

# DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA E INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE TRES CIUDADES DE LA SIERRA PERUANA 2003

## PSYCHIATRIC DISABILITY AND INABILITY IN THE ADULT POPULATION OF THREE CITIES OF PERUVIAN ANDES 2003

Julio Huamán<sup>1</sup>  
Flor Alburquerque<sup>2</sup>  
Rosario Guillen<sup>3</sup>  
Ysela Aguero<sup>4</sup>

### RESUMEN

**ANTECEDENTES:** La discapacidad psiquiátrica y la inhabilidad son limitaciones en el funcionamiento de personas con y sin trastornos mentales, respectivamente.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de discapacidad asociada con los trastornos mentales y de la inhabilidad, en la población adulta de la Sierra Peruana, representada por las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

**MÉTODOS:** Se encuestaron 3895 adultos de 18 a más años de edad, residentes de 4212 viviendas particulares de las ciudades de Ayacucho, Huaraz y Cajamarca.

Se utilizó una escala para evaluar la discapacidad e inhabilidad construida principalmente a partir de la Clasificación de la Discapacidad de la CIE-10-OMS (WHO-DAS Short versión) y por otro lado, la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Versión Español CIE-10. Se evaluó la asociación entre la discapacidad y los trastornos mentales mediante el análisis de asociaciones bivariadas y multivariadas, a través de pruebas de independencia para variables categóricas y el análisis de regresión logística, respectivamente. Se utilizó el módulo de muestras complejas del SPSS V. 20.

**RESULTADOS:** La prevalencia actual de la discapacidad psiquiátrica fue 31.1% (IC 95%: 26.3-36.3). La prevalencia actual de la inhabilidad fue 19.2% (IC 95%: 17.1 - 21.4). El análisis de regresión logística múltiple mostró que la discapacidad está significativamente asociada con los principales trastornos mentales.

**CONCLUSIONES:** Se evidencia una elevada prevalencia de discapacidad psiquiátrica y de inhabilidad, mostrándose así, la necesidad de servicios y programas de rehabilitación psiquiátrica, tanto como de salud mental y desarrollo humano en la población estudiada.

**PALABRAS CLAVE:** Prevalencia, discapacidad, inhabilidad, funcionamiento, psiquiatría, trastornos mentales.

### SUMMARY

**BACKGROUND:** Psychiatric disability and inability are considered limitations in functioning in people with and without mental disorders, respectively.

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence of disability associated with mental disorders and inability, in the adult population of the Peruvian Andes, represented by the cities of Ayacucho, Cajamarca and Huaraz.

**METHODS:** 3895 adults aged 18 and older, living in 4212 private households were surveyed.

A scale was used to assess disability and inability, constructed mainly from the ICD-10-WHO Disability Classification (WHO-DAS Short version) and on the other hand, the International Neuropsychiatric Interview (MINI), Spanish Version ICD-10. The association between disability and mental disorders was evaluated by analyzing bivariate and multivariate associations, through tests of independence for categorical variables and logistic regression analysis, respectively. The complex samples module of SPSS V. 20 was used.

**RESULTS:** The current prevalence of psychiatric disability was 31.1% (95% CI: 26.3-36.3). The current prevalence of disability was 19.2% (95% CI: 17.1 - 21.4). Multiple logistic regression analysis showed that disability is significantly associated with major mental disorders.

**CONCLUSIONS:** There is evidence of a high prevalence of psychiatric disability and inability, thus showing the need for psychiatric rehabilitation services and programs, as well as mental health and human development in the population studied.

**KEY WORDS:** Prevalence, disability, inability, functioning, psychiatry, mental disorders.

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra; INSM "HD-HN".

<sup>2</sup> Enfermera; INSM "HD-HN".

<sup>3</sup> Magister en Rehabilitación de la Salud; INSM "HD-HN".

<sup>4</sup> Magister en Estadística; Docente principal, UNMSM.

Más de mil millones de personas viven en el mundo con alguna forma de discapacidad, de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de

preocupación aun mayor, pues su prevalencia está aumentando <sup>(1)</sup>.

Dentro de las consecuencias de la enfermedad, el Manual de la Clasificación Internacional de

Deficiencias Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM), ha definido la deficiencia como “toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”, (alteración a nivel de órgano); a la discapacidad como “toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad considerada normal para un ser humano” (alteración a nivel de la persona); y la minusvalía como “una situación desventajosa para un individuo, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol” (desventaja social)<sup>(2,3)</sup>. La nueva versión del Manual, presentada como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y de la Salud CIF<sup>(4)</sup>, plantea la evaluación del funcionamiento, como parte de la condición positiva de la salud y la discapacidad, como el aspecto negativo de la misma. Si bien la CIF propone la clasificación y evaluación del funcionamiento como parte de una condición positiva de la salud, no se le ha dado la debida importancia, ni se le ha implementado sistemáticamente, probablemente, porque todavía prevalece el enfoque de la enfermedad y sus consecuencias, en desmedro de la visión positiva de la salud asociada al funcionamiento y su evaluación, como eje central de todo sistema de salud.

A nivel internacional y de manera general se han venido usando indistintamente los términos y conceptos de deficiencia (“impairment”) y discapacidad (“disability”) como sinónimos, en especial, en el campo de la psiquiatría<sup>(5)</sup>. Esto ha contribuido a generar confusión en el concepto de discapacidad y en los métodos usados para medirla. Liberman<sup>(6)</sup>, definió la discapacidad como una limitada o total falta de habilidad para desempeñar tareas sociales y vocacionales ordinarias.

Esta última acepción parece ser más apropiada para la psiquiatría y la salud mental. Dentro de este enfoque, la discapacidad se refiere específicamente a las limitaciones en el funcionamiento o desempeño de la persona como tal. Vale decir, la disminución o pérdida de habilidades como consecuencia de las deficiencias generadas por un trastorno mental. Esta perspectiva permite afrontar la discapacidad a través del desarrollo de habilidades, y el afronte de las deficiencias a través de la rehabilitación cognitiva. Dentro de esta línea, la Inhabilidad sería una condición con insuficiente desarrollo o la falta de habilidades en personas supuestamente sanas, sin deficiencias o sin un trastorno mental;

entendida además como una limitación en el funcionamiento óptimo del individuo, en su capacidad humana y su salud mental.

Según la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad psiquiátrica ocurre por encima de los dos quintos de toda la discapacidad en el mundo, afecta especialmente a gente joven, y muestra el más bajo porcentaje para la recuperación de la total capacidad social y del trabajo<sup>(7)</sup>. Los trastornos mentales han sido grandemente subestimados como causa de discapacidad, pero constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad y 47,2% de todos los años de vida asociados a discapacidad en países desarrollados<sup>(8)</sup>.

Se considera que los porcentajes de pérdida de años de vida asociados a discapacidad por problemas de salud mental ascienden al 8,1% en relación al total de las enfermedades, y que el porcentaje de pérdida de años de vida asociados a discapacidad derivada de los trastornos mentales corresponde a: Desorden depresivo 17,3%, lesiones auto infringidas 15,9%, enfermedad de Alzheimer 12,7%, dependencia al alcohol 12,1%, epilepsia 9,3%, psicosis 6,8%, dependencia a drogas 4,8%, desorden de estrés postraumático 4,7% y otros 16,4%<sup>(9)</sup>.

