

ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO AL

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD MENTAL EN AYACUCHO

2003

INFORME GENERAL

VOLUMEN XX

AÑO 2004

NÚMEROS 1 Y 2

ISSN-1023-389X

Anales de Salud Mental es una publicación del Instituto Especializado 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: 4820206 ; Fax: 482-9806
E-mail: insmhdhn@minsa.gob.pe

Se recomienda citar este documento como:

Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho 2003. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XX. Año 2004, Número 1 y 2. Lima
ISSN - 1023-389X

Participaron principalmente en la elaboración de este informe: Dr. Javier E. Saavedra, Dr. Santos Gonzales, Dr. Rolando Pomalima, Dr. Yuri Cutipe, Lic. Yolanda Robles, Dr. Raúl Díaz, Lic. Violeta Vargas, Dra. Vilma Paz, Lic. Flor Alburquerque, Dr. Eduardo Bernal, Dra. Rommy Kendall. Se agradece la colaboración mecanográfica de la Srta. Milagros Ramírez, Srta. Jessica Pozo, Srta. Flor Ortiz y Srta. Sheilla Perez

ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú-2003-Volumen XIX. Nos. 1 y 2

PUBLICACIÓN OFICIAL DEL
INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
"Honorio Delgado — Hideyo Noguchi"

COMITÉ EDITORIAL

Editor

Dr. Javier Saavedra Castillo

SECRETARIA DE EDICIÓN

Lic. Flor Alburquerque Jaramillo

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Dr. Santiago Stucchi Portocarrero

MIEMBROS

Dr. Manuel Arellano Kanashiro

Dr. Eduardo Bernal García

Mg. D.Vilma Chuchón Calle

Dr. Yuri Cutipé Cárdenas

Dr. Santos González Farfán

Dr. Santiago Márquez Manrique de Lara

Lic. María Mendoza Vilca

Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

Lic. Yolanda Robles Arana

Dr. J. Cesar Sotillo Cevallos

Lic. Emir Valencia Romero

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

Dr. Javier Mariátegui

Lic. Delicia Ferrando

Dr. Pablo Macera

Dr. Agustín Montoya

Dra. María Antonieta Silva

Rev. Felipe McGregor ✉

Dr. Moisés Lemlij

Ing. Wilfredo Mormontoy

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Dr. Renato Alarcón (Alabama, U.S.A.)

Dr. Juan E. Mezzich (Nueva York, U.S.A.)

Dr. Germán Berrios (Cambridge, Inglaterra)

Dr. Juan C. Negrete (Montreal, Canadá)

Dr. Eugene B. Brody (Maryland, U.S.A.)

Dr. Pierre Pichot (París, Francia)

Dr. Carlos Castilla del Pino (Córdoba, España)

Dr. Guillermo Vidal (Buenos Aires, Argentina)

Dra. Raquel Cohen (Miami, U.S.A.)

Dr. Moisés Gaviria (Chicago, U.S.A.)

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

DRA. PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

DR. EDUARDO ZORRILLA SAKODA
Vice-Ministro de Salud

DIRECTORIO DEL IESM

DR. MARTÍN NIZAMA VALLADOLID
Director General del IESM

DR. NOE YACTAYO GUTIÉRREZ
Director Adjunto del IESM

DR. ABEL HUAMÁN AURIS
Director Administrativo del IESM

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

DR. SANTOS GONZÁLEZ FARFÁN
Director de la Oficina de Epidemiología

AUSPICIOS

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Departamento Académico de Psiquiatría

Asociación Psiquiátrica Peruana

RESPONSABLES DEL ESTUDIO, ÁREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES

COORDINADOR GENERAL DEL ESTUDIO

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

COORDINADOR ADJUNTO DEL ESTUDIO

Dr. Santos Gonzáles Farfán

ÁREA DE ACCESO A SERVICIOS

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

ÁREA DE ADICCIONES

Dr. Martín Nizama Valladolid

ÁREA DE CONDUCTAS SUICIDAS

Dr. Freddy Vásquez Gómez

Dr. Luis Matos Retamozo

Lic. Ysela Nicolás

ÁREA DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA

Dr. Julio Huamán Pineda

ÁREA DE EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

Dr. Santos Gonzáles Farfán

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

ÁREA DE POBREZA Y SALUD MENTAL

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

Dr. César Arellano Kanashiro

ÁREA DE PSICOGERIATRÍA

Dra. Vilma Paz Schaeffer

Dra. Mariella Guerra Arteaga

ÁREA DE CALIDAD DE VIDA

Lic. Yolanda Robles Arana

Lic. Cesar Malpartida

ÁREA DE SALUD MENTAL GENERAL

Dr. Cesar Arellano Kanashiro

Dr. Santos Gonzáles Farfán

ÁREA SOCIOCULTURAL Y DESASTRES

Dr. Eduardo Bernal

ÁREA DE TRASTORNOS AFECTIVOS

Dr. Abel Sagástegui Soto

Dr. Luis Matos Retamozo

Dr. Horacio Vargas Murga

ÁREA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dr. Javier E. Saavedra Castillo

ÁREA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dr. Rolando Pomalima Rodríguez

ÁREA DE TRASTORNOS PSICÓTICOS

Dr. Santiago Stucchi Portocarrero

Dr. Ricardo Chirinos Quiroz

ÁREA DE VIOLENCIA FAMILIAR

Dr. Raúl Díaz Sifuentes

Lic. Violeta Vargas

OTROS INVESTIGADORES COLABORADORES INVITADOS

Dr. Enrique Galli

Dr. Jorge Castro Morales

EQUIPO DE LA ENCUESTA

Consultor del Estudio - Diseño de la Muestra

Alberto Padilla Trejo

Consultora de Procesos Informáticos - Control de Calidad

Olinda Yaringaño

Jefe de Operación de Campo

Leoncio Ernesto Quezada Carrillo

Coordinadores de Campo

Herón Arsenio Salazar Olivares (Ayacucho)

Enrique Castillo Florián (Cajamarca)

Mary Helen Reyes Díaz (Huaraz)

Supervisores de Campo

Flora Bendezú Gamboa

Maruja Cangana Gutiérrez

Milagros Roxana Castillo Gómez

Magaly Divizzia Acosta

Miriam Esquivel Carrán

Marybel Galarreta Achahuanco

Sandra Elena Gómez Plací

Yrma Ochoa Janampa

Reina Francisca Vallejos Pereyra

Encuestadores

Jhuliana Alfaro Ramos

Doris Amelia Angulo Reyes

Flor De María Araujo Colquehuanca

Luz María Ayala Cobeñas

Valeriana Nivia Benites Huerta

Mónica Robertina Campos Rodríguez

Gaby Cárdenas Aquino

Mónica De La Cruz Flores

Edgar Saúl Gómez Ordóñez

Anita Malca Gutiérrez

Gloria Illescas Ayme

Mary Cecilia Martel Atencia

Patricia Graciela Martel Veramendi

Diana Rosario Molina Rondan

Gloria Morote Contreras

Gloria Marilú Ore Medina

Ana Antonia Pariahuaman Herrera

Yuly Sadith Pedraza Gómez

Jenny Patricia Pérez Hernando

Janeth Torres Reynaga

Angélica Rodríguez Zuta

Susana Ruiz Rubio

María Teresa Sandoval Pacahuala

Beatriz Ubaldo Jamanca

Lina América Valverde González

Luz Velarde Montalvo

Miram Diana Vera Placencia

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio representa una confirmación de nuestra visión y misión, y el compromiso asumido por la Institución en bien de la salud mental del país. El esfuerzo realizado en el estudio epidemiológico realizado en Lima dejó huellas imborrables en todos y cada uno de los participantes, desde los investigadores hasta el personal de campo y no ha hecho sino estimular aún más a cada uno en su desempeño en el presente estudio. Por ello, deseamos reconocer este nuevo esfuerzo con el riesgo de caer en omisiones no deliberadas.

Antes que nada, deseamos expresar nuestro profundo reconocimiento a las miles de personas entrevistadas, quienes en representación de la población, supieron comprender la importancia de su colaboración para el beneficio de la colectividad. A ellos les agradecemos su paciencia, su valioso tiempo y en especial su cariño y hospitalidad. Cada ciudad ha sabido hacer sentir su encanto a todos y cada uno de los participantes, por ello muchas gracias.

A todos los miembros del Comité Ejecutivo de Investigación y de las áreas especializadas por su afán inquisitivo y desinteresada entrega por conocer la realidad de la salud mental en nuestra sociedad y que siguen creyendo en esta empresa. Al Dr. Enrique Galli, quien nos facilitara las primeras versiones del MINI y quien desde el estudio de Lima colaborara en la validación del instrumento y con sus valiosos consejos.

A nuestro equipo de la administración institucional: Lic. Giovanna Ballón, Sr. Bacilio Da Costa, Sra. Mabel Pisco, Sr. Enrique Ticona, Lic. Irma Atalaya Chacón, Sra. María Mendoza Jesús; Sr. Efraín Montesinos, Sra. Maritza Zafra, Lic. Delia Zúñiga, quienes demostraron su experticia y profesionalismo todas las etapas de la investigación.

Al equipo de operación de campo: coordinadores, supervisores y encuestadores por su amor y dedicación al trabajo y por la interacción humana con los entrevistados y los investigadores, pues a través de ellos hemos aprendido algo más de nuestro Perú profundo.

A las secretarías Sra. Vilma Sotelo y Srta. Alicia Revilla, por sus sacrificios personales y familiares, y a las digitadoras por su empeño. A la Lic. Andrea Rubini, por su valiosa y desinteresada contribución en la revisión y corrección del cuestionario y los documentos de campo.

A todos los colegas de profesión de la institución y fuera de ella, por sus críticas positivas o negativas, pues en ambos casos nos han servido de mayor estímulo en la búsqueda de optimizar la calidad de los datos, a ellos un profundo agradecimiento.

LOS AUTORES

PRESENTACIÓN

Una de las conclusiones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, establece la necesidad de que las víctimas de la violencia política de las décadas comprendidas entre 1980 y el 2000, puedan tener la oportunidad de una recuperación integral, que incluye la provisión de tratamiento especializado para la recuperación de la salud mental. El Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado —Hideyo Noguchi” desea, a través de esta investigación, ofrecer un diagnóstico general de la situación de salud mental de la población de Ayacucho, brindando los elementos necesarios para iniciar dicha recuperación. En el año 2002, en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao, se estudiaron las características de la salud mental en la población: la prevalencia de trastornos mentales, discapacidad psiquiátrica e inhabilitación asociada a la salud mental, el uso de servicios, y la identificación de factores de riesgo y protección. Los resultados de este estudio epidemiológico confirmaron la relevancia de los problemas de salud mental para la salud pública y la importancia de considerar las variables socioeconómicas.

Con esta convicción nos hemos aproximado a la sierra peruana y en especial a la ciudad de Ayacucho, donde hemos confirmado la necesidad de continuar estos estudios epidemiológicos en otras regiones del país. La presente encuesta de salud mental es el primer estudio epidemiológico gubernamental en ciudades andinas: Ayacucho, Huaraz y Cajamarca. Tiene por objeto acercarse a la problemática de la salud mental en la región, focalizando su esfuerzo en las áreas más sensibles: la violencia hacia la mujer, la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas, la depresión y la ansiedad, la salud mental del adolescente y del adulto mayor. Se ha asumido la misma metodología utilizada en el estudio de Lima y el Callao. Esta investigación no tiene precedentes, puesto que se han seleccionado cuatro unidades de análisis del entorno familiar: un adulto, una mujer unida, un adolescente y un adulto mayor. De esta manera, se espera obtener una mejor visión del problema de la salud mental, desde una perspectiva familiar, permitiendo obtener información de mayor relevancia en las áreas en cuestión.

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003 forma parte del compromiso institucional de liderar la investigación y contribuir con el desarrollo de normas en salud mental, habiendo comprendido que sólo una acción organizada y bien orientada puede generar información de algún valor para el desarrollo de proyectos o programas coherentes con la realidad de la salud mental del país.

El presente informe es el segundo de una serie de cuatro publicaciones en materia de salud mental en la Sierra Peruana y muestra un panorama general de la salud mental de la población de la ciudad de Ayacucho. En la metodología se describen los objetivos generales en cada una de las áreas de estudio, cuyos resultados completos se irán presentando en los siguientes reportes. Muchos de estos indicadores servirán de base para su comparación con epidemiológicas ulteriores; y para poder vigilar tanto los factores de riesgo como los factores protectores involucrados.

Dr. Martín Nizama Valladolid

Director General del Instituto Especializado de Salud Mental
“Honorio Delgado —Hideyo Noguchi”
AYACUCHO

AYACUCHO

La ciudad de Ayacucho es la capital del departamento del mismo nombre. El departamento fue fundado el 26 de abril de 1822, tiene un área de 43 815 km² y 517 772 habitantes, consta de 11 provincias y 109 distritos. Su capital, Ayacucho, tiene 82 131 habitantes.

El departamento está dividido en tres zonas geográficas de manera natural, pues por él cruzan dos cordilleras de manera horizontal y oblicua: la zona del sur que corresponde a las altiplanicies en la que se encuentra la Laguna de Parinacochas (que significa en quechua “Laguna de las Pariguanas”, aves de plumaje blanco y rojo que viven en sus orillas y que migran hacia la costa; una central de abrupta serranía en la que crecen millares de cactus y una zona al noroeste de clima selvático-tropical. Su geografía variada ofrece también verdes valles y desoladas pampas como las de Cangallo, Quinua y Chupas.

Las crónicas indican que desde los tiempos remotos se establecieron los Pocras en Huamanga, provincia cuya capital es Ayacucho. El descubrimiento de fósiles en las Cuevas de Piquimachay y en los alrededores del pueblo de Paccaicasa demostrarían la existencia de pobladores en Ayacucho desde hace más de 20 000 años. Una cultura que tuvo un gran desarrollo fue la Wari, estableciéndose en lo que es hoy la provincia de Huanta, hasta que sufrieron la conquista en el periodo del Inca Wiracocha. La férrea resistencia que ofrecieron llevó a una gran matanza por parte del imperio incaico a tal punto que esta región fue denominada Ayacucho que en quechua significa “Rincón de Muertos”. A partir de los años 1200 a 1400 D.C., luego de la caída del viejo Imperio Wari, se establecen en Ayacucho un conjunto de pueblos, naciones y etnias entre los que se encuentran los *Chankas*, *Wuankas*, *Willcas*, *Uramarcas*, *Atunsullas*, *Andamarcas*, *Angaraes* y *Quinuallas*.

El clima, la tierra que permitía todo tipo de cultivos y la laboriosidad de sus gentes favoreció que los españoles decidieran establecerse en la región y es así que Alonso de Alvarado y Francisco de Cárdenas por mandato de Pizarro ubicaron esta zona pues además se encontraba entre Cusco y Lima y fundaron la Ciudad de Ayacucho en el año 1,539. En la esa época virreynal, en el año de 1677 se fundó la Universidad de San Cristóbal de Huamanga.

Dentro de la historia de la independencia resalta una mujer ayacuchana, es la heroína María Parado de Bellido y es precisamente en este departamento en el que reafirma y consolida la independencia del Perú y América en la famosa Batalla de Ayacucho el 9 de Diciembre de 1824. Otro personaje de la historia peruana nacido en Ayacucho fue Andrés Avelino Cáceres, héroe de la Guerra con Chile y Presidente de la República en 1886 y 1894

En la actualidad esta región al igual que en la época del incanato es un importante productor de papa y olluco. Las comidas típicas son el *Patachi*, *Mondongo Ayacuchano* y el *Puca-Picante*. La actividad artesanal produce las llamadas iglesias de barro, retablos, tallados en piedra de Huamanga, platería, tejidos y mates Burilados.

Ayacucho fue entre 1980 y 2000 escenario de la más cruenta violencia que jamás haya vivido nuestro país. Se dieron innumerables violaciones a los derechos humanos y la población se encontró ante dos frentes, por un lado, Sendero Luminoso y por otro el Ejército y la Policía. El resultado fue miles de personas, entre jóvenes y viejos, muertas, el resquebrajamiento de las comunidades campesinas, miles de millones en pérdidas materiales. El gobierno de Valentín Paniagua creó la Comisión de la Verdad y Reconciliación el 4 de julio del 2001, cuyas conclusiones pretenden dar inicio a una lenta reconstrucción material, anímica y espiritual.



