,8	2,67	11,9
	45 A 64 AÑOS	14,1%	2,4	10,0 ; 19,5	3,63	16,9
	>65 AÑOS	8,0%	1,6	5,4 ; 11,8	1,61	19,9
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	11,3%	3,6	5,9 ; 20,6	5,44	32,0
	25 A 44 AÑOS	14,7%	1,9	11,3 ; 19,0	3,04	13,2
	45 A 64 AÑOS	13,3%	2,4	9,3 ; 18,7	3,71	17,6
	>65 AÑOS	6,2%	1,2	4,2 ; 9,2	1,21	19,7
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	7,6%	2,8	3,6 ; 15,4	4,72	36,9
	25 A 44 AÑOS	10,9%	1,8	7,8 ; 15,0	3,30	16,4
	45 A 64 AÑOS	8,6%	2,0	5,4 ; 13,5	3,96	23,3
	>65 AÑOS	4,0%	1,0	2,4 ; 6,5	1,25	25,5
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	23,3%	5,6	14,1 ; 36,0	7,23	23,9
	25 A 44 AÑOS	14,0%	1,9	10,7 ; 18,2	2,98	13,5
	45 A 64 AÑOS	18,9%	3,6	12,8 ; 27,0	6,50	19,0
	>65 AÑOS	12,3%	3,3	7,1 ; 20,5	4,76	26,9
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	6,7%	2,1	3,6 ; 12,2	2,91	31,2
	25 A 44 AÑOS	6,9%	1,3	4,7 ; 10,1	2,83	19,5
	45 A 64 AÑOS	5,4%	1,1	3,5 ; 8,1	1,98	21,3
	>65 AÑOS	3,3%	0,8	2,0 ; 5,3	0,94	24,2
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	5,8%	2,0	2,9 ; 11,1	2,93	33,8
	25 A 44 AÑOS	6,4%	1,4	4,2 ; 9,7	3,15	21,3
	45 A 64 AÑOS	4,8%	1,1	3,1 ; 7,4	1,89	21,9
	>65 AÑOS	2,5%	0,7	1,4 ; 4,3	0,90	27,4
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	2,8%	1,4	1,0 ; 7,3	2,97	49,6
	25 A 44 AÑOS	3,6%	1,2	1,9 ; 7,0	4,21	33,3
	45 A 64 AÑOS	1,8%	0,7	0,9 ; 3,7	1,84	35,6
	>65 AÑOS	1,4%	0,6	0,6 ; 3,1	1,10	40,9
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	11,5%	3,8	5,9 ; 21,4	5,94	33,0
	25 A 44 AÑOS	13,9%	1,6	11,0 ; 17,4	2,18	11,6
	45 A 64 AÑOS	18,4%	3,6	12,4 ; 26,6	6,61	19,4
	>65 AÑOS	22,2%	2,9	17,0 ; 28,6	2,35	13,2
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	5,2%	2,9	1,7 ; 15,0	7,15	55,7
	25 A 44 AÑOS	4,4%	1,1	2,6 ; 7,2	2,96	25,4
	45 A 64 AÑOS	3,9%	1,0	2,3 ; 6,5	2,13	26,0
	>65 AÑOS	4,5%	1,1	2,7 ; 7,2	1,30	24,4
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	2,3%	1,4	0,7 ; 7,2	3,47	59,5
	25 A 44 AÑOS	3,6%	1,0	2,1 ; 6,1	2,79	27,3
	45 A 64 AÑOS	3,6%	1,0	2,1 ; 6,2	2,24	27,8
	>65 AÑOS	3,4%	0,9	2,0 ; 5,8	1,22	27,3
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	1,3%	1,2	0,2 ; 7,9	4,79	92,1
	25 A 44 AÑOS	2,2%	0,9	1,0 ; 4,9	3,67	39,8
	45 A 64 AÑOS	1,6%	0,8	0,6 ; 4,4	3,28	50,7
	>65 AÑOS	2,1%	0,8	1,0 ; 4,5	1,52	38,5
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	2,3%	1,1	0,9 ; 5,8	2,11	46,4
	25 A 44 AÑOS	6,9%	1,4	4,6 ; 10,2	2,92	19,8
	45 A 64 AÑOS	4,9%	1,5	2,6 ; 9,0	3,84	31,0
	>65 AÑOS	0,7%	0,3	0,3 ; 1,6	0,54	39,5

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN GRUPOS ETARIOS	18 A 24 AÑOS	9,5%	3,3	4,6 ; 18,3	5,36	35,0
	25 A 44 AÑOS	13,7%	1,6	10,8 ; 17,3	2,26	11,9
	45 A 64 AÑOS	12,9%	2,1	9,2 ; 17,8	3,13	16,7
	>65 AÑOS	6,0%	1,2	4,0 ; 9,0	1,28	20,8
<b>POBREZA Y SALUD MENTAL</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	36,6%	694	21,6 ; 48,2	2,95	20,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	27,9%	2,9	22,5 ; 34,0	5,05	10,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	31,6%	3,1	25,8 ; 38,0	5,60	9,8
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	14,4%	7,2	5,1 ; 34,8	3,19	49,9
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	14,2%	4,7	7,2 ; 26,2	2,52	32,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	13,6%	1,8	10,4 ; 17,5	3,28	13,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	13,3%	1,7	10,3 ; 17,0	3,06	12,6
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	9,8%	6,2	2,6 ; 30,4	3,33	63,4
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	13,1%	4,7	6,2 ; 25,4	2,70	35,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	12,9%	1,7	9,9 ; 16,5	2,94	12,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	11,8%	1,5	9,2 ; 15,1	2,66	12,6
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	9,8%	6,2	2,6 ; 30,4	3,33	63,4
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	10,8%	4,8	4,3 ; 24,3	3,31	44,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	9,1%	1,4	6,7 ; 12,3	2,91	15,6
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	7,6%	1,2	5,5 ; 10,5	2,79	16,5
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	9,7%	6,2	2,6 ; 30,4	3,35	64,0
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	18,8%	6,9	8,6 ; 36,3	4,41	36,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	14,8%	3,1	9,6 ; 22,1	9,21	21,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	18,7%	2,6	14,1 ; 24,3	5,49	13,8
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	7,0%	4,3	2,0 ; 22,0	2,19	61,7
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,1%	1,7	1,8 ; 9,1	1,01	40,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	5,2%	1,0	3,5 ; 7,5	2,35	19,0
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	6,7%	1,1	4,8 ; 9,3	2,52	16,7
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	3,8%	2,8	0,9 ; 15,1	1,62	73,5

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,1%	1,7	1,8 ; 9,1	1,01	40,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	4,7%	0,9	3,2 ; 6,8	2,15	19,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	5,8%	1,0	4,1 ; 8,2	2,34	17,3
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	3,8%	2,8	0,9 ; 15,1	1,62	73,5
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	3,4%	1,8	1,1 ; 9,7	1,47	54,7
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	2,1%	0,8	1,0 ; 4,3	3,40	36,1
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	2,9%	0,9	1,6 ; 5,2	3,46	30,5
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	3,7%	2,8	0,8 ; 15,2	1,65	75,5
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	20,0%	6,6	11,6 ; 37,8	3,61	30,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	14,2%	2,0	10,7 ; 18,6	3,96	14,2
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	18,0%	2,1	14,3 ; 22,4	3,63	11,5
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	10,5%	6,7	2,8 ; 32,5	3,64	64,0
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	4,9%	1,9	2,2 ; 10,5	1,13	39,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	3,9%	1,2	2,2 ; 7,0	4,38	30,0
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	4,7%	0,8	3,3 ; 6,6	1,97	17,9
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,9%	5,7	0,8 ; 32,9	4,56	98,1
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	3,8%	1,8	1,4 ; 9,7	1,32	48,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	2,4%	0,6	1,5 ; 4,0	1,85	24,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	4,0%	0,8	2,8 ; 5,8	1,89	18,9
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,9%	5,7	0,8 ; 32,9	4,56	98,1
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GRUPOS DE POBREZA SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	1,7%	1,4	0,3 ; 8,5	1,69	83,9
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	1,1%	0,4	0,5 ; 2,3	1,77	36,4
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	2,4%	0,7	1,4 ; 4,3	2,53	28,4
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	5,9%	5,7	0,8 ; 32,9	4,56	98,1
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN COBERTURA DE INGRESOS PARA NECESIDADES DE LA CANASTA FAMILIAR	NO CUBREN NI LAS NECESIDADES BÁSICAS	7,5%	4,7	2,1 ; 23,6	4,39	62,8
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	5,5%	1,0	3,8 ; 7,9	2,32	18,3
	CUBREN SÓLO LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN, VESTIDO	3,4%	0,8	2,1 ; 5,4	2,42	23,5
	CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS Y OTRAS	2,7%	2,3	0,5 ; 13,1	1,46	82,5

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>SALUD MENTAL POR CONOS GEOGRÁFICOS</b>						
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	31,6%	2,0	27,8 ; 35,7	3,02	6,3
	LIMA RURAL NORTE	26,3%	4,5	18,4 ; 36,0	10,50	17,0
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	15,5%	1,5	12,8 ; 18,6	2,75	9,5
	LIMA RURAL NORTE	9,9%	2,3	6,2 ; 15,4	5,95	23,1
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	14,2%	1,4	11,7 ; 17,1	2,48	9,5
	LIMA RURAL NORTE	9,2%	2,1	5,8 ; 14,3	5,40	22,9
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	9,4%	1,2	7,3 ; 12,0	2,78	12,7
	LIMA RURAL NORTE	7,1%	1,8	4,3 ; 11,5	4,84	25,0
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	18,0%	1,6	15,1 ; 21,3	2,77	8,7
	LIMA RURAL NORTE	14,4%	3,6	8,6 ; 23,0	10,54	24,9
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	7,7%	0,8	6,3 ; 9,6	1,60	10,7
	LIMA RURAL NORTE	2,6%	0,9	1,3 ; 5,2	3,39	35,3
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	7,0%	0,9	5,5 ; 8,9	1,87	12,2
	LIMA RURAL NORTE	2,2%	0,8	1,1 ; 4,4	2,83	35,4
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	3,5%	0,9	2,1 ; 5,7	3,77	25,1
	LIMA RURAL NORTE	1,1%	0,4	0,5 ; 2,4	1,75	39,2
PREVALENCIA GENERAL DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	17,4%	1,5	14,6 ; 20,5	2,55	8,6
	LIMA RURAL NORTE	14,6%	3,1	9,5 ; 21,8	7,72	21,1
PREVALENCIA GENERAL ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	4,3%	0,7	3,1 ; 6,0	2,10	16,7
	LIMA RURAL NORTE	4,4%	1,4	2,4 ; 8,2	4,70	31,6
PREVALENCIA GENERAL DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	3,7%	0,7	2,5 ; 5,3	2,18	18,6
	LIMA RURAL NORTE	2,8%	0,8	1,6 ; 4,9	2,25	27,5
PREVALENCIA GENERAL ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	2,0%	0,6	1,1 ; 3,7	3,21	30,7
	LIMA RURAL NORTE	1,7%	0,6	0,9 ; 3,3	1,94	33,1
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN PROVINCIA POR REGIÓN	LIMA RURAL SUR	5,5%	0,8	4,1 ; 7,5	2,25	15,3
	LIMA RURAL NORTE	2,9%	1,0	1,5 ; 5,5	3,31	33,1
<b>EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA</b>						
FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA DEL TERRORISMO EN LOS ENCUESTADOS	FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO(A), HIJOS)	2,5%	0,9	1,2 ; 5,1	9,27	36,8
	OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	7,7%	1,1	5,8 ; 10,2	4,68	14,5
	FAMILIAR DESAPARECIDO	3,1%	0,6	2,2 ; 4,5	2,76	17,9
	TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	4,6%	1,0	3,0 ; 6,9	5,64	21,0
	FAMILIAR DETENIDO	3,1%	0,6	2,1 ; 4,5	3,14	19,1
	FAMILIAR EN PRISIÓN	2,2%	0,6	1,4 ; 3,7	3,86	25,1
	PÉRDIDA DE BIENES	4,3%	0,9	2,9 ; 6,4	4,66	19,6
	CAMBIO DE RESIDENCIA	6,8%	1,1	5,0 ; 9,2	4,71	15,5
	AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	16,4%	1,9	13,0 ; 20,6	7,05	11,6
	ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	11,4%	1,5	8,8 ; 14,6	5,65	12,8
FAMILIAR DIRECTO (PADRES, ESPOSO(A), HIJOS)	LIMA RURAL SUR	1,9%	0,5	1,1 ; 3,3	2,45	27,6
	LIMA RURAL NORTE	3,4%	2,2	1,0 ; 11,6	14,60	63,5
OTRO FAMILIAR NO DIRECTO	LIMA RURAL SUR	8,3%	1,3	6,1 ; 11,1	3,43	15,2
	LIMA RURAL NORTE	6,8%	2,0	3,7 ; 12,0	6,49	29,6
FAMILIAR DESAPARECIDO	LIMA RURAL SUR	4,1%	0,8	2,8 ; 6,0	2,78	19,8
	LIMA RURAL NORTE	1,6%	0,5	0,8 ; 3,0	1,72	32,7
TESTIGO DE MUERTE VIOLENTA DE ALGUNA PERSONA	LIMA RURAL SUR	6,1%	1,4	3,9 ; 9,4	5,39	22,5
	LIMA RURAL NORTE	2,2%	0,8	1,0 ; 4,5	3,05	36,8
FAMILIAR DETENIDO	LIMA RURAL SUR	3,9%	0,8	2,5 ; 5,9	3,01	21,3
	LIMA RURAL NORTE	1,9%	0,6	1,0 ; 3,6	2,11	32,6
FAMILIAR EN PRISIÓN	LIMA RURAL SUR	2,9%	0,8	1,7 ; 5,0	3,83	27,8
	LIMA RURAL NORTE	1,1%	0,5	0,5 ; 2,5	1,92	40,5

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PÉRDIDA DE BIENES	LIMA RURAL SUR	6,0%	1,3	3,9 ; 9,1	4,88	21,6
	LIMA RURAL NORTE	1,7%	0,6	0,9 ; 3,3	2,03	34,1
CAMBIO DE RESIDENCIA	LIMA RURAL SUR	9,3%	1,4	6,8 ; 12,6	4,07	15,5
	LIMA RURAL NORTE	2,8%	0,9	1,5 ; 5,2	2,93	31,7
AL MENOS UNA SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERSONAL	LIMA RURAL SUR	18,1%	2,3	14,0 ; 23,2	5,91	12,7
	LIMA RURAL NORTE	13,7%	3,1	8,6 ; 21,0	8,22	22,6
ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	LIMA RURAL SUR	11,6%	1,6	8,7 ; 15,3	4,37	14,2
	LIMA RURAL NORTE	11,1%	2,7	6,7 ; 17,8	7,78	24,8
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	48,9%	5,4	38,3 ; 59,5	3,60	11,1
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	27,1%	2,2	23,0 ; 31,7	5,79	8,1
PREVALENCIA DE ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	24,2%	3,6	17,8 ; 32,1	2,17	15,0
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	12,0%	1,3	9,6 ; 14,8	3,86	11,0
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	21,7%	3,7	15,4 ; 29,8	2,38	16,8
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	11,1%	1,2	8,9 ; 13,7	3,37	10,7
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	14,0%	3,1	8,9 ; 21,2	2,39	22,0
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	7,8%	1,0	6,0 ; 10,1	3,45	13,1
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	32,6%	3,9	25,3 ; 40,7	2,14	12,1
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	14,6%	1,6	11,7 ; 18,0	4,77	10,9
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	13,6%	2,8	8,9 ; 20,3	2,09	20,9
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	4,8%	0,7	3,6 ; 6,3	2,25	13,7
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	11,8%	2,7	7,4 ; 18,2	2,10	22,8
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	4,3%	0,6	3,3 ; 5,7	2,18	14,3
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	6,1%	2,2	2,9 ; 12,3	2,66	36,8
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	2,1%	0,5	1,3 ; 3,5	3,36	25,4
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	25,4%	2,9	20,1 ; 31,7	1,38	11,5
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	15,1%	1,7	12,0 ; 18,9	5,54	11,5
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO DEPRESIVO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	7,1%	2,1	3,9 ; 12,4	1,97	29,1
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	4,0%	0,7	2,8 ; 5,7	3,06	17,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO DEPRESIVO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	6,1%	2,0	3,1 ; 11,5	2,15	33,1
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	3,0%	0,5	2,1 ; 4,2	2,07	16,8
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO DEPRESIVO, SEGÚN PÉRDIDAS PERSONALES DURANTE LA ÉPOCA DEL TERRORISMO Y LA SALUD MENTAL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	3,0%	1,6	1,0 ; 8,6	2,82	55,1
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	1,8%	0,4	1,1 ; 2,8	2,36	23,6

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	7,2%	1,9	4,2 ; 12,1	1,66	26,5
	AUSENCIA DE ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	4,2%	0,7	3,0 ; 5,8	2,83	16,6
LE DIERON MÁS CASTIGOS DE LOS QUE MERECEA	LIMA RURAL SUR	24,2%	2,9	21,0 ; 27,5	4,14	10,2
	LIMA RURAL NORTE	28,1%	1,6	22,8 ; 34,1	2,30	6,6
LE PERMITÍAN HACER COSAS QUE A SUS HERMANOS NO	LIMA RURAL SUR	9,3%	1,0	7,5 ; 11,4	1,85	10,6
	LIMA RURAL NORTE	10,2%	2,0	6,9 ; 14,7	4319	19,26
SI LAS COSAS IBAN MAL SUS PADRES TRATABAN DE CONFORTARLO Y ANIMARLO	LIMA RURAL SUR	78,7%	4,8	74,0 ; 82,7	4,68	2,8
	LIMA RURAL NORTE	70,4%	2,2	60,2 ; 78,9	11,05	6,8
EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES	LIMA RURAL SUR	86,7%	1,2	84,2 ; 88,9	2,01	1,4
	LIMA RURAL NORTE	89,5%	2,0	84,8 ; 92,9	4,47	2,3
LE PROHIBÍAN HACER COSAS QUE A OTROS NIÑOS SÍ LES ERAN PERMITIDAS PORQUE TEMÍAN QUE ALGO MALO LE PODÍA OCURRIR	LIMA RURAL SUR	49,2%	3,4	42,5 ; 55,9	7,72	6,9
	LIMA RURAL NORTE	51,9%	2,3	47,4 ; 56,3	2,08	4,4
ERAN MUY EXIGENTES RESPECTO A SUS CALIFICACIONES ESCOLARES, DESEMPEÑO DEPORTIVO O ACTIVIDADES SIMILARES	LIMA RURAL SUR	65,6%	4,7	55,9 ; 74,2	2,20	2,7
	LIMA RURAL NORTE	65,6%	1,7	62,1 ; 69,0	9,56	7,1
LE PERMITÍAN TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES COMO POR EJEMPLO ELEGIR SU ROPA, ESCOGER A SUS AMISTADES, LOS ESTUDIOS, DISTRACCIONES, ETC	LIMA RURAL SUR	30,4%	2,6	25,5 ; 35,7	5,27	8,6
	LIMA RURAL NORTE	42,0%	3,7	35,0 ; 49,3	5,56	8,7
SUS PADRES SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES	LIMA RURAL SUR	51,7%	2,2	47,3 ; 56,0	3,26	4,3
	LIMA RURAL NORTE	61,5%	3,5	54,5 ; 68,1	5,15	5,6
LA ANSIEDAD DE SUS PADRES DE QUE ALGO MALO PODÍA SUCEDERLE ERA EXAGERADA	LIMA RURAL SUR	26,6%	1,8	23,3 ; 30,3	2,64	6,6
	LIMA RURAL NORTE	32,9%	2,4	28,3 ; 37,9	2,74	7,4
SUS PADRES PENSABAN QUE LOS HIJOS HOMBRES NO DEBERÍAN LLORAR	LIMA RURAL SUR	46,4%	1,9	42,7 ; 50,2	2,35	4,1
	LIMA RURAL NORTE	45,8%	4,0	38,1 ; 53,8	6,47	8,7
SUS PADRES PREFERÍAN A LOS HIJOS VARONES EN DESVENTAJA DE LAS HIJAS MUJERES	LIMA RURAL SUR	27,1%	1,9	23,5 ; 31,0	2,81	7,0
	LIMA RURAL NORTE	25,4%	2,2	21,4 ; 30,0	2,34	8,5
LE CASTIGABAN SEVERAMENTE POR COSAS PEQUEÑAS	LIMA RURAL SUR	20,0%	1,4	17,3 ; 23,0	2,11	7,2
	LIMA RURAL NORTE	23,5%	2,4	19,1 ; 28,5	3,23	10,2
LE ENGREÍAN MÁS A USTED EN COMPARACIÓN CON SUS HERMANOS(AS)	LIMA RURAL SUR	21,1%	1,6	18,1 ; 24,5	2,58	7,7
	LIMA RURAL NORTE	24,6%	3,8	17,8 ; 32,8	7,80	15,5
LE DEMOSTRABAN QUE ESTABAN INTERESADOS EN QUE USTED TENGA BUENAS CALIFICACIONES	LIMA RURAL SUR	70,0%	2,1	65,7 ; 74,0	3,37	3,0
	LIMA RURAL NORTE	70,1%	5,7	57,9 ; 80,1	14,8	8,1
SUS PADRES LO(A) CUIDABAN EXCESIVAMENTE PARA EVITAR QUE TENGA PROBLEMAS	LIMA RURAL SUR	34,5%	4,2	26,7 ; 43,3	13,1	12,3
	LIMA RURAL NORTE	43,9%	4,6	35,1 ; 53,1	8,7	10,5
LE DEMOSTRABAN QUE LO(A) QUERÍAN	LIMA RURAL SUR	88,9%	1,2	86,4 ; 91,1	2,3	1,3
	LIMA RURAL NORTE	90,0%	2,6	83,6 ; 94,0	7,4	2,9
LE FAVORECIAN CON RELACIÓN A SUS HERMANOS(AS)	LIMA RURAL SUR	16,7%	1,6	13,8 ; 20,1	2,96	9,5
	LIMA RURAL NORTE	19,9%	3,1	14,4 ; 26,7	6,1	15,6
LE CONTROLABAN PERO NO LE DABAN AFECTO	LIMA RURAL SUR	9,0%	1,0	7,2 ; 11,2	2,0	11,1
	LIMA RURAL NORTE	7,0%	1,7	4,3 ; 11,1	4,4	23,8
CUANDO ERA MENOR DE 11 AÑOS SUS PADRES DISCUÍAN MUCHO	LIMA RURAL SUR	37,7%	2,9	32,2 ; 43,5	5,5	7,6
	LIMA RURAL NORTE	38,7%	3,1	32,8 ; 44,9	3,8	7,9
ALGUNO DE SUS PADRES LLEGABA EBRIO O BORRACHO A CASA CON REGULARIDAD	LIMA RURAL SUR	36,4%	2,1	32,2 ; 40,7	3,2	5,9
	LIMA RURAL NORTE	31,9%	3,5	25,4 ; 39,1	5,6	10,9
ALGUNO DE SUS PADRES ESTABA MUCHO TIEMPO AUSENTE DE CASA	LIMA RURAL SUR	20,6%	2,1	16,7 ; 25,0	4,4	10,2
	LIMA RURAL NORTE	30,1%	3,9	23,1 ; 38,3	7,2	12,8
ALGUNO DE SUS PADRES FUE INFIEL EN LA RELACIÓN	LIMA RURAL SUR	17,5%	2,5	13,1 ; 22,9	6,8	14,2
	LIMA RURAL NORTE	13,0%	3,3	7,8 ; 20,9	9,1	25,1
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) AMENAZABA CON NO QUERERLO(A)	LIMA RURAL SUR	3,5%	0,8	2,2 ; 5,5	3,2	23,3
	LIMA RURAL NORTE	3,4%	1,0	1,9 ; 6,0	2,9	28,5



ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) AMENAZABA CON MATARLO(A)	LIMA RURAL SUR	1,0%	0,3	0,5 ; 1,9	1,8	32,9
	LIMA RURAL NORTE	0,3%	0,2	0,1 ; 1,3	1,6	67,8
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) HACÍA SENTIR CULPABLE POR DESACUERDOS O DISCUSIONES DE LA FAMILIA	LIMA RURAL SUR	2,9%	0,6	2,0 ; 4,2	1,8	19,2
	LIMA RURAL NORTE	2,7%	0,8	1,5 ; 5,0	2,7	31,1
ALGUNO DE SUS PADRES LO(A) AMENAZABA CON ABANDONARLO(A)	LIMA RURAL SUR	2,6%	0,7	1,5 ; 4,4	3,2	27,1
	LIMA RURAL NORTE	2,6%	1,2	1,0 ; 6,3	5,6	45,6
LE DIERON MÁS CASTIGOS DE LOS QUE MEREÍA	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	39,7%	5,9	28,7 ; 51,8	10,01	15,0
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	22,2%	4,6	14,5 ; 32,5	8,22	20,5
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS	24,7%	3,4	18,5 ; 32,1	4,33	13,9
LE PERMITÍAN HACER COSAS QUE A SUS HERMANOS NO	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	35,8%	6,0	25,0 ; 48,2	3,93	16,7
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	18,7%	4,5	11,3 ; 29,4	3,44	24,3
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS	21,5%	6,4	11,4 ; 36,8	6,20	29,9
SI LAS COSAS IBAN MAL SUS PADRES TRATABAN DE CONFORTARLO Y ANIMARLO	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	30,2%	2,1	26,3 ; 34,5	4,16	6,9
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	17,3%	1,7	14,1 ; 20,9	4,12	9,9
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS	16,2%	1,6	13,2 ; 19,7	4,01	10,2
EXISTÍA AMOR Y TERNURA ENTRE USTED Y SUS PADRES	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	28,5%	2,1	24,5 ; 32,8	5,11	7,4
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	15,6%	1,6	12,7 ; 19,0	4,51	10,2
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS	15,6%	1,5	12,9 ; 18,7	3,83	9,4
LE PROHIBÍAN HACER COSAS QUE A OTROS NIÑOS SÍ LES ERAN PERMITIDAS PORQUE TEMÍAN QUE ALGO MALO LE PODÍA OCURRIR	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	29,9%	3,0	24,2 ; 36,2	5,93	10,2
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	17,2%	2,2	13,3 ; 21,9	4,47	12,7
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS	16,5%	2,2	12,7 ; 21,2	4,54	13,1
ERAN MUY EXIGENTES RESPECTO A SUS CALIFICACIONES ESCOLARES, DESEMPEÑO DEPORTIVO O ACTIVIDADES SIMILARES	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	28,1%	2,5	23,4 ; 33,4	5,50	9,0
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	15,5%	1,7	12,4 ; 19,2	3,91	11,1
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS	15,2%	1,8	11,9 ; 19,2	4,56	12,2
LE PERMITÍAN TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES COMO POR EJEMPLO ELEGIR SU ROPA, ESCOGER A SUS AMISTADES, LOS ESTUDIOS, DISTRACCIONES, ETC	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	26,2%	3,2	20,4 ; 33,1	4,94	12,2
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	16,1%	2,4	11,9 ; 21,5	3,98	14,9
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS	12,1%	2,3	8,2 ; 17,5	4,79	19,4
SUS PADRES SE INTERESABAN POR CONOCER SUS OPINIONES	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	25,7%	2,5	21,1 ; 31,0	4,86	9,7
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	15,6%	2,1	11,9 ; 20,2	4,86	13,3
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS	12,4%	1,7	9,3 ; 16,3	4,14	14,1
LA ANSIEDAD DE SUS PADRES DE QUE ALGO MALO PODÍA SUCEDERLE ERA EXAGERADA	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO	28,2%	2,8	22,9 ; 34,2	3,10	10,1
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	17,3%	2,1	13,6 ; 21,8	2,30	11,9
	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS	14,6%	2,5	10,3 ; 20,2	3,90	17,2
<b>ACCESO A SERVICIOS</b>						
MORBILIDAD SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (COMO PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	32,6%	2,1	28,6 ; 36,7	5,11	6,3
MORBILIDAD SENTIDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (CON PROBL. DE S.M.)	PREVALENCIA ANUAL	8,2%	0,7	6,8 ; 9,7	1,84	8,8

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	PREVALENCIA ANUAL	10,1%	2,4	6,2 ; 15,9	2,02	23,9
PREVALENCIA PROPORCIÓN DE LA MORBILIDAD SENTIDA ATENDIDA EN	PUESTOS O CENTROS DE SALUD	5,6%	2,0	2,7 ; 11,1	2,38	35,7
	INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	0,2%	0,2	0,0 ; 1,1	0,49	100
	HOSPITAL GENERAL DE MINSA	2,0%	0,8	0,9 ; 4,4	1,08	41,2
	HOSPITAL GENERAL DE ESSALUD	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,07	100
	CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR	1,8%	1,4	0,4 ; 7,8	3,28	74,9
	CLÍNICA PARTICULAR	0,1%	0,1	0,0 ; 0,6	0,27	83,0
	OTROS	0,4%	0,3	0,1 ; 1,4	0,57	71,3
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA MORBILIDAD SENTIDA Y EXPRESADA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN	MEDICINAS	55,2%	13,1	30,2 ; 77,8	2,68	23,7
	PSICOTERAPIA	14,0%	7,1	4,8 ; 34,2	1,61	50,5
	CONSEJERÍA	85,1%	6,0	69,1 ; 93,6	1,10	7,1
	HOSPITALIZACIÓN	10,1%	6,7	2,5 ; 32,6	1,92	66,5
	OTROS	16,1%	12,3	3,1 ; 53,9	4,37	76,6
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA MORBILIDAD ATENDIDA	PSIQUIATRA	5,9%	3,4	1,8 ; 17,4	0,81	57,9
	PSICÓLOGO	17,1%	12,0	3,7 ; 52,3	3,93	70,1
	MÉDICO GENERAL	33,7%	12,6	14,3 ; 60,7	2,74	37,3
	NEURÓLOGO	1,0%	1,0	0,1 ; 6,9	0,39	100
	ENFERMERA	22,5%	11,1	7,6 ; 50,6	2,74	49,2
	TÉCNICO DE ENFERMERÍA	10,6%	5,9	3,3 ; 29,0	1,44	55,8
	OTROS	9,2%	6,5	2,2 ; 32,0	1,95	70,2
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS QUE PERCIERON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	LO DEBÍA SUPERAR SOLO	51,0%	5,5	40,2 ; 61,6	3,32	10,8
	NO TENÍA DINERO	33,1%	4,8	24,4 ; 43,1	2,82	14,4
	FALTA DE CONFIANZA	28,3%	4,6	20,2 ; 38,1	2,82	16,1
	DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	25,6%	4,7	17,5 ; 36,0	3,19	18,4
	NO SABÍA DÓNDE IR	26,5%	4,1	19,2 ; 35,3	2,35	15,4
	NO ME BENEFICIARÍA	23,1%	4,3	15,6 ; 32,7	2,90	18,8
	POR VERGÜENZA	19,5%	4,0	12,8 ; 28,5	2,73	20,3
	PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	17,0%	3,8	10,7 ; 26,0	2,84	22,5
	LARGAS LISTAS DE ESPERA	4,7%	1,6	2,4 ; 8,9	1,50	33,6
	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	35,6%	6,2	24,5 ; 48,5	4,54	17,3
	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	1,3%	1,0	0,3 ; 5,6	2,03	74,2
	TENÍA DINERO, PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	4,7%	1,9	2,1 ; 10,4	2,29	40,9
	<b>SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL</b>					
PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES FOLKLÓRICOS	DAÑO	13,2%	1,2	11,0 ; 15,7	3,24	8,9
	SUSTO	38,1%	2,3	33,6 ; 42,8	6,15	6,1
	MAL DE OJO	7,9%	1,0	6,2 ; 10,1	3,48	12,3
	AIRE	31,4%	2,3	27,0 ; 36,2	6,67	7,4
	CHUCAQUE	3,4%	0,7	2,3 ; 5,0	3,49	19,2
	ATAQUE DE NERVIOS	1,9%	0,6	0,9 ; 3,7	6,03	34,6
	EPILEPSIA	0,4%	0,2	0,2 ; 0,9	1,80	41,6
<b>ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTAL</b>						
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS COMO TRASTORNOS MENTALES	NERVIOS EXCESIVOS O FOBIAS	57,0%	1,7	53,5 ; 60,4	3,33	3,1
	TRISTEZA EXCESIVA O DEPRESIÓN	53,6%	2,4	48,8 ; 58,3	6,16	4,5
	PSICOSIS O LOCURA	79,3%	2,3	74,3 ; 83,5	8,86	2,9
	CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y DROGAS	67,2%	1,3	64,5 ; 69,8	2,17	2,0
	PROBLEMAS DEL CARÁCTER O DE LA PERSONALIDAD	40,1%	3,1	34,2 ; 46,3	10,45	7,6

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
ANTE UNA PERSONA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL ¿CÓMO REACCIONA USTED?	LA ACEPTA COMO PERSONA CON UNA ENFERMEDAD	19,1%	1,6	16,1 ; 22,5	4,59	8,5
	SE MUESTRA INDIFFERENTE CON ELLA	3,7%	0,6	2,7 ; 5,1	2,81	16,5
	SE ALEJA DE ELLA	17,1%	1,3	25,6 ; 19,9	3,40	7,9
	LE OFRECE ALGUNA AYUDA	52,7%	1,9	49,0 ; 56,3	3,70	3,5
	LA RECHAZA	2,8%	0,6	1,9 ; 4,3	3,45	21,0
	LA OCULTARÍA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	OIRA	1,8%	0,4	1,1 ; 2,8	2,60	23,2
SI USTED TUVIERA (TIENE) UNO O MÁS MIEMBROS DE SU FAMILIA CON UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿USTED...?	LA ACEPTA COMO PERSONA CON UNA ENFERMEDAD	11,0%	1,2	8,8 ; 13,5	3,85	10,8
	SE MUESTRA INDIFFERENTE CON ELLA	0,2%	0,1	0,1 ; 0,4	0,69	33,9
	SE ALEJA DE ELLA	1,2%	0,4	0,6 ; 2,3	3,57	32,9
	LE OFRECE ALGUNA AYUDA	86,1%	1,4	83,2 ; 88,6	4,09	1,6
	LA RECHAZA	0,5%	0,2	0,3 ; 1,0	1,31	30,0
	LA OCULTARÍA	0,4%	0,1	0,2 ; 0,7	1,05	32,9
	OIRA	0,6%	0,1	0,3 ; 0,9	0,99	25,8
SI USTED TUVIERA UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿CÓMO PIENSA QUE REACCIONARÍA SU COMUNIDAD...?	LA ACEPTA COMO PERSONA CON UNA ENFERMEDAD	10,0%	1,3	7,6 ; 13,0	5,32	13,4
	SE MUESTRA INDIFFERENTE CON ELLA	16,1%	1,5	13,2 ; 19,4	4,74	9,6
	SE ALEJA DE ELLA	11,3%	1,0	9,4 ; 13,5	2,77	9,0
	LE OFRECE ALGUNA AYUDA	28,4%	1,7	25,2 ; 31,8	3,73	5,9
	LA RECHAZA	14,4%	1,5	11,8 ; 17,6	4,66	10,2
	LA OCULTARÍA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	OIRA	1,3%	0,4	0,7 ; 2,5	3,66	32,1

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: MUJER UNIDA</b>						
EDAD PROMEDIO	MEDIA ARITMÉTICA	47,7	1,2	45,4; 50,1	9,57	2,5
EDAD POR GRUPOS ETARIOS DE LA MUESTRA	< 18 AÑOS	0,3%	0,1	0,1; 0,6	0,96	37,8
	18 A 24 AÑOS	10,5%	2,1	7,0; 15,5	10,64	20,0
	25 A 44 AÑOS	37,9%	2,5	33,1; 43,0	6,03	6,6
	45 A 64 AÑOS	29,2%	2,3	24,9; 33,9	5,68	7,8
	>65 AÑOS	22,0%	2,1	18,1; 26,5	5,82	9,6
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE	38,6%	2,0	34,7; 42,5	3,71	5,1
	SEPARADA	4,9%	0,7	3,7; 6,6	2,61	15,0
	DIVORCIADA	0,3%	0,1	0,1; 0,8	1,54	48,5
	VIUDA	12,2%	1,4	9,7; 15,2	4,06	11,4
	CASADA	43,9%	2,1	39,9; 48,1	3,90	4,7
	SOLTERA	0,1%	0,1	0,0; 0,3	0,90	79,1
REALIZA ACTIVIDAD LABORAL	EN SEMANA ANTERIOR	57,7%	1,9	53,9; 61,4	3,29	3,3
	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	0,4%	0,2	0,1; 1,0	1,88	47,0
GRADO DE ESTUDIOS	GRADO DE ANALFABETISMO	11,3%	1,3	9,0; 14,2	3,78	11,5
	SIN NIVEL / NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	7,8%	0,9	6,2; 9,9	2,59	11,6
	INICIAL / PREESCOLAR	0,1%	0,1	0,0; 0,3	0,59	49,5
	PRIMARIA	50,8%	2,9	45,1; 56,5	7,58	5,7
	SECUNDARIA	33,7%	2,2	29,6; 38,1	4,71	6,4
	BACHILLERATO	0,1%	0,1	0,0; 0,5	1,65	100
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	5,5%	1,7	3,0; 9,9	12,10	30,5
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	2,0%	0,5	1,2; 3,2	2,60	24,0
INGRESO MENSUAL EN NIVELES	MENOS DE S/300	75,4%	2,1	71,1; 79,2	3,46	2,7
	301 A 600	18,1%	1,9	14,6; 22,3	3,86	10,7
	601 A 1 200	4,5%	0,9	3,0; 6,8	3,11	20,9
	MÁS DE 1 200	2,0%	1,0	0,8; 5,1	7,19	48,1

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA</b>						
PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS	DESEMPLEO	19,6%	1,4	16,9; 22,7	2,98	7,4
	CORRUPCIÓN	9,4%	1,1	7,4; 11,7	3,05	11,5
	VIOLENCIA	8,7%	1,4	6,4; 11,8	5,27	15,7
	POBREZA	36,4%	1,7	33,1; 39,9	2,89	4,7
	FALTA DE CONFIANZA	0,5%	0,2	0,2; 1,1	1,84	41,7
	FALTA DE LIDERAZGO	0,3%	0,2	0,1; 1,3	4,03	81,9
	INESTABILIDAD POLÍTICA	0,5%	0,2	0,2; 0,9	1,41	37,1
	DELINCUENCIA	7,3%	1,2	5,3; 10,0	4,49	15,9
	TERRORISMO	2,9%	0,6	1,9; 4,4	3,05	21,2
	NARCOTRÁFICO	0,5%	0,2	0,2; 1,0	1,61	38,9
	MANEJO ECONÓMICO	3,6%	0,7	2,5; 5,1	2,82	18,4
	FALTA DE VALORES	3,7%	1,2	2,0; 6,9	8,69	31,8
OTRO	1,3%	0,3	0,8; 2,0	1,70	24,3	
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	INDIFERENCIA	1,1%	0,3	0,6; 1,9	1,79	27,5
	RESIGNACIÓN	1,9%	0,4	1,3; 2,8	1,62	20,1
	DESILUSIÓN	4,5%	0,8	3,2; 6,3	3,01	17,5
	AMARGURA	4,3%	1,0	2,7; 6,7	4,83	22,7
	RABIA	1,9%	0,6	1,0; 3,4	3,69	30,3
	CÓLERA	10,6%	1,0	8,8; 12,7	2,08	9,2
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	34,3%	2,2	30,1; 38,7	4,41	6,4
	PREOCUPACIÓN	27,0%	1,6	24,0; 30,3	2,65	5,9
	IMPOTENCIA	2,2%	0,5	1,3; 3,5	2,70	24,1
	FRUSTRACIÓN	0,4%	0,2	0,1; 0,9	1,75	48,2
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	2,4%	0,6	1,4; 3,9	3,22	25,3
	INDIGNACIÓN	3,1%	1,3	1,4; 7,0	11,37	41,0
	MIEDO O TEMOR	5,1%	0,9	3,6; 7,1	3,39	17,4
OTRO	0,6%	0,2	0,3; 1,2	1,36	32,9	
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	48,8%	1,8	45,4; 52,3	2,57	3,6
	REGULAR	27,9%	1,3	25,5; 30,5	1,60	4,5
	BASTANTE O MUCHO	23,2%	1,9	19,7; 27,1	4,00	8,0
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	64,3%	2,2	59,9; 68,5	4,48	3,4
	REGULAR	21,1%	1,6	18,1; 24,5	3,47	7,7
	BASTANTE O MUCHO	14,6%	1,6	11,8; 18,0	4,19	10,6
CONFIANZA EN AUTORIDADES MILITARES	NADA O POCO	65,9%	1,7	62,4; 69,3	2,86	2,6
	REGULAR	20,7%	1,2	18,5; 23,1	1,79	5,7
	BASTANTE O MUCHO	13,4%	1,3	11,0; 16,2	3,07	9,6
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	30,6%	1,9	26,9; 34,6	3,90	6,3
	REGULAR	21,4%	1,3	18,9; 24,1	2,35	6,2
	BASTANTE O MUCHO	48,0%	2,2	43,6; 52,4	4,43	4,6
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	24,2%	1,3	21,8; 26,8	1,98	5,3
	REGULAR	32,6%	1,5	29,8; 35,5	2,16	4,5
	BASTANTE O MUCHO	43,2%	1,6	40,0; 46,5	2,48	3,8
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	19,5%	1,7	16,3; 23,0	4,13	8,8
	REGULAR	26,4%	2,3	22,1; 31,1	6,03	8,7
	BASTANTE O MUCHO	54,2%	3,3	47,6; 60,7	9,98	6,1
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	88,7%	1,3	85,8; 91,1	3,87	1,5
	REGULAR	9,9%	1,3	7,5; 12,9	4,47	13,6
	BASTANTE O MUCHO	1,4%	0,3	0,9; 2,2	1,58	22,2
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU SINDICATO	NADA O POCO	77,4%	9,5	54,0; 90,9	2,37	12,2
	REGULAR	14,1%	7,7	4,5; 36,5	2,25	54,5
	BASTANTE O MUCHO	8,5%	5,3	2,4; 26,3	1,66	62,3
CONFIANZA EN LÍDERES DE LA COMUNIDAD / ALCALDE	NADA O POCO	57,1%	3,0	51,2; 62,9	7,99	5,2
	REGULAR	26,2%	1,4	23,6; 29,0	2,17	5,2
	BASTANTE O MUCHO	16,6%	2,3	12,5; 21,8	8,65	14,0

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONFIANZA EN SU JEFE EN EL TRABAJO	NADA O POCO	27,5%	3,9	20,5; 35,7	1,55	14,1
	REGULAR	40,9%	5,9	30,0; 52,7	2,93	14,3
	BASTANTE O MUCHO	31,6%	6,5	20,3; 45,7	4,06	20,6
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	58,8%	2,1	54,7; 62,8	3,89	3,5
	REGULAR	25,6%	1,7	22,4; 29,2	3,43	6,7
	BASTANTE O MUCHO	15,6%	2,0	11,9; 20,0	7,14	13,2
CONFIANZA EN LOS PERIODISTAS	NADA O POCO	70,7%	1,6	67,4; 73,8	2,73	2,3
	REGULAR	19,8%	1,7	16,7; 23,3	3,75	8,5
	BASTANTE O MUCHO	9,5%	1,4	7,1; 12,5	4,61	14,4
CONFIANZA EN AUTORIDADES JUDICIALES	NADA O POCO	74,1%	2,6	68,7; 78,9	7,63	3,5
	REGULAR	19,8%	2,2	15,8; 24,4	6,38	10,9
	BASTANTE O MUCHO	6,1%	0,8	4,6; 8,0	2,63	13,7
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	78,3%	1,6	74,8; 81,3	3,54	2,1
	REGULAR	15,9%	1,5	13,2; 19,0	3,57	9,2
	BASTANTE O MUCHO	5,8%	1,4	3,6; 9,2	7,55	23,4
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	14,0%	1,6	11,1; 17,6	5,04	11,8
	REGULAR	16,1%	1,2	14,0; 18,6	2,23	7,2
	BASTANTE O MUCHO	69,8%	1,8	66,2; 73,2	3,41	2,6
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU SINDICATO	NADA O POCO	59,2%	13,8	32,0; 81,8	3,30	23,2
	REGULAR	24,3%	10,5	9,4; 49,9	2,54	43,3
	BASTANTE O MUCHO	16,4%	7,8	6,0; 37,9	1,89	47,8
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DIOS	NADA O POCO	2,8%	0,7	1,7; 4,5	3,77	24,2
	REGULAR	4,4%	0,9	2,9; 6,6	4,31	20,4
	BASTANTE O MUCHO	92,8%	1,3	89,9; 94,9	5,38	1,4
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE SU COMUNIDAD	NADA O POCO	42,4%	1,7	39,1; 45,9	2,71	4,1
	REGULAR	29,1%	1,9	25,5; 33,1	3,92	6,5
	BASTANTE O MUCHO	28,4%	1,9	24,8; 32,3	3,87	6,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	43,5%	3,0	37,7; 49,5	4,95	6,9
	REGULAR	24,3%	2,5	19,7; 29,6	4,64	10,3
	BASTANTE O MUCHO	32,1%	2,6	27,3; 37,4	4,17	8,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	40,9%	13,3	18,9; 67,2	1,84	32,5
	REGULAR	18,1%	12,0	4,3; 52,3	2,45	66,3
	BASTANTE O MUCHO	41,0%	14,4	17,6; 69,3	2,17	35,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	43,4%	2,5	38,5; 48,3	5,54	5,7
	REGULAR	15,2%	1,6	12,4; 18,6	4,16	10,2
	BASTANTE O MUCHO	41,4%	2,6	36,4; 46,6	6,13	6,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	49,9%	2,7	44,5; 55,3	5,35	5,5
	REGULAR	15,5%	1,0	13,6; 17,6	1,38	6,5
	BASTANTE O MUCHO	34,6%	2,9	29,0; 40,5	6,77	8,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	36,1%	2,0	32,2; 40,2	4,02	5,6
	REGULAR	24,8%	2,2	20,6; 29,4	6,01	9,0
	BASTANTE O MUCHO	39,2%	2,4	34,5; 44,0	5,46	6,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	25,9%	1,2	23,6; 28,4	1,76	4,7
	REGULAR	20,7%	1,4	18,0; 23,7	2,80	6,9
	BASTANTE O MUCHO	53,4%	1,8	49,8; 56,9	2,92	3,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	78,5%	1,9	74,6; 82,0	4,62	2,4
	REGULAR	11,9%	1,3	9,6; 14,7	3,45	10,8
	BASTANTE O MUCHO	9,6%	1,1	7,6; 12,0	3,01	11,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	46,2%	1,7	42,9; 49,5	2,52	3,6
	REGULAR	11,7%	1,1	9,6; 14,0	2,66	9,5
	BASTANTE O MUCHO	42,2%	1,7	38,8; 45,6	2,72	4,1
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	34,6%	1,5	31,6; 37,7	2,36	4,5
	REGULAR	13,4%	1,1	11,5; 15,7	2,17	7,9
	BASTANTE O MUCHO	52,0%	1,8	48,4; 55,5	2,90	3,5