Se ha reportado que en la atención primaria, es común encontrar pacientes con más de un trastorno mental y que además están altamente discapacitados. Los pacientes con trastornos mentales individuales tienen distintos patrones de comorbilidad y discapacidad<sup>(10)</sup>. Se estima que la población de adultos mayores con demencia, depresión y otros trastornos mentales, demandará mayor atención de los clínicos e investigadores para minimizar sus efectos en la discapacidad y en su calidad de vida<sup>(11)</sup>.

La epidemiología y la evaluación de la magnitud de la discapacidad deberían ser una parte integral del proceso de planeación y elaboración de políticas para dar soporte al desarrollo de servicios, sus procesos y la evaluación de los resultados, no solo para los especialistas de los servicios de salud mental, sino también en la atención primaria, las escuelas y los lugares de trabajo<sup>(12)</sup>.

La sociedad necesita reconocer el alto costo económico y humano asociado con los trastornos mentales. La evaluación de las necesidades de servicios y la toma de decisiones acerca de las prioridades, deberían considerar tanto los trastornos mentales como la discapacidad<sup>(13)</sup>,

pero más aún, los niveles de funcionamiento de una condición positiva de salud, o su limitación como la inhabilidad, cuando se trata de brindar servicios para el desarrollo de salud mental individual y poblacional.

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002 (EEMSM 2002), encontró que el 26.5% de la población adulta presentaba algún grado de discapacidad e inhabilidad, además de una prevalencia de discapacidad del 22.5% en la población adulta y adulta mayor con presencia actual de algún trastorno mental<sup>(14)</sup>. De la misma manera, es importante conocer estos indicadores a nivel nacional.

En base a lo expuesto, se hace necesario determinar la prevalencia y tipo de discapacidad generada por los trastornos mentales, tanto como la inhabilidad en la población adulta de la sierra peruana, representada por las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

## Material y métodos

El estudio es epidemiológico, analítico, con diseño transversal. Se utilizó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003<sup>(15)</sup>, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN"). El diseño muestral fue probabilístico y trietápico. Se obtuvo una muestra de 3895 adultos de 18 a más años, de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

## Instrumentos

- **Escala Breve de Funcionamiento Psicosocial (EBFPS).**- La escala (Ver Anexo A), mide las limitaciones en el nivel de funcionamiento (Discapacidad e inhabilidad). Se construyó a partir de la Clasificación de la Discapacidad de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10-OMS), World Health Organization Short Disability Assessment Schedule<sup>(16)</sup> y, la Escala de Habilidades Psicosociales para la Rehabilitación en Salud Mental, utilizada en el Programa de Rehabilitación Psicosocial del INSM "HD-HN"<sup>(17)</sup>. Consta de cinco preguntas que cubren los tipos de discapacidad e inhabilidad: (1) cuidado personal; (2) funcionamiento ocupacional, (3) funcionamiento familiar, (4)

funcionamiento social y (5) funcionamiento organizativo. Se hizo una validación de facie entre el equipo de investigación del Estudio Epidemiológico de la Sierra Peruana, luego se hizo una validación cultural vía focus group con una muestra de personas que vivían en las ciudades representativas de la Sierra Peruana. La confiabilidad de la escala fue evaluada mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach (alfa = 0,732 - Lima 2002) y (alfa = 0,909 - Selva 2004); y la validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio, a través del cual se identificó una única dimensión<sup>(18)</sup>, lo que indica que los ítems miden adecuadamente el constructo. La varianza explicada por esta única dimensión fue 73,36 % y 86,09% para los estudios de Lima 2002<sup>(14)</sup> y la Selva 2004<sup>(19)</sup>, respectivamente.

- **Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Versión Español CIE-10**<sup>(20,21)</sup>.- Elaborado por Sheehan, Hergueta, Lecrubier y colaboradores. Es un instrumento diseñado de forma similar al CIDI<sup>(22)</sup>, utilizando como criterios diagnósticos el DSM-IV y los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Este instrumento ha sido adaptado en varios países a nivel mundial<sup>(23,24)</sup> ha mostrado adecuada concordancia con otros instrumentos similares y puede ser fácilmente incorporado en las entrevistas clínicas<sup>(25)</sup>. Para la población peruana, fue validado, mediante juicio de expertos, saturación de ítems, focus group y análisis factorial, para la validez interna y estudios test-retest y consistencia interna con el alfa de Cronbach para la validez externa, en un estudio piloto previo realizado a nivel de Lima Metropolitana<sup>(18)</sup>.

Se consideró como variables del estudio: la discapacidad psiquiátrica, definida como la disminución o pérdida de las habilidades para funcionar como persona en el medio familiar, social y del trabajo, a consecuencia de un trastorno mental; la inhabilidad, como la condición de la persona que sin tener un trastorno mental no ha desarrollado las habilidades suficientes para funcionar como tal en el medio familiar, social y del trabajo. Adicionalmente hay que precisar que, dentro del marco de este estudio, ambas son limitaciones en el funcionamiento psicosocial, y que, cualquier limitación en el funcionamiento asociada a algún trastorno

mental es una discapacidad psiquiátrica, mientras que cualquier limitación en el funcionamiento en las personas sin algún trastorno mental es una inhabilidad y toda limitación en el funcionamiento se refiere a una pérdida o disminución de habilidades, medidas a través de la EBFPS.

Se decidió trabajar con las prevalencias de trastorno de ansiedad generalizada (pura sin depresión), episodio depresivo, la prevalencia a 12 meses del abuso y dependencia al alcohol y el episodio psicótico anual con la presencia de un síntoma psicótico con convencimiento durante por lo menos un mes. No se incluyeron otros trastornos mentales por presentar prevalencias muy bajas.

Se consideraron como tipos de discapacidad e inhabilidad las siguientes: Cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar, funcionamiento social y funcionamiento organizativo.

Se construyeron dos variables dicotómicas, una que mide la prevalencia actual de cualquier trastorno mental (alguno vs. ninguno) y la otra que indica la prevalencia actual de cualquier tipo y grado de discapacidad o inhabilidad (alguna vs. ninguna). La discapacidad psiquiátrica se operacionalizó considerando algún grado y tipo de limitación en el funcionamiento entre los que reunieron criterios para la presencia de algún trastorno mental. Por otro lado, la inhabilidad se operacionalizó considerando algún tipo y grado de limitación para el funcionamiento dentro del grupo que no reunía criterios para algún trastorno mental. Se evaluó la prevalencia de discapacidad psiquiátrica para individuos que presentaron trastorno de ansiedad generalizada actual (pura sin depresión); episodio depresivo actual; dependencia y abuso de alcohol a doce meses y el síndrome psicótico con la prevalencia anual de la presencia de un síntoma psicótico con convencimiento de un mes. Se ajustó un modelo de regresión logística relacionando la presencia de algún tipo y grado de discapacidad e inhabilidad con los trastornos mentales antes mencionados, controlando el posible efecto confusor de las variables sociodemográficas. Para el análisis estadístico se utilizó el módulo de muestras complejas del programa estadístico SPSS V.20<sup>[26]</sup>.