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD MENTAL
EN AYACUCHO — 2003

INFORME GENERAL



ÍNDICE

DIRECTORIO DEL IESM	5
RESPONSABLES DEL ESTUDIO, ÁREAS E INVESTIGADORES PRINCIPALES	7
EQUIPO DE LA ENCUESTA	8
AGRADECIMIENTOS	9
PRESENTACIÓN	11
AYACUCHO	13
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD MENTAL EN AYACUCHO 2003	15
I. INTRODUCCIÓN	23
1.1 JUSTIFICACIÓN	24
II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL	24
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	28
2.7 TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD	28
2.8 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL	29
2.9 POBREZA Y SALUD MENTAL	29
2.10 EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL	30
2.11 ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y LA SALUD MENTAL	30
2.12 DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL	30
2.13 ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES	31
III. OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVOS GENERALES POR CAPÍTULOS	32
IV. METODOLOGÍA	33
4.1 TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO	33
4.2. DISEÑO MUESTRAL	33
4.2.1 Población de estudio	33
4.2.2 Niveles de Inferencia	33
4.2.3 Marco muestral y Unidades de muestreo	33

4.2.4	Estratificación	34
4.2.5	Tipo de muestra	34
4.2.6	Tamaño y distribución de la muestra	34
4.2.7	Unidades de análisis	34
4.2.8	Procedimientos de selección de la muestra	35
4.2.9	Criterios de inclusión de las personas que respondieron la encuesta	36
V.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	36
5.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS	36
5.2	ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	37
5.3	TRASTORNOS CLÍNICOS	38
5.4	DISCAPACIDAD E INHABILIDAD	38
5.5	MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS	39
5.6	RELACIONES INTRAFAMILIARES	39
5.7	FUNCIONES COGNOSCITIVAS	40
5.8	SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL	40
VI.	INSTRUMENTOS	41
6.1	DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL	42
6.1.1	Tipo de encuesta	42
6.1.2	Cobertura de la encuesta	42
6.2	MÉTODO DE LA ENTREVISTA	43
6.3	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	44
6.4	OBTENCIÓN DE INDICADORES DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD A PARTIR DE PROPIOS DATOS	45
6.5	ENTRENAMIENTO EN EL USO DE INSTRUMENTOS	45
6.6	CONSIDERACIONES ÉTICAS	45
VII.	PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO	46
VIII.	RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO	46
IX.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	47
RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO		49
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA		51
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS		55
EDAD		57
ESCOLARIDAD		57
ESTADO CIVIL		58
OCUPACIÓN		58
INGRESOS ECONÓMICOS		59

SALUD MENTAL DEL ADULTO	61
ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	61
Entorno general	61
Estresores psicosociales	63
Discriminación	65
Estados anímicos prevalentes	67
Satisfacción personal	68
Satisfacción laboral	69
Calidad de vida	70
Discapacidad o inhabilidad	70
Aspectos psicopáticos	71
Indicadores suicidas	71
Tendencia hacia la violencia	74
Factores protectores	74
TRANSTORNOS CLÍNICOS	75
Uso de sustancias	78
Trastornos clínicos según grupos etarios	80
POBREZA Y SALUD MENTAL	81
EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA	82
EVENTOS DE VIDA INFANTILES Y SALUD MENTAL	84
ACCESO A SERVICIOS	85
SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN LA SIERRA PERUANA	87
ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES	89

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS ENCUESTADAS

91

EDAD	93
ESCOLARIDAD	93
ESTADO CIVIL	94
OCUPACIÓN	94
INGRESOS ECONÓMICOS	94

SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA O ALGUNA VEZ UNIDA

97

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	97
Entorno General	97
Estresores Psicosociales	98
Estados anímicos	98
Satisfacción personal	99
Satisfacción laboral	99
Cohesión familiar	100
Calidad de vida	100
Indicadores suicidas	101
TRANSTORNOS CLÍNICOS	101
ABUSO EN LA MUJER UNIDA	102
Trato Inadecuado en el período de enamoramiento	102

Abuso hacia la mujer por parte de la pareja actual	103
Estresores psicosociales en la mujer maltratada sistemáticamente	105
Satisfacción personal en la mujer unida maltratada	106
Indicadores suicidas en la mujer unida maltratada	106
Factores protectores	108
Calidad de vida en las mujeres maltratadas sistemáticamente	108
Trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente	109

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS 111

EDAD	113
ESCOLARIDAD	113
ESTADO CIVIL	114
OCUPACIÓN	114

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE 115

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	115
Entorno general	115
Estresores psicosociales	116
Estados anímicos prevalentes	116
Satisfacción personal	118
Satisfacción laboral	118
Calidad de vida	119
Aspectos psicopáticos	119
Indicadores suicidas	120
Tendencia hacia la violencia	121
Factores protectores	122
TRANSTORNOS CLÍNICOS	122
Uso de sustancias	123
ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE	124
ACCESO A SERVICIOS	125

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS 127

EDAD	129
ESCOLARIDAD	129
ESTADO CIVIL	130
OCUPACIÓN	130

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR 131

ASPECTOS GENERALES	131
Estresores psicosociales	131
Estados anímicos prevalentes	131
Satisfacción personal	132

Satisfacción laboral	133
Calidad de vida	134
Discapacidad o inhabilidad	135
Indicadores suicidas	135
Episodio depresivo en el adulto mayor	136
Trastorno de ansiedad generalizada	136
Consumo de sustancias	136
DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR	137
MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR	138
ACCESO A SERVICIOS	138

CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO 141

ADULTOS	143
MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS	143
ADOLESCENTES	144
ADULTO MAYOR	145

ANEXO A 147

MÓDULOS EMPLEADOS EN EL ESTUDIO	149
---------------------------------------	-----

ANEXO B 155

ERRORES MUESTRALES Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN	157
---	-----

ANEXO C 185

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES EMPLEADAS EN EL ESTUDIO	187
---	-----

BIBLIOGRAFÍA 195

I. INTRODUCCIÓN

El contexto sociopolítico y económico del país sigue siendo inestable, los indicadores de pobreza siguen altos, al igual que los problemas de empleo y subempleo. Estas condiciones de vida llevan a situaciones estresantes propicias para incrementar los problemas de salud mental. En este sentido, la sierra peruana muestra los indicadores económicos más deprimentes del país y ha sido fundamental conocer la situación de salud mental de estas poblaciones. Este enfoque regional del estudio de los problemas de salud mental se sustenta en la multifactorialidad de estos problemas, la naturaleza biopsicosocial del trastorno y la importancia de la influencia cultural en el afrontamiento por parte de las poblaciones.

Los resultados del estudio realizado en la ciudad de Lima y Callao en el año 2002 (EEMSM)¹ han permitido conocer importantes aspectos de la salud mental de adultos, mujeres, adolescentes y adultos mayores, entre ellos la alta prevalencia de depresión y ansiedad, y su vinculación con variables socioeconómicas; condiciones desfavorables en la salud mental de la mujer y en especial de la mujer unida maltratada; niveles importantes de deterioro cognoscitivo del adulto mayor; significativos indicadores de suicidas en adultos y en especial en adolescentes; nivel importante de desconfianza en autoridades por parte de la población, entre otros.

Con frecuencia se menciona que sin salud mental no hay salud, esto se debe al impacto que tiene la salud mental en el funcionamiento de la persona, en aspectos socioeconómicos, en el bienestar general, y en la calidad de vida. La OMS ha estimado que los trastornos mentales y de adicción se encuentran entre los más severos en el mundo, y para el año 2020, la depresión mayor va a ser la segunda causa de discapacidad en el mundo seguido sólo por la enfermedad isquémica cardíaca. Para los países en desarrollo la perspectiva es aún peor; se estima que la depresión mayor será la primera causa de discapacidad para el año 2020². El estudio en Lima confirmó el vínculo que se desarrolla entre la salud mental y los aspectos económicos, ratificando las observaciones realizadas en reportes internacionales^{3,4}.

Pederssen y col.⁵ estudiaron la repercusión de la violencia política en la salud de las personas de las poblaciones alto andinas de Huanta en Ayacucho reportando cifras muy significativas. Luego no han habido estudios epidemiológicos nacionales de salud mental en la Sierra del Perú de la envergadura de la presente investigación. La presente publicación tiene por objetivo presentar los resultados específicos de la ciudad de Ayacucho replicando la investigación realizada en Lima Metropolitana y el Callao. Se han estudiado los temas planteados en el estudio de Lima, es decir el estudio de los trastornos psiquiátricos propiamente dichos y los factores asociados a los mismos y aquellos problemas vinculados a las relaciones humanas individuales o grupales y a patrones de comportamiento del individuo en la sociedad que tienen influencia sobre la salud y el bienestar. Para este propósito, se realizaron las adaptaciones necesarias al instrumento utilizado en Lima. Se investigaron los trastornos psiquiátricos más prevalentes, la violencia familiar y su vinculación con la salud mental, la salud mental del adulto mayor, así como problemas del adolescente y del adulto, poniéndose especial énfasis a los hallazgos de indicadores de suicidas como en la investigación de Lima. Además de los temas propuestos se consideró estudiar otros aspectos vinculados a la salud mental, como: la calidad de vida, funcionamiento y discapacidad, aspectos económicos, acceso a servicios, discriminación, y un capítulo especial sobre síndromes culturales. Asimismo, se añadieron temas de violencia relacionados al terrorismo.

Los resultados de esta investigación contribuirán al diagnóstico basal y el diseño de programas regionales de salud mental.

Por ello, permitirá establecer indicadores de evaluación de los recursos humanos y financieros a ser invertidos en el campo de la salud mental de estas zonas.

1.1. JUSTIFICACIÓN

No existe a la fecha estudios de magnitud epidemiológica en salud mental en la Sierra Peruana y menos en Ayacucho, con metodología científica que permita visualizar información contundente para la toma de decisiones en las políticas públicas así como sentar bases para la evaluación de los programas de intervención.

La importancia del presente estudio consiste primero, en que puede propiciar líneas de desarrollo en las políticas intersectoriales vinculadas a la salud mental, descuidada hasta el momento. Segundo, podrían generarse políticas que consideren variables vinculados la salud mental que influyen en la pobreza. Tercero, asimismo, las acciones preventivas podrían focalizarse mejor en grupos de riesgo a problemas más específicos y por lo tanto mejor organizados. Cuarto, permitiría el acceso de una mayor cantidad de personas a estos servicios, en especial a grupos vulnerables. Finalmente, en que no existen trabajos similares en el país y en Latinoamérica y 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 urbana de Ayacucho?; ¿Cuál es la magnitud de la violencia de la mujer unida y la repercusión en su salud mental?; ¿Cuál es la prevalencia conducta adictiva?; ¿Cuál es la magnitud y los principales problemas de salud mental del adulto mayor de Ayacucho?; ¿Cuál es la magnitud de los indicadores suicidas en la población de Ayacucho?; ¿Cuál es la prevalencia de los principales trastorno psiquiátricos? ¿Cuál es la proporción exacta de personas que no logra ningún tipo de atención para problemas de salud mental?; ¿Cuál es la magnitud de los problemas de salud mental en la población pobre en comparación con la población no pobre de Ayacucho? ¿Cuál es el nivel de discriminación percibido por la población de Ayacucho? ¿Cuál son las características de los síndromes culturales y cuál es su relación con los síndromes clínicos psiquiátricos?

II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL

El EEMSM realizado en el 2002 por nuestra institución reveló importante información que ha puesto en evidencia tendencias observadas en estudios previos en el área de salud mental^{6,7}, confirmándose observaciones internacionales con respecto a los trastornos afectivos, indicadores suicidas, problemas con el uso de sustancias, violencia intrafamiliar y la intervención de problemas socioeconómicos en los trastornos mentales⁸, resultados que se irán presentando según los temas expuestos.

2.1 ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL

Corin señala que el lugar de partida ya no se sitúa en el individuo solamente sino en la interacción constante entre la persona y su entorno.⁹ Así, la epidemiología ha permitido identificar determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental.¹⁰ ¹¹ 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 y racial, de género y generacional así como, por discapacidad, clase social y 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.^{12,13,14}

Desde esta perspectiva, en el Perú, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (IESM, 2002)¹⁵ mostró que el principal problema del país percibido por la población, tanto hombres y mujeres en Lima Metropolitana, es el desempleo (58,1%). Significativamente, en menor proporción, se percibe a la pobreza (16,4%). Sigue la corrupción, la violencia y la inestabilidad política, pero en cantidades menores. Sin embargo, la población muestra gran desconfianza hacia las autoridades políticas (91,7%) y las autoridades policiales (62,5%), y experimenta sentimientos de desprotección del Estado (76,0%). Tal situación

genera en la población con mayor frecuencia, desilusión (26,6%), amargura y rabia (25,8%).

Este mismo estudio encontró que las situaciones que generan los niveles más altos de estrés, tanto en hombres como en mujeres, están relacionadas con el aspecto económico (39,7%), la salud de la familia y con el estrés ambiental (45,7%). Este resultado es mayor al encontrado en la población de adolescentes por los estudios de Perales y cols en 1996¹⁶. Es significativa la proporción de personas insatisfechas con sus estudios (29,5%) y con sus relaciones sociales (16,2%), con la remuneración que percibe (46,3%) que en el caso de las mujeres unidas alcanza al (50,8%) y con el reconocimiento que recibe en su centro laboral (23,2%).

Respecto de factores protectores de la salud mental de población de Lima Metropolitana, la familia es la principal fuente de soporte psicosocial (70,0%). También se observó que para la población, la religión constituye un recurso importante para enfrentar los problemas cotidianos.

En la sierra peruana, no encontramos estudios epidemiológicos de estas características. Sin embargo, no se puede soslayar que la violencia política que afectó al Perú desde los años de 1980—2000 ha dejado dramáticas secuelas y un saldo doloroso de víctimas fatales¹ afectando principalmente a las poblaciones de la sierra. Por ello, ha existido una mayor preocupación por las poblaciones rurales y alto andinas. Así, Pederssen y cols.⁵ estudiaron la salud mental de las poblaciones alto andinas de Huanta en Ayacucho evaluando el impacto de la violencia política en la población. Los resultados mostraron 73% de prevalencia general de trastornos mentales y 24,8% de estrés post traumático en la población mayor de 14 años. Se señala, sin embargo, que estas secuelas se expresan en formas más amplias y diversas de aflicción y sufrimiento como el *llaky* y el *ñakary*. Los estresores relacionados con estos resultados no sólo se derivan de la exposición diferencial a la violencia política, sino de la estructura de la sociedad como la desigualdad social y la exclusión, la extrema pobreza, y la discriminación racial y étnica. De otro lado, tres de cada cuatro personas expuestas a la violencia no reportaron secuelas; hecho que estaría indicando la existencia de factores de protección como la capacidad de recuperación de las personas y la resiliencia de la población.

Asimismo, el informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación¹⁷ da cuenta a través de datos estadísticos y de testimonios personales del impacto diferenciado de la violencia política en la salud de las poblaciones de la Sierra Peruana, haciendo también evidente su relación con las desigualdades racial, étnica, de género, clase social y generacionales. Se señala que las secuelas psicosociales abarcan a los niveles individuales (discapacidad física, problemas de salud mental como ansiedad, irritabilidad, stress, menoscabo del desarrollo de capacidades individuales, actitudes violentas y abuso del alcohol, entre otras); familiar (deterioro de las relaciones de pareja y familiares, desconfianza, inseguridad, abandono y conflictos, familias estigmatizadas política y culturalmente, desintegración familiar, orfandad), comunal, (desidia colectiva, incremento de conflictos intercomunales, intracomunales, conflictos entre retornantes y resistentes, consumo masivo y compulsivo de alcohol, pandillas juveniles, menores en estado de abandono (adopciones irregulares, servidumbre), pérdida de valores culturales.¹⁸

2.2 VIOLENCIA FAMILIAR

Los estudios sobre violencia familiar en la Sierra revisten suma importancia debido no sólo a la alta prevalencia en nuestro país sino también a la falta de servicios en los medios rurales, los costos y procedimientos médicos y judiciales, así como las creencias y mitos e imaginarios sociales de las mujeres obstaculiza que las afectadas reciban ayuda y apoyo adecuados (Baca y cols., 1998).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2000)¹⁹ encontró que el 34% de las mujeres viven o han vivido situaciones de control, el 48% viven o han vivido situaciones humillantes, el 25% viven o han vivido situaciones de amenaza, 41% mujeres a sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su esposo o compañero. El estudio en mención añade que la mayor incidencia de maltrato infantil se registra en lugares de mayor pobreza y exclusión social, tales como los departamentos de Apurímac y Cajamarca. 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.

Los embarazos en adolescentes rechazadas y marginadas por su situación de gestantes o que presenta antecedentes de violencia sexual también constituyen factores de riesgo. En general diversos estudios concluyen que de cada cinco mujeres en edad fértil en la ciudad de Lima, una a sido abusada cuando era niña confirmando que la infancia y la adolescencia son los grupos más vulnerables a la violencia sexual y psicológica. Otra de las características del maltrato infantil es su recurrencia intergeneracional. Aquellas que han sido agredidas cuando fueron niñas tiene el doble de posibilidades de, a su vez, maltratar a sus hijas.

Por otro lado, Gúezmes y col. en el 2002 reportaron que una mayoría de varones adultos, en Lima Metropolitana (51%) y en el departamento de Cusco (69%), ejercía violencia contra sus parejas. La Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar en ocho ciudades del país, encontró en el año 2000 que el 84,7% de las víctimas fueron mujeres, frente al 15,2% en varones, el porcentaje de niños (menores de 15 años) afectados por la violencia familiar era del 61%. Según datos del agresor, el 24,9% de los casos fue el esposo y el 34,7% fue el conviviente, según grupos de edad, los agresores estaban en los 15 y 49 años 87%; el 72,7% refiere violencia física y el 12,6% psicológica, y los motivos fueron los celos en el 26,2%, problemas familiares en el 38,9% y económicos en 11,9%; el 4,5% reporta agresión sexual. El 59,3% de los encuestados estaba ecuánime al momento de la agresión, 35,6% había ingerido alcohol y el 4,6% alcohol y drogas. En este sentido, se ha asociado el abuso de sustancias con la conducta violenta.^{20,21} El alcohol o las 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 en Ayacucho son notables debido al alta prevalencia de problemas relacionados al consumo de alcohol en dichas regiones.