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	D <sub>EFF</sub>	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	48,4%	2,5	43,5; 53,3	5,33	5,1
	REGULAR	11,2%	1,1	9,3; 13,5	2,53	9,6
	BASTANTE O MUCHO	40,4%	1,8	36,9; 44,0	2,93	4,5
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: TRISTE	NUNCA	2,9%	0,6	2,0; 4,4	2,74	20,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	71,1%	2,1	66,8; 75,1	4,79	2,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	25,9%	1,9	22,4; 29,8	4,01	7,1
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: TENSA	NUNCA	10,4%	1,2	8,3; 13,0	3,36	11,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	68,2%	2,0	64,1; 72,0	4,05	2,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	21,4%	1,8	18,1; 25,1	4,18	8,3
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: ANGUISTIADA	NUNCA	16,1%	1,4	13,6; 19,0	3,09	8,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	67,1%	1,9	63,1; 70,8	3,80	2,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	16,8%	1,7	13,6; 20,6	4,86	10,4
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: IRRITABLE	NUNCA	16,4%	2,4	12,3; 21,6	9,12	14,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	67,9%	2,3	63,3; 72,2	5,28	3,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,7%	1,2	13,5; 18,2	2,40	7,6
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: PREOCUPADA	NUNCA	3,6%	1,6	1,5; 8,4	15,87	43,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	55,9%	1,6	52,7; 59,0	2,36	2,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	40,5%	2,2	36,3; 44,9	4,32	5,3
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: TRANQUILA	NUNCA	1,1%	0,3	0,7; 1,8	1,70	26,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	43,5%	1,4	40,7; 46,4	1,89	3,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	55,4%	1,4	52,6; 58,2	1,82	2,6
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: ALEGRE	NUNCA	0,9%	0,3	0,5; 1,6	1,95	31,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	42,9%	2,3	38,5; 47,5	4,73	5,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	56,2%	2,3	51,6; 60,7	4,78	4,1
PRESENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS SIGNIFICATIVOS: ABURRIDA	NUNCA	21,5%	2,4	17,2; 26,5	7,43	11,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	63,1%	2,1	58,9; 67,1	4,08	3,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,4%	1,3	13,0; 18,1	2,82	8,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,4	0,2	16,0; 16,7	8,76	1,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	16,1%	1,8	12,7; 20,0	5,56	11,5
	REGULAR	25,6%	1,7	22,4; 29,1	3,40	6,7
	BASTANTE O MUCHO	58,3%	2,0	54,3; 62,3	3,72	3,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	9,9%	1,2	7,8; 12,5	3,48	12,0
	REGULAR	21,2%	1,8	17,9; 24,9	4,19	8,4
	BASTANTE O MUCHO	69,0%	2,3	64,3; 73,3	5,31	3,3
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	14,0%	1,7	10,9; 17,7	5,45	12,3
	REGULAR	27,4%	1,8	24,0; 31,1	3,64	6,6
	BASTANTE O MUCHO	58,6%	2,8	53,0; 64,0	7,11	4,8
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	33,5%	2,3	29,2; 38,1	5,10	6,7
	REGULAR	37,9%	1,7	34,5; 41,4	2,84	4,6
	BASTANTE O MUCHO	28,6%	2,6	23,7; 34,0	7,44	9,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ESTUDIOS	NADA O POCO	17,7%	4,8	10,1; 29,1	3,13	27,0
	REGULAR	22,0%	3,0	16,6; 28,6	1,07	13,8
	BASTANTE O MUCHO	60,3%	6,1	47,9; 71,5	3,10	10,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	39,9%	2,9	34,3; 45,7	7,40	7,3
	REGULAR	30,5%	2,1	26,6; 34,7	4,23	6,7
	BASTANTE O MUCHO	29,7%	3,1	23,9; 36,2	9,86	10,5
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	7,7%	0,9	6,2; 9,6	2,32	11,2
	REGULAR	13,9%	1,4	11,2; 17,0	3,88	10,4
	BASTANTE O MUCHO	78,4%	1,7	74,8; 81,6	3,89	2,2

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	18,8%	1,4	16,1; 21,8	3,03	7,7
	REGULAR	28,2%	1,6	25,2; 31,5	2,83	5,7
	BASTANTE O MUCHO	52,9%	2,2	48,7; 57,1	4,15	4,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	13,2%	1,7	10,2; 16,9	5,58	12,8
	REGULAR	25,1%	1,6	22,1; 28,5	3,15	6,5
	BASTANTE O MUCHO	61,6%	1,6	58,3; 64,8	2,53	2,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL	MEDIA ARITMÉTICA	16,4	0,1	16,1; 16,6	2,64	0,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	9,5%	1,4	7,1; 12,6	3,04	14,5
	REGULAR	32,4%	1,7	29,2; 35,9	1,80	5,2
	BASTANTE O MUCHO	58,1%	2,1	53,8; 62,2	2,55	3,6
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	10,4%	1,1	8,4; 12,8	1,83	10,7
	REGULAR	29,2%	1,6	26,2; 32,4	1,67	5,4
	BASTANTE O MUCHO	60,4%	1,9	56,7; 64,0	2,00	3,1
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	12,1%	2,8	7,6; 18,8	2,96	23,1
	REGULAR	33,6%	3,1	27,8; 40,0	1,72	9,2
	BASTANTE O MUCHO	54,2%	3,7	46,8; 61,5	2,27	6,9
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	17,4%	2,4	13,2; 22,6	5,36	13,6
	REGULAR	39,1%	2,9	33,6; 45,0	4,83	7,4
	BASTANTE O MUCHO	43,5%	1,9	39,8; 47,3	1,99	4,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES	NADA O POCO	14,6%	3,6	8,8; 23,3	2,34	24,8
	REGULAR	38,9%	5,9	28,0; 50,9	3,24	15,1
	BASTANTE O MUCHO	46,5%	8,5	30,7; 63,1	6,44	18,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	39,4%	2,7	34,2; 44,8	3,51	6,8
	REGULAR	34,4%	3,0	28,7; 40,7	4,79	8,8
	BASTANTE O MUCHO	26,2%	3,7	19,6; 34,1	8,16	14,0
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	18,0	0,1	17,7; 18,2	4,30	0,6
¿CUÁNTO LE IMPORTARÍA HACER PASAR VERGÜENZA A SU FAMILIA?	NADA O POCO	17,1%	2,1	13,3 ; 21,7	6,95	12,5
	REGULAR	9,9%	1,3	7,6 ; 12,7	4,00	13,0
	BASTANTE O MUCHO	73,1%	2,6	67,7 ; 77,9	7,38	3,5
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE LO(A) RESPETAN?	NADA O POCO	8,2%	0,9	6,6 ; 10,1	2,26	10,6
	REGULAR	17,7%	1,8	14,4 ; 21,5	4,90	10,1
	BASTANTE O MUCHO	74,1%	1,7	70,6 ; 77,4	3,50	2,3
¿CUÁNTO SIENTE QUE SE APOYAN UNOS A OTROS?	NADA O POCO	10,3%	0,7	8,9 ; 11,9	1,30	7,1
	REGULAR	17,4%	1,6	14,5 ; 20,8	3,92	9,1
	BASTANTE O MUCHO	72,3%	1,5	69,1 ; 75,2	2,65	2,1
¿CUÁN ORGULLOSO SE SIENTE DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	5,7%	0,7	4,4 ; 7,2	2,01	12,2
	REGULAR	15,1%	1,4	12,6 ; 17,9	3,19	9,0
	BASTANTE O MUCHO	79,3%	1,7	75,7 ; 82,5	4,03	2,2
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE SUS VALORES MORALES SE PARECEN A LOS DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	9,8%	1,3	7,5 ; 12,8	4,36	13,5
	REGULAR	24,6%	1,8	21,2 ; 28,3	3,77	7,2
	BASTANTE O MUCHO	65,6%	1,4	62,8 ; 68,2	1,86	2,1
¿QUÉ TANTO SE SIENTE PARTE DEL PROGRESO DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	11,6%	1,3	9,3 ; 14,3	3,49	11,0
	REGULAR	22,3%	1,9	18,9 ; 26,3	4,51	8,4
	BASTANTE O MUCHO	66,1%	1,8	62,4 ; 69,6	3,35	2,8
GRADO DE CALIDAD DE VIDA	MEDIA ARITMÉTICA	7,4	0,1	7,2; 7,6	14,46	1,2
DESEÑO DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	40,6%	2,2	36,4; 44,9	4,36	5,3
	PREVALENCIA MENSUAL	6,6%	1,1	4,8; 9,0	4,08	16,1
	PREVALENCIA ANUAL	14,2%	1,4	11,6; 17,3	3,74	10,0
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	10,8%	1,1	8,8; 13,2	2,93	10,4
	PREVALENCIA MENSUAL	1,2%	0,4	0,6; 2,5	3,44	35,1
	PREVALENCIA ANUAL	3,4%	0,7	2,3; 5,0	2,89	19,1
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	5,3%	0,8	3,9; 7,0	2,62	14,5
	PREVALENCIA MENSUAL	0,5%	0,2	0,2; 1,2	2,22	43,6
	PREVALENCIA ANUAL	1,9%	0,5	1,1; 3,1	3,05	26,8

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MOTIVOS QUE LLEVARON A DESEAR O PENSAR EN QUITARSE LA VIDA	APARIENCIA FÍSICA	1,3%	0,9	0,3; 5,0	5,21	70,8
	PADRES	7,7%	1,7	4,9; 11,8	3,37	22,3
	HIJOS	3,6%	0,8	2,2 ; 5,7	1,70	23,7
	OTROS PARIENTES	8,1%	2,2	4,6 ; 13,8	5,52	27,7
	PAREJA	30,3%	2,5	25,6; 35,4	2,39	8,2
	AMISTADES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,8	0,92	90,0
	LABORALES	0,6%	0,3	0,2 ; 1,8	1,42	51,9
	ESTUDIOS	0,2%	0,2	0,0 ; 1,7	1,90	99,9
	ECONÓMICOS	10,2%	1,8	7,2 ; 14,3	2,79	17,3
	SALUD FÍSICA	28,5%	3,1	22,8 ; 35,0	3,84	10,9
	SALUD FAMILIAR	2,6%	0,7	1,5 ; 4,4	1,65	27,6
	SEPARACIÓN DE FAMILIAR	1,5%	0,6	0,7 ; 3,3	1,97	39,5
	MUERTE DE PAREJA	3,3%	0,8	2,0; 5,3	1,74	25,1
	MUERTE DE UN HIJO	4,3%	1,2	2,5; 7,3	2,71	27,1
	MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES	3,6%	1,2	1,9; 6,9	3,40	33,3
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	1,0%	0,3	0,5; 2,0	1,01	35,5
	SIN MOTIVO	0,2%	0,2	0,1; 1,1	1,14	77,0
	OTROS	8,3%	1,9	5,3; 12,8	3,70	22,3
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	2,0%	0,6	1,1; 3,8	4,69	31,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,7%	0,4	0,3; 2,2	5,01	54,6
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0; 0,6	1,83	82,7
MOTIVOS QUE LLEVAN A LA CONDUCTA SUICIDA	APARIENCIA FÍSICA	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	PADRES	3,1%	2,4	0,7; 13,4	0,49	77,0
	HIJOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	OTROS PARIENTES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PAREJA	40,6%	15,8	15,8; 71,4	2,64	38,8
	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	0,0
	ECONÓMICOS	8,7%	5,7	2,2 ; 28,3	1,05	65,7
	SALUD FÍSICA	9,2%	5,8	2,5 ; 28,4	1,02	62,7
	SALUD FAMILIAR	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	SEPARACIÓN DE FAMILIAR	0,1%	0,2	0,0 ; 1,2	0,04	100
	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	28,4%	21,6	4,7; 76,4	5,86	75,9
	SIN MOTIVO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	OTROS	18,5%	16,3	2,6; 65,8	4,52	88,2
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA</b>						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	37,1%	2,4	32,4 ; 42,0	5,76	6,6
	PREVALENCIA ANUAL	14,8%	1,5	12,1 ; 18,1	3,98	10,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	12,3%	1,4	9,8 ; 15,4	4,20	11,5
	PREVALENCIA ACTUAL	6,2%	0,9	4,6 ; 8,4	3,48	15,3
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	20,4%	1,3	18,0; 23,0	2,17	6,1
	PREVALENCIA ANUAL	8,7%	1,1	6,7; 11,2	3,69	13,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	7,6%	1,0	5,8; 9,9	3,39	13,5
	PREVALENCIA ACTUAL	3,6%	0,7	2,5; 5,2	2,98	18,9
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	7,7%	0,7	6,4; 9,2	1,57	9,1
	PREVALENCIA ANUAL	2,1%	0,5	1,3; 3,5	3,18	25,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,7%	0,5	1,0; 3,0	2,86	26,8
	PREVALENCIA ACTUAL	1,4%	0,5	0,7 ; 2,9	4,31	36,6



MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,3%	0,2	0,1; 0,8	1,54	44,1
	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,5	1,26	61,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,1	0,0; 0,5	1,26	61,4
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,3	1,00	100
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,9%	0,3	0,5; 1,9	2,68	35,4
	PREVALENCIA ANUAL	0,4%	0,2	0,1; 0,9	1,64	45,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,3%	0,1	0,1; 0,6	0,99	38,8
	PREVALENCIA ACTUAL	0,1%	0,1	0,0; 0,3	0,78	62,5
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	3,6%	0,8	2,3; 5,6	4,36	22,8
	PREVALENCIA ANUAL	0,9%	0,2	0,5; 1,6	1,56	27,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,7%	0,2	0,4; 1,3	1,31	28,4
	PREVALENCIA ACTUAL	0,5%	0,2	0,3; 0,9	1,07	30,7
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	11,8%	1,4	9,3; 14,8	4,02	11,6
	PREVALENCIA ANUAL	5,2%	0,9	3,8; 7,3	3,41	16,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	4,8%	0,8	3,4; 6,7	3,32	17,2
	PREVALENCIA ACTUAL	1,6%	0,5	0,9; 2,8	3,19	29,9
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	PREVALENCIA DE VIDA	25,0%	2,7	20,1; 30,8	8,89	10,9
	PREVALENCIA ANUAL	8,0%	1,0	6,2; 10,2	3,17	12,7
	PREVALENCIA DE 6 MESES	6,3%	1,0	4,7; 8,5	3,49	15,2
	PREVALENCIA ACTUAL	3,7%	0,8	2,4; 5,6	3,74	20,8
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	24,2%	2,8	19,1; 30,2	9,77	11,7
	PREVALENCIA ANUAL	7,5%	1,1	5,6; 9,9	3,69	14,2
	PREVALENCIA DE 6 MESES	5,8%	1,0	4,1; 8,1	3,94	16,9
	PREVALENCIA ACTUAL	3,2%	0,7	2,0; 5,1	4,07	23,4
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,9%	0,4	0,4; 2,2	3,97	43,1
	PREVALENCIA ACTUAL	0,6%	0,4	0,2; 2,0	5,08	60,5
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	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
	PREVALENCIA DE 6 MESES	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
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS POR REGIÓN</b>						
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	LIMA RURAL SUR	34,4%	2,5	29,6; 39,5	3,04	7,3
	LIMA RURAL NORTE	36,3%	5,8	25,6; 48,4	10,22	16,1
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	LIMA RURAL SUR	16,9%	1,9	13,4; 21,1	2,93	11,4
	LIMA RURAL NORTE	10,2%	2,3	6,4; 15,9	4,11	22,8
PREVALENCIA DE 6 MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	LIMA RURAL SUR	14,6%	1,9	11,2; 18,6	3,06	12,8
	LIMA RURAL NORTE	7,9%	2,2	4,4; 13,6	4,81	28,5
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	LIMA RURAL SUR	7,6%	1,5	5,1; 11,1	3,51	19,7
	LIMA RURAL NORTE	4,6%	1,5	2,4; 8,7	3,62	33,0
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	LIMA RURAL SUR	21,8%	1,9	18,3; 25,7	2,23	8,5
	LIMA RURAL NORTE	18,3%	1,8	15,0; 22,2	1,52	9,9
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	LIMA RURAL SUR	12,5%	1,5	9,8; 15,8	2,33	12,2
	LIMA RURAL NORTE	3,6%	1,3	1,8; 7,2	3,16	34,7
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	LIMA RURAL SUR	11,1%	1,4	8,6; 14,2	2,23	12,8
	LIMA RURAL NORTE	2,8%	1,1	1,3; 5,9	2,97	38,9
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	LIMA RURAL SUR	5,3%	1,1	3,5; 7,8	2,47	20,1
	LIMA RURAL NORTE	1,0%	0,5	0,3; 2,8	2,01	54,4
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	LIMA RURAL SUR	6,3%	1,0	4,5; 8,7	2,02	16,5
	LIMA RURAL NORTE	8,8%	1,1	6,8; 11,3	1,10	12,8
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	LIMA RURAL SUR	2,6%	0,9	1,3; 5,1	3,44	34,2
	LIMA RURAL NORTE	1,3%	0,5	0,6; 3,0	1,58	41,6
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	LIMA RURAL SUR	1,9%	0,7	0,9; 4,0	3,16	38,8
	LIMA RURAL NORTE	1,5%	0,6	0,6; 3,4	1,84	42,2
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	LIMA RURAL SUR	1,7%	0,8	0,7; 4,2	4,13	46,5
	LIMA RURAL NORTE	0,6%	0,4	0,2; 2,1	1,72	62,8

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	LIMA RURAL SUR	0,5%	0,3	0,2; 1,4	1,56	54,2
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	LIMA RURAL SUR	0,2%	0,2	0,1; 1,0	1,37	73,3
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	LIMA RURAL SUR	0,2%	0,2	0,1; 1,0	1,37	73,3
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	LIMA RURAL SUR	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,98	100
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE VIDA DE AGORAFOBIA	LIMA RURAL SUR	0,3%	0,2	0,1; 1,4	2,04	81,5
	LIMA RURAL NORTE	1,1%	0,5	0,5; 2,5	1,33	41,8
PREVALENCIA ANUAL DE AGORAFOBIA	LIMA RURAL SUR	0,0%	0,0	0,0; 0,1	0,16	100
	LIMA RURAL NORTE	0,6%	0,3	0,2; 1,7	1,16	52,0
PREVALENCIA DE 6 MESES DE AGORAFOBIA	LIMA RURAL SUR	0,0%	0,0	0,0; 0,1	0,16	100
	LIMA RURAL NORTE	0,4%	0,2	0,1; 1,2	0,86	55,2
PREVALENCIA ACTUAL DE AGORAFOBIA	LIMA RURAL SUR	0,0%	0,0	0,0; 0,1	0,16	100
	LIMA RURAL NORTE	0,1%	0,1	0,0; 0,5	0,49	81,3
PREVALENCIA DE VIDA DE FOBIA SOCIAL	LIMA RURAL SUR	4,3%	1,4	2,3; 7,9	4,89	31,5
	LIMA RURAL NORTE	3,3%	1,4	1,4; 7,3	4,06	41,6
PREVALENCIA ANUAL DE FOBIA SOCIAL	LIMA RURAL SUR	1,2%	0,4	0,7; 2,3	1,30	30,7
	LIMA RURAL NORTE	0,5%	0,3	0,2; 1,5	1,02	54,0
PREVALENCIA DE 6 MESES DE FOBIA SOCIAL	LIMA RURAL SUR	1,0%	0,3	0,5; 1,8	1,06	31,1
	LIMA RURAL NORTE	0,5%	0,3	0,2; 1,5	1,02	54,0
PREVALENCIA ACTUAL DE FOBIA SOCIAL	LIMA RURAL SUR	0,8%	0,3	0,4; 1,6	1,05	33,9
	LIMA RURAL NORTE	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,56	100
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO	LIMA RURAL SUR	14,3%	2,3	10,3; 19,4	4,70	16,0
	LIMA RURAL NORTE	8,7%	1,5	6,2; 12,1	1,93	17,1
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO	LIMA RURAL SUR	8,4%	1,5	6,0; 11,8	3,02	17,3
	LIMA RURAL NORTE	1,3%	0,6	0,5; 3,4	2,14	48,5
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO	LIMA RURAL SUR	8,0%	1,4	5,7; 11,3	2,93	17,5
	LIMA RURAL NORTE	0,5%	0,3	0,1; 1,5	1,10	58,2
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO	LIMA RURAL SUR	2,7%	0,9	1,4; 5,2	3,37	33,2
	LIMA RURAL NORTE	0,2%	0,2	0,0; 1,2	1,14	100
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	LIMA RURAL SUR	20,3%	2,1	16,4; 24,8	3,06	10,5
	LIMA RURAL NORTE	24,8%	6,8	13,8; 40,5	17,25	27,4
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	LIMA RURAL SUR	7,3%	1,3	5,1; 10,2	2,63	17,5
	LIMA RURAL NORTE	7,0%	1,7	4,3; 11,3	3,13	24,4
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	LIMA RURAL SUR	6,1%	1,3	4,1; 9,2	3,05	20,6
	LIMA RURAL NORTE	5,2%	1,6	2,8; 9,5	3,64	30,8
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	LIMA RURAL SUR	4,2%	1,3	2,3; 7,6	4,34	29,9
	LIMA RURAL NORTE	3,6%	1,3	1,8; 7,4	3,45	36,3
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	LIMA RURAL SUR	19,2%	2,4	14,9; 24,3	3,94	12,3
	LIMA RURAL NORTE	24,4%	6,8	13,4; 40,1	17,51	28,0
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	LIMA RURAL SUR	6,5%	1,3	4,3; 9,8	3,28	20,7
	LIMA RURAL NORTE	6,9%	1,7	4,2; 11,2	3,16	24,7
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	LIMA RURAL SUR	5,4%	1,3	3,3; 8,6	3,66	24,1
	LIMA RURAL NORTE	5,1%	1,6	2,7; 9,4	3,66	31,2
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	LIMA RURAL SUR	3,5%	1,2	1,7; 6,9	4,92	35,1
	LIMA RURAL NORTE	3,5%	1,3	1,7; 7,3	3,51	37,2
PREVALENCIA DE VIDA DE DISTIMIA	LIMA RURAL SUR	1,4%	0,7	0,5; 3,9	4,41	54,1
	LIMA RURAL NORTE	0,5%	0,3	0,2; 1,6	1,12	55,3
PREVALENCIA ACTUAL DE DISTIMIA	LIMA RURAL SUR	1,0%	0,7	0,2; 4,0	5,65	73,2
	LIMA RURAL NORTE	0,1%	0,1	0,0; 0,7	0,70	86,5
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	LIMA RURAL SUR	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	LIMA RURAL SUR	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE 6 MESES DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	LIMA RURAL SUR	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	LIMA RURAL SUR	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
<b>MUJER UNIDA MALTRATADA</b>						
RELACIÓN DE MATRIMONIO O CONVIVENCIA	PREVALENCIA ACTUAL	83,0%	1,7	79,4; 86,0	4,40	2,0
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO	PREVALENCIA DE VIDA	72,1%	2,7	66,6; 77,0	7,86	3,7
	EN EL ÚLTIMO AÑO	21,0%	1,5	18,2; 24,0	2,96	7,0
	EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS	26,3%	1,6	23,2; 29,6	2,96	6,1
LA ÚLTIMA VEZ QUE FUE OBJETO EN CONTRA DE SU VOLUNTAD DE INTENTOS O ACTOS SEXUALES FORZADOS	NUNCA	84,6%	1,8	80,8; 87,8	5,41	2,1
	EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	0,7%	0,2	0,3; 1,3	1,77	34,6
	MÁS DE 30 DÍAS PERO MENOS DE 1 AÑO	0,8%	0,2	0,5; 1,4	1,26	25,7
	MÁS DE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS	0,4%	0,2	0,2; 1,0	1,65	40,8
	MÁS DE 2 AÑOS	13,4%	1,8	10,2; 17,4	6,39	13,6
LA ÚLTIMA VEZ QUE RECIBIÓ GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	NUNCA	47,9%	2,7	42,5; 53,3	6,74	5,7
	EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	1,9%	0,5	1,2; 3,0	2,52	24,1
	MÁS DE 30 DÍAS PERO MENOS DE 1 AÑO	4,3%	0,8	3,0; 6,2	3,37	18,2
	MÁS DE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS	2,5%	0,4	1,8; 3,5	1,69	17,0
	MÁS DE 2 AÑOS	43,3%	2,4	38,6; 48,2	5,38	5,6
LA ÚLTIMA VEZ QUE RECIBIÓ INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	NUNCA	33,6%	2,5	28,9; 38,7	6,22	7,4
	EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	8,9%	0,8	7,5; 10,5	1,63	8,6
	MÁS DE 30 DÍAS PERO MENOS DE 1 AÑO	9,9%	1,0	8,1; 12,0	2,48	10,0
	MÁS DE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS	4,7%	0,9	3,2; 6,9	4,13	19,4
	MÁS DE 2 AÑOS	42,9%	2,2	38,7; 47,2	4,32	5,1
LA ÚLTIMA VEZ QUE FUE OBJETO DE CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	NUNCA	66,5%	2,1	62,3; 70,4	4,25	3,1
	EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	5,4%	0,7	4,2; 6,8	1,96	12,4
	MÁS DE 30 DÍAS PERO MENOS DE 1 AÑO	6,3%	1,1	4,4; 8,9	4,82	17,9
	MÁS DE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS	2,2%	0,5	1,4; 3,4	2,66	23,1
	MÁS DE 2 AÑOS	19,7%	1,7	16,6; 23,2	3,94	8,5
LA ÚLTIMA VEZ QUE SE ENCONTRÓ EN SITUACIONES DE ABANDONO	NUNCA	81,8%	2,2	77,1; 85,7	6,96	2,6
	EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	1,1%	0,2	0,7; 1,7	1,33	23,6
	MÁS DE 30 DÍAS PERO MENOS DE 1 AÑO	1,6%	0,5	0,8; 3,0	3,85	32,7
	MÁS DE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS	0,5%	0,2	0,2; 1,0	1,33	35,1
	MÁS DE 2 AÑOS	15,1%	1,8	11,9; 18,9	5,39	11,6
PRESENCIA DE PERIODO DE ENAMORAMIENTO	TUVO PERIODO DE ENAMORAMIENTO	94,3%	1,2	91,5; 96,2	5,66	1,2
PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	LE GRITABA MUCHO	6,9%	0,9	5,3; 8,8	2,63	13,0
	TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	6,4%	1,1	4,6; 8,8	4,05	16,7
	LA ENGAÑÓ	11,6%	1,1	9,6; 13,9	2,42	9,3
	LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	6,4%	1,0	4,7; 8,7	3,63	15,8
	FORZÓ A TENER RELACIONES SEXUALES	3,1%	0,6	2,2; 4,4	2,25	18,2
	SE MOSTRÓ INDIFFERENTE	8,2%	1,4	5,9; 11,3	5,33	16,8
	LE MENTÍA MUCHO	16,4%	1,6	13,4; 19,9	4,17	10,0
	ERA MUY CELOSO	32,0%	1,6	29,0; 35,1	2,38	4,9
	LA CONTROLABA MUCHO	19,8%	1,8	16,5; 23,5	4,15	8,9
	LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	17,5%	1,6	14,6; 20,8	3,59	8,9
	TENÍA ACITUDES MACHISTAS	19,9%	1,4	17,3; 22,8	2,58	7,0
	OTRO	0,4%	0,2	0,2; 1,0	1,73	42,6