## Resultados

La muestra estuvo conformada por 3895 adultos, de los cuales 51,5% fueron de sexo femenino, las edades oscilaron entre 18 y 94 años, con una media de 36,1±14,9 años. La tercera parte de los adultos (32,7%) tenían instrucción secundaria y la cuarta parte tenía educación superior universitaria (25,5%). Más de la mitad de los individuos estaban casados (55,6%). La lengua materna predominante era el castellano (78,0%). También se observó que 54,7% de los adultos tenía un trabajo remunerado en el momento de la entrevista y menos del 10% tenía ingresos mayores de 1200 soles (Ver Tabla 1).

**TABLA 1.**  
**ADULTOS DE HUARAZ, CAJAMARCA Y AYACUCHO SEGÚN**  
**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS - 2003**  
**(N=3865)**

CARACTERÍSTICAS	PORCENTAJE	IC(95%)
<b>GRUPO ETARIO</b>		
18 A 24	28,7	(26,9 - 30,6)
25 A 44	46,3	(44,4 - 48,3)
45 A 59	16,7	(15,1 - 18,3)
60 AÑOS O MÁS	8,3	(7,3 - 9,4)
<b>SEXO</b>		
MASCULINO	48,5	(46,4 - 50,7)
FEMENINO	51,5	(49,3 - 53,6)
<b>GRADO DE ESTUDIOS</b>		
SIN INSTRUCCIÓN	5,8	(4,9 - 6,8)
PRIMARIA	17,8	(16,0 - 19,7)
SECUNDARIA	32,7	(30,7 - 34,7)
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	18,3	(16,8 - 19,9)
SUPERIOR UNIVERSITARIO	25,5	(23,0 - 28,2)
<b>ESTADO CIVIL</b>		
CASADO/CONVIVIENTE	55,6	(53,4 - 57,8)
SEPARADO/DIVORCIADO/ VIUDO(A)	9,3	(8,2 - 10,4)
SOLTERO(A)	35,1	(33,1 - 37,3)
<b>LENGUA MATERNA</b>		
CASTELLANO	78,0	(76,1 - 79,9)
QUECHUA/AYMARA	22,0	(20,1 - 23,9)
<b>TRABAJO REMUNERADO</b>		
Si	57,4	(55,2 - 59,6)
No	42,6	(40,4 - 44,8)
<b>INGRESO MENSUAL NETO PROMEDIO (SOLES ÚLTIMOS 6 MESES)</b>		
MENOS DE 300	36,6	(34,0 - 39,3)
301 A 600	27,8	(25,5 - 30,2)
601 A 1,200	26,2	(23,8 - 28,6)
MÁS DE 1,200	9,4	(8,0 - 11,2)

En relación con las limitaciones del funcionamiento, la prevalencia de algún grado de discapacidad e inhabilidad juntas fue mayor en la ciudad de Ayacucho (37,5%), en contraste a la ciudad de Cajamarca (6,9%), que mostró la menor prevalencia (Tabla 2).

**TABLA 2.**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE ALGÚN TIPO Y GRADO DE DISCAPACIDAD E INHABILIDAD SEGÚN CIUDADES REPRESENTATIVAS DE LA SIERRA PERUANA 2003**

CIUDADES	MUESTRA EXPANDIDA	MUESTRA (N)	DISCAPACIDAD É INHABILIDAD	
			PREVALENCIA	(IC95%)
AYACUCHO	76,327	494	37,5%	(32,7 - 42,6)
CAJAMARCA	99,378	86	6,9%	(5,0 - 9,4)
HUARAZ	52,765	330	24,7%	(21,3 - 28,4)
TOTAL	228,469	908	21,2%	(18,7 - 24,0)

La prevalencia de discapacidad psiquiátrica fue significativamente distinta en las tres ciudades de la sierra peruana ( $p < 0,001$ ). La mayor prevalencia se observó en la ciudad de Ayacucho (45,7%) y la más baja en Cajamarca (1,7%) (Tabla 3).

**TABLA 3.**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA SEGÚN CIUDADES. SIERRA 2003**

CIUDADES	N	DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA		SIGNIFICACIÓN (*)
		PREVALENCIA	(IC95%)	
AYACUCHO	244	45,7%	(36,8 - 54,9)	0.000
CAJAMARCA	166	1,7%	(6,9 - 19,3)	
HUARAZ	180	34,3%	(25,6 - 44,2)	
TOTAL	590	31,1%	(26,3 - 36,3)	

(\*) Prueba estadística de homogeneidad

En relación con la inhabilidad, también se observaron diferencias significativas entre las tres ciudades ( $p < 0,001$ ). La prevalencia más elevada se observó en la ciudad de Ayacucho (35,3%) y la más baja en Cajamarca (5,8%). (Tabla 4).

**TABLA 4.**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE INHABILIDAD SEGÚN CIUDADES. SIERRA 2003**

CIUDADES	N	INHABILIDAD		SIGNIFICACIÓN (*)
		PREVALENCIA	(IC95%)	
AYACUCHO	1055	35,3%	(30,3 - 40,6)	0.000
CAJAMARCA	1098	5,8%	(4,1 - 8,2)	
HUARAZ	1131	23,0%	(19,8 - 26,6)	
TOTAL	3284	19,2%	(17,1 - 21,4)	

(\*) Prueba estadística de homogeneidad

De las Tablas 3 y 4 se puede concluir que, en las tres ciudades, la discapacidad psiquiátrica fue la limitación con mayor prevalencia comparada con la inhabilidad.

La Figura 1 muestra el funcionamiento de los individuos en relación con la discapacidad psiquiátrica y la inhabilidad. Se puede apreciar que los niveles de discapacidad fueron siempre

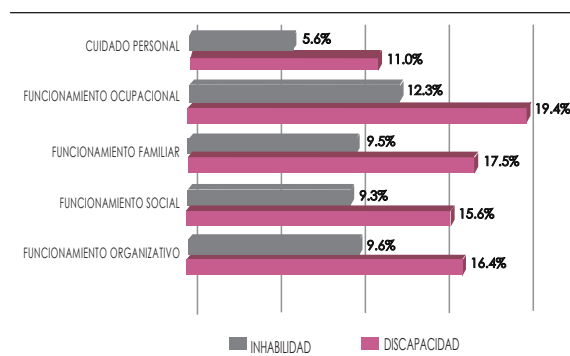
mayores en comparación a los de la inhabilidad, guardando una diferencia, de aproximadamente el doble, para la primera en relación con la segunda.

En la Figura 1 y Tabla 5, se puede observar que la mayor prevalencia de discapacidad psiquiátrica se dio en el funcionamiento ocupacional (19,4%), seguida de la discapacidad en el funcionamiento familiar (17,5%). En relación con la inhabilidad, se mostró la mayor prevalencia en el funcionamiento ocupacional, seguida del funcionamiento organizativo.