Con respecto a la violencia en mujer, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del año 2002 encontró que 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. El trastorno clínico psiquiátrico más prevalente es el episodio depresivo o depresión mayor; aproximadamente una de cada nueve mujeres unidas sufre depresión y una de cada diez mujeres padece de ansiedad generalizada en la actualidad. El 65,8% de las entrevistadas refirió 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.

Un hallazgo importante es notar 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%. La prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual fue de 47,0%. Sin embargo, de una de cada cinco mujeres actualmente unidas es maltratada sistemáticamente, es decir, sufre diversas agresiones con una frecuencia de una a dos veces por mes.

En 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%.¹ Las mujeres maltratadas sistemáticamente muestran mayor severidad de los diferentes indicadores de salud mental que se abordaron en la mujer unida, siendo los indicadores suicidas los más contrastantes llegando a duplicarse en frecuencia relativa frente a la mujeres no maltratadas sistemáticamente.

2.3 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y OTROS TRASTORNOS

Como se mencionó antes, Pederssen reportó una elevada prevalencia de trastorno mentales y de estrés postraumático en personas víctimas de la violencia política en Ayacucho.⁵ No existen antecedentes de estudios epidemiológicos a gran escala realizados en la Sierra del Perú en esta área.

En general, la mayoría de los estudios se han realizado en la ciudad de Lima, reportándose altas prevalencias de trastornos psiquiátricos. En 1983, en el Distrito de Independencia (Lima), Minobe y colaboradores, sobre un total de 814 individuos, utilizando el DIS/DSM-III,²² encontraron una prevalencia de vida²³ y a seis meses²⁴ de algún desorden psiquiátrico en un 32,1% y 22,9% respectivamente. Después de los problemas con el uso de alcohol, le seguían en frecuencia los trastornos afectivos

(depresión mayor y menor) con una prevalencia de vida de 13,2% y una prevalencia a seis meses de 8,6% (2,2% varones y 6,4% mujeres) y los trastornos de ansiedad con una prevalencia de vida de 11,1% y una prevalencia a seis meses de 8,1%.

En 1993 Colareta realiza una investigación sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural (Santa Lucía de Pacaraos -Huaral) y encuentra una prevalencia global puntual de 32% de enfermedades psiquiátricas, ocupando en 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).²⁵

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

El presente estudio evaluó la prevalencia de vida, a doce meses, a seis meses y actual de los principales trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).²⁶

2.4. ADICCIONES

En problema de las adicciones se vienen 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%.^{23,24} Tal situación, ha sido confirmada ampliamente en los estudios nacionales realizados desde 1988 hasta 1998: siendo los últimos generados por el mismo gobierno peruano.²⁷ El estudio de 1998, demostró que la cifra de dependientes a 30 días oscilaba en alrededor del millón de peruanos. La sierra ha sido particularmente afectada por el problema del alcohol.

En el 2002, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, reveló que la prevalencia de vida del consumo de sustancias no alcohólicas legales se encontraba en 71,6%, mientras que con las sustancias no alcohólicas ilegales se encontraba en un 7,8%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (69,5%), mientras que la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (6,3%), seguida de la cocaína 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.¹ Según la II Encuesta Nacional Sobre la Prevención y Consumo de Drogas 2002 por DEVIDA, la prevalencia de vida de consumo de alcohol y tabaco era de 94,2% y 68% respectivamente, por lo que se concluía que más de once millones de peruanos habían probado alcohol y más de ocho habían consumido tabaco.²⁸

El presente estudio evaluó la prevalencia de vida del consumo y prevalencia en el último año de abuso así como la dependencia a sustancias según los criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).²⁶

2.5. EL ADULTO MAYOR

No han habido estudios epidemiológicos de salud mental en este grupo poblacional en la Sierra, y poco o nada se conoce acerca del deterioro cognoscitivo en estas regiones.

El envejecimiento progresivo de las poblaciones tendrá un impacto más notable en las primeras décadas de este milenio. En el Perú según el INEI-95, el 7% de la población esta conformada por adultos de 60 años y más.²⁹ En la actualidad, se calcula que hay aproximadamente 2 millones y se proyecta que para el 2020 la población de adultos mayores este en alrededor de los 4 millones. El crecimiento acelerado de la población senescente en América Latina y el Caribe obliga a revisar las políticas de servicios para los ancianos, planteando la necesidad urgente de estructurar áreas específicas que cubran los requerimientos relacionados a salud, nutrición, educación y vida social, entre otros.

Con relación a lo expuesto y considerando que el Perú también esta involucrado en el cambio demográfico a expensas de un mayor número de adultos mayores, se plantea la necesidad de conocer la realidad de este grupo poblacional en nuestro medio. Al respecto, en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en Lima Metropolitana y Callao, encontramos que, en el último mes mientras que la prevalencia de deseos de morir fue del 11,1%, la muestra no identificó ningún adulto mayor que intentara suicidarse. La prevalencia de episodio depresivo en el último mes fue del 9,8%. Por otro lado, este mismo estudio reveló que algún grado de deterioro cognoscitivo se encuentra en alrededor de 10% de la población adulta mayor de 60 años o más considerando por lo menos ocho años de instrucción. Por lo tanto, uno de los objetivos de este estudio ha sido conocer como están estas cifras en otras regiones del Perú, como es el caso de Ayacucho. Al igual que con las otras unidades de análisis, este grupo será estudiado desde la perspectiva de la salud mental en general, la presencia de depresión mayor, la existencia de problemas cognoscitivos y de discapacidad.

2.6. INDICADORES SUICIDAS

No se ha reportado estudios epidemiológicos de estos indicadores en la sierra. Los estudios realizados por Perales y colaboradores en 1995 y 1996 en el Rimac⁶ y Magdalena⁷ mostraban cifras preocupantes que los resultados del EEMSM-2002¹ realizados en Lima y Callao sobre indicadores suicidas, no sólo confirman sino que muestran una tendencia generacional a incrementarse. La prevalencia de vida de deseos de morir en el adulto, el adolescente y el adulto mayor se encontró en un 30,3%, 29,1% y 27,8% respectivamente, lo que sugiere que si en la actualidad la prevalencia de vida del adolescente es similar a la del adulto y superior a la del adulto mayor, estamos ante un incremento sustantivo de estas tendencias. Asimismo, la prevalencia anual de deseos de morir se 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 a los problemas con los padres, mientras que los adultos lo relacionan principalmente a problemas con la pareja. Estos hallazgos son coherentes con la prevalencias puntuales del episodio depresivo que en el adolescente asciende a 8,6%, mientras que en el adulto se sitúa en el 6,6%.

Debido a que los aspectos socioculturales en la sierra del Perú son distintos a los de Lima, el estudio de estos indicadores en esta región ayudaría no sólo a poder plantear políticas regionalizadas sino que podría ayudar a comprender ciertas dinámicas psicosociales y etiológicas en torno a este problema. En este estudio se incluyó como indicador suicida, no sólo los deseos de morir y el intento suicida, sino que se incluyó también la presencia de pensamientos activamente suicidas específicamente con la intención de profundizar aún más en la conducta suicida.

2.7. TRASTORNOS MENTALES Y DISCAPACIDAD

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

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad psiquiátrica ocurre por encima de los dos quintos de toda la discapacidad en el mundo, afecta especialmente a la población joven y, muestra el más bajo porcentaje para la recuperación de la total capacidad social y del trabajo. Según esta misma información la población discapacitada en el Perú ascendería alrededor de 1 500 000 a 2 000 000 de personas, de la cual 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.³⁰

2.8. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Los estudios sobre acceso a los servicios de salud mental sostienen que éste se ve afectado principalmente en personas de menor recurso económico, cultural y lingüísticamente diferenciado y con niveles educativos bajos.³¹ En la sierra peruana la influencia cultural 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. Los estudios sobre acceso a servicios de salud mental en Lima y el Callao confirmaron la importancia de los aspectos culturales para el acceso a los servicios de salud mental, siendo aún más importantes que los aspectos económicos.¹

En Lima, del total de la población que reconoce haber padecido problemas de salud mental, el 24,5% 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 es todavía un determinante del acceso o no a la atención de salud mental en Lima Metropolitana, pues priman los aspectos culturales.

No hay estudios nacionales con respecto al acceso de servicios para la atención de problemas de salud mental en la sierra peruana. Como referencia 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 esta dirigida sólo ha problemas físicos y no ha considerado ninguna pregunta acerca de la salud mental.³² Es probable que en el caso de la salud mental intervengan otras variables socioculturales y experiencias indirectas previas con el sistema. El acceso a servicios de salud mental ha sido medido tanto a través de la demanda sentida (es decir aquellos que han percibido en sí mismos problemas de salud mental) y la demanda expresada en los distintos servicios de salud del estado y privados, así como en los casos detectados e implícitamente no identificados por la persona como problemas de salud mental.

2.9. POBREZA Y SALUD MENTAL

No han habido estudios que hayan establecido la relación entre la pobreza y la salud mental en la sierra. La importancia se da en que no sólo podría ayudar a identificar grupos de riesgo sino que generar hipótesis de trabajo sobre la naturaleza de los problemas de salud mental desde el punto de vista social y cultural.

Las encuestas nacionales recientes están demostrando que más de la mitad de la población peruana se encuentra en situación de pobreza, siendo para Lima cerca de un tercio de la población.³³ Tal situación para la sierra es mucho más preocupante. De las tres ciudades estudiadas, poseen indicadores de pobreza urbana similares por encima del 40%. El acercamiento de la pobreza al concepto del bienestar crea una nueva perspectiva sobre la cual aparecen nuevos argumentos que la vinculan también con la salud mental. Bajo esta visión la pobreza afectaría no solo la salud física de las personas sino también su salud mental.³⁴ 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.⁸

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, remarcando la importancia y necesidad de considerar a la salud mental en los programas de lucha contra la pobreza. 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 focalizadas, y la intervención o prevención más eficaz. El propósito del estudio en esta área fue explorar la relación existente entre el nivel socioeconómico, expresado en términos de pobreza, y la presencia de problemas de salud mental en el sentido más amplio en la población de la ciudad de Ayacucho.

2.10. EVENTOS DE VIDA Y SALUD MENTAL

Diversos estudios clínicos y epidemiológicos y especialmente los estudios clásicos de Bowlby (1969, 1973, 1980) han permitido relacionar los eventos de vida adversos con el desarrollo de enfermedad mental. Hay suficientes datos que demostrarían las hipótesis que, por ejemplo, la separación de los padres, las amenazas de estos a sus niños con abandonarlos, el excesivo control del comportamiento de los niños y el descuido en la atención a los mismos, entre otras cosas, provocarían disturbios emocionales en la adultez. La finalidad de la presente investigación ha sido conocer esta relación en nuestra población, para ello en la encuesta del estudio epidemiológico para la sierra peruana se incluyeron preguntas sobre los eventos de vida adversos para luego confrontarlos con los datos obtenidos con la prevalencia de desórdenes mentales.³⁵

2.11. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y LA 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.³⁶ En estudios de morbilidad en poblaciones abiertas y de las experiencias acumuladas por distintos investigadores en el mundo, señalan que una significativa mayoría (del 70% al 80%) de los episodios de enfermedad reportados, se manejan por fuera de los sistemas de atención médico oficial, recurriendo a otros sistemas alternativos como los que ofrece entre otros la medicina tradicional o popular.³⁷

La bibliografía peruana es rica en calidad, cantidad y variedad en ésta área gracias a estudios realizados por científicos peruanos y extranjeros en los últimos 50 años.³⁸ Por otro lado, los estudios de orden social, médico y folklórico sobre medicina tradicional o popular no han sido programados con un rigor metodológico³⁹ que permitan una sistematización de ellos; así tampoco se había realizado antes un estudio epidemiológico en que se intente explorar no solo los síndromes socioculturales, sino también los agentes que los resuelven, sus estrategias diagnósticas y de tratamiento; también se ha explorado aunque en forma incipiente sobre espiritualidad y religiosidad popular pero como espacio de resistencia e identidad a la vez que de integración y de solidaridad.⁴⁰ Finalmente, aunque por ahora a modo de conclusiones de tipo hipótesis, se presentan algunos resultados de este módulo.

2.12. DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL

Un número importante de estudios internacionales respaldan la importancia de la relación entre discriminación y salud mental. La discriminación como estresor psicosocial es considerada entre los estresores secundarios más importantes asociados a eventos estresores mayores como la pérdida del trabajo o la exposición a la violencia.⁴¹ Entre los motivos de discriminación con los cuales se ha hallado relación con la salud mental se encuentran el género, la orientación sexual,⁴² el racismo,⁴³ el etnicismo,⁴⁴ el status social⁴⁵ e incluso la condición de salud mental en sí misma,⁴⁶ sin considerar formas más sutiles como la belleza física, la edad, etc. Las medidas de salud mental empleadas para medir los efectos de la discriminación han sido el distrés psicológico, la

satisfacción de vida, el sentimiento de felicidad, síntomas de ansiedad o depresivos.⁴⁴ Al parecer la prevalencia de la discriminación sería muy alta. Según un estudio epidemiológico realizado en los EEUU⁴⁵ la gran mayoría de las personas ha experimentado algún tipo de discriminación mayor en su vida y un tercio considera experimentarla en algún momento en el día a día. Por ejemplo, según este estudio el 48% de los encuestados percibe en algún momento que las personas actúan como si ellas fueran inferiores; un 40% percibe en algún momento un mal servicio en restaurantes o tiendas; un 43% percibe en algún momento que las personas actúan como si ellas no fueran inteligentes.

2.13. ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

A través del mundo hay programas que luchan contra las actitudes adaptadas por la gente contra las personas con problemas de salud mental y las conductas discriminatorias asociadas, pero hay evidencia que el trabajo en la práctica es todavía insuficiente. El estigma afecta no solo a personas con enfermedad mental, si no también a sus familiares. El entendimiento de cómo afecta a los miembros de la familia en términos de su respuesta psicológica a la persona enferma y su relación con los servicios psiquiátricos, podría mejorar el contacto con los familiares.

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

- son violentas y peligrosas
- pueden contagiar a otros con su enfermedad
- están locos
- no pueden tomar decisiones
- son impredecibles
- no pueden trabajar
- deben permanecer hospitalizados o presos
- no tienen esperanza de recuperación
- son retardados mentales
- es debido a una brujería o maleficio
- fueron mal cuidados en la 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:

- 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

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana, representa la segunda fase del diagnóstico de la salud mental en el Perú que iniciara el IESM desde el año 2002 y que tiene proyectado cubrir las principales ciudades del país. En este informe se incluyen los resultados principales de la ciudad de Ayacucho.

III. OBJETIVOS

El presente estudio ha constado de 15 sub-proyectos principales, en este resumen presentamos los objetivos generales de cada uno de ellos

3.1. OBJETIVOS GENERALES POR CAPÍTULOS

- Conocer la magnitud de los potenciales de la salud mental como sentimientos prevalentes de la población, conductas sociopáticas, nivel de cohesión y soporte familiar, calidad de vida, discapacidad, discriminación, manifestaciones de distrés emocional, etc. de la población de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Determinar la prevalencia de indicadores suicidas adultos, adultos mayores y mujeres, así como en grupos específicos como mujeres maltratadas las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Conocer la magnitud de los factores asociados a la Violencia Familiar y vinculación al área de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Determinar la prevalencia, aspectos clínicos, factores de riesgo y protección relacionados a la conducta adictiva en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Conocer las características sociodemográficas, la prevalencia de los trastornos mentales y físicos más frecuentes y los aspectos relacionados a la salud mental en general de la población mayor de 60 años de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Determinar la magnitud, factores de riesgo y factores asociados al trastorno depresivo la ansiedad y los indicadores suicidas en adolescentes mayores de 12 años en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Determinar la prevalencia y características del Trastorno de la alimentación, factores de riesgo y protección en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Estimar la prevalencia de los trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Estimar la prevalencia de los trastornos depresivos (distimia, depresión mayor) , así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Estimar la prevalencia de los trastornos psicóticos (síndrome psicótico y trastorno bipolar), así como aspectos relacionados a la calidad de vida, funcionamiento e influencia de los estilos parentales en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- 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 en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003. tanto en forma general como en patologías psiquiátricas específicas.
- Determinar la magnitud y la relación que existe entre el nivel socioeconómico, expresado en la presencia o no de pobreza y los problemas de salud mental en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Explorar aspectos sobre medicina tradicional como los agentes de la Medicina Tradicional, los Síndromes Clínicos Populares o Folkloricos, los métodos diagnósticos, los métodos terapéuticos y la correlación entre síntomas y signos clínicos de los

Síndromes Populares o Folkóricos con los síndromes clínicos psiquiátricos en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.

- Identificar el nivel de desarrollo humano alcanzado por las personas en la población de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.
- Identificar las actitudes del estigma contra los trastornos mentales en la población de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el Año 2003.

IV. METODOLOGÍA

El Estudio Epidemiológico en Salud Mental de la Sierra Peruana 2003 consta de 15 capítulos o temas de estudio más importantes, la sección de procedimiento incluirá 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 las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

Estas tres ciudades son consideradas prototipo para el desarrollo de la investigación considerándolos como tres grupos culturales diferenciados y que han experimentado procesos sociales diferentes en los últimos 25 años.

4.2.2 NIVELES DE INFERENCIA

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

Estratos socioeconómico: 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 de 1999.