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: LE GRITABA MUCHO	LIMA RURAL SUR	4,6%	0,9	3,2; 6,7	1,81	18,7
	LIMA RURAL NORTE	9,5%	1,9	6,3; 14,0	2,78	20,2
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	LIMA RURAL SUR	4,5%	0,9	3,1; 6,7	1,98	19,7
	LIMA RURAL NORTE	6,8%	1,8	4,0; 11,3	3,35	26,6
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: LA ENGAÑÓ	LIMA RURAL SUR	10,3%	1,2	8,1; 13,0	1,74	11,9
	LIMA RURAL NORTE	11,2%	2,0	7,8; 15,9	2,65	17,9
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	LIMA RURAL SUR	5,3%	1,1	3,5; 7,9	2,56	20,7
	LIMA RURAL NORTE	5,7%	1,7	3,1; 10,2	3,58	30,2
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: FORZÓ A TENER RELACIONES SEXUALES	LIMA RURAL SUR	2,7%	0,6	1,8; 4,2	1,40	21,6
	LIMA RURAL NORTE	2,2%	0,8	1,1; 4,6	1,99	36,5
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: SE MOSTRÓ INDIFFERENTE	LIMA RURAL SUR	7,4%	1,4	5,1; 10,7	3,03	18,9
	LIMA RURAL NORTE	8,3%	2,6	4,4; 15,0	5,72	31,2
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: LE MENTÍA MUCHO	LIMA RURAL SUR	15,0%	1,5	12,3; 18,2	1,89	10,0
	LIMA RURAL NORTE	13,8%	3,1	8,7; 21,2	5,27	22,5
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: ERA MUY CELOSO	LIMA RURAL SUR	31,7%	2,0	27,9; 35,9	2,02	6,4
	LIMA RURAL NORTE	33,1%	3,4	26,7; 40,1	3,38	10,3
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: LA CONTROLABA MUCHO	LIMA RURAL SUR	17,7%	2,1	13,9; 22,2	3,25	11,9
	LIMA RURAL NORTE	20,7%	4,6	13,1; 31,2	8,29	22,0
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	LIMA RURAL SUR	16,4%	1,4	13,8; 19,3	1,52	8,5
	LIMA RURAL NORTE	15,5%	3,4	9,9; 23,5	5,81	22,0
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: TENÍA ACTITUDES MACHISTAS	LIMA RURAL SUR	16,3%	1,6	13,4; 19,7	1,99	9,8
	LIMA RURAL NORTE	23,2%	3,4	17,1; 30,6	4,32	14,8
MALTRATO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO: OTRO	LIMA RURAL SUR	0,4%	0,3	0,1; 1,4	1,76	65,9
	LIMA RURAL NORTE	0,1%	0,1	0,0; 0,9	0,82	100
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA	PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL	46,5%	1,8	42,8; 50,1	2,93	4,0
	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA	12,9%	1,3	10,5; 15,6	3,10	9,9
PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	45,7%	2,2	41,4; 50,0	2,05	4,8
	LIMA RURAL NORTE	47,1%	4,0	39,4; 55,0	4,11	8,4
PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	10,1%	1,3	7,7; 13,0	2,14	13,4
	LIMA RURAL NORTE	13,8%	1,7	10,8; 17,6	1,60	12,4
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER MALTRATO O VIOLENCIA	51,4%	3,3	44,9; 57,8	7,68	6,4
TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	6,3%	0,9	4,6; 8,4	2,70	15,0
	ABUSO FÍSICO	37,0%	3,1	31,1; 43,3	7,32	8,3
	INSULTOS	48,2%	3,0	42,2; 54,2	6,55	6,3
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	23,8%	2,1	19,9; 28,2	4,37	8,9
	ABANDONO	7,1%	1,2	5,0; 9,9	4,04	17,2
PREVALENCIA DE VIDA DE ALGÚN ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	58,7%	3,1	52,4; 64,7	4,45	5,3
	LIMA RURAL NORTE	39,8%	5,5	29,6; 51,0	8,65	13,7
PREVALENCIA DE VIDA DE ABUSO SEXUAL POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	6,3%	1,1	4,5; 8,8	2,13	17,0
	LIMA RURAL NORTE	6,2%	1,7	3,5; 10,7	3,59	28,0
PREVALENCIA DE VIDA DE ABUSO FÍSICO POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	40,5%	3,0	34,7; 46,6	4,19	7,5
	LIMA RURAL NORTE	31,5%	6,1	20,7; 44,6	12,02	19,5
PREVALENCIA DE VIDA DE INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	55,1%	3,1	49,0; 61,2	4,28	5,6
	LIMA RURAL NORTE	37,1%	4,6	28,6; 46,5	6,16	12,3
PREVALENCIA DE VIDA DE CHANTAJES, HUMILLACIONES POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	29,9%	1,9	26,4; 33,8	1,84	6,3
	LIMA RURAL NORTE	14,0%	2,6	9,6; 19,9	3,88	18,6
PREVALENCIA DE VIDA DE ABANDONO POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	9,9%	1,7	7,0; 13,8	3,57	17,3
	LIMA RURAL NORTE	2,7%	0,9	1,4; 5,1	2,08	33,1
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA EN EL AÑO DE CUALQUIER VIOLENCIA O MALTRATO	22,5%	1,9	19,0; 26,4	3,65	8,4

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA EN EL AÑO DE TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	1,9%	0,4	1,2; 3,0	1,82	22,7
	ABUSO FÍSICO	7,7%	1,1	5,8; 10,2	2,99	14,1
	INSULTOS	20,2%	1,7	17,1; 23,7	3,11	8,3
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	12,0%	1,3	9,6; 14,7	2,77	10,7
	ABANDONO	3,2%	0,8	2,0; 5,1	3,33	23,9
PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	27,4%	2,2	23,2; 32,1	2,78	8,2
	LIMA RURAL NORTE	14,7%	1,9	11,2; 18,9	2,07	13,2
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SEXUAL POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	2,6%	0,7	1,6; 4,3	1,85	25,2
	LIMA RURAL NORTE	0,9%	0,4	0,4; 2,0	1,05	40,5
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO FÍSICO POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	9,9%	1,2	7,9; 12,5	1,65	11,7
	LIMA RURAL NORTE	4,2%	1,5	2,1; 8,4	3,78	35,1
PREVALENCIA ANUAL DE INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	24,2%	2,1	20,2; 28,7	2,71	8,8
	LIMA RURAL NORTE	14,0%	1,8	10,8; 17,9	1,83	12,8
PREVALENCIA ANUAL DE CHANTAJES, HUMILLACIONES POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	14,9%	1,5	12,1; 18,2	2,06	10,4
	LIMA RURAL NORTE	7,3%	1,7	4,6; 11,5	2,96	23,3
PREVALENCIA ANUAL DE ABANDONO POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	4,6%	1,1	2,8; 7,4	3,20	24,8
	LIMA RURAL NORTE	1,0%	0,5	0,4; 2,6	1,70	49,7
<b>LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 o 2 VECES AL MES)</b>						
POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	PREVALENCIA EN EL AÑO DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO	7,5%	1,0	5,8; 9,7	2,37	12,8
PREVALENCIA EN EL AÑO DE TIPOS DE ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	ABUSO SEXUAL	0,7%	0,2	0,3; 1,3	1,41	34,0
	ABUSO FÍSICO	1,3%	0,3	0,8; 2,1	1,52	25,5
	INSULTOS	6,8%	0,9	5,2; 8,8	2,31	13,3
	CHANTAJES, HUMILLACIONES, ETC.	4,6%	0,7	3,3; 6,3	2,17	15,9
	ABANDONO	1,0%	0,3	0,5; 1,8	1,66	30,8
PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO SISTEMÁTICO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	9,0%	1,3	6,6; 12,0	2,37	14,9
	LIMA RURAL NORTE	5,3%	1,4	3,2; 8,7	2,54	25,6
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO: ABUSO SEXUAL POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	1,0%	0,4	0,5; 2,1	1,46	35,6
	LIMA RURAL NORTE	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,52	84,7
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO: ABUSO FÍSICO POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	1,8%	0,5	1,1; 3,1	1,53	27,4
	LIMA RURAL NORTE	0,4%	0,2	0,2; 1,1	0,72	48,8
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	7,7%	1,2	5,7; 10,5	2,26	15,7
	LIMA RURAL NORTE	5,3%	1,4	3,2; 8,7	2,54	25,6
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO: CHANTAJES, HUMILLACIONES POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	5,4%	0,9	3,9; 7,4	1,64	16,2
	LIMA RURAL NORTE	3,3%	1,4	1,4; 7,5	4,22	42,2
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO: ABANDONO POR REGIONES	LIMA RURAL SUR	1,5%	0,5	0,8; 2,7	1,63	31,6
	LIMA RURAL NORTE	0,2%	0,1	0,0; 0,8	0,68	73,5
EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL	PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL	59,8%	7,9	43,8; 74,0	3,26	13,1
	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA	23,5%	5,9	13,8; 37,1	2,48	25,2
PRESENCIA DE MALTRATO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE	LE GRITABA MUCHO	9,5%	3,0	4,9; 17,4	1,36	32,1
	TENÍA ARRANQUES DE VIOLENCIA	13,4%	4,8	6,3; 26,0	2,55	36,1
	LA ENGAÑÓ	15,7%	4,6	8,6; 26,9	1,99	29,1
	LA MALTRATÓ FÍSICAMENTE	9,6%	4,0	4,1; 20,8	2,32	41,6
	FORZÓ A TENER RELACIONES SEXUALES	11,3%	3,7	5,8; 20,8	1,71	32,6
	SE MOSTRÓ INDIFERENTE	13,3%	4,1	7,0; 23,8	1,89	31,2
	LE MENTÍA MUCHO	22,2%	4,6	14,4; 32,7	1,57	20,9
	ERA MUY CELOSO	38,7%	6,8	26,4; 52,7	2,47	17,6
	LA CONTROLABA MUCHO	30,5%	6,3	19,6; 44,1	2,35	20,6
	LA DESCUIDABA POR EL ALCOHOL	37,2%	6,5	25,5; 50,7	2,30	17,5
	TENÍA ACITUDES MACHISTAS	29,6%	6,3	18,8; 43,4	2,43	21,3
	OTRO	0,9%	0,7	0,2; 3,9	0,65	76,7

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	46,5%	6,9	33,4; 60,1	2,41	14,8
	REGULAR	30,1%	5,6	20,3; 42,1	1,87	18,6
	BASTANTE O MUCHO	23,4%	5,2	14,7; 35,2	1,89	22,2
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	70,3%	4,9	59,7; 79,0	1,54	7,0
	REGULAR	16,7%	3,9	10,3; 25,8	1,44	23,3
	BASTANTE O MUCHO	13,1%	3,8	7,2; 22,7	1,72	29,3
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	86,7%	3,5	78,1; 92,3	1,46	4,1
	REGULAR	11,0%	3,3	6,0; 19,3	1,47	29,8
	BASTANTE O MUCHO	2,3%	1,4	0,6; 7,7	1,24	63,2
CONFIANZA EN AUTORIDADES JUDICIALES	NADA O POCO	71,7%	6,4	57,5; 82,6	2,63	9,0
	REGULAR	21,3%	5,0	13,0; 32,9	1,95	23,7
	BASTANTE O MUCHO	7,0%	2,6	3,3; 14,4	1,38	37,8
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO	NADA O POCO	78,2%	5,2	66,1; 86,8	2,16	6,7
	REGULAR	19,0%	5,1	10,9; 31,0	2,22	26,6
	BASTANTE O MUCHO	2,8%	1,5	1,0; 7,7	1,06	52,6
SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	NADA O POCO	26,4%	5,4	17,2; 38,3	2,00	20,4
	REGULAR	26,3%	7,7	14,1; 43,8	4,05	29,0
	BASTANTE O MUCHO	47,3%	7,3	33,4; 61,6	2,90	15,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	37,6%	10,0	20,6; 58,5	3,96	26,7
	REGULAR	19,3%	5,4	10,8; 32,1	1,69	27,7
	BASTANTE O MUCHO	43,1%	9,0	26,8; 61,0	3,05	20,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	REGULAR	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	BASTANTE O MUCHO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	25,7%	5,0	17,0; 36,8	1,79	19,7
	REGULAR	21,9%	7,9	10,1; 41,2	4,88	36,0
	BASTANTE O MUCHO	52,4%	6,6	39,4; 65,1	2,35	12,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	31,9%	8,0	18,4; 49,2	3,74	25,0
	REGULAR	20,4%	6,0	11,1; 34,7	2,80	29,2
	BASTANTE O MUCHO	47,7%	7,4	33,7; 62,0	2,77	15,4
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	30,3%	7,5	17,7; 46,8	3,58	24,7
	REGULAR	18,6%	3,8	12,2; 27,3	1,28	20,5
	BASTANTE O MUCHO	51,1%	6,9	37,7; 64,3	2,55	13,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	23,7%	5,6	14,4; 36,3	2,30	23,5
	REGULAR	10,9%	2,9	6,3; 18,1	1,16	26,7
	BASTANTE O MUCHO	65,5%	5,7	53,4; 75,8	1,95	8,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	3,0%	1,7	0,9; 9,1	1,39	58,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	65,3%	6,0	52,7; 76,0	2,11	9,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	31,8%	5,6	21,8; 43,8	1,97	17,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSA	NUNCA	10,4%	3,3	5,5; 18,9	1,52	31,4
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	61,0%	6,0	48,8; 72,0	1,96	9,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	28,5%	5,4	19,2; 40,2	1,87	18,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADA	NUNCA	7,1%	2,4	3,6; 13,7	1,20	34,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	68,2%	5,0	57,6; 77,1	1,53	7,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	24,8%	4,7	16,7; 35,1	1,57	18,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	5,7%	1,9	2,9; 10,9	0,89	33,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	73,1%	4,8	62,7; 81,5	1,55	6,6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	21,1%	4,4	13,8; 31,0	1,50	20,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADA	NUNCA	0,2%	0,2	0,0; 1,7	0,33	100
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	43,2%	7,5	29,3; 58,1	3,07	17,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	56,6%	7,5	41,7; 70,4	3,05	13,2

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILA	NUNCA	1,2%	0,8	0,3; 4,4	0,71	66,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	48,1%	6,4	35,9; 60,6	2,17	13,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	50,7%	6,5	38,1; 63,2	2,24	12,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,9%	0,6	0,2; 3,3	0,54	67,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	49,4%	6,5	36,9; 62,1	2,29	13,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	49,7%	6,6	36,9; 62,5	2,35	13,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDA	NUNCA	9,9%	3,1	5,2; 18,0	1,46	31,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	66,1%	5,0	55,7; 75,2	1,48	7,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	24,0%	4,4	16,4; 33,6	1,40	18,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL	MEDIA ARITMÉTICA	15,4	0,3	14,9; 15,9	1,29	1,7
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	56,7%	6,3	44,0; 68,5	2,18	11,1
	PREVALENCIA MENSUAL	11,6%	3,3	6,4; 19,9	1,43	28,7
	PREVALENCIA ANUAL	26,4%	5,2	17,4; 37,9	1,86	19,8
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	22,3%	5,1	13,8; 33,9	2,01	22,8
	PREVALENCIA MENSUAL	5,9%	2,9	2,2; 14,8	1,96	48,7
	PREVALENCIA ANUAL	11,1%	3,3	6,1; 19,6	1,48	29,8
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	12,5%	4,0	6,5; 22,9	2,00	32,2
	PREVALENCIA MENSUAL	1,8%	1,2	0,4; 6,6	1,12	68,4
	PREVALENCIA ANUAL	5,3%	2,2	2,2; 11,8	1,32	42,1
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	3,4%	2,0	1,0; 10,7	1,70	59,8
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ANUAL	2,6%	1,7	0,7; 9,1	1,52	65,2
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,4	0,1; 2,8	0,53	100
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	16,2	0,3	15,5; 16,9	2,59	2,1
¿CUÁNTO LE IMPORTARÍA HACER PASAR VERGÜENZA A SU FAMILIA?	NADA O POCO	10,0%	3,1	5,3 ; 17,9	1,41	30,8
	REGULAR	19,2%	8,3	7,6 ; 40,7	5,94	43,4
	BASTANTE O MUCHO	70,8%	7,6	54,0 ; 83,4	3,73	10,7
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE LO(A) RESPETAN?	NADA O POCO	24,5%	8,1	12,0 ; 43,5	4,74	33,1
	REGULAR	34,3%	6,3	23,1 ; 47,6	2,36	18,4
	BASTANTE O MUCHO	41,3%	6,0	30,1 ; 53,3	1,96	14,5
¿CUÁNTO SIENTE QUE SE APOYAN UNOS A OTROS?	NADA O POCO	24,3%	4,3	16,9 ; 33,7	1,33	17,6
	REGULAR	36,5%	7,5	23,2 ; 52,2	3,27	20,6
	BASTANTE O MUCHO	39,2%	5,6	28,7 ; 50,7	1,80	14,4
¿CUÁN ORGULLOSO SE SIENTE DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	12,6%	3,2	7,5 ; 20,5	1,27	25,5
	REGULAR	34,0%	7,6	20,9 ; 50,2	3,47	22,3
	BASTANTE O MUCHO	53,3%	6,9	39,7 ; 66,4	2,58	13,0
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE SUS VALORES MORALES SE PARECEN A LOS DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	27,7%	8,2	14,6 ; 46,1	4,44	29,5
	REGULAR	37,1%	6,5	25,4 ; 50,6	2,42	17,5
	BASTANTE O MUCHO	35,2%	5,5	25,3 ; 46,6	1,75	15,5
¿QUÉ TANTO SE SIENTE PARTE DEL PROGRESO DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	18,2%	5,0	10,3 ; 30,2	2,27	27,5
	REGULAR	39,5%	8,0	25,2 ; 56,0	3,64	20,3
	BASTANTE O MUCHO	42,3%	5,8	31,3 ; 54,0	1,88	13,8
GRADO DE CALIDAD DE VIDA	MEDIA ARITMÉTICA	6,9	0,1	6,7; 7,1	1,83	1,4
<b>TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA SISTEMÁTICAMENTE (POR LO MENOS 1 o 2 VECES AL MES)</b>						
CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA DE VIDA	58,3%	7,1	44,0 ; 71,4	2,77	12,1
	PREVALENCIA ANUAL	28,1%	6,1	17,7 ; 41,6	2,50	21,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	25,0%	6,0	15,1 ; 38,6	2,57	24,0
	PREVALENCIA ACTUAL	15,5%	5,7	7,2 ; 30,3	3,35	36,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA DE VIDA	39,1%	7,4	25,7 ; 54,4	3,13	19,0
	PREVALENCIA ANUAL	16,7%	4,3	9,8; 26,9	1,77	25,6
	PREVALENCIA DE 6 MESES	16,1%	4,3	9,4; 26,4	1,80	26,4
	PREVALENCIA ACTUAL	8,4%	3,3	3,9; 17,5	1,85	38,6

MUJER UNIDA	SUB CATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	PREVALENCIA DE VIDA	10,6%	3,2	5,7 ; 18,9	1,49	30,6
	PREVALENCIA ANUAL	2,6%	1,4	0,9 ; 7,5	1,07	54,2
	PREVALENCIA DE 6 MESES	2,1%	1,3	0,6 ; 7,1	1,15	63,4
	PREVALENCIA ACTUAL	3,4%	2,1	1,0 ; 11,2	1,83	62,1
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	1,7%	1,3	0,4 ; 7,3	1,33	75,8
	PREVALENCIA ANUAL	1,2%	1,2	0,2 ; 8,1	1,60	99,7
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,2%	1,2	0,2 ; 8,1	1,60	99,7
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
AGORAFOBIA	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,2	0,0 ; 1,0	0,18	78,2
	PREVALENCIA ANUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	0,09	100
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	0,09	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA DE VIDA	15,7%	8,4	5,0 ; 39,5	7,14	53,4
	PREVALENCIA ANUAL	1,5%	1,0	0,4 ; 5,3	0,86	65,4
	PREVALENCIA DE 6 MESES	1,5%	1,0	0,4 ; 5,3	0,86	65,4
	PREVALENCIA ACTUAL	0,9%	0,8	0,2 ; 5,2	0,99	87,7
TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	PREVALENCIA DE VIDA	18,9%	4,8	11,2 ; 30,3	2,02	25,4
	PREVALENCIA ANUAL	11,3%	3,5	6,0 ; 20,3	1,65	31,1
	PREVALENCIA DE 6 MESES	11,3%	3,5	6,0 ; 20,3	1,65	31,1
	PREVALENCIA ACTUAL	4,0%	2,6	1,1 ; 13,8	2,39	65,1
TRASTORNOS DEPRESIVOS	PREVALENCIA DE VIDA	32,1%	7,3	19,6 ; 47,9	3,31	22,8
	PREVALENCIA ANUAL	14,1%	5,5	6,3 ; 28,7	3,35	38,9
	PREVALENCIA DE 6 MESES	11,6%	5,5	4,3 ; 27,5	3,97	47,5
	PREVALENCIA ACTUAL	9,7%	5,5	3,0 ; 27,1	4,64	56,7
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	32,1%	7,3	19,6 ; 47,9	3,30	22,8
	PREVALENCIA ANUAL	14,1%	5,5	6,3 ; 28,7	3,35	38,9
	PREVALENCIA DE 6 MESES	11,6%	5,5	4,3 ; 27,5	3,97	47,5
	PREVALENCIA ACTUAL	9,7%	5,5	3,0 ; 27,1	4,64	56,7
DISTIMIA	PREVALENCIA DE VIDA	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
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	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
	PREVALENCIA DE 6 MESES	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