**TABLA 5.**  
**PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD E INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE TRES CIUDADES DE LA SIERRA PERUANA 2003**

FUNCIONAMIENTO	INHABILIDAD		DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA	
	N	PREVALENCIA (IC95%)	N	PREVALENCIA (IC95%)
CUIDADO PERSONAL	221	5,6 (4,7 - 6,8)	72	11,0 (8,3 - 14,4)
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	440	12,3 (10,8 - 14,0)	125	19,4 (15,5 - 24,0)
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	362	9,5 (8,1 - 11,1)	108	17,5 (13,8 - 21,9)
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	325	9,3 (7,8 - 11,1)	98	15,6 (12,3 - 19,6)
FUNCIONAMIENTO ORGANIZATIVO	303	9,6 (8,1 - 11,3)	107	16,4 (12,8 - 20,7)

**FIGURA 1.**  
**PREVALENCIA ACTUAL DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA E INHABILIDAD. SIERRA 2003**



Las prevalencias estimadas de TAG actual, episodio depresivo actual, abuso y dependencia a alcohol a 12 meses y del síndrome psicótico con presencia de un síntoma psicótico con convencimiento durante al menos un mes, en la población adulta de las tres ciudades de la Sierra Peruana en el año 2003, se puede apreciar en la Tabla 6.

**TABLA 6.**  
**PREVALENCIA ESTIMADA DE LOS PRINCIPALES**  
**TRASTORNOS MENTALES ENCONTRADOS EN LA POBLACIÓN**  
**ADULTA DE LA SIERRA PERUANA 2003**

TRASTORNOS MENTALES	NÚMERO DE CASOS	PREVALENCIA	PREVALENCIA (IC95%)	
			SUPERIOR	INFERIOR
TAG PURA SIN DEPRESIÓN	153	3,5%	2,8	4,4
EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL	147	3,5%	2,9	4,2
ABUSO DEPENDENCIA DEL ALCOHOL 12 MESES	322	10,0%	8,7	11,5
PREVALENCIA ANUAL DE PSICOSIS CON AL MENOS UN CRITERIO CORREGIDO POR CONVENCIMIENTO Y AL MENOS 1 MES	44	0,8%	0,6	1,2

La Tabla 7 nos muestra la prevalencia de la discapacidad psiquiatría asociada a los trastornos mentales estudiados. En orden decreciente podemos observar la mayor prevalencia de la discapacidad del síndrome psicótico con al menos un criterio, con convencimiento de un mes, seguido del TAG, episodio depresivo y abuso y dependencia a alcohol. Todas con significación estadística, excepto la última.

**TABLA 7.**  
**PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA DE LOS**  
**PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN**  
**ADULTA DE LA SIERRA PERUANA 2003**

TRASTORNOS MENTALES	DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA				OR (IC95%)
	ALGUNA		NINGUNA		
	N	%	N	%	
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD</b>					
PRESENTE	64	42,8	89	57,2	2,9
AUSENTE	838	20,3	2869	79,7	(1,8 - 4,8)
<b>EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL</b>					
PRESENTE	61	36,3	85	63,7	2,2
AUSENTE	841	20,6	2872	79,4	(1,5 - 3,3)
<b>ABUSO DEPENDENCIA DEL ALCOHOL 12 MESES</b>					
PRESENTE	88	25,6	234	74,4	1,3
AUSENTE	814	20,6	2720	79,4	(0,9 - 1,81)
<b>PSICOSIS CON AL MENOS UN CRITERIO CON CONVENCIMIENTO DE 1 MES</b>					
PRESENTE	19	49,4	24	50,6	3,7
AUSENTE	882	20,9	2932	79,1	(1,7 - 7,9)

La Tabla 8 muestra las prevalencias de los tipos de discapacidad en relación a los cuatro tipos de trastornos mentales en el grupo de adultos que presentaron algún tipo de discapacidad

psiquiátrica. En primer lugar, se relacionó el trastorno de ansiedad generalizada (pura sin depresión) con los tipos de discapacidad, encontrándose que la discapacidad para el funcionamiento ocupacional tuvo la mayor prevalencia (21,7%), seguida de la discapacidad para el funcionamiento social (19,0%). Aunque, no se observaron asociaciones significativas entre los tipos de discapacidad y el TAG.

Para el caso del episodio depresivo, se observó una mayor prevalencia de la discapacidad para el funcionamiento organizativo (26,0%), seguida del funcionamiento familiar (24,2%); solo ambas, mostraron una asociación significativa con el episodio depresivo actual, (OR:2,2; IC:1,3 - 3,8) y (OR:1,7; OR:1,1 - 2,8) respectivamente (Tabla 8).

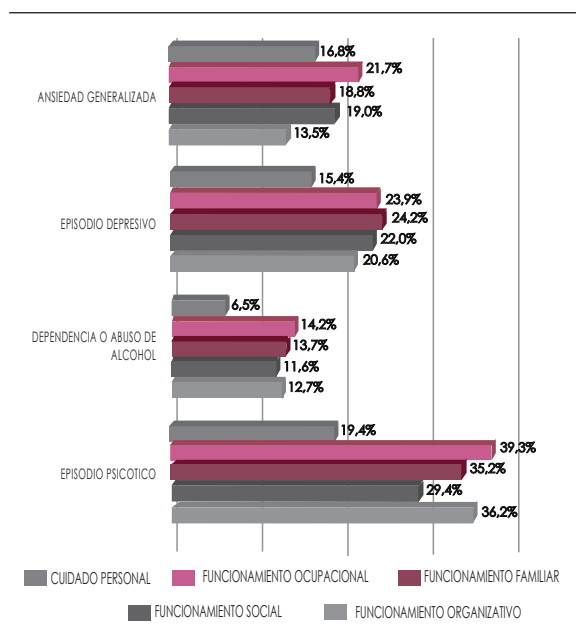
Relacionando el abuso y dependencia al alcohol con tipos de discapacidad, se observó mayor frecuencia de la discapacidad para el funcionamiento ocupacional, (14,2%), seguida de la discapacidad para el funcionamiento familiar (13,7%). Todos los tipos de discapacidad estuvieron asociados significativamente, pero como factores de protección. Finalmente, en el caso de la presencia anual de un síntoma psicótico con convencimiento de un mes, se mostró en primer lugar, la prevalencia de la discapacidad para el funcionamiento ocupacional (39,3%), seguida de la discapacidad para el funcionamiento organizativo (36,2%). Se observó una asociación significativa del síndrome psicótico con la discapacidad para el cuidado personal (OR: 3,5; IC:1,4 - 9,0), con el funcionamiento ocupacional (OR:4,2; IC:1,9 - 9,2), con el funcionamiento familiar (OR: 4,6; IC: 2,1 - 10,2), funcionamiento social (OR: 3,7; IC: 1,6 - 8,3), y con el funcionamiento organizativo (OR: 4,8; IC:2,3 - 10,4).