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

- **Unidades primarias de muestreo:** Son los conglomerados o agrupamientos de viviendas contiguas organizadas en cuadriláteros espaciales en las áreas consolidadas, y conjuntos contiguos de viviendas separadas por espacios determinados, en los asentamientos no regulados, del área urbana de los distritos que conforman las ciudades.

Los conglomerados constan de 80 viviendas en promedio con una variación entre 40 y 151.

- **Unidades secundarias de muestreo:** Son las viviendas de cada uno de los conglomerados seleccionados en la primera etapa.
- **Unidades finales de muestreo:** Son las personas que satisfacen los criterios de inclusión para cada uno de los módulos de la investigación.

4.2.4 Estratificación

No se ha efectuado una estratificación explícita pues no se dispone de información que permita identificar factores diferenciales de la salud mental asociados con la distribución de la población en las ciudades en estudio. En este sentido una muestra sistemática permitirá la mayor dispersión y cobertura espacial de la población y posibilitará efectuar post estratificaciones en función de los resultados.

4.2.5. Tipo de muestra

La muestra es de tipo probabilística, en tres etapas, con selección sistemática y proporcional al tamaño de las unidades primarias de muestreo, con selección de conglomerados compactos de viviendas en la segunda etapa de muestreo, y con 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

La muestra consta de 4212 hogares en total para las tres ciudades en estudio,

Con el fin de asegurar un nivel de precisión más o menos constante en cada una de las ciudades en investigación, se ha optado por distribuir la muestra en 3 partes iguales, correspondiendo 1404 hogares a cada una de ellas.

En cada una de las ciudades se seleccionaron 117 conglomerados, y dentro de cada uno de ellos se tomaron 2 segmentos compactos de 6 viviendas cada uno, totalizando 12 viviendas por cada conglomerado.

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

En la tabla No 1. se presenta la distribución de la muestra por ciudades y distritos.

TABLA No. 1
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

Ciudad y Distritos	#Conglom. por Ciudad	#Conglom. por Distrito	Viviendas por Distrito	Viviendas por Ciudad
Huaraz		117		1 404
Huaraz	57		684	
Independencia	60		720	
Cajamarca		117		1 404
Cajamarca	111		1 332	
Banos del Inca	6		72	
Ayacucho		117		1 404
Ayacucho	71		852	
Carmen Alto	11		132	
San Juan Bautista	23		276	
Jesús Nazareno	12		144	
Total	351	351	4 212	4 212

4.2.7 Unidades de análisis

- Adolescente 12 a 17 años
- Mujer casada o unida jefa de hogar o pareja del jefe del hogar
- Adulto de 18 años de edad o más
- Adulto mayor de 60 años o más

4.2.8 Procedimientos de selección de la muestra

La muestra de personas será seleccionada en tres etapas y de manera independiente en cada ciudad. En la primera etapa se seleccionarán conglomerados, en la segunda serán las viviendas dentro de cada uno de los conglomerados elegidos en la primera etapa y en la última se escogerán personas de cada población objetivo dentro de cada vivienda seleccionada.

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

Las UPMs fueron seleccionadas de manera sistemática y con probabilidad proporcional al tamaño en número de viviendas al interior de cada uno de los distritos. En total se han seleccionado 117 conglomerados en cada ciudad.

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

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

Las USMs han sido seleccionadas en 2 segmentos compactos de 6 viviendas consecutivas en cada conglomerado. Los segmentos fueron seleccionados de manera sistemática sobre la base de la cantidad de viviendas ocupadas registradas en el conglomerado, con un arranque aleatorio definido en la tabla de selección ad-hoc, generada de manera aleatoria de acuerdo a una distribución uniforme de probabilidades. No se reemplazó ninguna de las viviendas seleccionadas

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

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

- ii) Se ubicó el total de viviendas ocupadas del conglomerado en la tabla de selección
- iii) Se inició el primer grupo o segmento compacto con la vivienda cuyo número de orden de vivienda ocupada aparece en la columna del primer grupo de la tabla, y se entrevistó hasta un total de 6 viviendas.
- iv) Se inició el segundo grupo o segmento compacto con la vivienda cuyo número de orden de vivienda ocupada aparecía en la columna del segundo grupo de la tabla, y se entrevistó hasta un total de 6 viviendas.

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

En cada una de las viviendas seleccionadas se determinó el número de personas residentes habituales que satisfacían los diferentes criterios de inclusión. Se organizó una columna en la hoja de registro de miembros del hogar donde se identificó a cada una de las personas elegibles dentro de cada población objetivo. Las personas a entrevistar fueron seleccionadas aleatoriamente empleando la tabla de selección de personas, salvo la mujer unida (jefe del hogar o cónyuge del jefe del hogar sin importar la condición de casada o conviviente).

En las viviendas donde hubo más de un hogar, sólo se consideró a las personas integrantes del hogar principal.

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

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

Adolescentes entre 12 y 17 años, sin problemas que impidieran la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. En caso la persona fuera quechua hablante se comunicó a través de un encuestador quechua hablante.

Mujer casada o unida, jefa del hogar o pareja de jefe del hogar, sin problemas que impidieran la comunicación. Si la persona fue quechua hablante se comunicó a través de un encuestador quechua hablante.

Personas adultas mayores de 18 años, sin problemas que impidieran la comunicación. En caso de haber existido problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. Si la persona fue quechua hablante se comunicó a través de un encuestador quechua hablante.

Personas adultas mayores de 60 años, sin problemas que impidieran la comunicación. En caso de haber existido problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar. Si la persona fue quechua hablante se comunicará a través de un encuestador quechua hablante.

V. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Para el presente estudio se han acordado las siguientes variables operacionales, utilizándose en muchos casos juicios de expertos.

5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS

Edad.- Será 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, postgrado. Se presentan como alternativas múltiples y se miden como escala ordinal, utilizándose el cuestionario del EEMSM. Para efectos del número de años de instrucción se ha considerado el inicial/preescolar como un año.

Nivel de pobreza según gasto de consumo y línea de pobreza.- Es una evaluación subjetiva, en función a si los ingresos familiares permiten la cobertura de las necesidades básicas de la persona como alimentación, vivienda, salud, educación, vestido (necesidades básicas) y otras necesidades no básicas como la distracción, pasatiempos, educación diferenciada, etc. Si la persona responde que los ingresos familiares no alcanzan ni para las necesidad básica de alimentación se le considera pobre extremo; si los ingresos cubren las necesidades básicas de alimentación, pero no le permite cubrir otras necesidades básicas como vestido y vivienda se le considera pobre; si cubre todas las necesidades básicas se le considera no pobre, igual como aquel que puede cubrir todos sus necesidades básicas y otras no básicas como diversión y esparcimiento. Es medida como escala ordinal a través del cuestionario EESMSP.

Nivel de pobreza.- Respuestas a preguntas sobre consumo mensual así como a preguntas sobre el número de necesidades básicas insatisfechas (viviendas con características físicas inadecuadas, hogares en hacinamiento, vivienda sin servicio higiénico, hogares con al menos un niño que no asistió a la escuela, hogares con el jefe de hogar con primaria incompleta y con tres personas o más por perceptor de ingreso) y nivel de gasto por consumo. Es medida con una escala ordinal.

Parentesco.- Relación parental en función a la mujer unida. Escala de medición tipo nominal.

Sexo.- Masculino y Femenino. Escala nominal.

5.2. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

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

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

Dinámica familiar.- Relaciones de funcionamiento en un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas y que tienen alguna condición, opinión o tendencia en común.

Discapacidad física.- Es un estado de incapacidad física o mental de una persona, que genera limitaciones personales, laborales y de la salud mental. Ella es medida con el cuestionario del EESMSP en una escala ordinal.

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

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

Estrés ambiental.- Es el estrés que experimenta la persona producido por estímulos de los entornos físicos en los que se desenvuelve como por ejemplo, ruidos, mal olor, pobre ventilación, espacios reducidos. Se medirá a través de una escala ordinal.

Opinión sobre los problemas del país.- Es apreciación subjetiva del entrevistado/a acerca de cuáles son los principales problemas del país. Se presenta en escala nominal utilizando en cuestionario del EESMSP.

Psicopatía. - Es un rasgo de la personalidad antisocial caracterizado por comportamientos disfuncionales en el entorno personal, familiar y social. Este es medido a través de preguntas sobre actos como mentir o intervenir en actos delictivos. Es medida con escala nominal.

Salud psicológica. - Es la condición mental en que se encuentra la persona en un momento determinado, medida a través de una pregunta del Cuestionario de Salud Mental de Colombia.

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

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

Solidaridad. - Adhesión circunstancial a la causa o a la empresa de otros. Es medida con el cuestionario del EESMSP en una escala nominal.

Uso de sustancias. - Patrones de consumo de alguna sustancia psicoactiva pudiendo generar consumo perjudicial o dependencia. Estas son medidas con los criterios de investigación del CIE-10 y el cuestionario del EESMSP 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.

Tendencias religiosas. - Incluye la afiliación y/o participación de la entrevistada/o en una religión que se manifiesta en sus cogniciones, sentimientos y prácticas. Se mide con el cuestionario del EESMSP en una escala nominal.

5.3 TRASTORNOS CLÍNICOS

Trastornos adictivos. - Problemas de consumo (perjudicial o dependiente) de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas. Ella es medida con una adaptación del MINI con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos afectivos. - Corresponde al episodio depresivo y la distimia; es medida con una adaptación del MINI utilizando criterios de Investigación del CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos clínicos. - Son trastornos de la salud mental como trastornos ansiedad, afectivos y psicóticos. Ellos son medidos con una adaptación del MINI utilizando criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos de ansiedad. - Corresponde a todos los trastornos de ansiedad clínicamente diagnosticables como el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, y el trastorno de estrés post-traumático. Es medida con una adaptación del MINI utilizándose criterios de investigación del CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos de la alimentación. - Corresponde a la bulimia nervosa y la anorexia nervosa; es medida con una adaptación del MINI utilizando criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal; a su vez se ha utilizado el cuestionario de EDI-2.

Trastornos psicóticos. - Son medidas con una adaptación del MINI, dando resultados a nivel sindrómico en una escala nominal.

5.4. DISCAPACIDAD E INHABILIDAD

Inhabilidad. - Cuando sin tener un trastorno mental, el individuo, no ha desarrollado las habilidades suficientes para funcionar como persona en el medio social y del trabajo.

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.

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.

5.5. MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS

Acceso a servicios de salud mental.- Se refiere a respuestas a preguntas sobre acceso a servicios de salud con relación a problemas de salud mental. Se considerará positiva si se responde afirmativamente a haber recibido atención en cualquier establecimiento de salud, es decir, posta, centro de salud, policlínico, hospital general, 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

Género.- Es la identificación de cada persona con el rol sexual. Los términos género y sexo se utilizan a menudo indistintamente, aunque sexo se refiere de forma específica a las características biológicas y físicas que convierten a una persona en hombre o mujer en el momento de su nacimiento, y género se refiere a las conductas de identificación sexual asociadas a miembros de una sociedad. Las relaciones en las diferentes variables es evaluada en una escala nominal, empleando el cuestionario EESMSP.

Prejuicios sobre la salud mental.- Son aquellos mitos, conceptos populares y suposiciones que se encuentran a nivel de representaciones sociales y que influyen en la percepción y conductas de los individuos.

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 el último año.

Estilos parentales.- 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.

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

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

Violencia en el período de enamoramiento.- Se refiere la presencia de conductas agresivas como: gritos frecuentes, arranques de violencia, maltrato físico, o el forzamiento de relaciones sexuales.

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

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 sinónimos de maltrato hacia la mujer. Es evaluada en una escala nominal, empleando el cuestionario EESMSP.

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

Violencia psicológica. - Son insultos, agresiones verbales, ofensas, chantajes, manipulaciones o humillaciones.

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.

5.7. Funciones cognoscitivas

Actividades de la vida diaria .- Son aquellas que se realizan cotidianamente. Incluyen: el uso del propio dinero, el poder comprar cosas como ropa y comestibles, prender y apagar la cocina para preparar café y 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 el poder quedarse solo(a) en casa. Las actividades de la vida diaria se miden con la Escala de Pfeffer.

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

Comprensión. - Facultad mental para atender, entender y comunicarse adaptativamente. Es evaluada en una escala nominal, empleando pruebas de Folstein.

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

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

Disgrafía. - Problemas en la comunicación escrita. Es evaluada en una escala nominal, empleando pruebas de Folstein.

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

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

5.8. SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL

Daño, brujería. - Es un síndrome folklórico muy común en las 3 regiones del Perú; de variada sintomatología y evolución crónica. El resultado del Daño puede ser de sintomatología física, mental o moral. El tratamiento es a base de rituales "mágico religiosos" asociados a rezos, oraciones, cantos.

Susto. - Se produce, cuando en la persona el espíritu abandona su cuerpo debido a una experiencia o accidente grave que produce miedo o susto.

Mal de ojo, ojeo.- Frecuente en los niños. Se produce por la acción mágica de la mirada de una persona sobre otra.

Aire.- En la Medicina tradicional, el aire, es el agente etiológico más frecuente de un sinnúmero de enfermedades.

Chucaque.- Se presenta frente a una situación de vergüenza. Sus síntomas son de tipo cefaleas y digestivos.

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

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

- **Cuestionario de Salud Mental.**- Elaborado originalmente en Colombia⁴⁷ y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la institución tanto en adultos, como en adolescentes^{1,6,7}. Para el presente estudio se realizó una adaptación a profundidad del instrumento a través del estudio piloto y criterios de expertos. Sus secciones recogen información sobre uso de sustancias, conductas antisociales, síntomas de estrés 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 española⁴⁸, se trata de un cuestionario compuesto de 10 ítems que recogen los aspectos de la calidad de vida más frecuentemente utilizados para el evaluar el “constructo “Calidad de vida”. Recoge aspectos como: bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independientes, ocupacional, e 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.
- **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 favoritismo⁴⁹. Para el presente estudio se utilizaron sólo algunos ítems de carga más alta.
- **Mini Mental State Examination (MMSE).**- elaborado por Folstein⁵⁰, es una de los instrumentos de evaluación cognoscitiva más utilizados y evalúa aspectos de orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva.
- **Cuestionario de Pfeffer.**- Instrumento que mide aspectos cognoscitivos a través de un informante. Mide las actividades instrumentales de la vida diaria. Al usarla junto con el MMSE, detecta deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia. Ambos tests, usados conjuntamente, han mostrado una alta sensibilidad (95%) y especificidad (84%).
- **Cuestionario de Violencia familiar.**- Se desarrolló un cuestionario a partir del utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao de Anicama y colaboradores⁵. Este cuestionario fue validado y utilizado en el EEMSM 2002.
- **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10**^{51,52}.- Elaborado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, es un instrumento que basado en la Décima Revisión Internacional de Enfermedades, obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos, habiendo sido adaptado lingüísticamente para obtener prevalencia de vida, a 12 meses, a seis meses, prevalencia de vida, además de la prevalencia actual.
- **Cuestionario sobre determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú**⁵³.- Desarrollado por el INEI, eligiéndose algunas preguntas adaptándolas al modelo de la salud mental.
- **Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).**- Elaborado por Garner y Olmed (1984, 1986). El EDI-2 es un valioso instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la

anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Es un instrumento de tipo autoinforme, de fácil aplicación, que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Este inventario ha sido adaptado y validado en nuestro medio por los responsables del área respectiva, encontrándose en proceso de publicación.

6.1. DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL

La presente descripción del cuestionario incluye todos los capítulos del Estudio Epidemiológico Metropolitano.

6.1.1 TIPO DE ENCUESTA

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

6.1.2 COBERTURA DE LA ENCUESTA

6.1.2.1 Cobertura Geográfica.- La encuesta se realizará a nivel urbano de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.

6.1.2.2 Cobertura Temporal.- La Encuesta se desarrolló durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre del año 2003.

6.1.2.3 Cobertura Temática y Periodos de Referencia.- La Cobertura Temática de la investigación comprende:

- a. Variables demográficas y socioeconómicas
 - i. Características de la vivienda (día de la entrevista)
 - ii. Educación (día de la entrevista)
 - iii. Empleo e ingreso familiar (3 últimos meses)
 - iv. Gasto familiar (mes anterior)
- b. Aspectos de Salud mental general
 - i. Autoestima (últimos 3 meses)
 - ii. Rasgos psicopáticos (día de entrevista, últimos 12 meses, de vida)
 - iii. Problemas de la conducta alimentaria (últimos 12 meses)
 - iv. Confianza (día de la entrevista)
 - v. Cohesión familiar (últimos 12 meses)
 - vi. Sensación soporte social (día de la entrevista)
 - vii. Sensación de seguridad ciudadana (día de la entrevista)
 - viii. Calidad de vida (ultimo 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 al género (día de la entrevista)
 - xii. Discriminación (de vida, últimos 12 meses)
 - xiii. Desarrollo humano (actual)
 - xiv. Estigma hacia la salud mental (actual)
- c. Función cognoscitiva (día de la entrevista)
- d. Violencia familiar
 - i. Violencia hacia la mujer (de vida, últimos 12 meses)
 - ii. Violencia hacia el niño (de vida)

- e. Trastornos clínicos psiquiátricos según la 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 postraumático
 - ii. Trastornos afectivos (de vida, 12 meses, 6 meses, actual; acceso a servicios 12 meses)
 - 1. Episodio depresivo
 - 2. Distimia
 - 3. Episodio maníaco
 - iii. Trastornos de la conducta alimentaria (actual)
 - 1. Bulimia
 - 2. Anorexia nerviosa
 - iv. Trastorno adictivos (últimos 12 meses)
 - 1. Alcohol (dependencia/abuso)
 - 2. Otras drogas (dependencia/abuso)
 - v. Episodio psicótico (de vida, anual, 6 meses, actual)
- f. Acceso general a atención servicios de salud mental (últimos 6 meses)

6.2 MÉTODO DE LA ENTREVISTA

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

6.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En el EEMSM-2002 se realizó un piloto para probar la encuesta en 100 viviendas, 20 viviendas de cada cono. Se realizaron ensayos en conjunto con el especialista para mejorar la consistencia. A través de este procedimiento se adaptó el instrumento. Para este estudio se realizaron los ajustes necesario y se realizó una prueba en 25 viviendas seleccionado áreas de la ciudad donde se encontraban personas oriundas de la ciudades que están involucradas en el estudio.