ADOLESCENTES	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: ADOLESCENTES</b>						
EDAD (DS)	MEDIA ARITMÉTICA	14,4	0,1	14,3 ; 4,6	0,40	00,9
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	0,5%	0,3	0,1 ; 1,7	1,39	63,0
GRADO DE ESTUDIOS	INICIAL / PREESCOLAR	0,3%	0,3	0,0 ; 2,0	2,01	99,0
	PRIMARIA	28,4%	3,1	22,6 ; 34,9	3,35	10,9
	SECUNDARIA	71,3%	3,2	64,6 ; 77,1	3,48	4,4
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	1,01	49,1
SITUACIÓN LABORAL	ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	1,2%	0,5	0,5 ; 2,9	1,80	45,9
	TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	26,3%	3,5	20,0 ; 33,8	4,45	13,3
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL EN 4 NIVELES	< S/. 300	88,4%	4,4	76,6 ; 94,7	4,05	18,1
	S/. 301 A 600	8,8%	3,8	3,7 ; 19,7	3,82	43,0
	S/. 601 A 1 200	2,8%	2,7	0,4 ; 17,7	6,03	99,7
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL EN 4 NIVELES SEGÚN INGRESO MÍNIMO VITAL	< S/. 410	94,3%	3,1	84,1 ; 98,1	3,84	3,3
	S/. 410 A 819	2,9%	1,4	1,1 ; 7,6	1,57	49,4
	S/. 820 A 1 230	2,8%	2,7	0,4 ; 17,7	6,03	99,7



ADOLESCENTES	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE</b>						
PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS	DESEMPLEO	7,4%	1,6	4,8 ; 11,2	2,55	21,2
	CORRUPCIÓN	19,1%	3,0	13,9; 25,6	4,05	15,6
	VIOLENCIA	19,9%	2,3	15,7 ; 24,9	2,40	11,7
	POBREZA	23,7%	3,1	18,1 ; 30,3	3,72	13,0
	FALTA DE CONFIANZA	1,9%	0,7	0,9 ; 3,8	1,67	34,9
	FALTA DE LIDERAZGO	2,5%	1,6	0,7 ; 8,5	7,25	63,1
	INESTABILIDAD POLÍTICA	0,6%	0,3	0,2 ; 1,7	1,17	53,3
	DELINCUENCIA	10,8%	1,9	7,5 ; 15,2	2,72	17,8
	TERRORISMO	2,9%	1,0	1,5 ; 5,5	2,27	32,6
	NARCOTRÁFICO	0,6%	0,3	0,2 ; 1,4	0,86	44,9
	MANEJO ECONÓMICO	2,3%	1,7	0,5 ; 9,8	9,51	76,3
FALTA DE VALORES	7,0%	1,5	4,7 ; 10,5	2,29	20,7	
OTRO	0,2%	0,2	0,0 ; 1,1	0,99	79,7	
SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES	INDIFERENCIA	5,7%	1,4	3,5 ; 9,1	2,52	24,6
	RESIGNACIÓN	2,2%	1,0	0,9 ; 5,4	3,27	45,4
	DESILUSIÓN	9,6%	1,9	6,4 ; 14,2	2,97	20,1
	AMARGURA	7,2%	1,6	4,6 ; 11,2	2,62	22,0
	RABIA	1,4%	0,5	0,7 ; 2,7	1,10	33,9
	CÓLERA	10,0%	2,4	6,2 ; 15,8	4,26	23,4
	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	31,0%	2,3	26,6 ; 35,8	1,73	7,5
	PREOCUPACIÓN	22,7%	2,9	17,6 ; 28,9	3,23	12,6
	IMPOTENCIA	1,2%	0,7	0,4 ; 4,0	3,08	59,3
	FRUSTRACIÓN	0,5%	0,4	0,1 ; 2,0	1,70	67,1
	DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	0,6%	0,3	0,3 ; 1,4	0,71	39,8
	INDIGNACIÓN	0,8%	0,3	0,3 ; 1,8	0,99	41,9
MIEDO O TEMOR	6,3%	1,3	4,2 ; 9,4	1,94	20,4	
OTRO	0,0%	0,0	0,0 ; 0,4	0,34	100,0	
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES FEMENINAS	NADA O POCO	39,4%	4,0	31,8 ; 47,6	4,63	10,2
	REGULAR	40,3%	3,7	33,1 ; 47,8	3,99	9,3
	BASTANTE O MUCHO	20,3%	2,6	15,6 ; 26,1	2,96	13,0
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLICIALES MASCULINAS	NADA O POCO	45,1%	3,4	38,4 ; 51,9	3,36	7,6
	REGULAR	32,8%	4,7	24,3 ; 42,7	6,99	14,2
	BASTANTE O MUCHO	22,1%	3,1	16,6 ; 28,7	3,83	13,8
CONFIANZA EN MILITARES	NADA O POCO	46,7%	3,7	39,5 ; 54,1	3,84	7,9
	REGULAR	29,8%	4,1	22,3 ; 38,5	5,71	13,9
	BASTANTE O MUCHO	23,5%	2,7	18,5 ; 29,3	2,88	11,6
CONFIANZA EN RELIGIOSOS	NADA O POCO	33,1%	3,6	26,4 ; 40,5	4,08	10,8
	REGULAR	21,9%	2,3	17,6 ; 26,8	2,23	10,6
	BASTANTE O MUCHO	45,1%	2,6	40,0 ; 50,2	1,89	5,7
CONFIANZA EN MAESTROS	NADA O POCO	14,1%	2,2	10,3 ; 19,1	2,87	15,7
	REGULAR	21,2%	2,2	17,2 ; 26,0	2,09	10,5
	BASTANTE O MUCHO	64,7%	3,8	56,9 ; 71,8	4,48	5,9
CONFIANZA EN MÉDICOS	NADA O POCO	20,7%	2,1	16,8 ; 25,1	1,91	10,2
	REGULAR	28,2%	2,8	23,0 ; 33,9	2,66	9,8
	BASTANTE O MUCHO	51,2%	3,3	44,6 ; 57,7	3,18	6,5
CONFIANZA EN AUTORIDADES POLÍTICAS	NADA O POCO	69,3%	2,9	63,3 ; 74,6	2,72	4,1
	REGULAR	24,0%	2,7	19,1 ; 29,8	2,81	11,2
	BASTANTE O MUCHO	6,7%	1,4	4,4 ; 10,1	2,31	21,4
CONFIANZA EN LÍDERES DE SINDICATOS	NADA O POCO	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	REGULAR	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONFIANZA EN LÍDERES DE SU COMUNIDAD/ ALCALDES	NADA O POCO	42,6%	3,6	35,7 ; 49,9	3,79	8,5
	REGULAR	35,1%	3,6	28,3 ; 42,5	4,09	10,4
	BASTANTE O MUCHO	22,3%	3,3	16,5 ; 29,5	4,40	14,7
CONFIANZA EN SU JEFE DE TRABAJO	NADA O POCO	13,2%	5,4	5,7 ; 27,8	2,50	40,6
	REGULAR	32,4%	10,3	15,9 ; 54,9	4,81	31,7
	BASTANTE O MUCHO	54,3%	12,4	30,6 ; 76,2	6,20	22,9

ADOLESCENTES	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONFIANZA EN SUS VECINOS	NADA O POCO	50,5%	2,8	44,9 ; 56,1	2,28	5,6
	REGULAR	28,7%	2,9	23,2 ; 34,8	2,99	10,3
	BASTANTE O MUCHO	20,9%	2,4	16,6 ; 25,9	2,39	11,3
CONFIANZA EN PERIODISTAS	NADA O POCO	51,2%	3,5	44,2 ; 58,1	3,48	6,9
	REGULAR	33,9%	3,8	26,9 ; 41,6	4,36	11,1
	BASTANTE O MUCHO	15,0%	2,2	11,2 ; 19,8	2,55	14,5
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	60,0%	8,0	43,7 ; 74,4	4,95	13,4
	REGULAR	17,2%	3,9	10,8 ; 26,4	1,99	22,7
	BASTANTE O MUCHO	22,7%	5,7	13,5 ; 35,8	3,36	24,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIO	NADA O POCO	44,3%	4,0	36,6 ; 52,4	4,10	9,1
	REGULAR	18,7%	2,7	14,0 ; 24,5	2,89	14,2
	BASTANTE O MUCHO	36,9%	3,9	29,5 ; 45,0	4,16	10,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	49,9%	3,9	42,2 ; 57,6	4,07	7,8
	REGULAR	17,1%	2,6	12,5 ; 22,9	3,22	15,3
	BASTANTE O MUCHO	33,0%	4,4	24,9 ; 42,2	5,84	13,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	71,3%	7,6	54,2 ; 83,8	4,26	10,7
	REGULAR	17,6%	5,5	9,1 ; 31,3	3,17	31,5
	BASTANTE O MUCHO	11,1%	3,6	5,8 ; 20,5	1,95	32,2
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	64,7%	4,0	56,4 ; 72,1	4,89	6,2
	REGULAR	19,2%	3,1	13,7 ; 26,2	4,47	16,3
	BASTANTE O MUCHO	16,1%	2,9	11,2 ; 22,7	4,38	18,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: LA SALUD	NADA O POCO	38,2%	4,9	29,1 ; 48,2	7,15	12,8
	REGULAR	17,1%	2,0	13,5 ; 21,5	2,00	11,7
	BASTANTE O MUCHO	44,7%	4,1	36,7 ; 52,9	4,91	9,3
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	77,0%	3,0	70,6 ; 82,4	3,54	3,9
	REGULAR	13,7%	2,5	9,4 ; 19,5	3,74	18,4
	BASTANTE O MUCHO	9,3%	2,0	6,0 ; 14,2	3,41	21,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	53,2%	3,2	46,8 ; 59,5	2,92	6,0
	REGULAR	12,7%	2,5	8,5 ; 18,5	3,98	19,8
	BASTANTE O MUCHO	34,1%	3,6	27,4 ; 41,6	4,07	10,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	48,7%	3,7	41,5 ; 56,0	3,87	7,6
	REGULAR	9,1%	1,5	6,6 ; 12,4	1,82	16,1
	BASTANTE O MUCHO	42,2%	3,6	35,2 ; 49,5	3,82	8,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	53,3%	5,1	43,2 ; 63,1	7,26	9,6
	REGULAR	11,9%	2,4	8,0 ; 17,5	3,71	19,8
	BASTANTE O MUCHO	34,7%	4,1	27,1 ; 43,3	5,19	11,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	9,6%	1,7	6,6 ; 13,6	2,48	18,2
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	75,1%	2,8	69,1 ; 80,3	3,00	3,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,3%	2,0	11,7 ; 19,8	2,24	13,2
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	21,3%	2,8	16,2 ; 27,5	3,38	13,3
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	65,8%	3,1	59,4 ; 71,7	3,03	4,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,9%	1,7	9,9 ; 16,5	1,73	12,9
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	23,9%	2,6	19,2 ; 29,3	2,57	10,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	61,9%	3,0	55,9 ; 67,7	2,69	4,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	14,2%	2,4	10,1 ; 19,6	3,28	16,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	25,4%	2,8	20,2 ; 31,3	2,92	11,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	59,4%	3,5	52,3 ; 66,0	3,54	5,9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	15,3%	2,1	11,6 ; 19,9	2,41	13,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	10,9%	2,0	7,6 ; 15,5	2,81	18,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	64,6%	3,3	57,9 ; 70,8	3,35	5,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	24,5%	2,9	19,2 ; 30,6	3,20	11,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	4,2%	1,4	2,2 ; 7,9	3,30	32,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	29,0%	2,5	24,3 ; 34,2	2,18	8,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	66,9%	2,6	61,4 ; 71,9	2,23	4,0

ADOLESCENTES	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,21	100
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	17,9%	2,5	13,4 ; 23,5	3,09	14,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	82,0%	2,5	76,5 ; 86,5	3,09	3,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	17,9%	2,1	14,1 ; 22,5	2,16	11,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	69,2%	3,0	63,1 ; 74,7	2,89	4,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,9%	2,1	9,2 ; 17,8	2,89	16,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTRO	NUNCA	40,6%	26,0	7,5 ; 85,2	2,87	64,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	8,1%	6,5	1,5 ; 33,3	0,59	80,7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	51,4%	24,2	13,4 ; 87,8	2,40	47,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	17,7	0,2	17,3 ; 18,0	3,61	1,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	9,0%	1,6	6,3 ; 12,6	2,13	17,5
	REGULAR	21,3%	3,3	15,6 ; 28,5	4,51	15,3
	BASTANTE O MUCHO	69,7%	2,8	63,9 ; 74,9	2,64	4,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE LA PIEL	NADA O POCO	12,0%	1,9	8,6 ; 16,3	2,49	16,1
	REGULAR	14,1%	2,0	10,6 ; 18,7	2,40	14,4
	BASTANTE O MUCHO	73,9%	2,7	68,1 ; 79,0	2,75	3,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	7,0%	1,8	4,2 ; 11,4	3,44	25,5
	REGULAR	16,9%	2,8	12,0 ; 23,2	4,01	16,7
	BASTANTE O MUCHO	76,1%	3,5	68,6 ; 82,3	4,69	4,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	17,9%	2,3	13,9 ; 22,9	2,50	12,7
	REGULAR	33,5%	2,5	28,8 ; 38,6	1,96	7,4
	BASTANTE O MUCHO	48,6%	2,9	42,8 ; 54,4	2,45	6,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)	NADA O POCO	7,3%	5,2	1,7 ; 26,8	0,94	72,0
	REGULAR	6,1%	4,0	1,7 ; 20,3	0,63	64,5
	BASTANTE O MUCHO	86,6%	7,0	66,4 ; 95,5	0,96	8,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	10,3%	1,7	7,4 ; 14,3	2,31	16,9
	REGULAR	25,1%	3,2	19,4 ; 31,9	3,79	12,7
	BASTANTE O MUCHO	64,5%	3,7	57,0 ; 71,4	4,11	5,7
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	12,8%	2,3	8,9 ; 18,1	3,32	17,9
	REGULAR	15,7%	2,5	11,4 ; 21,2	3,29	15,8
	BASTANTE O MUCHO	71,5%	3,7	63,6 ; 78,3	4,80	5,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: AMISTADES O RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	11,2%	2,3	7,3 ; 16,6	3,80	20,7
	REGULAR	19,2%	2,4	15,0 ; 24,4	2,57	12,4
	BASTANTE O MUCHO	69,6%	3,8	61,7 ; 76,5	4,77	5,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	14,4%	2,0	10,8 ; 18,8	2,33	14,0
	REGULAR	23,3%	2,6	18,5 ; 28,8	2,70	11,2
	BASTANTE O MUCHO	62,4%	2,9	56,4 ; 68,0	2,62	4,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL	MEDIA ARITMÉTICA	17,2	0,3	16,6 ; 17,8	4,63	21,9
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	8,7%	2,9	4,4 ; 16,3	1,94	33,0
	REGULAR	30,4%	6,1	19,7 ; 43,6	3,33	20,2
	BASTANTE O MUCHO	60,9%	6,7	47,2 ; 73,2	3,55	11,0
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	11,6%	3,9	5,9 ; 21,7	2,73	33,4
	REGULAR	22,5%	5,0	14,1 ; 34,0	2,71	22,3
	BASTANTE O MUCHO	65,8%	6,7	51,7 ; 77,6	3,71	10,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	3,1%	1,4	1,3 ; 7,7	0,74	45,9
	REGULAR	23,9%	5,2	15,2 ; 35,5	1,60	21,7
	BASTANTE O MUCHO	73,0%	5,3	61,4 ; 82,1	1,52	7,2
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA QUE DESARROLLA	NADA O POCO	16,0%	4,1	9,4 ; 25,9	2,38	25,9
	REGULAR	50,1%	6,1	38,3 ; 62,0	2,79	12,2
	BASTANTE O MUCHO	33,9%	4,9	25,0 ; 44,1	1,99	14,4
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES	NADA O POCO	8,6%	3,3	4,0 ; 17,7	1,35	37,9
	REGULAR	26,2%	8,3	13,1 ; 45,4	3,58	31,8
	BASTANTE O MUCHO	65,2%	10,3	43,3 ; 82,1	4,63	15,8

ADOLESCENTES	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN O PAGO QUE RECIBE	NADA O POCO	17,9%	6,1	8,8 ; 33,2	2,79	34,1
	REGULAR	37,4%	6,2	26,1 ; 50,2	1,80	16,6
	BASTANTE O MUCHO	44,7%	9,3	27,8 ; 62,9	3,81	20,7
CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE	MEDIA ARITMÉTICA	7,6	0,1	7,5 ; 7,8	4,09	1,0
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	PREVALENCIA	4,7%	1,2	2,8 ; 7,9	2,42	26,2
NO TE IMPORTA Y NO HACES NADA	PREVALENCIA	2,1%	0,7	1,1 ; 3,9	1,54	32,1
VENTA DE OBJETO DE DUDOSA PROCEDENCIA O ROBADAS	NUNCA	98,5%	0,5	97,1 ; 99,2	1,22	0,5
	RARA VEZ	0,7%	0,3	0,3 ; 1,6	0,81	40,1
	OCASIONALMENTE	0,5%	0,4	0,1 ; 2,1	1,91	70,7
	FRECUENTEMENTE	0,1%	0,1	0,0 ; 0,7	0,74	100,0
HA HECHO "LA VACA" O "SE HA TIRADO LA PERA" EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS	NINGUNA VEZ	57,7%	3,6	50,5 ; 64,5	3,65	6,2
	UNA VEZ	14,0%	2,4	10,0 ; 19,4	3,26	16,8
	DOS A 6 VECES	23,3%	2,9	18,0 ; 29,6	3,43	12,6
	SIETE A 12 VECES	3,0%	1,0	1,6 ; 5,7	2,31	32,4
	MAS DE 12 VECES	2,0%	0,9	0,8 ; 4,7	2,81	44,2
MENTIRA FRECUENTE ACTUALMENTE	PREVALENCIA	16,8%	2,5	12,4 ; 22,3	3,12	14,8
TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	PREVALENCIA	40,2%	3,7	33,1 ; 47,7	4,06	9,2
HA PEGADO A UN NIÑO MENOR Y LE HA DEJADO MORETONES	PREVALENCIA	4,3%	1,4	2,2 ; 8,2	3,47	33,0
HA PARTICIPADO EN MÁS DE UNA PELEA QUE HAYA ACABADO A GOLPES	PREVALENCIA	10,9%	1,8	7,8 ; 14,8	2,25	16,2
EN UNA PELEA HA USADO PIEDRAS, PALOS, CUCHILLOS (NAVAJAS), HONDAS, MACHETE, VERDUGUILLO U HOZ	PREVALENCIA	0,8%	0,3	0,3 ; 1,8	1,01	42,1
EN UNA PELEA HA USADO ARMAS DE FUEGO COMO PISTOLAS	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	21,4%	3,0	16,0 ; 28,0	3,91	14,3
	PREVALENCIA MENSUAL	3,6%	1,1	2,0 ; 6,5	2,40	30,3
	PREVALENCIA ANUAL	10,8%	2,2	7,1 ; 16,0	3,55	20,4
PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	PREVALENCIA DE VIDA	7,4%	1,4	5,1 ; 10,7	2,01	18,9
	PREVALENCIA MENSUAL	1,6%	0,6	0,8 ; 3,2	1,44	35,2
	PREVALENCIA ANUAL	5,0%	1,2	3,1 ; 8,0	2,13	23,9
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	2,3%	0,9	1,0 ; 5,0	2,67	40,2
	PREVALENCIA MENSUAL	1,1%	0,5	0,4 ; 2,5	1,51	44,7
	PREVALENCIA ANUAL	1,9%	0,9	0,8 ; 4,7	2,95	46,2
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	1,2%	0,6	0,5 ; 3,3	2,19	49,4
	PREVALENCIA MENSUAL	0,3%	0,2	0,1 ; 1,1	0,84	57,9
	PREVALENCIA ANUAL	0,9%	0,5	0,3 ; 2,8	2,17	57,7
POTENCIALIDAD SUICIDA	PREVALENCIA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,06	100,0
MOTIVOS QUE LE LLEVARON A DESEAR MORIR O PENSAR EN QUITARSE LA VIDA	APARIENCIA FÍSICA	3,0%	1,8	0,9 ; 9,7	1,60	60,8
	PADRES	62,3%	5,0	51,9 ; 71,6	1,51	8,1
	HIJOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	OTROS PARIENTES	6,2%	2,5	2,8 ; 13,2	1,45	39,5
	PAREJA O ENAMORADA(O)	7,0%	2,9	3,0 ; 15,5	1,85	41,7
	AMIGOS	1,9%	1,1	0,6 ; 6,1	0,98	60,3
	TRABAJO	1,0%	0,9	0,2 ; 5,4	1,07	86,6
	ESTUDIOS	11,7%	4,4	5,4 ; 23,4	2,58	37,2
	PROBLEMAS ECONÓMICOS	2,5%	2,0	0,5 ; 11,3	2,24	78,3
	PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA	3,6%	1,7	1,4 ; 8,8	1,14	46,8
	PREOCUPACIONES SALUD DE UN FAMILIAR	1,3%	0,7	0,5 ; 3,7	0,52	52,9
	SEPARACIÓN DE FAMILIAR	1,6%	0,9	0,5 ; 4,8	0,75	57,9
	SEPARACIÓN DE PAREJA O ENAMORADA(O)	0,9%	0,9	0,1 ; 5,6	1,13	92,9
	MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES	0,2%	0,2	0,0 ; 1,4	0,28	100,0
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	1,2%	1,0	0,2 ; 6,0	1,17	82,9
	OTROS	13,9%	5,0	6,6 ; 27,0	2,94	35,9