La Figura 2 muestra las prevalencias de los tipos de discapacidad asociados con los trastornos de ansiedad generalizada, episodio depresivo, abuso y dependencia al alcohol y la presencia de un síntoma psicótico con convicción durante un mes. Representa gráficamente las magnitudes de los tipos de la discapacidad configurando un perfil de estos, con relación a cada uno de los trastornos mentales, descritos en la Tabla 8.

**TABLA 8.**  
**PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA EN RELACIÓN A LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN LA SIERRA PERUANA 2003**

DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA		N	(IC95%)	OR (IC95%)
<b>PREVALENCIA DE TAG PURA SIN DEPRESIÓN (N= 89)</b>				
CUIDADO PERSONAL	ALGUNA	13	<b>16,8 (8,0 - 31,8)</b>	0,6 (0,2 - 1,4)
	NINGUNA	76	83,2 (68,2 - 92,0)	
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	ALGUNA	20	<b>21,7 (13,7 - 32,6)</b>	0,8 (0,5 - 1,5)
	NINGUNA	69	78,3 (67,4 - 86,3)	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ALGUNA	17	<b>18,8 (10,9 - 30,5)</b>	0,9 (0,5 - 1,8)
	NINGUNA	72	81,2 (69,5 - 89,1)	
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	ALGUNA	32	<b>19,0 (10,6-31,8)</b>	0,8 (0,4 - 1,6)
	NINGUNA	121	81,0 (68,2-89,4)	
FUNCIONAMIENTO ORGANIZATIVO	ALGUNA	12	<b>13,5 (7,4 - 23,3)</b>	1,3 (0,7 - 2,5)
	NINGUNA	77	86,5 (76,8 -92,6)	
<b>PREVALENCIA ACTUAL DE EPISODIO DEPRESIVO (N= 147)</b>				
CUIDADO PERSONAL	ALGUNA	25	<b>15,4 (9,8 - 23,3)</b>	1,7 (0,9 - 3,1)
	NINGUNA	122	84,6 (76,7 -90,2)	
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	ALGUNA	39	<b>23,9 (17,0 -32,5)</b>	1,4 (0,9 - 2,3)
	NINGUNA	108	76,1 (67,5 -83,0)	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ALGUNA	38	<b>24,2 (17,4 - 32,5)</b>	1,7 (1,1 - 2,8)
	NINGUNA	108	75,8 (67,5 -82,6)	
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	ALGUNA	32	<b>22,0 (14,7 - 31,7)</b>	1,8 (0,9 - 3,2)
	NINGUNA	115	78,0 (68,3, 85,3)	
FUNCIONAMIENTO ORGANIZATIVO	ALGUNA	41	<b>26,0 (18,6 -35,1)</b>	2,2 (1,3 -3,8)
	NINGUNA	106	74,0 (64,9 - 81,5)	
<b>ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL 12 MESES (N= 322)</b>				
CUIDADO PERSONAL	ALGUNA	26	<b>6,5 (4,0 - 10,3)</b>	0,3 (0,2- 0,6)
	NINGUNA	296	93,5 (89,7 - 96,0)	
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	ALGUNA	53	<b>14,2 (10,2 - 19,5)</b>	0,4 (0,3 - 0,7)
	NINGUNA	269	85,8 (80,5 - 89,8)	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ALGUNA	45	<b>13,7 (9,4 - 19,4)</b>	0,5 (0,3 - 0,9)
	NINGUNA	277	86,3 (80,6 -90,6)	
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	ALGUNA	42	<b>11,6 (8,1 - 16,4)</b>	0,5 (0,3 - 0,8)
	NINGUNA	275	88,4 (83,6 - 92,0)	
FUNCIONAMIENTO ORGANIZATIVO	ALGUNA	47	<b>12,7 (8,4 - 18,5)</b>	0,5 (0,3 - 0,9)
	NINGUNA	275	87,3 (81,5 - 91,6)	
<b>PREVALENCIA ANUAL DE PSICOSIS CON AL MENOS UN CRITERIO CORREGIDO POR CONVENCIMIENTO Y AL MENOS 1 MES (N= 44)</b>				
CUIDADO PERSONAL	ALGUNA	7	<b>19,4 (8,8 - 37,6)</b>	3,5 (1,4 - 9,0)
	NINGUNA	37	80,6 (62,4 - 91,2)	
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	ALGUNA	14	<b>39,3 (22,8 - 58,6)</b>	4,2 (1,9 - 9,2)
	NINGUNA	29	60,7 (41,4 - 77,2)	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ALGUNA	13	<b>35,2 (19,8 - 54,5)</b>	4,6 (2,1 - 10,2)
	NINGUNA	31	64,8 (45,5 - 80,2)	
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	ALGUNA	11	<b>29,4 (15,7 - 48,2)</b>	3,7 (1,6 - 8,3)
	NINGUNA	33	70,6 (51,8 - 84,3)	
FUNCIONAMIENTO ORGANIZATIVO	ALGUNA	13	<b>36,2 (21,2 - 54,6)</b>	4,8 (2,3 - 10,4)
	NINGUNA	31	63,8 (45,5 - 78,8)	

**FIGURA 2.**  
**PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA POR TIPOS SEGÚN LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES**



La Tabla 9 muestra los resultados del análisis de regresión logística entre la discapacidad e inhabilidad juntas, con las variables sociodemográficas y la prevalencia de los principales trastornos mentales estudiados en las tres ciudades de la Sierra Peruana, controlando el efecto de la edad, el sexo, el grado de estudios y la pobreza. Se reveló la asociación entre cada uno de cuatro trastornos mentales y la discapacidad e inhabilidad, así como su capacidad predictiva para generar discapacidad. Los adultos que reunieron criterios para alguno de los cuatro trastornos mentales estudiados, mostraron un riesgo estadísticamente significativo de presentar algún tipo y grado de discapacidad. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada tuvieron el riesgo de presentar 2,73 veces la posibilidad de tener algún tipo y grado de discapacidad, en comparación con los que no tuvieron este trastorno. Los adultos con episodio depresivo actual tuvieron 1,91 veces la posibilidad de tener algún tipo y grado de discapacidad, en comparación a los que no presentaron este trastorno mental. Los adultos que cumplieron los criterios para abuso y dependencia de alcohol, mostraron 1,58 veces la posibilidad de presentar algún tipo y grado de discapacidad, en relación con los que no reunieron estos criterios

diagnósticos. Los adultos con presencia de un síntoma psicótico con convencimiento durante un mes, mostraron 3,09 veces la posibilidad de presentar algún tipo y grado de discapacidad en comparación a los que no presentaron este síntoma.

Cuando se buscó la asociación de las limitaciones para el funcionamiento sin diferenciar, vale decir con discapacidad e inhabilidad juntos de las tres ciudades, se encontró que los adultos mayores de 60 años tuvieron 2,26 veces más la probabilidad de tener algún tipo y grado de limitación para el funcionamiento, comparado con los adultos de 18 a 24 años. Los adultos sin ningún grado de instrucción o con nivel preescolar tuvieron 1,74 veces la posibilidad de presentar algún grado de discapacidad o inhabilidad en relación con los que tenían nivel superior universitario. Adicionalmente, los adultos considerados pobres, tuvieron 1,35 veces más posibilidades de presentar algún tipo y grado de discapacidad o inhabilidad en comparación con los no pobres (Tabla 9).