Tipos de Validez

Validez de construcción, a través de las correlaciones (corregidas para una mejor discriminación del ítem evaluado) se realizó la **técnica de ítem – total**. Los coeficientes Alpha definitivos oscilaron entre 0,65 a 0,94 para los diversos ítems.

Validez de constructo: A través de técnicas multivariadas como el **análisis factorial** se analizó la composición de indicadores (ítems) que conforman dimensiones (factores) y finalmente las variables del estudio de Salud Mental. Las matrices factoriales nos otorgaron altos índices de correlación y óptimos niveles de significancia ($p < 0,01$).

Tipo de Confiabilidad

- **Coefficiente de Consistencia Interna:** A través del estadístico Alpha de Cronbach se determinó la Medición de homogeneidad de un instrumento a través de su variabilidad. Los coeficientes Alpha definitivos oscilaron entre 0,65 a 0,94 para los diversos ítems.
- **Coefficiente de Equivalencia:** Este coeficiente se determina correlacionando los puntajes de formas paralelas de un mismo instrumento. En el caso del estudio epidemiológico se desarrolló reentrevistas en una muestra que permitió hacer la comparabilidad (altos coeficientes de sensibilidad y especificidad) de la información en cuanto a prevalencias de las diferentes patologías. Es decir, se detectó las concordancias patologías como depresión y casos de ansiedad, entre otros.
- **Coefficiente de Estabilidad:** Test - Retest. Este método fue empleado para mejorar la confiabilidad de la información digitada. El proyecto de los estudios contempla un proceso de redigitalización, de esta manera se procedió a establecer las correlaciones entre las bases de datos; logrando una alta confiabilidad de la data antes de su análisis preliminar (Análisis Exploratorio de Datos) y definitivo.

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

- **M.I.N.I.; Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional**

Esta prueba evalúa diversos trastornos clínicos como depresión, ansiedad, estrés postraumático, fobia social, agorafobia, entre otros. Los índices de concordancia a través de estadístico Kappa en estudios pilotos han reportado cocientes entre 0,60 y 0,87 siendo mejor para los cuadros que reportaron mayores prevalencias.

- **Cuestionario de Salud Mental; División de Comportamiento Humano del MINSA Colombia**

Este cuestionario adaptado se proceso a través de validez de contenido, por técnicas de jueces y expertos, quienes mejoraron su contenido y fraseo para las poblaciones específicas. Los grados de concordancia a través del estadístico binomial tuvieron una significancia menor al 1,6% en promedio (siendo lo aceptable menor al 5%)

- **Índice de Calidad de Vida; Mezzich y Col.**

Esta escala fue procesada psicométricamente con análisis factoriales, los mismos que discriminaron la independencia de los factores que componen el constructo calidad de vida

- **E.M.B.U.; Actitudes de crianza Parentales.**

La escala en mención fue validada por análisis ítem total, utilizando para el estudio una sección de ella, es decir algunos ítems.

- **Mini Mental State Exam (MMSE); Orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva (Folstein)**

El MMSE fue validado estadísticamente, correlaciones entre preguntas de la prueba y criterios diagnósticos a través de otros instrumentos afines.

- **Cuestionario Violencia Familiar**

La validación de contenido y el análisis de confiabilidad mayor a 0,85 fueron los indicadores metodológicos que dan valor a la información recogida.

- **Cuestionario sobre determinantes del acceso a los servicios de salud**

Idem al anterior, además fueron relacionados con otras preguntas del cuestionario respecto al área clínica y tratamientos respectivos.

- **EDI —2; Inventario de trastornos de la conducta alimentaria**

Esta escala discriminó la integración de cada ítem con la prueba en general, a través del análisis de variabilidad de las respuestas.

6.5 ENTRENAMIENTO EN EL USO DE INSTRUMENTOS

Actividades de Capacitación.

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

Actividades del Piloto.

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

Actividades de la Supervisión.

La su[revisión fue constante tanto en el recojo de información como en la calidad de la información, a través de seguimiento de análisis de gabinete y análisis cuantitativo.

6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

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

VII. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

- a) **Construcción del Instrumento.** - La encuesta fue ajustada y probada en 25 viviendas de personas oriundas de la zona de la encuesta. Esta validación en campo se realizó con 4 encuestadores y un supervisor. Esto permitió validar la encuesta, medir los tiempos, explorar la presencia de las unidades de análisis y hacer lo ajustes finales a la encuesta.
- b) 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. Se incluyó en él la guía del Supervisor donde se especificaron sus funciones.

- c) Los encuestadores seleccionados fueron bachilleres de psicología o psicólogos o de alguna área de la salud con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares, de preferencia con experiencia en temas de salud mental.
- d) Los supervisores seleccionados fueron bachilleres de psicología o psicólogos o de alguna área de la salud con alguna experiencia en realizar trabajos de campo en hogares o de aquellos que hayan participado en el proceso de validación del instrumento. Los supervisores tuvieron la responsabilidad de la conducción técnica y administrativa de la Encuesta y velaron por el control de calidad de la información. Los supervisores fueron seleccionados del proceso de capacitación de aquellos que obtuvieron las mejores evaluaciones.
- e) Se requirieron 9 encuestadores, 3 supervisores y un coordinador de campo por cada ciudad
- f) La capacitación técnica de los supervisores y encuestadores fue responsabilidad de los investigadores del INSM. Tuvo como objetivo 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 hizo énfasis en la técnica de entrevista y los cuidados en ella. La capacitación incluyó revisar detenidamente el diligenciamiento de los cuestionarios y se realizaron ensayos en campo. La capacitación tomó 9 días, los primeros 2 días se revisaron aspectos conceptuales y definiciones relacionadas al tema de estudio; el 3er y 4to día se dedicaron al manejo de los cuestionarios; 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.
- g) En un plazo de 10 semanas los encuestadores recogieron toda la información; considerándose un promedio de 2,5 viviendas por día.
- h) Recopilación de los datos.- Se empleó el método de la entrevista directa. Se entrevistó el hogar principal. Se hizo un registro de todos los miembros del hogar para determinar los criterios de inclusión de las cuatro unidades de análisis: una mujer unida, un adulto, un adolescente y un adulto mayor. Se eligió a la mujer unida, jefa del hogar o esposa del jefe del hogar. Si la jefa del hogar no fuese mujer unida se procedió a elegir al azar a través de una tabla suministrada.
- i) Se estructuró un programa para la consistencia y el control de calidad de los datos a ingresar en la Base de Datos, codificando los resultados. Los resultados de las encuestas fueron ingresados por 8 digitadoras desde la primera semana de iniciada la encuesta. Se realizaron los análisis estadísticos en un Computador Pentium IV mediante el programa estadístico de SPSS versión 12 para muestras complejas.
- j) Se dio consistencia a los datos.- La primera consistencia se realizó en el campo a través de los supervisores. Después de la digitación se procedió a una consistencia mecanizada a través del programa referido el cual detectó omisiones, inconsistencias lógicas, se validaron de variables, así como se identificaron de valores extremos para su posterior verificación.
- k) Análisis de los datos.- Según lo expuesto a continuación.

VIII. RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

De las 4 212 viviendas que se planearon en el estudio de las tres ciudades se logró ingresar a 4058 hogares, siendo 3871 ingresos completos (91,90%) y 187 incompletos (4,43%). El rechazo se presentó en 74 viviendas (1,75%), las ausencias en 69 (1,63%). El grado de apertura exitosa fue del 96,34%. No existieron problemas mayores y la colaboración de los entrevistados fue muy satisfactoria.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

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

En este primer reporte se han relacionado en forma general algunos factores de corte como las variables de edad, género, nivel de pobreza y ciudad de residencia relacionadas con variables de salud mental. Cuando las variables de salud mental fueron nominales (ejemplo: depresión *versus* no depresión) y las variables relacionadas también (género, edad, condición de cobertura de necesidades básicas, como de residencia), se utilizó la prueba estadística de χ^2 para comparar proporciones con un nivel de significancia de 0,05 tomado en cuenta el diseño muestral. En cada caso se utilizó estadísticos según los procedimientos antes descritos de acuerdo al tipo de variable. Asimismo, se han descrito en la mayoría de los estimados, el error estándar, los intervalos de confianza, el efecto de diseño (d_{eff}) y el coeficiente de variación. Se ha asumido que un índice del coeficiente de variación es aceptable hasta en un 14,99%. Por lo tanto se sugiere al lector la consulta de dichos coeficientes en el anexo respectivo.

Se utilizó el programa estadístico de SPSS 12.0 para muestras complejas.

RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO



DATOS GENERALES DE LA MUESTRA



DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

El objetivo de la encuesta consistió en ingresar a 1404 hogares en cada ciudad 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 de 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 No. 2 se presenta el número de encuestados por cada unidad de análisis en la ciudad de Ayacucho.

TABLA No. 2
ENCUESTADOS SEGÚN UNIDADES DE ANÁLISIS DE AYACUCHO 2003

ENCUESTADOS	FRECUENCIA
Adultos	1,301
Mujer Unida	1,082
Adultos Mayores	213
Adolescente	622

La muestra se distribuyó equitativamente en las tres ciudades, asegurándose que la representación considere los niveles socioeconómicos de la poblaciones encuestadas. En la tabla No. 3 se presenta la población sobre la cual se han realizado las estimaciones según ciudades.

TABLA No. 3
POBLACIÓN TOTAL PONDERADA Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN CIUDAD
(POBLACIÓN ADULTA)

CONO	PONDERADO	%
Ayacucho	76,556	33,2
Cajamarca	101,277	43,9
Huaraz	53,080	23,0
Total	230,912	100,0

Con respecto a la situación socioeconómica se decidió evaluar los niveles de pobreza a través del método de necesidades básicas insatisfechas (NBIs) 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 No. 4a observamos que según la presencia de NBIs el 47,5% de los hogares encuestados son pobres y 17,9% son pobres extremos y según la percepción de cobertura de las necesidades básicas el 41,5 de los hogares son pobres mientras que el 3,3% son pobres extremos. (Tabla No. 4b)

TABLA No. 4A
NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS*
(NBI) EN LA CIUDAD DE AYACUCHO, DEL EESMSP - 2003

	NIVELES DE POBREZA SEGÚN PRESENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	%
Pobres extremos	2 ó más necesidades básicas insatisfechas	17,9
Pobres	1 necesidad básica insatisfecha	29,7
No pobres	Ninguna necesidad básica insatisfecha	52,5

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

TABLA No. 4B
NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE COBERTURA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN LA CIUDAD DE
AYACUCHO, DEL EESMSP - 2003

NIVELES DE POBREZA SEGÚN AUTO PERCEPCIÓN DE CONSUMO		%
Pobres extremos	No cubre ni las necesidades básicas de alimentación	3,3
Pobres	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	38,2
No pobres básico	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación y vestido, etc	54,3
No pobres	Cubren las necesidades básicas y otras necesidades	4,1

CARACTERÍSTICAS
GENERALES DE LOS
ADULTOS ENCUESTADOS



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS

El número de adultos encuestados fue de 1,301 personas, y acorde al diseño técnico de muestreo otorgan una inferencia a 76,556 habitantes de la ciudad de Ayacucho: en la muestra éstas se encontraron distribuidas en 35,8% de varones y 64,2% de mujeres. Los resultados se presentan en base a la población expandido y balanceada con relación al género (Tabla No. 5)

TABLA No 5.
NUMERO TOTAL DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN AYACUCHO 2003

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO
Muestra total (sin ponderar)	1,301	35,8%	64,2%
Expandido	76,556	48,6%	51,4%

EDAD

La edad promedio ponderada de los adultos encuestados fue de 35,0 años, siendo la distribución muy heterogénea, es decir personas desde los 18 años hasta los 94 años. De acuerdo a los grupos etarios se aprecia que la muestra conformó una asimetría positiva, siendo el mayor porcentaje en los grupos etarios de 25 a 44 años. (Tabla No. 6).

TABLA No. 6
EDAD DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN AYACUCHO 2003

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Ponderada	35,0	15,3
Sin ponderar	36,1	14,9
GRUPO ETARIO	PONDERADO(%)	SIN PONDERAR(%)
18 a 24 años	33,2%	25,4%
25 a 44 años	42,7%	51,1%
45 a 64 años	18,7%	17,2%
65 a más	5,4%	6,3%

ESCOLARIDAD

Se aprecia que el grado de analfabetismo es mayor en el género femenino. Esta situación redundo en forma importante en las diferentes oportunidades de este grupo y resaltan aspectos de género que intervienen en esta desigualdad (Tabla No. 7).

TABLA No. 7
ADULTOS QUE NO SABEN LEER NI ESCRIBIR EN AYACUCHO 2003

GRADO DE ANALFABETISMO	%
Total	7,4
Masculino	0,9
Femenino	13,5

De la muestra en estudio, el mayor porcentaje refiere tener una instrucción superior al nivel de educación secundaria. En este sentido se hacen evidentes diferencias estadísticamente significativas entre el género masculino y femenino, sobre el nivel de educación. (Tabla No. 8). Las diferencias en los porcentajes que se observan entre las personas sin nivel de instrucción con aquellas que efectivamente no saben leer ni escribir denota que a pesar que las personas ingresan a los primeros niveles del sistema educativo vuelven a ser analfabetas por desuso de la lecto-escritura.

TABLA No. 8
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS DE AYACUCHO 2003

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
Sin nivel	5,6%	0,6%	10,3%
Inicial / Preescolar	0,3%	0,1%	0,5%
Primaria	16,8%	14,2%	19,3%
Secundaria	35,5%	40,0%	31,3%
Bachillerato	0,0%	0,0%	0,0%
Superior no universitario	15,8%	12,2%	19,2%
Superior universitario	24,3%	29,7%	19,1%
Postgrado	1,7%	3,2%	0,2%

F=14,910; df1=5,546; df2=643,359; p<0,0001

ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, el 53,3% de los adultos se encuentran en situación de unido (conviviente o casado) y un 4,6% está separado o divorciado (Tabla No.9).

TABLA No. 9
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS DE AYACUCHO 2003

ESTADO CIVIL	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
Conviviente	19,1%	15,4%	22,5%
Separado	4,3%	2,6%	6,0%
Divorciado	0,3%	0,4%	0,2%
Viudo	4,4%	1,4%	7,3%
Casado	34,2%	35,1%	33,3%
Soltero	37,7%	45,1%	30,6%

OCUPACIÓN

Los varones estuvieron trabajando la semana anterior en un 61,7% en contraste a la mujer con un 52,0%(Tabla No. 10). Las cifras de desempleo llegan al 11,9%, siendo un mayor porcentaje para los hombres.

TABLA No. 10
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS DE AYACUCHO 2003

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
Trabajó la semana anterior	56,7%	61,7%	52,0%
Está buscando trabajo	11,9%	17,7%	7,5%

INGRESOS ECONÓMICOS

Las diferencias de género se ponen nuevamente en evidencia con respecto a los ingresos económicos. Se observa que más de la mitad de las mujeres tienen un ingreso promedio menor a 300 nuevos soles, mucho mayor en comparación con los hombres; a su vez, se evidencia que hay una mayor proporción de hombres que tienen ingresos mayores a 1,200 nuevos soles. (Tabla No. 11).

TABLA No. 11

PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES (NUEVOS SOLES), DE AYACUCHO 2003

INGRESOS (NUEVOS SOLES)	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
< DE 300	41,8%	31,3%	53,4%
301 A 600	24,4%	27,9%	20,5%
601 A 1 200	28,0%	32,1%	23,5%
> DE 1 200	5,8%	8,6%	2,6%

SALUD MENTAL DEL ADULTO EN AYACUCHO

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

La salud mental engloba más que los problemas típicamente psiquiátricos e incluyen medidas del estado de bienestar personal y de aspectos vinculados a las relaciones humanas y del entorno del individuo, en una interacción dinámica y plural. De esta manera se están incluyendo en la evaluación de la salud mental no solo indicadores negativos sino también indicadores positivos de la salud mental, entendida en una dimensión integral. Por ello se ha planteado una serie de preguntas que cubren diversos aspectos contextuales de la vida de la persona, tanto a nivel macro, como a nivel de su desenvolvimiento social próximo.

Entorno general

En cuanto a los problemas que enfrenta el país, tanto el hombre como la mujer perciben que el problema principal es el desempleo, con un 46,0% y 44,2% respectivamente. Sigue en importancia la pobreza, percibida más importante por las mujeres (27,5%) que por los hombres (22,0%). A continuación han sido considerados la corrupción, la delincuencia y el manejo económico, aunque en porcentajes mucho menores (Tabla No. 12). Frente a estos problemas la mayoría de los encuestados se manifiestan con preocupación, pena o tristeza y amargura o rabia. Hay diferencias entre ambos géneros en el sentimiento de tristeza o pena la cual afecta más a las mujeres (Tabla No. 13).