ADOLESCENTES	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MOTIVOS QUE LE LLEVARON A INTENTAR QUITARSE LA VIDA	APARIENCIA FÍSICA	25,8%	22,2	3,4 ; 77,5	2,53	86,0
	PADRES	88,2%	9,1	56,8 ; 97,7	0,79	10,4
	OTROS PARIENTES	6,1%	6,0	0,8 ; 34,0	0,62	98,3
	PAREJA O ENAMORADA(O)	14,5%	14,2	1,7 ; 62,2	1,61	98,3
	AMIGOS	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	TRABAJO	14,5%	14,2	1,7 ; 62,2	1,61	98,3
	ESTUDIOS	5,7%	6,1	0,6 ; 36,5	0,69	100,0
	PROBLEMAS ECONÓMICOS	14,5%	14,2	1,7 ; 62,2	1,61	98,3
	PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA	14,5%	14,2	1,7 ; 62,2	1,61	98,3
	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	OTROS	5,7%	6,1	0,6 ; 36,5	0,69	100,0
TENDENCIAS VIOLENTAS	PREVALENCIA DE VIDA	14,0%	2,3	10,1 ; 19,1	2,99	16,1
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	1,1%	0,5	0,5 ; 2,8	1,72	45,6
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	0,43	76,3
	PREVALENCIA ANUAL	0,8%	0,5	0,2 ; 2,5	1,97	59,7
DIOS ES MUY IMPORTANTE EN SU VIDA	NADA O POCO	2,8%	0,6	1,8 ; 4,3	1,05	22,8
	REGULAR	6,6%	1,5	4,2 ; 10,4	2,65	22,9
	BASTANTE O MUCHO	90,6%	1,6	86,8 ; 93,4	2,25	1,8
QUÉ RELIGIÓN TIENE	CATÓLICA	71,4%	5,1	60,5 ; 80,4	8,93	7,1
	EVANGÉLICA	13,7%	2,6	9,4 ; 19,6	3,92	18,7
	TESTIGO DE JEHOVÁ	3,2%	2,4	0,7 ; 13,2	13,05	74,9
	ADVENTISTA	4,2%	3,2	0,9 ; 17,2	17,64	75,7
	MORMONA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,23	100,0
	NINGUNA	6,0%	1,6	3,6 ; 10,0	3,14	26,3
	OTRO	1,5%	0,9	0,4 ; 5,0	4,07	61,5
RELIGIÓN CATOLICA VS. NO CATOLICA	CATÓLICA	71,4%	5,1	60,5 ; 80,4	8,93	7,1
	NO CATÓLICA	28,6%	5,1	19,6 ; 39,5	8,93	17,8
TENDENCIAS RELIGIOSAS	CREE EN DIOS	99,3%	0,3	98,1 ; 99,7	1,26	0,4
	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	76,2%	3,1	69,5 ; 81,7	3,70	4,0
	PARTICIPA ACTIVAMENTE EN ALGÚN GRUPO RELIGIOSO	36,1%	4,0	28,6 ; 44,3	4,92	11,1
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	64,7%	3,8	56,8 ; 71,9	4,57	5,9
	TRANSMITE RELIGIÓN A LOS HIJOS O NIETOS	32,7%	2,9	27,2 ; 38,8	2,77	9,0
	TRANSMITE RELIGIÓN A OTRAS PERSONAS	22,7%	3,4	16,6 ; 30,2	4,79	15,2
	HA CAMBIADO DE RELIGIÓN	7,4%	1,9	4,4 ; 12,3	3,84	26,1
	CREE QUE PRACTICAR UNA RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS	75,2%	2,7	69,6 ; 80,2	2,73	3,6
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	MEDIA ARITMÉTICA	17,5	0,1	17,1 ; 17,8	4,14	1,0
¿CUÁNTO LE IMPORTARÍA HACER PASAR VERGÜENZA A SU FAMILIA?	NADA O POCO	24,0%	3,1	18,4 ; 30,8	3,79	13,1
	REGULAR	14,6%	3,1	9,5 ; 21,7	5,32	21,1
	BASTANTE O MUCHO	61,4%	4,1	53,1 ; 69,2	4,99	6,7
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE LO(A) RESPETAN?	NADA O POCO	16,4%	2,3	12,3 ; 21,5	2,78	14,2
	REGULAR	22,3%	2,7	17,4 ; 28,0	2,89	12,0
	BASTANTE O MUCHO	61,3%	3,1	55,0 ; 67,3	2,87	5,1
¿CUÁNTO SIENTE QUE SE APOYAN UNOS A OTROS?	NADA O POCO	13,2%	2,0	9,8 ; 17,7	2,42	15,0
	REGULAR	19,1%	2,2	15,1 ; 23,8	2,21	11,5
	BASTANTE O MUCHO	67,7%	2,5	62,6 ; 72,4	2,02	3,7
¿CUÁN ORGULLOSO SE SIENTE DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	3,0%	1,0	1,5 ; 5,9	2,57	34,0
	REGULAR	10,4%	1,9	7,2 ; 14,9	2,79	18,4
	BASTANTE O MUCHO	86,5%	2,0	82,1 ; 90,0	2,38	2,3
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE SUS VALORES MORALES SE PARECEN A LOS DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	11,0%	1,5	8,3 ; 14,3	1,61	13,7
	REGULAR	27,9%	3,1	22,1 ; 34,4	3,39	11,2
	BASTANTE O MUCHO	61,2%	3,6	53,9 ; 68,0	3,80	5,9

ADOLESCENTES	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
¿QUÉ TANTO SE SIENTE PARTE DEL PROGRESO DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	14,3%	2,2	10,5 ; 19,3	2,83	15,5
	REGULAR	26,1%	2,6	21,3 ; 31,5	2,43	9,9
	BASTANTE O MUCHO	59,6%	3,2	53,2 ; 65,8	3,00	5,4
ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL (RUIDO, VENTILACIÓN, ESPACIO, OLORES)	PREVALENCIA	58,7%	3,9	50,9 ; 66,1	4,40	6,6
POR LO MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	PREVALENCIA ACTUAL	9,0%	1,5	6,5 ; 12,4	1,86	16,3
AL MENOS 5 CRITERIOS DE PSICOSIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,2	0,0 ; 1,5	1,53	99,3
AL MENOS 4 CRITERIOS DE PSICOSIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,7%	0,4	0,2 ; 2,3	1,76	59,0
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA ACTUAL	1,1%	0,4	0,5 ; 2,4	1,22	39,9
DISTIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,6	0,46	61,2
FOBIA SOCIAL	PREVALENCIA ACTUAL	3,9%	1,1	2,3 ; 6,8	2,20	27,5
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA PURA SIN DEPRESIÓN	PREVALENCIA ACTUAL	4,3%	1,5	2,1 ; 8,6	4,14	36,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA PURA SIN DEPRESIÓN AJUSTADA CON D5DD Y D5EE	PREVALENCIA ACTUAL	4,2%	1,5	2,0 ; 8,5	4,19	36,8
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMÓRBIDO	PREVALENCIA ACTUAL	5,5%	1,5	3,2 ; 9,5	3,18	27,7
ANOREXIA NERVOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONDUCTA BULÍMICA	PREVALENCIA ACTUAL	1,9%	1,6	0,3 ; 9,5	9,63	84,4
CRISIS DE BULIMIA	PREVALENCIA ACTUAL	2,6%	1,6	0,8 ; 8,4	6,89	59,8
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS (INCLUYE PAST. TIROIDEAS Y DIETAS RIGUROSAS)	PREVALENCIA	2,7%	1,3	1,1 ; 6,8	4,39	47,2
BULIMIA NERVOSA	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
IMC INFERIOR AL UMBRAL CRÍTICO PARA LA TALLA Y PESO	PREVALENCIA	20,6%	2,1	16,7 ; 25,0	1,87	10,1
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS POR CIUDADES</b>						
TRASTORNOS PSICÓTICOS	LIMA RURAL SUR	0,3%	0,3	0,0 ; 2,4	1,51	98,7
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EPISODIO DEPRESIVO	LIMA RURAL SUR	1,0%	0,5	0,4 ; 2,5	0,97	45,3
	LIMA RURAL NORTE	1,2%	0,9	0,3 ; 4,9	1,64	74,2
DISTIMIA	LIMA RURAL SUR	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	0,46	61,5
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
FOBIA SOCIAL	LIMA RURAL SUR	5,1%	1,4	3,0 ; 8,6	1,75	26,8
	LIMA RURAL NORTE	1,9%	1,6	0,4 ; 9,2	3,37	83,1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA PURA SIN DEPRESIÓN	LIMA RURAL SUR	4,7%	2,0	2,0 ; 10,5	3,86	41,6
	LIMA RURAL NORTE	3,5%	2,5	0,8 ; 13,6	4,79	72,1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA PURA SIN DEPRESIÓN AJUSTADA	LIMA RURAL SUR	4,6%	2,0	2,0 ; 10,4	3,92	42,4
	LIMA RURAL NORTE	3,5%	2,5	0,8 ; 13,6	4,79	72,1
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMÓRBIDO	LIMA RURAL SUR	6,4%	1,9	3,5 ; 11,3	2,66	29,4
	LIMA RURAL NORTE	4,0%	2,5	1,1 ; 13,4	4,30	63,3
BULIMIA NERVOSA	LIMA RURAL SUR	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONDUCTAS BULÍMICAS	LIMA RURAL SUR	2,9%	2,4	0,6 ; 13,9	9,24	82,2
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
ANOREXIA NERVOSA	LIMA RURAL SUR	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	LIMA RURAL NORTE	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
TENDENCIA A PROBLEMAS ALIMENTARIOS (INCLUYE PASTILLAS TIROIDEAS Y DIETAS RIGUROSAS)	LIMA RURAL SUR	3,2%	1,9	1,0 ; 9,8	5,02	58,1
	LIMA RURAL NORTE	1,9%	1,1	0,6 ; 5,8	1,66	58,4
CONSUMO DE ALCOHOL	PREVALENCIA DE VIDA	54,9%	4,0	46,9 ; 62,6	4,58	7,3
	PREVALENCIA MENSUAL	11,5%	3,6	6,1 ; 20,8	9,10	31,3
EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	PREVALENCIA MENSUAL	2,4%	0,9	1,2 ; 5,0	2,32	36,3
	POR LO MENOS 1 CRITERIO	11,4%	2,5	7,3 ; 17,3	4,38	22,0
ALGUNA CONDUCTA VINCULADA AL ABUSO DE ALCOHOL	POR LO MENOS 2 CRITERIOS	4,4%	1,2	2,6 ; 7,5	2,39	27,1
	POR LO MENOS 3 CRITERIOS	2,3%	0,8	1,1 ; 4,6	2,16	36,2

ADOLESCENTES	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA (INCL. ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	60,6%	4,0	52,4 ; 68,2	4,78	6,6
	PREVALENCIA MENSUAL	16,6%	3,5	10,8 ; 24,6	6,13	20,8
CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES (INCL. ALCOHOL)	PREVALENCIA DE VIDA	60,6%	4,0	52,4 ; 68,2	4,78	6,6
	PREVALENCIA MENSUAL	16,6%	3,5	10,8 ; 24,6	6,13	20,8
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,1	0,0 ; 0,7	0,61	70,1
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE TABACO	PREVALENCIA DE VIDA	16,9%	2,1	13,1 ; 21,6	2,32	12,7
	PREVALENCIA MENSUAL	6,5%	1,6	4,0 ; 10,6	3,03	24,8
	PREVALENCIA ACTUAL	3,8%	1,3	1,9 ; 7,4	3,28	34,2
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,24	100,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,24	100,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DORMIR	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	0,38	64,4
	PREVALENCIA MENSUAL	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	0,42	74,2
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,3	0,29	100,0
CONSUMO DE PASTILLAS PARA DOLOR DE CABEZA	PREVALENCIA DE VIDA	0,4%	0,4	0,1 ; 2,9	2,84	94,8
	PREVALENCIA MENSUAL	0,4%	0,4	0,1 ; 2,9	2,84	94,8
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE ESTIMULANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE ÉXTASIS	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE MARIHUANA	PREVALENCIA DE VIDA	0,1%	0,1	0,0 ; 0,7	0,69	82,9
	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
CONSUMO DE COCAÍNA	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE PASTA BÁSICA(PBC)	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,2	0,24	100
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE HEROÍNA	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
CONSUMO DE HOJA DE COCA	PREVALENCIA DE VIDA	8,3%	1,5	5,7 ; 11,9	2,24	18,7
	PREVALENCIA MENSUAL	2,9%	0,8	1,7 ; 5,1	1,64	27,6
	PREVALENCIA ACTUAL	0,9%	0,4	0,4 ; 2,0	0,94	37,4
CONSUMO DE INHALANTES	PREVALENCIA DE VIDA	0,2%	0,1	0,0 ; 0,7	0,64	72,6
	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 OTRAS SUSTANCIAS	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	MEDIA ARITMÉTICA	13,0	0,3	12,5 ; 13,6	3,75	2,1
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	MEDIA ARITMÉTICA	13,4	0,6	12,3 ; 14,6	5,46	4,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	MEDIA ARITMÉTICA	16,0	0,0	16,0 ; 16,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLA PARA DORMIR	MEDIA ARITMÉTICA	13,0	0,7	3,5 ; 22,5	0,30	5,8

ADOLESCENTES	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	MEDIA ARITMÉTICA	10,0	0,0	10,0 ; 10,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES (PARA BAJAR EL APETITO)	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉSTAXIS	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	15,2	1,3	-1,5 ; 31,8	0,78	8,6
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	MEDIA ARITMÉTICA	14,0	0,0	14,0 ; 14,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HEROÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	14,0	0,0	14,0 ; 14,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	MEDIA ARITMÉTICA	13,0	0,4	12,2 ; 13,9	2,49	3,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	MEDIA ARITMÉTICA	15,4	0,5	9,3 ; 21,5	1,10	3,1
<b>CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES POR CONOS GEOGRÁFICOS</b>						
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL	LIMA RURAL SUR	53,4%	5,7	42,1 ; 64,4	5,96	10,7
	LIMA RURAL NORTE	57,5%	4,8	47,8 ; 66,7	2,43	8,4
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	LIMA RURAL SUR	14,1%	5,3	6,5 ; 28,0	10,31	37,4
	LIMA RURAL NORTE	7,0%	2,7	3,2 ; 14,7	2,93	39,0
PREVALENCIA MENSUAL DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA	LIMA RURAL SUR	2,7%	1,3	1,1 ; 6,8	2,74	46,5
	LIMA RURAL NORTE	1,9%	0,9	0,7 ; 4,9	1,17	48,7
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS UNA CONDUCTA)	LIMA RURAL SUR	12,8%	3,5	7,3 ; 21,4	4,90	27,2
	LIMA RURAL NORTE	8,8%	2,9	4,5 ; 16,5	2,65	32,7
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS DOS CONDUCTAS)	LIMA RURAL SUR	5,9%	1,7	3,2 ; 10,4	2,49	29,8
	LIMA RURAL NORTE	1,9%	0,9	0,7 ; 4,9	1,17	48,4
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNA CONDUCTA VINCULADA A ABUSO DE ALCOHOL (POR LO MENOS TRES CONDUCTAS)	LIMA RURAL SUR	2,9%	1,2	1,2 ; 6,7	2,48	43,3
	LIMA RURAL NORTE	1,3%	0,6	0,5 ; 3,3	0,79	49,2
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES	LIMA RURAL SUR	56,4%	5,6	45,2 ; 67,0	5,78	9,9
	LIMA RURAL NORTE	67,8%	5,1	57,0 ; 77,0	3,09	7,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	LIMA RURAL SUR	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	0,24	73,4
	LIMA RURAL NORTE	0,3%	0,3	0,0 ; 2,3	0,82	100,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	MEDIA ARITMÉTICA	13,0	0,3	12,5 ; 13,6	3,75	2,1
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	MEDIA ARITMÉTICA	13,4	0,6	12,3 ; 14,6	5,46	4,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	MEDIA ARITMÉTICA	16,0	0,0	16,0 ; 16,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLA PARA DORMIR	MEDIA ARITMÉTICA	13,0	0,7	3,5 ; 22,5	0,30	5,8
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA	MEDIA ARITMÉTICA	10,0	0,0	10,0 ; 10,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES (PARA BAJAR EL APETITO)	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ÉSTAXIS	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE MARIHUANA	MEDIA ARITMÉTICA	15,2	1,3	-1,5 ; 31,8	0,78	8,6



ADOLESCENTES	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PBC	MEDIA ARITMÉTICA	14,0	0,0	14,0 ; 14,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HEROÍNA	MEDIA ARITMÉTICA	14,0	0,0	14,0 ; 14,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	MEDIA ARITMÉTICA	0,0	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE HOJA DE COCA	MEDIA ARITMÉTICA	13,0	0,4	12,2 ; 13,9	2,49	3,2
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES	MEDIA ARITMÉTICA	15,4	0,5	9,3 ; 21,5	1,10	3,1
EMBARAZO ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	1,2%	0,5	0,5 ; 2,7	0,80	43,3
ABORTO ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0
PREVALENCIA DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO (SEXUAL, FÍSICO O EMOCIONAL) DEL ADOLESCENTE EN ALGÚN MOMENTO	PREVALENCIA DE VIDA	65,6%	4,1	57,1 ; 73,3	5,34	6,3
ABUSO DE TIPO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	2,7%	1,0	1,3 ; 5,7	2,88	38,3
ABUSO FÍSICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	41,4%	4,1	33,5 ; 49,7	5,01	100,0
ABUSO PSICOLÓGICO EN EL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE VIDA	59,0%	4,2	50,6 ; 66,9	5,05	7,0
ABANDONO DEL ADOLESCENTE	PREVALENCIA DE ALGÚN	13,8%	2,2	9,9 ; 18,8	3,00	16,3
MORBILIDAD SENTIDA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (EN ADOLESCENTE)	PREVALENCIA DE VIDA	18,2%	3,0	12,9 ; 24,9	4,38	16,7
MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL (EN ADOLESCENTES)	PREVALENCIA DE VIDA	9,5%	4,0	4,0 ; 20,7	2,96	41,8
MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA EN PUESTOS O CENTROS DE SALUD (EN ADOLESCENTES)	PROPORCIÓN DE LA MORBILIDAD SENTIDA ATENDIDA	28,9%	17,6	7,0 ; 68,9	2,04	60,8
MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA EN HOSPITAL GENERAL MINSÁ (EN ADOLESCENTES)	PROPORCIÓN DE LA MORBILIDAD SENTIDA ATENDIDA	2,3%	2,5	0,2 ; 17,8	0,38	100,0
MOTIVOS DE NO ATENCIÓN MÉDICA	NO SABÍA A DÓNDE IR	28,9%	6,1	18,3 ; 42,3	2,74	21,2
	NO TENÍA DINERO	27,0%	6,0	16,8 ; 40,3	2,73	22,2
	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	6,1%	2,9	2,3 ; 15,2	2,24	47,8
	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	1,2%	1,1	0,2 ; 7,6	1,66	96,4
	LARGAS LISTAS DE ESPERA	5,3%	2,4	2,1 ; 12,4	1,67	44,9
	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	26,8%	6,0	16,6 ; 40,2	2,77	22,6
	FALTA DE CONFIANZA	45,9%	8,5	30,1 ; 62,5	4,31	18,5
	DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	21,8%	9,6	8,4 ; 46,1	8,17	44,2
	NO ME BENEFICIARÍA	17,3%	5,8	8,6 ; 31,7	3,47	33,3
	LO DEBÍA SUPERAR SOLO	42,6%	8,6	27,0 ; 59,8	4,52	20,2
	PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	16,2%	5,1	8,4 ; 28,9	2,86	31,4
	POR VERGÜENZA	26,7%	7,3	14,9 ; 43,2	4,05	27,2
	VECINOS HABLARÍAN MAL	16,4%	5,1	8,6 ; 29,0	2,82	31,0
	POR TEMOR A SER VISTO COMO ENFERMO MENTAL	8,8%	2,7	4,7 ; 15,9	1,38	30,9
	PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO	10,1%	3,4	5,0 ; 19,0	1,91	33,8
	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	4,7%	4,0	0,8 ; 22,3	5,29	84,5
OTRO	17,9%	5,5	9,3 ; 31,5	3,12	31,1	

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	D <sub>EFF</sub>	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
<b>DATOS GENERALES: ADULTO MAYOR</b>						
EDAD	MEDIA ARITMÉTICA (DS)	72,0	0,5	71,0; 73,0	4,04	0,7
EDAD POR GRUPOS ETARIOS (15 AÑOS)	VIEJO JOVEN (60-74 AÑOS)	62,4%	2,9	56,4; 68,0	3,77	4,7
	VIEJO VIEJO (75- 84 AÑOS)	31,3%	3,2	25,4; 38,0	4,87	10,2
	MUY VIEJO (>= 85)	6,3%	1,1	4,4; 8,8	2,15	17,6
	CONVIVIENTE	10,6%	1,6	7,8; 14,2	2,75	15,0
ESTADO CIVIL	SEPARADO	4,1%	0,8	2,8; 6,1	1,76	20,0
	DIVORCIADO	0,2%	0,1	0,1; 0,6	0,57	52,9
	VIUDO	23,5%	1,8	20,2; 27,2	1,81	7,6
	CASADO	56,7%	2,8	51,1; 62,1	3,26	4,9
	SOLTERO	4,9%	0,9	3,3; 7,1	1,98	19,4
	TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR	PREVALENCIA	68,4%	2,3	63,7; 72,8	2,56
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	PREVALENCIA	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,47	73,0
GRADO DE ANALFABETISMO	PREVALENCIA	14,2%	2,3	10,3; 19,4	4,49	16,2
GRADO DE ESTUDIOS	SIN NIVEL/ NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA	9,0%	1,6	6,3; 12,8	3,35	18,1
	INICIAL / PREESCOLAR	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,46	62,1
	PRIMARIA	78,0%	2,5	72,7; 82,6	3,77	3,2
	SECUNDARIA	10,5%	1,7	7,6; 14,3	3,03	15,8
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	1,2%	0,5	0,6; 2,7	2,01	39,4
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	1,1%	0,7	0,3; 3,8	4,53	62,3
	POSTGRADO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
<b>SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR</b>						
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TRABAJO	NADA O POCO	48,7%	5,0	38,9; 58,6	7,07	10,4
	REGULAR	24,9%	3,0	19,5; 31,2	3,24	11,9
	BASTANTE O MUCHO	26,4%	3,7	19,7; 34,3	4,90	14,0
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ESTUDIOS	NADA O POCO	74,2%	23,7	19,9; 97,1	0,63	31,9
	REGULAR	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
	BASTANTE O MUCHO	25,8%	23,7	2,9; 80,1	0,63	91,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: HIJOS Y PARIENTES	NADA O POCO	50,7%	3,3	44,3; 57,1	4,23	6,4
	REGULAR	15,4%	1,6	12,5; 19,0	2,04	10,6
	BASTANTE O MUCHO	33,9%	2,9	28,3; 39,9	3,83	8,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: PAREJA	NADA O POCO	53,8%	5,6	42,7; 64,5	6,60	10,4
	REGULAR	13,8%	2,6	9,5; 19,8	2,96	18,7
	BASTANTE O MUCHO	32,4%	4,4	24,3; 41,6	4,65	13,6
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DINERO	NADA O POCO	46,1%	2,8	40,7; 51,6	3,12	6,0
	REGULAR	19,2%	2,3	15,1; 24,1	3,38	11,8
	BASTANTE O MUCHO	34,7%	2,7	29,6; 40,2	3,18	7,7
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: SALUD	NADA O POCO	24,5%	2,6	19,8; 30,0	3,68	10,5
	REGULAR	21,8%	2,6	17,1; 27,3	3,96	11,8
	BASTANTE O MUCHO	53,7%	3,6	46,4; 60,8	5,43	6,8
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: ASUNTOS CON LA LEY	NADA O POCO	76,2%	2,8	70,2; 81,3	4,32	3,7
	REGULAR	16,1%	2,7	11,5; 22,0	5,17	16,5
	BASTANTE O MUCHO	7,7%	1,1	5,9; 10,1	1,59	13,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: TERRORISMO	NADA O POCO	48,1%	3,0	42,2; 54,1	3,69	6,3
	REGULAR	11,9%	1,8	8,7; 15,9	3,12	15,2
	BASTANTE O MUCHO	40,0%	2,8	34,7; 45,6	3,19	6,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: DELINCUENCIA	NADA O POCO	38,6%	2,2	34,4; 43,1	2,08	5,7
	REGULAR	12,1%	1,8	8,9; 16,2	3,14	15,0
	BASTANTE O MUCHO	49,2%	2,4	44,4; 54,1	2,40	4,9
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: NARCOTRÁFICO	NADA O POCO	54,2%	2,5	49,3; 59,1	2,47	4,6
	REGULAR	8,5%	1,4	6,1; 11,8	2,47	16,5
	BASTANTE O MUCHO	37,2%	2,4	32,6; 42,0	2,36	6,4