**TABLA 9.**  
**DISCAPACIDAD E INHABILIDAD EN RELACIÓN A LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS Y LOS TRASTORNOS MENTALES EN LAS CIUDADES DE CAJAMARCA, HUARAZ Y AYACUCHO 2003**

FACTORES	MUESTRA (N=3853)	DISCAPACIDAD		
		OR AJUSTADO	(IC95%)	
			LI	LS
<b>EDAD (AÑOS)</b>				
DE 60 O MÁS	325	2,265	1,542	3,327
DE 45 A 59	574	0,897	0,646	1,247
DE 25 A 44	1974	0,743	0,581	0,951
DE 18 A 24	980	1,00	-	-
<b>SEXO</b>				
MASCULINO	1589	0,868	0,692	1,089
FEMENINO	2264	1,00	-	-
<b>GRADO DE ESTUDIOS</b>				
NINGUNO/PREESCOLAR	237	1,747	1,047	2,915
PRIMARIA	753	1,187	0,769	1,832
SECUNDARIA/BACHILLERATO	1227	0,962	0,669	1,383
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	733	1,111	0,767	1,607
SUPERIOR UNIVERSITARIA	903	1,00	-	-
<b>POBREZA</b>				
POBRE EXTREMO	75	1,277	0,871	1,873
POBRE	159	1,359	1,064	1,736
NO POBRE	356	1,00	-	-
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA</b>				
PRESENTE	153	2,736	1,659	4,512
AUSENTE	3700	1,00	-	-



FACTORES	MUESTRA (N=3853)	DISCAPACIDAD		
		OR AJUSTADO	(IC95%)	
			LI	LS
<b>EPISODIO DEPRESIVO</b>				
PRESENTE	146	1,916	1,214	3,022
AUSENTE	3707	1,00	-	-
<b>ABUSO / DEPENDENCIA DE ALCOHOL</b>				
PRESENTE	322	1,586	1,128	2,23
AUSENTE	3531	1,00	-	-
<b>UN SÍNTOMA PSICÓTICO CON CONVENCIMIENTO</b>				
PRESENTE	43	3,097	1,322	7,256
AUSENTE	3810	1,00	-	-

## Discusión

El presente es un estudio a profundidad sobre la discapacidad e inhabilidad dentro del Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003<sup>(15)</sup>. Es parte de la línea de estudios epidemiológicos desarrollados por el INSM "HD-HN"<sup>(14,15,19)</sup>. Se ha desarrollado a partir de una muestra poblacional en la que se identificó a través del MINI a personas con uno o más trastornos mentales, así como a personas supuestamente sanas y que a su vez respondieron a las preguntas sobre discapacidad e inhabilidad, desde la perspectiva de la autopercepción del encuestado. En este sentido, se hace posible la evaluación del funcionamiento, todavía desde una perspectiva negativa (limitaciones en el funcionamiento), tanto en las personas con uno o más trastornos mentales como sin estos.

Este estudio revela la magnitud de la discapacidad e inhabilidad como un problema de salud pública en la población estudiada, información inédita y útil que debe ser conocida al margen del tiempo de su publicación, no solo por su valor histórico, sino como una línea base para posteriores investigaciones.

En relación a las limitaciones, es importante precisar que la discapacidad psiquiátrica e inhabilidad no derivan de la evaluación directa del funcionamiento de las personas con o sin algún trastorno mental, sino que es inferida a través de una metodología epidemiológica. La discapacidad encontrada, podría involucrar la inhabilidad previa que podría haber tenido una persona antes de enfermar psiquiátricamente, además de la discapacidad derivada de una o más enfermedades físicas concomitantes o resueltas que no se han identificado, así como algún trastorno mental previo y que pudiera haber remitido. De forma similar, las personas con inhabilidad, podrían tener limitaciones por la falta de desarrollo de habilidades relacionadas

a su entorno físico y cultural, tanto como a consecuencia de pródromos de algún trastorno mental o como secuelas de algún trastorno mental previo que pudiera haber remitido, tanto como por alguna enfermedad física.

La prevalencia de la discapacidad psiquiátrica e inhabilidad (21,2%), fue ligeramente menor, en comparación con la de Lima Metropolitana y Callao (26,5%) en el año 2002<sup>(14)</sup>, lo que podría explicarse porque Lima tenía una mayor prevalencia de trastornos mentales, propio de un área urbana y capitalina.

Al comparar la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica e inhabilidad en las ciudades representativas de la Sierra Peruana, se encontró que la ciudad de Ayacucho presentaba los índices más altos (37,5%), debido probablemente a la alta prevalencia de trastornos mentales asociados con su exposición a la violencia política, a lo largo de dos décadas. Llama la atención la baja prevalencia de la discapacidad psiquiátrica e inhabilidad en la ciudad de Cajamarca (6,9%), a pesar de ser uno de los departamentos más pobres del país. Esta podría relacionarse con una baja prevalencia de los trastornos mentales y problemas de salud mental encontrados en esta ciudad<sup>(15)</sup>.

La prevalencia de la discapacidad psiquiátrica (31,1%) y la de la inhabilidad (19,2%) en la población adulta de las tres ciudades de la Sierra Peruana, difieren en casi un tercio más a favor de la primera, sin embargo, la prevalencia de la inhabilidad afecta aproximadamente a la quinta parte de la población en estudio. También llama la atención, que la relación de la discapacidad e inhabilidad entre sus diferentes tipos, mantiene una diferencia en casi un tercio a la mitad (Figura 1). Esto podría sugerir que el desarrollo de habilidades podría guardar un patrón cultural en la población, y que la aparición de la discapacidad psiquiátrica en las personas afectadas, limitaría el desempeño de las habilidades adquiridas siguiendo el mismo patrón.

Por otro lado, la prevalencia de los tipos de discapacidad psiquiátrica afecta el funcionamiento en el siguiente orden: el funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar, funcionamiento organizativo, funcionamiento social y el cuidado personal. Para el caso de la inhabilidad, siguen casi el mismo orden, salvo que la inhabilidad para el funcionamiento organizativo está en el segundo

lugar, seguido del funcionamiento familiar, social y del cuidado personal.

En cuanto a la prevalencia de la discapacidad asociada a los principales trastornos mentales, sin tener en cuenta la prevalencia actual y anual de los mismos, se muestra el primer lugar para la presencia de un síntoma psicótico con convencimiento (49,8%), seguida del TAG (42,8%), el episodio depresivo (36,3%) y finalmente, la dependencia y abuso de alcohol (25,6%). En un artículo derivado de una encuesta de salud mental y bienestar llevada a cabo en Australia, utilizando una metodología similar, pero con instrumentos diferentes, mostraron la prevalencia actual de la discapacidad psiquiátrica asociada a los principales trastornos mentales con valores más o menos similares<sup>(27)</sup>, siendo los del estudio de las tres ciudades de la sierra peruana un poco más altos, con excepción de la dependencia y abuso a alcohol. Si bien los resultados de psicosis se refieren a la presencia de por lo menos un síntoma psicótico con convencimiento y duración de por lo menos un mes, se ha reportado que el nivel más alto de discapacidad está asociado a esquizofrenia, trastorno esquizotípico y delusional<sup>(28)</sup>.