TABLA No. 12
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE
AYACUCHO 2003

PROBLEMAS PERCIBIDOS	DESEMPLEO %	POBREZA %	MANEJO ECONOMICO %	CORRUPCIÓN %	DELINCUENCIA %	VIOLENCIA %	OTROS %
Total	45,1	24,9	3,6	7,5	7,6	3,7	7,7
Masculino	46,0	22,0	5,4	9,0	7,7	2,0	7,9
Femenino	44,2	27,5	1,9	6,1	7,5	5,2	7,6

TABLA No. 13
ESTADOS EMOCIONALES FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

ESTADOS	PREOCUPACIÓN %	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN %	AMARGURA, RABIA O CÓLERA %	IMPOTENCIA %	DESILUSIÓN %	OTROS %
Total	42,8	21,9	11,8	5,6	5,3	12,6
Masculino	40,3	16,2	13,8	7,2	7,2	15,3
Femenino	45,1	27,3	10,0	4,2	3,5	10,0

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. Esto es más importante en zonas menos favorecidas económicamente, como la sierra del país. La medida en que las personas confían en sus autoridades y en las personas de su entorno nos da una referencia de estimación sobre el grado de confianza de la persona en el sistema. En este sentido, resalta la desconfianza en las autoridades políticas, líderes de la comunidad o alcaldes, así como en las autoridades policiales y militares, tanto hombres como mujeres. También es llamativo el grado de desconfianza en los vecinos, especialmente en el sexo femenino. Existe más confianza en religiosos y maestros (Tabla No. 14).

TABLA No. 14
CONFIANZA EN AUTORIDADES Y PERSONAS DEL
ENTORNO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

CONFIANZA EN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
AUTORIDADES POLICIALES			
Total	79,5	16,9	3,6
Masculino	77,2	18,0	4,8
Femenino	81,7	15,9	2,3
AUTORIDADES MILITARES			
Total	78,0	18,2	3,8
Masculino	72,9	22,0	5,1
Femenino	82,9	14,6	2,5
RELIGIOSOS			
Total	37,4	30,2	32,4
Masculino	44,1	29,4	26,5
Femenino	31,0	31,0	37,9
MAESTROS			
Total	24,3	46,3	29,4
Masculino	21,9	42,6	35,5
Femenino	26,6	49,7	23,7
AUTORIDADES POLÍTICAS			
Total	93,5	5,8	0,7
Masculino	93,0	6,4	0,6
Femenino	94,0	5,2	0,8
LÍDERES DE SINDICATOS			
Total	68,1	26,6	5,3
Masculino	69,0	25,8	5,1
Femenino	67,1	27,4	5,5
LÍDERES DE LA COMUNIDAD / ALCALDE			
Total	83,9	14,4	1,7
Masculino	81,8	16,9	1,4
Femenino	86,0	12,0	1,9
VECINOS			
Total	65,5	26,2	8,2
Masculino	59,0	29,2	11,8
Femenino	71,7	23,4	4,9
PERIODISTAS			
Total	60,3	32,8	6,9
Masculino	58,2	34,3	7,4
Femenino	62,3	31,4	6,4

Con respecto al sentimiento de seguridad que las personas perciben en su entorno, la gran mayoría no se siente protegido por el Estado, (82,0%), y la mayoría tampoco por la comunidad. Este sentimiento suele ser mayor en las mujeres en comparación con los hombres. Esto contrasta enormemente con los sentimientos de protección que genera la familia y la creencia en Dios y que en países latinoamericanos, lo que podría representar una de sus fortalezas y protecciones frente a los problemas de salud mental.

TABLA No. 15
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
DEL ESTADO			
Total	82,0	16,4	1,6
Masculino	78,2	19,3	2,5
Femenino	85,5	13,7	0,8
DE LA FAMILIA			
Total	15,4	16,1	68,5
Masculino	16,1	15,2	68,6
Femenino	14,8	16,9	68,3
DE DIOS			
Total	9,2	10,4	80,3
Masculino	13,2	15,2	71,6
Femenino	5,6	6,1	88,4
DE LA COMUNIDAD			
Total	58,8	31,4	9,8
Masculino	52,7	34,5	12,8
Femenino	64,6	28,5	6,9

Estresores psicosociales

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

TABLA No. 16
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
TRABAJO			
Total	32,8	24,6	42,6
Masculino	35,9	25,9	38,2
Femenino	29,3	23,2	47,5
ESTUDIO			
Total	25,4	25,4	49,2
Masculino	28,7	26,9	44,4
Femenino	21,3	23,5	55,2
HIJOS Y PARIENTES			
Total	29,3	18,8	51,9
Masculino	33,3	23,0	43,6
Femenino	25,6	15,1	59,3
PAREJA			
Total	44,6	20,4	35,1
Masculino	49,5	21,1	29,3
Femenino	39,4	19,6	41,1
DINERO			
Total	19,7	26,6	53,7
Masculino	24,7	30,8	44,5
Femenino	15,0	22,7	62,4
LA SALUD			
Total	18,7	20,4	60,9
Masculino	24,6	20,5	54,8
Femenino	13,1	20,3	66,6
ASUNTOS CON LA LEY			
Total	69,8	15,3	15,0
Masculino	69,4	17,6	13,1
Femenino	70,2	13,0	16,8
TERRORISMO			
Total	41,0	17,7	41,3
Masculino	48,4	18,1	33,5
Femenino	34,0	17,3	48,7
DELINCUENCIA			
Total	19,3	13,5	67,1
Masculino	25,2	13,4	61,4
Femenino	13,8	13,7	72,5
NARCOTRÁFICO			
Total	45,0	18,1	37,0
Masculino	45,6	20,1	34,3
Femenino	44,3	16,1	39,5

El indicador de experiencias traumáticas es de particular interés debido al escalada de violencia vivida en la sierra. Estas experiencias se han sido definidas aquí como el haber sido testigo de algún acontecimiento extremadamente traumático, durante el cual han muerto personas o en las que el entrevistado haya visto gravemente amenazada su integridad física. Estas situaciones dan lugar muchas veces a patologías psiquiátricas como el trastorno de estrés postraumático. En el caso de la población adulta, el 49,9% de la población se ha visto en situaciones semejantes, siendo mayor para el género masculino (Tabla No. 17).

TABLA No. 17
PREVALENCIA DE VIDA DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA
DE AYACUCHO 2003

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	%
Total	49,9
Masculino	53,2
Femenino	46,8

Al lado de los estresores psicosociales existen otras fuentes de estrés como son por las características ambientales donde vive la persona. Se preguntó a los encuestados qué tanto le molestaban las características físicas de su entorno, como el ruido, la falta de ventilación, la falta de espacio y el mal olor, encontrándose un elevado porcentaje de personas con niveles altos de estrés ambiental en alguno de estas situaciones (Tabla No. 18).

TABLA No. 18
PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON NIVELES ALTOS DE ESTRÉS EN ALGUNA CARACTERÍSTICA AMBIENTAL EN LA
POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

POBLACIÓN CON ALTO NIVEL DE ESTRÉS AMBIENTAL	%
Total	47,1
Masculino	44,5
Femenino	49,5

Discriminación

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

TABLA No. 19
PREVALENCIA DE VIDA DE RECHAZO O DISCRIMINACIÓN SEGÚN TIPOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TIPO DE DISCRIMINACIÓN	PREVALENCIA DE VIDA %	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO		
		NINGUNA VEZ %	RARA VECES U OCASIONALMENTE %	FRECUENTE O MUY FRECUENTEMENTE %
SEXO				
Total	7,7	93,7	5,4	1,0
Masculino	3,3	97,3	2,6	0,1
Femenino	11,8	90,3	7,9	1,7
EDAD				
Total	6,7	94,3	5,4	0,3
Masculino	5,5	95,3	4,7	0,0
Femenino	7,8	93,3	6,1	0,7
PESO				
Total	5,7	95,2	4,1	0,7
Masculino	3,2	97,4	2,3	0,3
Femenino	8,1	93,2	5,7	1,1
COLOR DE PIEL				
Total	2,8	98,0	1,9	0,1
Masculino	3,6	97,0	3,0	0,1
Femenino	2,1	99,0	0,9	0,1
FORMA DE VESTIR				
Total	6,3	95,3	4,4	0,3
Masculino	6,5	95,1	4,9	0,0
Femenino	6,2	95,5	4,0	0,5
CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL				
Total	14,0	88,7	10,0	1,2
Masculino	14,3	89,7	9,6	0,7
Femenino	13,8	87,9	10,4	1,8
NIVEL EDUCATIVO				
Total	11,9	91,0	8,4	0,6
Masculino	9,3	93,8	6,0	0,1
Femenino	14,3	88,3	10,6	1,1
RELIGIÓN				
Total	4,5	96,2	3,4	0,4
Masculino	5,8	95,2	4,0	0,8
Femenino	3,3	97,2	2,7	0,1
AMISTADES				
Total	4,4	95,9	4,0	0,1
Masculino	5,5	94,8	5,1	0,1
Femenino	3,3	96,9	3,0	0,1
LUGAR DE NACIMIENTO				
Total	4,8	96,6	3,4	0,0
Masculino	5,8	95,7	4,3	0,0
Femenino	3,9	97,5	2,5	0,0

Estados anímicos prevalentes

Los estados anímicos comunes de las personas no son, de por sí, estados patológicos pero pueden darnos una idea rápida de las tendencias anímicas, además que pueden repercutir en la calidad de vida de las personas. Se ha indagado la frecuencia de tales estados en el momento actual de su vida y se ha intentado utilizar términos comunes al lenguaje cotidiano. En la población general, entre el 14,5% y el 41,0% de las personas experimentan muchos estados negativos como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, preocupación o aburrimiento. Cabe resaltar que las mujeres experimentan en estos estados en mayor proporción que los hombres, lo que está en correlación directa con la presencia de trastornos depresivos o ansiosos. Por contraparte, los varones experimentan estados anímicos positivos con mayor frecuencia que las mujeres (Tabla No. 20).

TABLA No. 20
ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES EN EL ÚLTIMO MES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

ESTADOS ANÍMICOS	Nunca %	Algunas veces u ocasionalmente %	Siempre o casi siempre %
TRISTE			
Total	1,9	75,4	22,7
Masculino	3,3	85,3	11,4
Femenino	0,7	66,0	33,3
TENSO			
Total	9,5	74,1	16,4
Masculino	13,4	76,4	10,2
Femenino	5,8	71,9	22,2
ANGUSTIADO			
Total	12,3	73,2	14,5
Masculino	15,0	76,6	8,4
Femenino	9,7	70,0	20,2
IRRITABLE			
Total	12,1	71,9	16,0
Masculino	15,1	73,6	11,4
Femenino	9,2	70,3	20,4
PREOCUPADO			
Total	1,3	57,7	41,0
Masculino	2,2	69,6	28,1
Femenino	0,4	46,5	53,1
TRANQUILO			
Total	3,2	41,2	55,6
Masculino	1,4	32,8	65,8
Femenino	4,9	49,2	45,9
ALEGRE			
Total	0,6	39,4	60,0
Masculino	0,6	29,0	70,4
Femenino	0,6	49,3	50,1
ABURRIDO			
Total	7,1	77,7	15,2
Masculino	7,8	82,5	9,7
Femenino	6,5	73,2	20,3
OTRO			
Total	88,4	2,8	8,7
Masculino	85,7	2,7	11,6
Femenino	91,8	2,9	5,3

Satisfacción personal

La satisfacción personal en las distintas áreas de la vida está en directa relación con la autoestima personal. La estima personal se construye en forma muy compleja desde temprana edad a través de las experiencias con el medio. Esta interacción deriva en logros con los cuales la persona puede o no estar conforme influenciando su autovalía personal. En una escala de 5 a 20, el grado de satisfacción personal de los encuestados se encuentra en una media de 16,0 (Tabla No. 21).

Con relación a la satisfacción personal específica, más de la mitad de los encuestados muestra una considerable satisfacción con respecto a su aspecto físico, inteligencia, la profesión u oficio que estudió o está estudiando y sus relaciones sociales. Sin embargo, esta satisfacción es mucho menor en el nivel económico y el nivel educativo alcanzado. El grado de insatisfacción con relación al aspecto económico (37,3%) se asociaría con los niveles de pobreza (tabla No. 22). En general, existe una tendencia a una menor satisfacción en las mujeres en comparación con los hombres.

TABLA No. 21
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL* EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	16,0	2,6	16,0	19,0	14,0	18,0
Masculino	16,4	2,4	17,0	19,0	15,0	18,5
Femenino	15,6	2,7	16,0	18,0	14,0	18,0

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

TABLA No. 22
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN DE AYACUCHO 2003

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
ASPECTO FÍSICO			
Total	9,0	34,2	56,8
Masculino	5,7	33,0	61,2
Femenino	12,2	35,3	52,5
INTELIGENCIA			
Total	12,0	32,3	55,7
Masculino	8,1	32,0	59,9
Femenino	15,7	32,5	51,7
NIVEL ECONÓMICO			
Total	37,3	47,7	15,1
Masculino	32,3	53,1	14,7
Femenino	42,0	42,6	15,5
PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIÓ (A)			
Total	18,1	29,2	52,8
Masculino	12,8	32,1	55,0
Femenino	24,2	25,7	50,1
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO			
Total	35,6	30,5	33,9
Masculino	27,3	33,6	39,1
Femenino	43,6	27,5	28,9
RELACIONES SOCIALES			
Total	18,8	39,8	41,4
Masculino	16,7	36,2	47,1
Femenino	20,8	43,3	35,9

Satisfacción laboral

El desempleo y el subempleo crean condiciones desfavorables para la salud mental de las personas, sin embargo la calidad del empleo puede ser fuente de condiciones anímicas negativas. Es por ello que estimar el grado de satisfacción laboral es un aspecto importante de la salud mental. En general más de la mitad de los encuestados muestra un adecuado nivel de satisfacción laboral. El grado de satisfacción global deriva de la suma de los puntajes (del 1 al 4) de cada uno de los aspectos específicos convertidos al sistema vigesimal (Tabla No. 23 y 24).

TABLA No. 23
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	15,6	2,7	16,0	15,0	14,0	17,5
Masculino	15,8	2,8	16,0	15,0	14,2	17,5
Femenino	15,4	2,7	15,8	15,0	13,8	17,5

TABLA No. 24
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA			
Total	12,1	36,6	51,3
Masculino	11,1	38,0	50,9
Femenino	13,2	35,1	51,7
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA			
Total	13,0	41,0	46,0
Masculino	12,4	40,0	47,6
Femenino	13,6	42,2	44,2
CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO			
Total	10,4	38,8	50,8
Masculino	10,4	35,4	54,2
Femenino	10,3	43,8	45,9
CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA A DIARIO			
Total	17,2	50,3	32,5
Masculino	18,3	47,7	34,1
Femenino	16,1	53,2	30,7
CON EL TRATO O RECONOCIMIENTO QUE RECIBE DE SUS JEFES			
Total	22,1	38,5	39,4
Masculino	21,8	38,0	40,3
Femenino	22,7	39,5	37,8
CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE			
Total	44,7	43,9	11,4
Masculino	40,6	45,1	14,3
Femenino	49,3	42,5	8,2

Calidad de vida

La evaluación de la salud mental esta considerando aspectos no sólo relacionados con la morbilidad sino también con condiciones de bienestar en un sentido más amplio que incluye aspectos espirituales. 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 global correspondiente al Índice de Calidad de Vida⁴⁷ que en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente, se halla en un 7,7. El valor de este resultado va a ser mejor apreciado como indicador comparativo en posteriores estudios, aún así la cifra encontrada indica un nivel aceptable de calidad vida desde la perspectiva de la propia persona. Estudios posteriores presentarán los detalles específicos de este indicador (Tabla No. 25).

TABLA No. 25
CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	7,7	1,1	7,8	8,1	7,0	8,5
Masculino	7,7	1,1	7,8	8,1	7,1	8,5
Femenino	7,6	1,2	7,8	8,0	6,9	8,5

Discapacidad o Inhabilidad

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

En este documento presentamos los indicadores generales a nivel de la población general; posteriores reportes presentarán los resultados específicos de la población y los relacionados con la patología psiquiátrica. En general, encontramos que algo más de un tercio de la población tiene al menos una discapacidad o inhabilidad leve, lo que representa niveles muy altos para una población general (Tabla No. 26 y 27).

TABLA No. 26
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	7,7	1,1	7,8	8,1	7,0	8,5
Masculino	7,7	1,1	7,8	8,1	7,1	8,5
Femenino	7,6	1,2	7,8	8,0	6,9	8,5

TABLA No. 27
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN GENERAL ADULTA DE AYACUCHO 2003
CON AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
Total	37,5
Masculino	33,2
Femenino	41,5

Aspectos psicopáticos

El clima de paz y tranquilidad que debe existir entre los ciudadanos se ve afectado cuando la persona quiebra sistemáticamente las reglas y leyes de la sociedad. Si bien existe una personalidad definidamente antisocial, cuyas causas se han relacionado hasta con factores genéticos, en esta ocasión evaluamos tendencias más sutiles y sensibles a los cambios e influencias de la sociedad. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de la personas a conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente, la violencia o el robo. La primera se encuentra en 10,9% de la población y la segunda en 7,2%, cifras que denotan una importante proporción de individuos en estas condiciones pero son similares a los hallazgos en la ciudad de Lima (Tabla No. 28).