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS: OTROS PROBLEMAS	NADA O POCO	18,6%	10,7	5,4; 47,9	2,41	57,4
	REGULAR	18,3%	7,3	7,8; 37,2	1,16	40,2
	BASTANTE O MUCHO	63,1%	10,1	42,0; 80,2	1,42	16,1
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRISTE	NUNCA	6,8%	1,2	4,8; 9,6	2,35	17,8
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	72,7%	2,5	67,6; 77,3	3,14	3,4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	20,5%	2,0	16,8; 24,7	2,53	9,8
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TENSO	NUNCA	18,8%	2,6	14,2; 24,6	4,50	14,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	66,7%	3,4	59,6; 73,0	5,20	5,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	14,5%	1,5	11,7; 17,8	1,90	10,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ANGUSTIADO	NUNCA	25,6%	2,5	20,9; 30,9	3,37	9,9
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	61,7%	2,6	56,6; 66,6	2,77	4,1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,7%	1,5	10,0; 15,9	2,00	11,7
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: IRRITABLE	NUNCA	22,5%	2,7	17,6; 28,2	4,24	12,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	68,4%	3,1	62,0; 74,2	4,54	4,5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	9,1%	1,3	6,8; 12,1	2,15	14,5
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: PREOCUPADO	NUNCA	5,2%	0,9	3,6; 7,3	1,79	18,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	63,8%	3,1	57,5; 69,7	4,19	4,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	31,0%	3,0	25,4; 37,2	4,26	9,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: TRANQUILO	NUNCA	0,4%	0,3	0,1; 1,4	1,75	67,5
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	34,2%	2,3	29,7; 38,9	2,44	6,8
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	65,4%	2,3	60,7; 69,9	2,45	3,6
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ALEGRE	NUNCA	1,3%	0,4	0,7; 2,4	1,33	31,7
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	40,3%	2,4	35,6; 45,2	2,51	6,0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	58,4%	2,5	53,4; 63,3	2,62	4,3
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: ABURRIDO	NUNCA	28,2%	3,1	22,4; 34,8	4,93	11,1
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	59,0%	3,1	52,8; 65,0	4,03	5,3
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12,8%	1,7	9,7; 16,6	2,67	13,4
PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS: OTRO	NUNCA	0,5%	0,5	0,1; 3,7	0,09	100,0
	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	23,3%	14,5	5,8; 60,2	2,10	62,2
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	76,2%	14,5	39,7; 94,0	2,07	19,0
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	16,5	0,2	16,1; 16,9	5,01	1,2
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: ASPECTO FÍSICO	NADA O POCO	13,1%	1,9	9,8; 17,2	2,99	14,2
	REGULAR	34,1%	3,7	27,3; 41,7	5,95	10,8
	BASTANTE O MUCHO	52,8%	3,5	45,9; 59,6	4,80	6,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: COLOR DE PIEL	NADA O POCO	9,6%	1,3	7,3; 12,5	1,97	13,6
	REGULAR	27,9%	3,8	21,1; 35,9	7,01	13,5
	BASTANTE O MUCHO	62,5%	3,4	55,5; 68,9	4,90	5,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: INTELIGENCIA	NADA O POCO	14,6%	2,2	10,8; 19,4	3,78	14,9
	REGULAR	33,3%	2,4	28,7; 38,3	2,68	7,3
	BASTANTE O MUCHO	52,1%	3,7	44,8; 59,3	5,41	7,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NADA O POCO	29,7%	2,4	25,2; 34,6	2,75	8,1
	REGULAR	38,3%	3,0	32,5; 44,4	3,88	7,9
	BASTANTE O MUCHO	32,0%	3,2	26,0; 38,7	4,79	10,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LA PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ(A)	NADA O POCO	14,4%	4,9	7,1; 26,9	1,20	34,0
	REGULAR	18,1%	7,4	7,6; 37,2	2,29	40,8
	BASTANTE O MUCHO	67,5%	10,4	44,9; 84,1	3,05	15,4
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	NADA O POCO	34,9%	3,3	28,7; 41,7	4,51	9,5
	REGULAR	34,6%	3,8	27,6; 42,4	5,85	10,8
	BASTANTE O MUCHO	30,5%	2,3	26,2; 35,1	2,29	7,5

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELIGIÓN	NADA O POCO	4,7%	0,9	3,2; 7,0	1,93	19,5
	REGULAR	16,8%	2,6	12,3; 22,5	4,74	15,2
	BASTANTE O MUCHO	78,5%	2,8	72,4; 83,5	4,75	3,6
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: RELACIONES SOCIALES	NADA O POCO	13,5%	2,0	9,9; 18,0	3,63	15,2
	REGULAR	30,6%	2,8	25,4; 36,4	3,74	9,1
	BASTANTE O MUCHO	55,9%	2,9	50,2; 61,5	3,39	5,1
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL: LUGAR DE RESIDENCIA	NADA O POCO	6,1%	1,1	4,2; 8,8	2,31	18,7
	REGULAR	25,6%	2,6	20,8; 31,0	3,61	10,2
	BASTANTE O MUCHO	68,3%	3,0	62,1; 74,0	4,29	4,4
PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN	SEXO	8,9%	1,8	5,9; 13,2	4,15	20,3
	EDAD	11,4%	1,6	8,7; 14,9	2,44	13,6
	PESO	2,0%	0,7	1,0; 4,0	2,59	34,8
	COLOR DE PIEL	1,2%	0,4	0,5; 2,5	1,78	38,2
	FORMA DE VESTIR	3,5%	0,9	2,2; 5,8	2,37	25,1
	CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	12,1%	2,0	8,6; 16,6	3,91	16,7
	NIVEL EDUCATIVO	13,0%	2,8	8,4; 19,5	6,99	21,4
	RELIGIÓN	2,3%	0,5	1,4; 3,7	1,36	23,7
	AMISTADES	1,8%	0,7	0,9; 3,7	2,50	36,2
	LUGAR DE NACIMIENTO	2,1%	0,6	1,1; 3,7	1,95	30,1
	TALLA	0,7%	0,3	0,3; 1,6	1,26	41,3
	OTRA	3,1%	1,2	1,4; 6,5	4,91	39,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: SEXO	NINGUNA VEZ	96,3%	1,2	93,1; 98,0	3,85	1,2
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	3,4%	1,2	1,7; 6,6	4,30	34,7
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,4%	0,3	0,1; 1,4	1,70	65,9
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: EDAD	NINGUNA VEZ	92,7%	1,3	89,8; 94,9	2,38	1,3
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	6,5%	1,2	4,5; 9,2	2,29	18,0
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,8%	0,3	0,4; 1,7	1,27	39,3
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: PESO	NINGUNA VEZ	98,7%	0,7	96,5; 99,5	3,47	0,7
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,3%	0,7	0,5; 3,5	3,52	51,5
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,0%	0,0	0,0; 0,1	0,17	100,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: COLOR DE PIEL	NINGUNA VEZ	99,7%	0,2	98,7; 99,9	1,70	0,2
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,2%	0,2	0,0; 1,4	1,97	100,0
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,1%	0,1	0,0; 0,8	1,21	100,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: FORMA DE VESTIR	NINGUNA VEZ	98,4%	0,6	96,7; 99,2	2,25	0,6
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,4%	0,6	0,7; 3,1	2,32	39,3
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,2%	0,2	0,0; 1,3	1,90	100,0
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	NINGUNA VEZ	93,4%	1,9	88,6; 96,3	5,82	2,0
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	6,2%	1,9	3,4; 11,1	6,17	30,3
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,4%	0,2	0,2; 1,2	1,08	48,4
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: NIVEL EDUCATIVO	NINGUNA VEZ	93,8%	2,4	87,1; 97,1	9,86	2,5
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	5,5%	2,4	2,3; 12,5	10,85	42,8
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,7%	0,6	0,1; 3,9	5,57	88,4
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: RELIGIÓN	NINGUNA VEZ	98,3%	0,5	96,9; 99,0	1,48	0,5
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,4%	0,5	0,8; 2,7	1,57	32,5
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,3%	0,2	0,1; 0,9	0,88	52,6
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: AMISTADES	NINGUNA VEZ	98,7%	0,6	96,7; 99,5	2,87	0,6
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	1,0%	0,6	0,3; 3,1	3,32	55,5
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,3%	0,2	0,1; 1,2	1,61	72,3
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: LUGAR DE NACIMIENTO	NINGUNA VEZ	99,1%	0,4	97,7; 99,7	2,19	0,4
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,7%	0,4	0,2; 2,1	2,23	55,2
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,2%	0,2	0,0; 1,3	1,89	100,0

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA ANUAL DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN: TALLA	NINGUNA VEZ	99,5%	0,3	98,6; 99,8	1,45	0,3
	RARA VEZ U OCASIONALMENTE	0,3%	0,2	0,1; 1,0	1,16	59,7
	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE	0,2%	0,2	0,0; 1,3	1,89	100,0
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	17,0	0,2	16,7; 17,3	2,50	0,9
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LAS ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA	NADA O POCO	5,4%	1,2	3,5; 8,3	1,91	21,7
	REGULAR	28,8%	2,9	23,4; 34,8	2,84	10,0
	BASTANTE O MUCHO	65,8%	2,9	59,8; 71,3	2,68	4,4
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA	NADA O POCO	7,3%	1,8	4,5; 11,8	3,35	24,5
	REGULAR	22,6%	2,5	18,1; 27,9	2,49	11,0
	BASTANTE O MUCHO	70,0%	3,3	63,2; 76,1	3,56	4,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	NADA O POCO	7,2%	2,5	3,5; 14,1	1,73	35,3
	REGULAR	25,2%	5,4	16,1; 37,2	2,73	21,2
	BASTANTE O MUCHO	67,6%	5,3	56,5; 77,1	2,28	7,8
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA DIARIAMENTE	NADA O POCO	13,5%	2,9	8,7; 20,3	4,95	21,3
	REGULAR	30,5%	2,7	25,5; 36,1	2,41	8,9
	BASTANTE O MUCHO	56,0%	3,0	50,0; 61,8	2,54	5,3
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON EL RECONOCIMIENTO QUE PERCIBE	NADA O POCO	19,1%	8,1	7,7; 40,1	2,10	42,5
	REGULAR	21,3%	9,2	8,4; 44,4	2,48	43,2
	BASTANTE O MUCHO	59,6%	11,8	36,0; 79,5	2,83	19,7
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL: CON LA REMUNERACIÓN QUE RECIBE	NADA O POCO	33,8%	2,9	28,3; 39,8	2,54	8,6
	REGULAR	34,3%	3,2	28,3; 40,8	2,99	9,3
	BASTANTE O MUCHO	31,9%	3,5	25,4; 39,2	3,79	11,0
DESEOS DE MORIR	PREVALENCIA DE VIDA	28,4%	2,0	24,7; 32,5	1,95	6,9
	PREVALENCIA MENSUAL	9,5%	1,5	6,8; 13,0	2,79	16,2
	PREVALENCIA ANUAL	14,3%	1,8	11,2; 18,1	2,54	12,2
CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	4,4%	1,0	2,8; 6,8	2,34	22,3
	PREVALENCIA MENSUAL	1,2%	0,5	0,5; 2,8	2,35	43,4
	PREVALENCIA ANUAL	2,1%	0,6	1,2; 3,7	1,84	29,0
PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	PREVALENCIA DE VIDA	1,3%	0,4	0,7; 2,3	1,19	29,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,4%	0,3	0,1; 1,4	1,85	70,6
	PREVALENCIA ANUAL	0,8%	0,3	0,3; 1,8	1,52	43,5
CONDUCTAS SUICIDAS	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0; 0,2	0,22	89,9
	PREVALENCIA MENSUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,00	0,0
TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS MUY IMPORTANTE	87,9%	2,5	82,0; 92,0	5,95	2,8
	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO	85,3%	1,9	81,1; 88,8	3,09	2,3
	PARTICIPA ACTIVAMENTE	35,5%	3,3	29,3; 42,2	4,81	9,3
	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS	59,6%	2,9	53,8; 65,1	3,03	4,8
	TRANSMITE RELIGIÓN A HIJOS	62,2%	3,0	56,1; 67,9	3,72	4,8
	PREDICA O ENSEÑA LA RELIGIÓN A OTROS	37,5%	2,6	32,6; 42,8	2,90	6,9
	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIONAR PROBLEMAS	77,2%	1,9	73,3; 80,7	2,04	2,4
COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	18,1	0,2	17,8; 18,4	4,13	0,9
¿CUÁNTO LE IMPORTARÍA HACER PASAR VERGÜENZA A SU FAMILIA?	NADA O POCO	17,9%	2,5	13,5; 23,3	4,00	13,8
	REGULAR	14,5%	1,6	11,5; 18,0	2,06	11,2
	BASTANTE O MUCHO	67,6%	3,0	61,4; 73,2	3,93	4,4
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE LO(A) RESPETAN?	NADA O POCO	4,7%	0,8	3,4; 6,5	1,31	16,1
	REGULAR	18,6%	2,7	13,8; 24,7	5,01	14,7
	BASTANTE O MUCHO	76,6%	2,5	71,3; 81,2	3,59	3,3
¿CUÁNTO SIENTE QUE SE APOYAN UNOS A OTROS?	NADA O POCO	8,6%	1,9	5,5; 13,2	4,72	22,4
	REGULAR	19,2%	3,0	13,9; 25,8	5,86	15,6
	BASTANTE O MUCHO	72,3%	3,4	65,1; 78,5	5,79	4,7
¿CUÁN ORGULLOSO SE SIENTE DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	4,9%	1,0	3,3; 7,3	2,19	20,4
	REGULAR	15,4%	1,6	12,4; 18,9	2,04	10,5
	BASTANTE O MUCHO	79,7%	2,2	75,1; 83,6	2,93	2,7

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
¿QUÉ TANTO SIENTE QUE SUS VALORES MORALES SE PARECEN A LOS DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	5,9%	1,1	4,0 ; 8,5	2,19	18,8
	REGULAR	26,7%	2,4	22,2 ; 31,7	2,89	9,0
	BASTANTE O MUCHO	67,4%	2,5	62,2 ; 72,3	2,92	3,8
¿QUÉ TANTO SE SIENTE PARTE DEL PROGRESO DE SU FAMILIA?	NADA O POCO	9,9%	1,6	7,2 ; 13,6	2,84	16,1
	REGULAR	21,5%	2,2	17,5 ; 26,2	2,83	10,2
	BASTANTE O MUCHO	68,5%	2,5	63,3 ; 73,3	2,95	3,7
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA ARITMÉTICA	7,2	0,1	7,0 ; 7,3	5,87	1,1
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA ARITMÉTICA	5,9	0,1	5,7 ; 6,0	1,32	1,1
ALGUNA DISCAPACIDAD FUNCIONAL O INHABILIDAD PRESENTE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	PREVALENCIA ACTUAL	30,0%	1,8	26,6 ; 33,8	1,62	6,1
PRESENCIA DE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA SEGÚN INFORMANTE	PREVALENCIA DE VIDA	21,3%	2,1	17,4 ; 25,7	2,73	9,9
DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA MANTENER REGULARMENTE EL ASEO DE SU CUERPO, SU ALIÑO O ARREGLO PERSONAL	NINGUNA	90,2%	1,4	87,1 ; 92,6	2,18	1,5
	LEVE	6,7%	1,4	4,3 ; 10,1	3,37	21,5
	MODERADA	2,6%	0,9	1,4 ; 5,0	3,00	33,0
	SEVERA O ABSOLUTA	0,6%	0,3	0,2 ; 1,4	1,27	47,2
DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA DESEMPEÑAR EFICIENTEMENTE SUS OCUPACIONES (ESTUDIOS, TRABAJOS, O CASA)	NINGUNA	74,5%	1,9	70,6 ; 78,0	1,90	2,5
	LEVE	14,6%	2,1	11,0 ; 19,1	3,46	14,1
	MODERADA	9,7%	1,2	7,6 ; 12,4	1,72	12,5
	SEVERA O ABSOLUTA	1,2%	0,4	0,6 ; 2,4	1,44	33,6
DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA ASUMIR Y DESEMPEÑAR SATISFACTORIAMENTE SUS FUNCIONES COMO MADRE, PADRE, ESPOSO(A) O HIJO(A)	NINGUNA	92,0%	1,9	87,4 ; 95,0	4,90	2,0
	LEVE	5,8%	1,9	3,0 ; 10,8	6,56	32,3
	MODERADA	1,8%	0,5	1,1 ; 3,1	1,33	26,3
	SEVERA O ABSOLUTA	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	0,76	46,6
DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA RELACIONARSE CON SUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS Y PERSONAS EN GENERAL	NINGUNA	93,3%	1,1	90,6 ; 95,2	2,15	1,2
	LEVE	4,5%	1,1	2,8 ; 7,2	2,76	24,0
	MODERADA	1,7%	0,5	0,9 ; 3,0	1,54	29,8
	SEVERA O ABSOLUTA	0,6%	0,3	0,2 ; 1,4	1,19	45,5
DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA PLANIFICAR SUS ACTIVIDADES, LUEGO ORGANIZARLAS Y EJECUTARLAS	NINGUNA	88,1%	1,6	84,6 ; 90,9	2,42	1,8
	LEVE	8,1%	1,8	5,2 ; 12,4	4,32	21,9
	MODERADA	3,3%	0,8	2,1 ; 5,1	1,84	23,2
	SEVERA O ABSOLUTA	0,5%	0,2	0,2 ; 1,1	0,84	41,0
EPISODIO DEPRESIVO	PREVALENCIA DE VIDA	20,9%	1,9	17,4 ; 24,9	2,25	9,1
	PREVALENCIA ANUAL	4,2%	0,8	2,9 ; 6,1	1,53	18,3
	PREVALENCIA DE 6 MESES	3,5%	0,7	2,4 ; 5,1	1,39	19,4
	PREVALENCIA ACTUAL	2,0%	0,6	1,1 ; 3,6	1,89	30,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	PREVALENCIA DE VIDA	5,6%	1,5	3,2 ; 9,4	4,44	27,0
	PREVALENCIA ANUAL	1,0%	0,3	0,5 ; 1,9	1,16	33,8
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,5%	0,2	0,2 ; 1,2	0,89	40,1
	PREVALENCIA ACTUAL	0,4%	0,2	0,2 ; 1,1	1,00	47,6
BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	2,2%	0,6	1,3 ; 3,7	1,58	26,3
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	0,7%	0,4	0,2 ; 2,1	2,25	55,8
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	0,6%	0,2	0,3 ; 1,2	0,77	34,6
ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL	PREVALENCIA ANUAL	1,3%	0,5	0,7 ; 2,6	1,62	34,4
<b>SALUD MENTAL POR CONOS GEOGRÁFICOS</b>						
PREVALENCIA DE VIDA DEL EPISODIO DEPRESIVO	LIMA RURAL SUR	21,6%	2,6	17,0 ; 27,1	2,47	11,9
	LIMA RURAL NORTE	19,6%	2,7	14,8 ; 25,6	1,87	13,9
PREVALENCIA ANUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	LIMA RURAL SUR	3,9%	1,0	2,4 ; 6,5	1,69	25,4
	LIMA RURAL NORTE	4,7%	1,2	2,9 ; 7,7	1,19	24,8
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL EPISODIO DEPRESIVO	LIMA RURAL SUR	2,9%	0,7	1,7 ; 4,7	1,20	25,2
	LIMA RURAL NORTE	4,5%	1,2	2,6 ; 7,5	1,28	26,5
PREVALENCIA ACTUAL DEL EPISODIO DEPRESIVO	LIMA RURAL SUR	1,3%	0,5	0,6 ; 2,7	1,12	36,8
	LIMA RURAL NORTE	3,1%	1,1	1,5 ; 6,4	1,73	37,4
PREVALENCIA DE VIDA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	LIMA RURAL SUR	4,4%	0,8	3,0 ; 6,4	1,07	19,1
	LIMA RURAL NORTE	7,5%	3,7	2,7 ; 19,0	7,81	49,6

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA ANUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	LIMA RURAL SUR	0,9%	0,4	0,4; 2,0	0,93	40,6
	LIMA RURAL NORTE	1,2%	0,7	0,4; 3,5	1,48	56,9
PREVALENCIA DE 6 MESES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	LIMA RURAL SUR	0,7%	0,3	0,3; 1,8	0,98	46,3
	LIMA RURAL NORTE	0,2%	0,2	0,1; 0,9	0,44	68,4
PREVALENCIA ACTUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	LIMA RURAL SUR	0,6%	0,3	0,2; 1,7	1,11	54,6
	LIMA RURAL NORTE	0,2%	0,1	0,0; 0,9	0,48	82,4
PREVALENCIA ANUAL DEL BEBEDOR RIESGOSO DE ALCOHOL	LIMA RURAL SUR	2,4%	0,8	1,2; 4,6	1,68	33,1
	LIMA RURAL NORTE	1,9%	0,8	0,8; 4,3	1,31	41,7
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	LIMA RURAL SUR	1,0%	0,6	0,3; 3,4	2,46	62,2
	LIMA RURAL NORTE	0,2%	0,2	0,0; 1,1	0,54	78,3
PREVALENCIA ANUAL DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL	LIMA RURAL SUR	0,5%	0,2	0,2; 1,2	0,63	45,7
	LIMA RURAL NORTE	0,9%	0,5	0,3; 2,5	0,94	52,4
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO/ DEPENDENCIA DE ALCOHOL	LIMA RURAL SUR	1,5%	0,7	0,6; 3,5	1,91	44,9
	LIMA RURAL NORTE	1,1%	0,5	0,4; 2,8	0,95	47,0
MORBILIDAD SENTIDA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (AUTOPERCEPCIÓN)	PREVALENCIA DE 12 MESES	10,2%	1,2	8,0; 12,9	1,63	11,9
MORBILIDAD SENTIDA EXPRESADA (ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL)	PREVALENCIA DE 12 MESES	19,0%	5,4	10,4; 32,0	2,59	28,6
MORBILIDAD SENTIDA ATENDIDA EN PUESTO O CENTRO DE SALUD MINSAs	PREVALENCIA	61,0%	17,4	26,9; 87,0	2,20	28,6
MORBILIDAD SENTIDA ATENDIDA EN HOSPITAL GENERAL DEL MINSAs	PREVALENCIA	23,2%	13,3	6,5; 57,1	1,72	57,4
MORBILIDAD SENTIDA ATENDIDA EN CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR	PREVALENCIA	8,7%	6,9	1,7; 34,9	1,04	79,8
MORBILIDAD SENTIDA ATENDIDA EN CLÍNICA PARTICULAR	PREVALENCIA	4,1%	3,7	0,7; 21,3	0,59	89,0
MORBILIDAD SENTIDA ATENDIDA EN INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	PREVALENCIA	1,9%	2,1	0,2; 14,4	0,38	100,0
MORBILIDAD SENTIDA ATENDIDA EN OTROS	PREVALENCIA	1,0%	1,1	0,1; 7,8	0,20	100,0
MOTIVOS POR LOS QUE NO ASISTIÓ A UN CENTRO DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE SU PROBLEMA EMOCIONAL	NO SABÍA A DÓNDE IR	26,6%	5,7	16,9; 39,3	1,95	21,5
	NO TENÍA DINERO	47,4%	6,6	34,8; 60,3	2,05	13,9
	TENÍA DINERO PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA	3,6%	2,2	1,0; 11,8	1,69	62,2
	NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO	0,9%	0,9	0,1; 6,5	1,11	100,0
	LARGAS LISTAS DE ESPERA	3,7%	2,9	0,8; 15,9	2,69	76,8
	NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO	25,2%	7,1	13,7; 41,6	3,17	28,3
	FALTA DE CONFIANZA	30,8%	7,1	18,7; 46,3	2,79	23,2
	DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS	24,1%	5,1	15,5; 35,5	1,66	21,1
	NO ME BENEFICIARÍA	30,0%	5,4	20,6; 41,6	1,61	17,9
	LO DEBÍA SUPERAR SOLO	62,8%	5,9	50,6; 73,5	1,74	9,4
	PREFERENCIA REMEDIOS CASEROS	21,4%	4,8	13,5; 32,4	1,60	22,3
	POR VERGÜENZA	11,5%	3,7	6,0; 20,9	1,55	32,0
	SU ESPOSO(A) LA(O) CRITICARÍA O NO LE GUSTARÍA	8,7%	6,9	1,7; 34,9	7,09	79,8
	SU ESPOSO(A) SE BURLARÍA	9,1%	6,9	1,9; 34,4	6,78	76,1
	SU ESPOSO(A) NO LA (O) AYUDARÍA ECONÓMICAMENTE	1,3%	1,2	0,2; 7,7	1,32	91,7
	SU ESPOSO(A) LO PROHIBIRÍA	7,4%	6,9	1,1; 37,1	8,21	94,0
	VECINOS HABLARÍAN MAL	5,3%	2,2	2,3; 11,6	1,09	40,7
	POR TEMOR A SER VISTO(A) COMO ENFERMO(A) MENTAL	6,1%	2,5	2,7; 13,2	1,24	40,3
	MALA EXPERIENCIA ANTERIOR	2,9%	1,9	0,8; 10,1	1,46	64,0
	OTROS	24,3%	5,4	15,2; 36,4	1,84	22,1
PROBLEMAS FÍSICOS O ACCIDENTE	PREVALENCIA DE 6 MESES	36,0%	2,2	31,9; 40,4	2,06	6,0
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO O VIOLENCIA	PREVALENCIA ANUAL	11,1%	1,7	8,1; 14,9	2,99	15,3