Sanne, et al. han señalado que los trastornos de ansiedad están asociados a altos niveles de discapacidad y dentro de ellos, el TAG ocupa el tercer lugar, después del trastorno de ansiedad múltiple y el trastorno de ansiedad social<sup>(29)</sup>. En el estudio de la sierra peruana, el TAG tiene el segundo lugar en comparación con los demás trastornos mentales estudiados, lo que evidencia la importancia del impacto negativo en el funcionamiento de las personas que lo padecen. En un estudio publicado en el año 2007, utilizando un instrumento diferente para medir la discapacidad, se encontró que la discapacidad estaba asociada significativamente a la dependencia al alcohol<sup>(30)</sup>; sin embargo, nuestros resultados, en el análisis bivariado con el abuso y dependencia al alcohol (25,6%), no mostraron una asociación significativa con la discapacidad psiquiátrica; sin embargo, esto cambia cuando se somete a una regresión logística controlada por las variables sociodemográficas como veremos más adelante.

La distribución de la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica por tipos, asociada a cada uno de los trastornos mentales estudiados (Tabla 8), muestra un perfil de la discapacidad que puede tener utilidad en el desarrollo

de programas de rehabilitación psiquiátrica (Figura 2). En el caso del TAG, cuando se evaluó por separado su relación con los tipos de discapacidad, no se encontraron asociaciones significativas. El episodio depresivo, solo se asoció significativamente con la presencia de alguna discapacidad en el funcionamiento familiar y organizativo. La presencia de un síntoma psicótico con convencimiento de un mes se asoció significativamente con cada uno de los cinco tipos discapacidad.

Con relación al abuso y dependencia del alcohol, cuando la discapacidad psiquiátrica se desagrega por tipos, se encontraron asociaciones significativas con cada uno de los tipos de discapacidad, pero en sentido protector, lo cual, llama la atención. Sin embargo, este efecto parece corregirse cuando se evalúa la asociación a través de la regresión logística, como veremos más adelante.

No se han encontrado estudios que evalúen la inhabilidad, debido a que este concepto lo estamos introduciendo en el campo de la salud mental, como una condición negativa del funcionamiento, en personas sin trastornos mentales y supuestamente sanas.

La evaluación de la relación entre las limitaciones del funcionamiento (discapacidad e inhabilidad juntas) y cada uno de los trastornos mentales estudiados (TAG, episodio depresivo, abuso y dependencia del alcohol y la presencia de síntomas psicóticos con convencimiento), mediante un análisis estratificado, en todos los casos mostraron asociaciones significativas entre la discapacidad psiquiátrica y cada uno de los cuatro trastornos mentales, controlando los posibles efectos confusores de las características demográficas, edad, sexo, grado de estudios y pobreza (Tabla 9).

Se observa, que la presencia de un síntoma psicótico con convencimiento de un mes estuvo fuertemente asociado con la discapacidad, lo cual es concordante con los reportes de discapacidad en la esquizofrenia, en los que se señala que está entre las diez principales causas de discapacidad en el mundo<sup>(31)</sup>, además, junto al trastorno esquizoafectivo, generan una significativa discapacidad<sup>(32)</sup>. Se observa también que el TAG esté en el segundo lugar en generar discapacidad o inhabilidad, seguido de la depresión. En los Estados Unidos se ha descrito que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes e incapacitantes<sup>(33)</sup>. Se ha señalado que el TAG produce la discapacidad

más grave, en comparación con el trastorno de ansiedad no generalizado y la fobia social<sup>(34)</sup>. Respecto a la depresión, se ha reconocido que el trastorno depresivo mayor es la causa principal de discapacidad en todo el mundo y que a lo largo de la vida afecta a una de cada cinco personas<sup>(35)</sup>. Estos resultados muestran que la discapacidad psiquiátrica, no solo es potestad de los trastornos mentales mayores.

En el caso de la asociación entre discapacidad y abuso y dependencia al alcohol a 12 meses, se reveló una asociación significativa entre ambas. En este caso, al parecer, el control del posible efecto confusor por las variables sociodemográficas, mostró una asociación significativa, más acorde con la realidad, en comparación al análisis bivariado previo. En este sentido, se ha reportado que el alcoholismo genera disfunción cognitiva y deterioro de la memoria a largo plazo tanto como una sustancial discapacidad<sup>(36)</sup>. Por otro lado, las personas que consumen alcohol tienen comorbilidades con ansiedad y depresión, a veces inducidos o agravados por el consumo de alcohol y otras veces, con trastornos mentales que requieren tratamiento independiente<sup>(37)</sup>, incluyendo los trastornos del espectro de la esquizofrenia<sup>(32)</sup>, lo que a su vez puede contribuir a incrementar la discapacidad generada por el alcoholismo.

En relación a la asociación de las limitaciones del funcionamiento como discapacidad e inhabilidad juntas, en las tres ciudades de la Sierra peruana, con las variables sociodemográficas, resultó comprensible, que el tener 60 a más años de edad, ningún grado o grado precolar de estudios y tener el nivel de pobre, tengan 1,54; 1,04 y 1,35 veces la posibilidad de tener discapacidad o inhabilidad en la población de las tres ciudades, en comparación con quienes no tienen esa condición (Tabla 9). Para el caso de la discapacidad, estas condiciones sociodemográficas forman parte de la problemática con la discapacidad en general<sup>(1)</sup>. Para el caso de la inhabilidad, se desconoce la aplicación previa de este concepto.

## Conflicto de Intereses

No existen conflictos de interés.

## Conclusiones

Los resultados de esta investigación contribuyen a poner en evidencia la magnitud de la discapacidad psiquiátrica y la inhabilidad, en tres de las principales ciudades de la

Sierra Peruana en el año 2003. Revelan que la discapacidad está asociada significativamente a los trastornos mentales estudiados y que los tipos de discapacidad varían según estos, sugiriendo perfiles específicos por patología con utilidad para los programas de rehabilitación psiquiátrica.

El estudio revela además, desde un punto de vista poblacional, que la discapacidad e inhabilidad son condiciones de salud prevalentes en la población estudiada y requieren de un adecuado afronte a través de la recuperación o desarrollo de habilidades y competencias, con políticas, programas y servicios de rehabilitación psiquiátrica, así como de desarrollo humano y salud mental. En este sentido, se hace necesario que la evaluación del funcionamiento sea una condición indispensable en los servicios de salud mental del sistema de atención de la salud, no solo en los aspectos negativos (discapacidad e inhabilidad) si no de manera especial en el aspecto positivo (Funcionamiento - Salud), como parte de la evaluación de la condición salud mental propiamente dicha, lo cual permitirá confirmar o correlacionar los datos poblacionales con los datos de la práctica clínica, en apoyo a la solución de la problemática implícita, mejorar los índices de calidad de vida de las personas afectadas y en consecuencia, las condiciones de salud y desarrollo del país.