TABLA No. 28
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA	
Total	10,9
Masculino	11,6
Femenino	10,2
PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS	
Total	7,2
Masculino	10,2
Femenino	4,4

Indicadores suicidas

En este estudio se ha decidido investigar los indicadores suicidas en una forma más detallada, empezando con las formas más sutiles como los deseos de morir, pasando por pensamientos suicidas específicos, el planeamiento y el intento suicidas. Estos indicadores son más sensibles, antes del suicidio consumado y más susceptible de acciones preventivas. No se sostiene que las causas que expliquen uno u otro, o el mismo suicidio, deban ser necesariamente las mismas, sin embargo existe algún tipo de vinculación importante. De primera intención observamos que los indicadores son importantes especialmente en el sexo femenino, llegando a un 25,3% de prevalencia anual de deseos 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 No. 29 observamos que un 39,2% de la población adulta de la ciudad de Ayacucho, alguna vez en su vida ha presentado deseos de morir, un 16,9% lo ha considerado en el último año y un 8,3% en el último mes. Estas cifras son más altas en comparación de las encontradas en la ciudad de Lima. Con relación a ideas suicidas más definidas, el 17,4% y el 5,6% ha tenido alguna vez en su vida pensamientos de quitarse la vida y planes suicidas respectivamente. En cuanto a la conducta suicida que denota un indicador más objetivo con impacto familiar y económico, el 4,1% de la población encuestada ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 0,4% lo habría realizado en el último año. Un 12,1% de las personas que intentó hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta.

TABLA No. 29
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO, 2003

INDICADORES SUICIDAS	%
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR	39,2
Masculino	23,6
Femenino	53,8
PREVALENCIA EN EL AÑO DE DESEOS DE MORIR	16,9
Masculino	8,1
Femenino	25,3
PREVALENCIA EN EL MES DE DESEOS DE MORIR	8,3
Masculino	2,8
Femenino	13,5
PREVALENCIA DE VIDA DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	17,4
Masculino	9,8
Femenino	24,5
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	6,5
Masculino	3,4
Femenino	9,4
PREVALENCIA EN EL MES DE PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA	3,1
Masculino	1,7
Femenino	4,5
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	5,6
Masculino	3,1
Femenino	8,0
PREVALENCIA EN EL AÑO DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	1,7
Masculino	1,1
Femenino	2,3
PREVALENCIA EN EL MES DE PLANES DE ÍNDOLE SUICIDA	0,4
Masculino	0,3
Femenino	0,5
PREVALENCIA DE VIDA DE CONDUCTAS SUICIDAS	4,1
Masculino	1,9
Femenino	6,1
PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,4
Masculino	0,2
Femenino	0,6
PREVALENCIA EN EL MES DE CONDUCTAS SUICIDAS	0,1
Masculino	0,2
Femenino	0,0
PREVALENCIA DE LA POTENCIALIDAD SUICIDA	0,7
	(12,1% de los intentos)
Masculino	0,2
Femenino	1,1

Observamos en la tabla No. 30 que los principales motivos del deseo de morir y de pensamientos suicidas son: 1ro problemas con la pareja, 2do problemas económicos y 3ro problemas con los padres; con respecto al intento suicida: 1ro problemas de pareja, 2do problemas con los padres y 3ro problemas económicos. En el caso del sexo femenino más de mitad de los casos de intento suicida se relaciona con la pareja. En el caso de los hombres la distribución es más heterogénea siendo la causa más frecuente los problemas económicos, seguido de separación de familiar y de problemas con la pareja. Es probable que esto se deba a que los hombres resienten más que las mujeres la responsabilidad económica del hogar. Estos hallazgos denotan la importancia que los programas preventivos tomen en cuenta estas diferencias entre sexos.

TABLA No. 30
MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TÓPICOS		MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS %	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %
PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN	Total	1,1	0,0
	Mas	0,3	0,0
	Fem	1,4	0,0
PROBLEMAS CON PADRES	Total	16,5	32,8
	Mas	18,2	5,7
	Fem	15,8	40,7
PROBLEMAS CON HIJOS	Total	6,8	8,9
	Mas	3,9	0,0
	Fem	8,1	11,6
PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES	Total	6,0	11,2
	Mas	3,0	0,0
	Fem	7,3	14,4
PROBLEMAS CON PAREJA	Total	33,5	38,7
	Mas	27,8	15,6
	Fem	35,9	45,5
PROBLEMAS CON AMISTADES	Total	0,7	0,0
	Mas	1,0	0,0
	Fem	0,6	0,0
PROBLEMAS LABORALES	Total	4,8	1,7
	Mas	10,2	7,5
	Fem	2,5	0,0
PROBLEMAS CON ESTUDIOS	Total	6,7	4,8
	Mas	12,1	0,0
	Fem	4,5	6,2
PROBLEMAS ECONÓMICOS	Total	22,6	14,2
	Mas	20,3	33,0
	Fem	23,6	8,7
PROBLEMAS CON SALUD FÍSICA	Total	11,3	3,7
	Mas	10,3	0,0
	Fem	11,7	4,7
SALUD FÍSICA DE ALGÚN FAMILIAR	Total	2,9	0,0
	Mas	1,0	0,0
	Fem	3,7	0,0
SEPARACIÓN DE FAMILIAR	Total	3,8	9,6
	Mas	5,3	24,3
	Fem	3,2	5,3
MUERTE DE PAREJA	Total	1,7	0,0
	Mas	1,6	0,0
	Fem	1,7	0,0
MUERTE DE UN HIJO	Total	0,6	0,0
	Mas	0,3	0,0
	Fem	0,7	0,0
MUERTE DE PADRE(S)	Total	3,4	0,0
	Mas	3,0	0,0
	Fem	3,6	0,0
PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	Total	3,0	5,3
	Mas	6,3	0,0
	Fem	1,7	6,9
SIN MOTIVO APARENTE	Total	0,3	0,0
	Mas	0,3	0,0
	Fem	0,3	0,0
OTROS	Total	11,1	12,6
	Mas	13,5	29,6
	Fem	10,1	7,6

Tendencia hacia la violencia

La violencia es uno de los principales problemas sociales que ha enfrentado Ayacucho en la últimas décadas. En este caso sólo se ha medido la prevalencia de vida de conductas como peleas con algún tipo de armas y abuso físico a menores, habiéndose hallado que un 35,8% de la población se ha visto involucrado en alguno de estos tipos de conducta, llegando cerca de la mitad de la población masculina. También se han tomado en cuenta indicadores más sutiles como el pensamiento homicida (Tabla No. 31).

TABLA No. 31
TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

INDICADOR	%
PREVALENCIA DE VIDA DE TENDENCIAS VIOLENTAS	
Total	35,8
Masculino	47,8
Femenino	24,6
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDAS	
Total	4,9
Masculino	6,4
Femenino	3,5
PREVALENCIA EN EL AÑO DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDAS	
Total	2,2
Masculino	3,0
Femenino	1,4
PREVALENCIA EN EL MES DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDAS	
Total	1,7
Masculino	2,2
Femenino	1,2

Factores protectores

Como se ha observado en área de sentimientos de protección familiar, el grado de cohesión familiar medido a través del respeto y apoyo mutuo, orgullo familiar, o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos, lo que es un factor positivo comparado a los otros factores psicosociales que atentan contra la salud mental. De la misma manera el factor religioso es muy importante en la población y la mayoría se apoya en el mismo para enfrentar los retos cotidianos que les da la vida. Por otro lado, la participación religiosa activa se encuentra a niveles relativamente bajos (Tabla No. 32 y 33).

TABLA No. 32
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	17,9	2,4	18,3	20,0	16,7	20,0
Masculino	18,1	2,2	18,3	20,0	16,7	20,0
Femenino	17,8	2,5	18,3	20,0	16,7	20,0

TABLA No. 33
TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TENDENCIAS RELIGIOSAS	DIOS MUY IMPORTANTE %	SIENTE PROTECCIÓN DE DIOS %	ASISTE A IGLESIA O TEMPLO %	PARTICIPA ACTIVAMENTE %	LEE ESCRITURAS RELIGIOSAS %	TRASMITE RELIGIÓN A HIJOS %	RELIGIÓN AYUDA A SOLUCIÓN DE PROBLEMAS %
Total	81.5	79.0	81.6	13.5	49.7	43.2	68.6
Masculino	74.4	69.8	76.7	11.4	53.7	37.8	62.2
Femenino	88.2	87.7	86.0	15.3	46.2	48.0	74.6

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la tabla No. 34 se presentan las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual por grupos de trastornos clínicos según criterios de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En general, la mujeres padecen más trastornos depresivo y ansiosos que los hombres y estos padecen marcadamente más problemas por uso de sustancias. Más de la mitad de la población de Ayacucho, (50,6%) alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico, cerca de una quinta parte los ha sufrido en los últimos 12 a seis meses (26,0 –24,4) y un 21,2% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta. Como grupo, los trastornos de ansiedad han sido los más frecuentes, sin embargo las prevalencias disminuyen considerablemente en las prevalencias del último año, lo que estaría reflejando la disminución de los estresores psicosociales en la región. Sin embargo, si consideramos las prevalencias anuales los trastornos por uso de sustancias son los más frecuentes (15,4%), seguidos por los trastornos depresivos (6,5%).

Las tablas No. 35, 36, 37 y 38 presentan respectivamente las prevalencias de vida, anual, de seis meses y actual de los principales trastornos psiquiátricos de la población de Ayacucho, así como la distribución por sexo. En lo que concierne a prevalencia de vida, el desorden más frecuente es el trastorno de estrés postraumático (21,4%), reflejando los efectos de la violencia política de los últimos 20 años. En seguida aparece el episodio depresivo, con un 20,1% y el trastorno de ansiedad generalizada (13,6%) (Tabla 35). Con respecto a las prevalencias anuales (Tabla 36), observamos que los principales problemas desde el punto de vista psiquiátrico que enfrentan esta ciudad es la dependencia o uso perjudicial (abuso) de alcohol (15,0%), el episodio depresivo (6,3%) y el trastorno de ansiedad generalizada (4,3%). En los dos últimos trastornos se ve más afectado el sexo femenino y en el primer caso más de una cuarta parte la población masculino lo padece, lo que lo convierte en un problema muy serio de salud pública. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien las prevalencias son bajas, las conductas de riesgo reportadas son moderadas (5,1%) especialmente en las mujeres (6,9%) (Tabla 38).

TABLA No. 34
PREVALENCIA DE VIDA, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS EN GENERAL DE AYACUCHO 2003

TIPO DE TRASTORNOS	
PREVALENCIA DE VIDA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO*	%
Total	50,6
Masculino	49,1
Femenino	52,1
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	%
Total	26,0
Masculino	34,1
Femenino	18,4
PREVALENCIA A SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**	%
Total	24,4
Masculino	33,2
Femenino	16,2
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**	%
Total	21,2
Masculino	30,5
Femenino	12,5
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	%
Total	33,7
Masculino	25,1
Femenino	41,8
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	%
Total	8,2
Masculino	5,3
Femenino	11,0
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN GENERAL,	%
Total	7,3
Masculino	4,2
Femenino	10,1
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	%
Total	5,1
Masculino	2,9
Femenino	7,2
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	%
Total	21,5
Masculino	15,9
Femenino	26,9
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	%
Total	6,5
Masculino	5,4
Femenino	7,5
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	%
Total	4,8
Masculino	4,5
Femenino	5,2
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	%
Total	3,0
Masculino	2,1
Femenino	3,8
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO O DEPENDENCIA A CUALQUIER SUSTANCIA	%
Total	15,4
Masculino	28,3
Femenino	3,3

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

** Se incluye la prevalencia anual de abuso o dependencia a sustancias

TABLA No. 35
PREVALENCIA DE VIDA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS Y DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE AYACUCHO 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Trastornos psicóticos*	0,4	0,4	0,4
Trastorno bipolar	0,0	0,0	0,0
Episodio depresivo	20,1	15,4	24,5
Distimia	1,7	0,5	2,9
Agorafobia s/c historia de trastorno de pánico	2,9	1,5	4,1
Trastorno de estrés post-traumático	21,4	15,8	26,7
Fobia social	5,2	4,2	6,1
Trastorno de pánico	0,5	0,1	1,0
Trastorno de ansiedad generalizada	13,6	7,4	19,4
Trastorno obsesivo compulsivo	0,5	0,2	0,7

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

TABLA No. 36
PREVALENCIA ANUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS Y DISTRIBUCIÓN POR SEXOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Episodio depresivo	6,3	5,4	7,1
Distimia*			
Agorafobia s/c historia de trastorno de pánico	1,4	0,3	2,4
Trastorno de estrés post-traumático	1,7	1,3	2,0
Fobia social	1,0	1,1	0,9
Trastorno de pánico	0,1	0,0	0,3
Trastorno de ansiedad generalizada	4,3	2,6	5,8
Trastorno obsesivo compulsivo	0,2	0,0	0,5
Dependencia o consumo perjudicial de alcohol	15,0	27,8	2,9

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

TABLA No. 37
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y DISTRIBUCIÓN POR SEXOS EN LA
POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Episodio depresivo	4,6	4,5	4,8
Distimia*	0,4	0,1	0,7
Agorafobia s/c historia de trastorno de pánico	1,2	0,3	2,1
Trastorno de estrés post-traumático	1,5	1,2	1,7
Fobia social	0,8	0,7	0,8
Trastorno de pánico	0,1	0,0	0,3
Trastorno de ansiedad generalizada	4,0	2,0	5,8
Trastorno obsesivo compulsivo	0,2	0,0	0,3

* La prevalencia de seis meses asume los dos años de los criterios diagnósticos.

TABLA No. 38
PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS Y DISTRIBUCIÓN POR SEXOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Trastornos psicóticos*	0,0	0,1	0,0
Episodio depresivo	2,8	2,1	3,4
Distimia**	0,4	0,1	0,7
Agorafobia s/c historia de trastorno de pánico	1,2	0,3	2,0
Trastorno de estrés post-traumático	1,1	0,6	1,5
Fobia social	0,5	0,7	0,4
Trastorno de ansiedad generalizada	2,5	1,2	3,6
Trastorno obsesivo compulsivo	0,0	0,0	0,0
Trastorno de estrés post-traumático			
Bulimia nervosa	0,1	0,0	0,3
Anorexia Nervosa	0,0	0,0	0,0
Tendencia a Problemas alimentarios***	5,1	3,1	6,9

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

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

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

USO DE SUSTANCIAS

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, seguida por la hoja de coca, y en todos los casos se encuentra una mayor frecuencia de uso, abuso y dependencia en el género masculino. En la tabla No. 39 observamos que, sin considerar el alcohol, la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales se encuentra en 77,6%, mientras que la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se halla en un 3,2%. El consumo actual (en el último mes) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 29,4% y 0,2% respectivamente. Con respecto a sustancias específicas, las sustancias ilegales más consumidas alguna vez son la marihuana (1,8%) y la cocaína (1,8%); las prevalencias de consumo actual (en el último mes) siguen siendo importantes para el alcohol (51,0%) y el tabaco (15,8%). (Tabla No. 40).

TABLA No. 39
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS EN GENERAL EN LA
POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003, INCLUIDO DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Prevalencia de vida de consumo de sustancias no alcohólicas en general (legales e ilegales)	77,6	87,3	68,4
Prevalencia de vida de consumo de sustancias legales no alcohólicas	77,5	87,1	68,4
Prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales no alcohólicas	3,2	6,4	0,2
Prevalencia en el último mes de consumo de sustancias en general (legales e ilegales)	29,4	34,5	24,5
Prevalencia en el último mes de consumo de sustancias legales	29,2	34,3	24,4
Prevalencia en el último mes de consumo de sustancias ilegales	0,2	0,2	0,1

TABLA No. 40
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN DE AYACUCHO 2003, INCLUIDO DISTRIBUCIÓN POR SEXO

TIPO DE SUSTANCIA*	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Prevalencia de vida del consumo de alcohol	98,1	99,4	96,9
Prevalencia en el último mes de consumo de alcohol	51,0	63,1	39,6
Prevalencia de vida del consumo de tabaco	57,3	79,5	36,9
Prevalencia en el último mes de tabaco	15,8	26,6	5,6
Prevalencia de vida del consumo de tranquilizantes	0,9	0,3	1,5
Prevalencia en el último mes de tranquilizantes	0,1	0,2	0,1
Prevalencia de vida del consumo de estimulantes	0,2	0,0	0,3
Prevalencia en el último mes de estimulantes	0,0	0,0	0,0
Prevalencia de vida del consumo de hoja de coca	46,3	48,7	44,0
Prevalencia en el último mes de hoja de coca	11,6	9,1	14,0
Prevalencia de vida del consumo de marihuana	1,8	3,6	0,1
Prevalencia en el último mes de marihuana	0,1	0,2	0,0
Prevalencia de vida del consumo de cocaína en gral.	1,8	3,6	0,0
Prevalencia en el último mes de cocaína en gral.	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 cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias (Tabla No. 41) se aprecia que la edad de inicio de la mayoría de los entrevistados se encuentra en promedio entre los 17 y 33 años y la sustancia en importancia que se inicia en promedio a menor edad es el consumo de alcohol. 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 inicio de consumo actuales.