ADULTO MAYOR	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PREVALENCIA DE MALTRATO: INTENTOS O DE ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	PREVALENCIA ANUAL	0,2%	0,2	0,0; 1,4	1,97	100,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	PREVALENCIA ANUAL	0,8%	0,3	0,4; 1,7	1,18	37,6
PREVALENCIA DE MALTRATO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	PREVALENCIA ANUAL	10,0%	1,8	7,0; 14,0	3,51	17,6
PREVALENCIA DE MALTRATO: CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	PREVALENCIA ANUAL	3,5%	0,9	2,1; 5,7	2,24	24,7
PREVALENCIA DE MALTRATO: SITUACIÓN DE ABANDONO	PREVALENCIA ANUAL	0,4%	0,2	0,2; 1,0	0,87	45,7
CUALQUIER TIPO DE MALTRATO O VIOLENCIA	MALTRATO SISTEMÁTICO	1,6%	0,4	0,9; 2,8	1,28	27,4
PREVALENCIA DE MALTRATO: INTENTOS O DE ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS	MALTRATO SISTEMÁTICO	0,2%	0,2	0,0; 1,4	1,97	100,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: GOLPES, PUÑETES O EMPUJONES	MALTRATO SISTEMÁTICO	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,06	100,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	MALTRATO SISTEMÁTICO	1,1%	0,3	0,6; 2,0	1,13	.31,6
PREVALENCIA DE MALTRATO: CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	MALTRATO SISTEMÁTICO	0,3%	0,1	0,1; 0,7	0,70	51,0
PREVALENCIA DE MALTRATO: SITUACIÓN DE ABANDONO	MALTRATO SISTEMÁTICO	0,3%	0,2	0,1; 1,0	1,02	56,6
RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE AYUDA COMO CONSECUENCIA DE ESTAS SITUACIONES	PREVALENCIA ANUAL	39,7%	3,4	33,2; 46,6	1,64	8,6
<b>NIVEL DE FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO</b>						
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) (0-30 PUNTOS)	MEDIA ARITMÉTICA	22,7	0,3	22,1; 23,3	3,37	1,3
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) EN GRUPO DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN (CON DISYUNTIVA ENTRE 12 Y 13)	MEDIA ARITMÉTICA	25,1	0,5	24,1; 26,1	2,61	2,1
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO GLOBAL (MMSE) EN GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN (12 ó 13, 18 ó 19, 22AA o 22BB)	MEDIA ARITMÉTICA	22,4	0,3	21,7; 23,0	3,30	1,5
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (<= 22)	PREVALENCIA TOTAL	43,2%	2,7	38,1; 48,5	2,37	6,1
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (<= 22) PARA GRUPOS DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	24,5%	7,5	12,6; 42,2	2,97	30,7
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO (MMSE) INDICATIVO DE DETERIORO (<= 22) PARA GRUPOS DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	46,1%	2,8	40,6; 51,6	2,28	6,1
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES INDICATIVAS DE DETERIORO	PREVALENCIA TOTAL	19,0%	2,8	14,1; 25,1	2,98	14,5
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE<=21 Y PFEFFER>=6)	PREVALENCIA TOTAL	13,4%	3,3	8,1; 21,3	4,63	24,5
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE<=21 Y PFEFFER>=6) PARA GRUPOS DE 8 O MÁS AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	2,9%	2,6	0,5; 15,6	1,28	87,6
FUNCIONAMIENTO SOSPECHOSO DE DEMENCIA (MMSE<=21 Y PFEFFER>=6) PARA GRUPO DE MENOS DE 8 AÑOS DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA	14,9%	3,7	8,9; 23,9	4,88	25,1



# **BIBLIOGRAFÍA**





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LIMA RURAL - 2007

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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
2. 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).
3. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental* 2005; XXI (1-2): 1-212.
4. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2006; XXII.
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, pp 1-31
6. Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion á l'équité. Montreal: Gaëtan Morin Editeur, 1994: 93-98.
7. Instituto Cuánto. Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENNIV 2000). Lima: Instituto Cuánto; 2000.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico N. 002-Abril 2002. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) - IV Trimestre 2001. Lima; 2002. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe>.
9. Herrera J. La pobreza en el Perú 2002. Una visión departamental. Lima: IRD-INEI; 2003. Disponible en [http://www.congreso.gob.pe/cip/temas/pobreza/la\\_pobreza\\_en\\_el\\_peru\\_2002.pdf](http://www.congreso.gob.pe/cip/temas/pobreza/la_pobreza_en_el_peru_2002.pdf). Acceso: 23 de diciembre de 2006.
10. Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Salud Mental de una población urbano marginal de Lima, en Serie: Monografías de Investigación No 2. Lima: INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi", 1995.
11. Perales A, Sogi C, Salas RE. Salud Mental en Adolescentes del distrito de Magdalena, en Serie: Monografías de Investigación No.4. Lima: INSM "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi", 1996.
12. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
13. Murphy HB. Comparative Psychiatry. The International and Intercultural Distribution of Mental Illness. Berlin: Springer-Verlag, 1982.
14. 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. Corin E, Bibeau G, Matin J-C, Laplante R. Comprendre pour soigner autrement. Canada: Les presses de l'Université de Montréal, 1990.
17. Organización Panamericana de La Salud. Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las Políticas públicas Saludables. Washington DC: OPS, 2000.
18. Breilh J. Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, 2003.
19. Moya J. Las otras muertes: 20 años de violencia en los Andes del Perú. Lima: IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES), 2004.
20. Pedersen D, Gamarra J, Planas M, Errázuriz C. Violencia política y salud en las comunidades 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.
21. Baca E, Castro A, García A, Alencastre L, Bianchi E, Alvarado S. Violencia intrafamiliar: los caminos de las mujeres que rompieron el silencio. Un estudio cualitativo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Lima: OPS; 1998.
22. Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio epidemiológico Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Lima: Oficina General de Epidemiología, Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999.
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2000.
24. Gúezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Organización Mundial de la Salud. Lima: UPCH; 2002.
25. Johnson E, Belfer M. Substance abuse and violence: cause and consequence. *J Health Care Poor Underserved* 1995;6(2):113-21.

26. Johns A. Substance misuse: a primary risk and a major problem of comorbidity. *International Review of Psychiatry* 1997; 9 (2-3):233-242.
27. Mariátegui J, Alva V & León O. Epidemiología psiquiátrica de un distrito urbano de Lima. Un estudio de prevalencia en Lince. Ed. de la Revista de Neuropsiquiatría, 1969, Lima
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington D.C: American Psychiatric Press; 1980.
29. Colareta JR. Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural. Tesis para optar el título de médico cirujano, 1993,UPCH.
30. Desjarlais R., Eisenberg L., Good., Kleinman A., Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos: *Mujeres*, cap. (8): 283-328. Organización Panamericana de la Salud. 1997.
31. OMS. Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, Resumen, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003, Pág.5.
32. Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Lanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. *Anales de Salud Mental* 1990; VI: 9-20
33. Perales A & Sogi C. Epidemiología psiquiátrica en el Perú. *Anales de Salud Mental* 1995; XI: 9-29.
34. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA. II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Perú 2003.
35. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho. *Anales de Salud Mental* 2004; XX (1-2).
36. World Health Organization. International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva: OMS; 1992.
37. INEI, Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. *Perfil demográfico del Perú*.
38. 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.
39. 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.
40. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental, 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental*. Vol XVIII. Año 2002. N° 1 y 2. Lima, Perú.
41. 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*. Vol XIX. Año 2003. N° 1 y 2. Lima, Perú.
42. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana, 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental*. Vol XXI. Año 2005. N° 1 y 2. Lima, Perú.
43. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental Fronteras, 2005. Informe General. *Anales de Salud Mental*. Vol XXII. Año 2006. N° 1 y 2. Lima, Perú.
44. World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO, 2001.
45. Gómez-Vela M, Sabeh E.: Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Disponible en: <http://campus.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. Obtenido en junio 2003.
46. Lorente E, Ibáñez I, Moro M, y col: Índice de Calidad de Vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española. *Psiquiatría y Salud Integral*. 2002; 2(2):45-50.
47. Bland RC. Psychiatry and the burden of mental illness. *Can J Psychiatry* 1998; 43(8): 801-10.
48. WPA/PTD; OPS, APAL: Programa Educativo de la WPA/PTD sobre trastornos depresivos. Visión de conjunto y aspectos fundamentales. Versión en español.
49. Jablensky A, Schwartz R, Tomov T. WHO collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62 (suppl 285): 152-159.
50. Huamán J. Programa de Rehabilitación Integral en Salud Mental: Sub programa de Rehabilitación psicosocial. *Anales de Salud Mental* 1996 XII: 271-284.
51. U.S. Department of Health and Human Services. The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness. En *Mental Health: A Report of the Surgeon General—Executive Summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
52. Lama A. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL. Lima: INEI; 2000. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.HTM>). Acceso el 12 de septiembre del 2005.
53. OPS. Hoja Resumen sobre Desigualdades en Salud Perú, División de Salud y Desarrollo Humano. Programa de Políticas Públicas y Salud. [Alianza para la Equidad en Salud en Perú Web site]. Feb 2002. Available at: <http://www.aes.org.pe/docs/resumenperu.pdf>. Acceso el 20 de agosto, 2005.

54. Saavedra JE. Factores asociados al acceso a la atención en salud mental en Lima Metropolitana y Callao 2002. Tesis para optar el grado de magíster UPCH, 2006.
55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico No 002-Abril 2002. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) - IV Trimestre 2001. Lima; 2002. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe>.
56. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178:228-233.
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. 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.
61. Kaplan, Harold; Sadock, Benjamin; Grebb, Jack (1994) Sinopsis de psiquiatría, Bs. As., Ed. Panamericana, 1996.
62. Hiroshi Takeuchi, Takahiro Hiroe, Takahiro Kanai. Childhood (2002). Parental separation experiences and depressive symptomatology in acute major depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2002, 53, 215-219.
63. Colleen L Johnson, Barbara M Barer (2002) Life course effects of early parental loss among very old African Americans. *The Journals of Gerontology* 2002; .Vol.57B, Iss. 2: S108-9.
64. 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.
65. Bernal E. Estudio Psicopatológico en Brujos del Pueblo de Salas (Lambayeque). *Anales de Salud Mental* 1985; 1: 162-179.
66. Medina E. La Medicina Tradicional o Popular. En Gomberoff, L. (Eds.) *Revista de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Doctor José Horwiltz Barak, Santiago de Chile*. 1986.
67. Glass B. El Poder de la Palabra en La Medicina Tradicional de la Costa Norte del Perú. En *Trabajos del II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales*. Lima. Junio 1988.
68. Caycho A. Estudio sobre el curanderismo y los curanderos en el Perú. En Seguín, C.A. y Ríos, R. (Eds.): *Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Lima*.1969.
69. Tejada D, Sanchez F, Mella C. Religiosidad Popular y Psiquiatría. Editora Corripio C. por A. Santo Domingo, 1995.
70. Kessler RC, Mickelson KD, Williams DR. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *J Health Soc Behav* 1999; 40(3): 209.
71. Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health* 2001; 91(11): 1869-1876.
72. Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethn Health* 2000; 5(3-4): 243-268.
73. Finch BK, Kolody B, Vega WA. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *J Health Soc Behav* 2000; 41(3): 295-313.
74. Kessler RC, Mickelson KD, Williams DR. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *J Health Soc Behav* 1999; 40(3): 218.
75. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 2001; 27(2): 219-225.
76. 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
77. 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).
78. Ostman M; Kjellin L. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2002;181:494-8 (ISSN: 0007-1250).
79. Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy. Stigma--A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(10):593-602.
80. Jorge M Tamayo, 2001. ¿Qué es el Estigma? Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - Versión en HTML. <http://usuarios.lycos.es/igonzal/estigma>.
81. Encyclopædia Encarta. Search results for "human development".
82. ONU: Informe Sobre Desarrollo Humano 2002.
83. Huamán J. Modelo Integrado de las Consecuencias de la Enfermedad y la Salud. Conferencia. XX1 Jornadas Institucionales 2003. IESM "HD-HN".
84. Murphy, H. B. (1982) *Comparative Psychiatry. The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*. Springer - Verlag. Berlin

85. Comité de la Salud Mental de Québec (1989) *LA Santé Mentale, de la Biologie a la cultura*. Québec. Canadá.
86. Perales, A. (1993) Salud mental en el Perú. Variables socioeconómicas, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental* vol IX: 83-107 INSM "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi" Lima, Perú.
87. Breilh J. "Epidemiología Critica Ciencia emancipadora e interculturalidad". Universidad Nacional de Lanús, Argentina., 2003.
88. Magyary D. Positive mental health: a turn of the century perspective. *Issues in Mental Health Nursing* 2002, 23:331-349.
89. Mezzich JE, Üstün TB. Quantitative and Experimental Methods in Psychiatry: Epidemiology. En: Sadock BJ, Sadock VA (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Edition. Baltimore, Williams & Wilkins, 2004.
90. Ville Lehtinen\*1, Britta Sohlman1 and Viviane Kovess-Masfety2 Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005, 1:9 doi:10.1186/1745-0179-1-9. This article is available from: <http://www.cpementalhealth.com/content/1/1/9>
91. Korkeila J. Measuring aspects of mental health. Helsinki: STAKES, 2000.
92. Mezzich JE. Positive Health: Conceptual Place, Dimensions and Implications. *Psychopathology* 2005; 39:177-179.
93. Cloninger R : Implications of comorbidity for the classifications of mental disorders: The need for a psychobiology of coherent; in Maj M, Gaebel W, et al (eds): *Psychiatric Diagnosis and Classification*. Chichester, Wiley, 2002.
94. Herrman H, Saxena S Moodie R (eds): *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva, WHO, 2005.
95. Kotliarenko MA, Cáceres I, Fontecilla. Estado de Arte en Resiliencia. OPS/OMS/CEANIM. Washington DC: OPS, 1997. Obtenido en: [www.psicologia-positiva.com/resiliencia.html](http://www.psicologia-positiva.com/resiliencia.html). Accedido el 14 feb 2006.
96. OMS. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS. 1993
97. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual Fourth Edition. Text Revision*. Washington: APA, 2000.
98. Crummy F, Cameron P, Swann P, Kossmann T, Naughton M. Prevalence of sleepiness in surviving drivers of motor vehicle collisions. *Internal Medicine Journal* [serial on the Internet]. (2008, Oct); 38(10): 769-775. Available from: MEDLINE.
99. Santos E, de Mello M, Pradella-Hallinan M, Luchesi L, Pires M, Tufik S. Sleep and sleepiness among Brazilian shift-working bus drivers. *Chronobiology International* [serial on the Internet]. (2004), [cited September 10, 2010]; 21(6): 881-888. Available from: MEDLINE.
100. Kao C, Huang C, Wang M, Tsai P. Insomnia: prevalence and its impact on excessive daytime sleepiness and psychological well-being in the adult Taiwanese population. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation* [serial on the Internet]. (2008, Oct); 17(8): 1073-1080. Available from: MEDLINE.
101. Zeitlhofer J, Schmeiser-Rieder A, Tribl G, Rosenberger A, Bolitschek J, Kapfhammer G, Saletu B, Katschnig H, Holzinger B, Popovic R, Kunze M. Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurol Scand* 2000; 102: 249-257.
102. Gureje O, Makanjuola VA, Kola L. Insomnia and role impairment in the community. Results from the Nigerian survey of mental health and wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:495-501.
103. Simon GE, VonKorff M. Prevalence, Burden and Treatment of Insomnia in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1417-1423.
104. Leger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Current Medical Research and Opinion* 2008; 24(1):307-317.
105. Kao C, Huang C, Wang M, Tsai P. Insomnia: prevalence and its impact on excessive daytime sleepiness and psychological well-being in the adult Taiwanese population. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation* [serial on the Internet]. (2008, Oct); 17(8): 1073-1080. Available from: MEDLINE.
106. Nugent A, Gleadhill I, McCrum E, Patterson C, Evans A, MacMahon J. Sleep complaints and risk factors for excessive daytime sleepiness in adult males in Northern Ireland. *Journal Of Sleep Research* [serial on the Internet]. (2001, Mar); 10(1): 69-74. Available from: MEDLINE.
107. Ortiz C. Conceptos de la inteligencia. *Revista de Educación Superior* 1999. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/25036139/Concepciones-de-La-Inteligencia>.
108. Guilford, JP. Teorías de la Inteligencia. En: Wolman, B.B. (Ed.) *Manual de Psicología General*. Barcelona: Martínez Roca, 1980.
109. 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.
110. 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.
111. 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.

112. 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.
113. El Dr. David Sheehan y T Hergueta tuvieron la amabilidad de proporcionarnos las versiones en español.
114. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. 2001; documento proporcionado por el autor.
115. 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.
116. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid: Meditor, 1993.
117. Garner DM, Olmsted MP, & Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
118. Rosenberg Self-Esteem Scale. En: [http://chipts.ucla.edu/assessment/assessment\\_instruments](http://chipts.ucla.edu/assessment/assessment_instruments). Obtenido en marzo 2007.
119. Pequeña, J. 1999. Relación entre la autoestima y el locus de control en estudiantes del primer semestre de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de Licenciatura en Psicología, U.N.M.S.M.
120. Satisfaction with life scale. En <http://escalas/diener/swls>. Obtenido en Abril 2007.
121. Pavot, W. y Diener, E. Review of the Satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*. 1993; 2: 164-172.
122. Ly, G. 2004. Atribuciones causales de la satisfacción con la vida en un grupo de adultos de Lima. Tesis de Licenciatura en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.
123. The General self-efficacy Scale. En <http://userpage.fu-berlin.de/~health/>. Obtenido en mayo 2007.
124. Alcalde, M. 1998. Nivel de autoeficacia percibida y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima. Tesis de Maestría en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.
125. Block, J. y Kremen, A. IQ and Ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 70: 349-361.
126. Buysee DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research* 1989; 28:193-213.
127. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima y de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental* Vol. XXV. Año 2009, Suplemento 1.
128. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med*. 1997 Sep;27(5):1079-89.
129. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Sraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública / Pan Am J Public Health* 2005; 18(4/5):229-240.
130. Teferra Beyero, Atalay Alem, Derege Kebede, Teshome Shibire, Menelik Desta, Negussie Deyess. Mental disorders among the Borana semi-nomadic community in Southern Ethiopia. *World Psychiatry* 2004; 3(2):110-114.
131. Mohammad-Reza Mohammadi et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005, 1:16.
132. Salih Alhasnawi et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry* 2009;8:97-109.
133. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291:2581-2590.

# ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LIMA RURAL - 2007

PRESENTACIÓN .....	9
INFORME GENERAL .....	19
I. INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES.....	21
1. JUSTIFICACIÓN .....	19
2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL .....	23
3. OBJETIVOS.....	37
4. METODOLOGÍA .....	38
5. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	42
6. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO....	48
7. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO .....	54
8. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO .....	56
9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	56
II. RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO .....	59
III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS.....	65
IV. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES ENCUESTADAS ACTUALMENTE UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS.....	111
V. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS.....	135
VI. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS.....	159
VII. CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN LIMA RURAL.....	181
ANEXO ERRORES MUESTRALES .....	189
BIBLIOGRAFÍA .....	241



## FE DE ERRATAS EESMLR 2007

### ANALES DE SALUD MENTAL VOLUMEN XXIV, AÑO 2008. NÚMERO 1 y 2

**Pág. 84. / En la tabla 24B / Dice**

COMPONENTES		CALIFICACIÓN			
DISFUNCIÓN DIURNA	NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEM.	MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	UNA O DOS VECES A LA SEMANA	TRES O MÁS VECES A LA SEMANA	
	90,8% (ES 1,0) (IC 95% 88,7-92,5)	5,5% (ES 0,8) (IC95% 4,2-7,2)	2,8% (ES 0,5) (IC95% 1,9-4,1)	1,0% (ES 0,3) (IC95% 0,5-1,8)	
PUNTAJE TOTAL (N=2,504)	SIN PROBLEMA DE SUEÑO (SCORE <5)	MERECE ATENCIÓN MÉDICA	MERECE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO	SE TRATA DE UN PROBLEMA DE SUEÑO GRAVE	
	75,8% (ES 1,7) (IC95% 72,2-79,0)	20,6% (ES 1,6) (IC95% 17,6-24,0)	3,6% (ES 0,7) (IC95% 2,5-5,1)	-	

**Pág. 84. / En la tabla 24B / Debe decir**

COMPONENTES		CALIFICACIÓN			
DISFUNCIÓN DIURNA	NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	
	76,3% (ES 1,8) (IC 95% 72,6-79,7)	17,4% (ES 1,6) (IC95% 14,5-20,9)	5,1% (ES 0,7) (IC95% 3,9-6,6)	1,2% (ES 0,4) (IC95% 0,6-2,2)	
PUNTAJE TOTAL (N=2,504)	SIN PROBLEMA DE SUEÑO (SCORE <5)	MERECE ATENCIÓN MÉDICA	MERECE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO	SE TRATA DE UN PROBLEMA DE SUEÑO GRAVE	
	71,9% (ES 2,1) (IC95% 67,6-75,9)	23,1% (ES 1,8) (IC95% 19,7-26,8)	5,0% (ES 0,9) (IC95% 3,5-7,0)	-	

**Pág. 201. / En errores muestrales / Dice**

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN GENERAL (5 O MÁS CRITERIOS)	PREVALENCIA DE VIDA	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,21	100
	PREVALENCIA ANUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,21	100
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,0%	0,0	0,0 ; 0,1	0,21	100
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 0,0	0,0	0,0

**Pág. 201. / En errores muestrales / Debe decir**

ADULTO	SUBCATEGORÍAS	PARÁMETRO ESTIMADO	ERROR ESTÁNDAR	INTERVALO DE CONFIANZA	DEFF	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
TRASTORNOS PSICÓTICOS CON AL MENOS UN CRITERIO CORREGIDO POR CONVENCIMIENTO Y AL MENOS 1 MES	PREVALENCIA DE VIDA	1,0%	0,4	0,5 ; 2,3	4,39	39,6
	PREVALENCIA ANUAL	0,2%	0,1	0,1 ; 0,6	1,28	45,0
	PREVALENCIA DE 6 MESES	0,1%	0,1	0,0 ; 0,4	1,03	59,5
	PREVALENCIA ACTUAL	0,0%	0,0	0,0 ; 100,0	-	0,0