## Anexo

### A. Escala de discapacidad/ inhabilidad.

#### *Correspondencia*

Julio Huamán Pineda  
Jr. Eloy Espinoza Saldaña N° 709  
Urb. Palao  
Lima, 31. Perú  
Teléfono fijo: (511) 6149201  
Email: [jhuaman@insm.gob.pe](mailto:jhuaman@insm.gob.pe)

## Referencias

1. Banco Mundial [Internet]. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud, 2011. [Citado el 12 de enero del 2015]. Disponible en : [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/)
2. OMS. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Clasificación Internacional de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Artergraf, 1986.
3. MINSA, OPS/OMS, CONAIL. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad. Revisión Española. Primera Revisión en el Perú. Lima, 1990.

4. OMS/OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF. Organización Mundial de la Salud, 2001
5. Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med.* 1997; 27(2):93-105.
6. Liberman RP. Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia: Overcoming Disability and Handicap. Symposium Current Problems and Strategies for the Treatment of Schizophrenia. 140th Annual Meeting, American Psychiatric Association. Chicago, Illinois. May 12, 1987.
7. Jablensky A, Schwartz R, Tomov T. WHO collaborative study on impairments in the disabilities associated with schizophrenic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 62 (suppl 285): 152-159, 1980. In: Sartorius N, Girolamo G, Andrews G, Allen German G, Eisenberg L. Treatment of Mental Disorders. A Review of Effectiveness. Published on behalf of The World Health Organization by American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC. London, England, 1993.
8. Bland RC. Psychiatry and the burden of mental illness. *Can J Psychiatry.* 1998; 43(8):801-10.
9. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. [Internet]. World Mental Health; problems and priorities in low income countries. Oxford: Oxford University Press, 1995. [Citado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: [http://books.google.com.pe/books?id=6AkE52aoFv0C&pg=PA15&source=gbs\\_toc\\_r&cad=4#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=6AkE52aoFv0C&pg=PA15&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false)
10. Olfson M, Fireman B, Weissman M, Leon A, Sheehan D, et al. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1734-1740.
11. Gallo JJ, Lebowitz BD. The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: themes for the new century. *Psychiatr Serv.* 1999 Sep; 50(9): 1158-66.
12. Jenkins R. Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 1998;7(2):120-6.
13. Goering P, Lin E, Campbell D, Boyle MH, Offord D. Psychiatric disability in Ontario. *Can J Psychiatry* 1996; 41(9):564-71.
14. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideoy Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, Informe General. *Revista Anales de Salud Mental.* 2002; XVIII(1-2):1-200.
15. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideoy Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2003; XIX(1-2). Lima.
16. Janca A, Kastrup M, Katschnig H, López-Ibor JJ Jr, Mezzich J E, Sartorius N. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a toll for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1996; 31:349 -354.
17. Huamán J, Alburquerque F, Guillén R. Manual de Terapia Multifamiliar: Una guía para que la familia contribuya a la rehabilitación de las personas con discapacidad derivadas de un trastorno mental. Primera edición. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideoy Noguchi". 2011.
18. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideoy Noguchi". "Confiabilidad y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima y la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental.* 2009; XXV Supl1:S1-S260.
19. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideoy Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2005; XXI(1-2):1-214.
20. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora L, Lépine J, Baker R, Shehann K, Knapp, Sheehan (2001). Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.
21. 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:S22-S33.
22. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor FF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry,* 1998;45(12):1069-1077.
23. Patricia Amorim. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.
24. Kadri N, Agoub M, El Gnaoui S, Mchichi Alami Kh, Hergueta T, Moussaoui D. Moroccan colloquial Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): qualitative and quantitative validation. *Eur Psychiatry.* 2005; 20: 193-195.
25. Pinninti N, Madison H, Musser E, Rissmiller D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *Eur Psychiatry.* 2023;Nov; 18: 361-364.
26. SPSS. Versión 1.0. Copyrighte 2004. SPSS inc.
27. Sanderson, Kristy; Andrews, Gavin. Prevalence and Severity of Mental Health-Related Disability and Relationship to Diagnosis. *Psychiatr Serv.* 2002 Jan; 53(1).
28. Ning Li, Gong Chen, Wei Du, Xinming Song, Lei Zhang, Xiaoying Zheng. Population-level prevalence estimate and characteristics of psychiatric disability among Chinese adults. *J Psychiatr R.* 2011; 45:1530 - 1534.
29. Hendriks SM, Spijker J, Licht CM, Beekman AT, Hardeveld F, de Graaf R, et al. Disability in anxiety disorders. *J Affect Disord.* 2014 Sept; 166:227-233.
30. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 Jul; 64(7):830-42.
31. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet.* 2004;363(9426):2063-2072. doi:10.1016/S0140-6736(04)16458-1
32. Archibald L, Brunette MF, Wallin DJ, Green AI. Alcohol Use Disorder and Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Alcohol Res.* 2019;40(1):arcr.v40.1.06. Published 2019 Dec 20. doi:10.35946/arcr.v40.1.06.
33. Murrrough JW, Yaqubi S, Sayed S, Charney DS. Emerging drugs for the treatment of anxiety. *Expert Opin Emerg Drugs.* 2015;20(3):393-406. doi:10.1517/14728214.2015.1049996
34. Westenbergh HG. The nature of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 17:S20-S26.
35. Ménard C, Hodes GE, Russo SJ. Pathogenesis of depression: Insights from human and rodent studies. *Neuroscience.* 2016; 321:138-162. doi:10.1016/j.neuroscience.2015.05.053
36. Zorumski CF, Mennerick S, Izumi Y. Acute and chronic effects of ethanol on learning-related synaptic plasticity. *Alcohol.* 2014; 48(1):1-17. doi:10.1016/j.alcohol.2013.09.045
37. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones;* 14 Supl 1. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/524/519> 28.02.122

## ANEXO A. ESCALA DE DISCAPACIDAD/INHABILIDAD

### AHORA TE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE TUS ACTIVIDADES DIARIAS

	NINGUNA	LEVE	MODERADO	SEVERO	NO RESPONDE
A. ¿TIENES DIFICULTADES PARA MANTENER REGULARMENTE EL ASEO DE TU CUERPO, SU ALIÑO O ARREGLO PERSONAL?	1	2	3	4	5
B. ¿TIENES DIFICULTADES PARA DESEMPEÑAR EFICIENTEMENTE TUS OCUPACIONES (ESTUDIOS, TRABAJOS, O CASA)?	1	2	3	4	5
C. ¿TIENES DIFICULTADES PARA ASUMIR Y DESEMPEÑAR SATISFACTORIAMENTE TUS FUNCIONES COMO MADRE, PADRE, ESPOSO(A) O HIJO(A)?	1	2	3	4	5
D. ¿TIENES DIFICULTADES PARA RELACIONARTE CON TUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS Y PERSONAS EN GENERAL?	1	2	3	4	5
E. ¿TIENES DIFICULTADES PARA ORGANIZAR Y EJECUTAR TUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA?	1	2	3	4	5