TABLA No. 41
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN DE AYACUCHO 2003

TIPO DE SUSTANCIA*	MEDIA	D.S.	MEDIANA	MODA	MIN	MAX
Edad de inicio de consumo de alcohol	17,23	5,0	17,0	18,0	3,0	55,0
Edad de inicio de consumo de tabaco	19,26	5,9	18,0	18,0	5,0	51,0
Edad de inicio de consumo de tranquilizantes	33,10	6,3	34,0	39,0	20,0	40,0
Edad de inicio de consumo de estimulantes	17,27	3,1	16,0	15,0	15,0	22,0
Edad de inicio de consumo de extasis	17,76	1,3	17,0	17,0	17,0	20,0
Edad de inicio de consumo de PBC	24,97	9,6	25,0	25,0	15,0	60,0
Edad de inicio de consumo de cocaína	17,13	1,5	17,0	16,0	16,0	20,0
Edad de inicio de consumo de hoja de coca	20,65	8,6	20,0	20,0	1,0	60,0
Edad de inicio de consumo de marihuana	21,54	4,1	19,0	19,0	15,0	33,0
Edad de inicio de consumo de inhalantes	24,14	9,0	12,0	12,0	12,0	39,0

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

Con respecto a las conductas problemáticas en cuanto al uso de alcohol, se ha definido al bebedor riesgoso como aquel que durante el año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte), encontrándose una prevalencia del 21,6%. En lo que respecta al uso de sustancias se ha considerado sólo la prevalencia en el año. Como se mencionara líneas arriba la prevalencia más frecuente es del abuso o dependencia a alcohol según criterios de investigación de la CIE-10 con un 10,4%, seguido por el tabaco con el 0,9% (Tabla No. 42).

TABLA No. 42
PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN DE AYACUCHO 2003,
INCLUIDO DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

TIPO DE SUSTANCIA (PREVALENCIA ANUAL)	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Bebedor riesgoso de alcohol	21,6	38,0	6,2
Uso perjudicial o dependencia a alcohol	15,0	27,8	2,9
Uso perjudicial o dependencia a tabaco	0,9	1,8	0,1
Uso perjudicial o dependencia a cocaína	0,0	0,0	0,0
Uso perjudicial o dependencia a marihuana	0,0	0,1	0,0
Uso perjudicial o dependencias a otras sustancias	0,0	0,0	0,0
Prevalencia anual de uso perjudicial a cualquier sustancia	4,8	8,4	1,4
Prevalencia anual de la dependencia a cualquier sustancia	10,8	20,4	1,9

Trastornos clínicos según grupos etarios

La distribución de los trastornos clínicos en forma general es más o menos uniforme no existiendo hallazgos estadísticamente significativos salvo en la prevalencia actual de trastornos de ansiedad donde encontramos una menor prevalencia entre los 18 a 24 años (2,4%) (Tabla No. 43).

TABLA No. 43
PREVALENCIA ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

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	22,9	28,6	27,9	17,4
Prevalencia de seis meses de cualquier trastorno psiquiátrico	21,2	27,1	26,3	16,9
Prevalencia actual de cualquier trastorno psiquiátrico	17,4	23,7	23,5	16,9
Prevalencia anual de trastornos de ansiedad en general	6,3	10,7	5,5	9,3
Prevalencia a seis meses de trastornos de Ansiedad en general	5,2	9,5	5,2	9,3
Prevalencia actual de trastornos de ansiedad en general (F= 4,049; df1= 2,786; df2= 323,219; p= 0,009)	2,4	7,5	3,4	9,3
Prevalencia anual de trastornos depresivos en general	6,6	7,2	5,3	3,8
Prevalencia a seis meses de trastornos depresivos en general	4,5	5,7	3,6	3,4
Prevalencia actual de trastornos depresivos en general	2,6	3,5	2,6	3,4
Prevalencia anual de uso perjudicial o dependencia a alcohol	13,7	15,9	18,0	4,7

POBREZA Y TRASTORNOS CLÍNICOS

La evaluación de la pobreza en este estudio se basó en estimaciones subjetivas de la jefa del hogar o esposa del jefe del hogar sobre la capacidad de los ingresos familiares de satisfacer las necesidades básicas (alimentación, vestido, salud, educación) y no básicas (distracción, educación diferenciada, etc.). Aquellos miembros de una familia que no pueden satisfacer la necesidad básica de alimentación son considerados pobres extremos; si se satisfacen la necesidad básica de alimentación pero no las otras necesidades básicas son considerados pobres; si se satisfacen las necesidades básicas pero no otras necesidades se los considera no pobres básicos; y a los miembros de aquellas familias que satisfacen sus necesidades básicas y otras necesidades se la considera no pobres. Además se ha incluido como medida objetiva de la pobreza las necesidades básicas insatisfechas (NBIs) que incluyen características de la vivienda (o), hacinamiento, presencia de servicios higiénicos, agua potable, electricidad, y niños en edad escolar que no estudian. En este informe presentamos las asociaciones entre los primeros indicadores y los trastornos clínicos generales. En un reporte posterior se presentarán los análisis más detallados conjuntamente con el método de necesidades básicas insatisfechas. En la tabla No. 44 podemos observar que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las prevalencias del último año de trastornos psiquiátricos y la pobreza medida a través de las estimaciones subjetivas de la esposa del jefe del hogar sobre la satisfacción de las necesidades con los ingresos familiares. Esto puede deberse a distintas razones, entre ellas, a problemas con los indicadores utilizados en la medición de la pobreza en la Sierra, o a que la situación de pobreza en la Sierra tendría características distintivas a las de Lima, o a que la pobreza en la Sierra no poseería aquellos contrastes que serían los responsables para el desarrollo o no de trastornos psiquiátricos.

TABLA No. 44
PREVALENCIA ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
GENERALES POR NIVEL DE POBREZA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES *	%
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	
No cubren ni las necesidades básicas	15,4
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	26,7
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	26,1
Cubren las necesidades básicas y otras	25,8
PREVALENCIA DE SEIS MESES DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	
No cubren ni las necesidades básicas	14,7
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	25,3
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	24,3
Cubren las necesidades básicas y otras	25,8
PREVALENCIA ACTUAL DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	
No cubren ni las necesidades básicas	4,1
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	22,3
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	21,5
Cubren las necesidades básicas y otras	21,6
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
No cubren ni las necesidades básicas	3,2
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	9,4
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	7,6
Cubren las necesidades básicas y otras	9,1
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
No cubren ni las necesidades básicas	1,7
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	8,2
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	6,8
Cubren las necesidades básicas y otras	9,1

CONTINÚ A...

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES *	%
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	
No cubren ni las necesidades básicas	0,0
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	5,7
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	4,9
Cubren las necesidades básicas y otras	7,3
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
No cubren ni las necesidades básicas	12,4
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	6,5
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	6,4
Cubren las necesidades básicas y otras	2,4
PREVALENCIA A SEIS MESES DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
No cubren ni las necesidades básicas	11,7
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	5,1
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	4,4
Cubren las necesidades básicas y otras	2,4
PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	
No cubren ni las necesidades básicas	2,9
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	3,9
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	2,6
Cubren las necesidades básicas y otras	0,0
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO/ DEPENDENCIA A ALCOHOL	
No cubren ni las necesidades básicas	1,3
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	14,3
Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	16,3
Cubren las necesidades básicas y otras	14,3

* Ninguno de los trastornos alcanzan diferencias estadísticamente significativas

EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA

Se ha considerado para este reporte el informe de dos variables, por un lado la frecuencia con que las personas reportan haber experimentado la pérdida de familiares o bienes materiales por hechos directamente relacionados con la violencia política y por el otro lado la relación de esta con trastornos psiquiátricos. Dos tercios de la población de Ayacucho, ha tenido al menos una situación de pérdida personal ya sea en pérdidas humanas o bienes materiales, y más de la mitad de la población perdió algún familiar ya sea por fallecimiento o por desaparición (Tabla No. 47).

TABLA No. 46A

FRECUENCIA DE PÉRDIDAS HUMANAS Y MATERIALES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA TERRORISTA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TIPO DE PÉRDIDA	AYACUCHO
Muerte de familiar directo (padres, esposo(a), hijos)	12,1
Muerte de otro familiar no directo	44,7
Familiar desaparecido	26,7
Testigo de muerte violenta de alguna persona	19,3
Familiar detenido	24,3
Familiar en prisión	13,4
Pérdida de bienes	23,2
Cambio de residencia	29,1
Al menos una situación de pérdida personal	66,2
Algún familiar fallecido o desaparecido	52,8

En la tabla No. 47, se observa que la prevalencia de vida de algún trastorno psiquiátrico en las personas que han perdido algún familiar se eleva considerablemente (56.0%) con relación a la prevalencia de toda la población (Tabla 34) y con aquellos que no han presentado ninguna pérdida familiar. Esta relación se mantiene a una significancia limitrofe en la prevalencia anual, de 6 meses y actual. Cuando analizamos esta relación con grupos de trastornos, encontramos que la asociación se mantiene significativa para los trastornos de ansiedad, inclusive en los periodos de referencia actuales. En el caso de los trastornos depresivos la relación es significativa sólo para la prevalencia de vida.

TABLA No. 46B

PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN PRESENCIA O AUSENCIA DE PÉRDIDAS PERSONALES POR LA VIOLENCIA EN LA ÉPOCA TERRORISTA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS GENERALES	CON ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	SIN ALGÚN FAMILIAR FALLECIDO O DESAPARECIDO	ESTADÍSTICOS
Prevalencia de vida de cualquier trastorno Psiquiátrico	56,0	44,8	F = 8,886 df1 = 1 p = 0,004
Prevalencia anual de cualquier trastorno Psiquiátrico	26,5	25,5	F = 0,108 df1 = 1 p = 0,743
Prevalencia de seis meses de cualquier trastorno psiquiátrico en general	24,7	24,2	F = 0,029 df1 = 1 p = 0,865
Prevalencia actual de cualquier trastorno psiquiátrico en general	21,4	21,1	F = 0,006 df1 = 1 p = 0,937
Prevalencia de vida de trastornos de ansiedad en general	40,2	26,4	F = 12,546 df1 = 1 p = 0,001
Prevalencia anual de trastornos de ansiedad en general	9,0	7,4	F = 0,967 df1 = 1 p = 0,328
Prevalencia de seis meses de trastornos de ansiedad en general	8,0	6,5	F = 1,016 df1 = 1 p = 0,316
Prevalencia actual de trastornos de ansiedad en general	6,3	3,8	F = 3,694 df1 = 1 p = 0,057
Prevalencia de vida de trastornos depresivos en general	24,5	18,3	F = 3,630 df1 = 1 p = 0,059
Prevalencia anual de trastornos depresivos en general	6,4	6,6	F = 0,015 df1 = 1 p = 0,902
Prevalencia a seis meses de trastornos depresivos en general	5,4	4,1	F = 0,818 df1 = 1 p = 0,368
Prevalencia actual de trastornos depresivos en general	3,2	2,7	F = 0,191 df1 = 1 p = 0,662
Prevalencia anual de abuso o dependencia a alcohol	13,0	17,1	F = 1,962 df1 = 1 p = 0,164

EVENTOS DE VIDA INFANTILES Y SALUD MENTAL

Se ha considerado para este reporte el informe de algunos estilos de crianza y su relación con la salud mental. Reportes posteriores tratarán este tema a profundidad. Se hace la advertencia que la información sobre estilos de crianza se ha realizado en función a recuerdos, lo que conlleva consabidas limitaciones; sin embargo, aún así resulta de particular importancia su consideración. Con la intención de poner la información en perspectiva se incluye en la siguiente tabla la comparación con las otras ciudades. En general se observa una mayor prevalencia de estilos de crianza negativos en Ayacucho y de sobreprotección en Huaraz. (Tabla No. 47a).

TABLA No. 47A

ALGUNOS ESTILOS DE CRIANZA REFERIDOS POR LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ 2003

TIPO DE PÉRDIDA	AYACUCHO	CAJAMARCA	HUARAZ	TOTAL %	ESTADÍSTICOS
Le dieron más castigos de los que merecía	25,4	16,4	16,0	19,3	F = 15.160 df1 = 1.808 df2 = 629.079 p < 0.00001
Le permitían hacer cosas que a sus hermanos no	15,7	18,1	22,5	18,3	F = 4.613 df = 11.949 df2 = 678.155 p = 0.01085
Si las cosas iban mal sus padres trataban de confortarlo y animarlo	64,4	78,1	80,0	74,0	F = 22.216 df1 = 1.809 df2 = 629.474 p < 0.00001
Existía amor y ternura entre usted y sus padres	84,4	92,3	90,0	89,1	F = 12.949 df1 = 1.756 df2 = 611.048 p = 0.00001
Le prohibían hacer cosas que a otros niños si les era permitido porque temían que algo malo le podía ocurrir	43,1	45,3	47,6	45,1	F = 0.909 df1 = 1.888 df2 = 657.189 p = 0.39845
Eran muy exigentes con respecto a sus calificaciones escolares, desempeño deportivo o actividades similares	57,3	57,8	62,9	58,8	F = 1.945 df1 = 1.919 df2 = 667.776 p = 0.14575
Le permitían tomar sus propias decisiones como por ejemplo elegir su ropa, escoger a sus amistades, los estudios, distracciones, etc.	38,7	49,7	46,7	45,3	F = 8.661 df1 = 1.837 df2 = 639.410 p = 0.00031
Sus padres no se interesaban por conocer sus opiniones	26,8	25,0	25,4	25,7	F = .304 df1 = 1.967 df2 = 684.512 p = 0.73425
La ansiedad de sus padres de que algo malo podía sucederle era exagerada	30,0	30,1	39,1	32,2	F = 6.566 df1 = 1.985 df2 = 690.902 p = 0.00154

En la tabla No. 47b, se observa un incremento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas que han recibido estilos de crianza negativos. El maltrato infantil bajo el criterio de haber recibido más castigos de lo que se merecía tiene el impacto más notable en todos los trastornos, sin embargo también resalta la falta de ternura entre la persona y sus padres. Para los trastornos depresivos resalta la falta de ternura entre la persona y sus padres. Como estilos protectores se encuentran el permitirles tomar sus propias decisiones, como por ejemplo elegir su ropa, escoger a sus amistades, los estudios, distracciones, etc. y la exigencia con respecto a sus calificaciones escolares, desempeño deportivo o actividades similares.

TABLA No. 47B
PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GENERALES SEGÚN ALGUNOS ESTILOS DE CRIANZA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TIPO DE PÉRDIDA	PREVALENCIA DE VIDA	CUALQUIER TRASTORNO (PG: 50,8%)	TRASTORNOS ANSIEDAD (PG: 33,7%)	TRASTORNOS DEPRESIVOS (PG: 21,6%)
Le dieron más castigos de los que merecía		61,9 (p= 0,00048)	40,5 (p< 0,0143)	25,1 (p< 0,087)
Le permitían hacer cosas que a sus hermanos no		64,3 (p= 0,0013)	49,3 (p= 0,00007)	25,1 (p= 0,0019)
Si las cosas iban mal sus padres no trataban de confortarlo y animarlo		54,8 (p= 0,0968)	38,1 (p= 0,0681)	21,6 (p= 0,8694)
No existía amor y ternura entre usted y sus padres		63,2 (p= 0,0007)	40,9 (p= 0,049)	28,6 (p= 0,0185)
Le prohibían hacer cosas que a otros niños si les era permitido porque temían que algo malo le podía ocurrir		50,8 (p= 0,976)	34,7 (p= 0,627)	22,3 (p= 0,679)
Eran muy exigentes con respecto a sus calificaciones escolares, desempeño deportivo o actividades similares		47,5 (p= 0,0272)	30,6 (p= 0,0113)	17,6 (p= 0,0062)
Le permitían tomar sus propias decisiones como por ejemplo elegir su ropa, escoger a sus amistades, los estudios, distracciones, etc.		44,2 (p= 0,00138)	26,8 (p= 0,00055)	17,5 (p= 0,0477)
Sus padres no se interesaban por conocer sus opiniones		50,8 (p= 0,9789)	31,6 (p= 0,4474)	22,4 (p= 0,7163)
La ansiedad de sus padres de que algo malo podía sucederle era exagerada		54,9 (p= 0,1224)	35,7 (p= 0,4686)	22,4 (p= 0,7195)

ACCESO A SERVICIOS

El acceso a servicios en salud mental es compleja debido a que, a diferencia del acceso a servicios de salud física, las personas con problemas de salud mental no siempre van a desear ser atendidos debido entre otras cosas a los prejuicios existentes y a la falta de información acerca de estos problemas. Sin embargo, los factores que influyen en el acceso son los mismos sólo que expresados en combinaciones diferentes. En este informe nos vamos a limitar a la presentación de los resultados desde el punto de vista de la demanda sentida, es decir de aquellas personas que han percibido en sí mismas problemas de tipo emocional o de los nervios y que son las que se encuentran en la decisión de buscar o no servicios. Consideramos que en un primer momento, en términos de satisfacer la demanda, es el grupo con el cual los programas sociales pueden empezar a trabajar más rápidamente, de ahí la importancia de su consideración en particular.

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o de los nervios, un 38,3% (demanda sentida) de los pacientes respondió afirmativamente, de estos el 17,9% del total de encuestados identificó su problema en los últimos seis meses. Considerando este último nuestro periodo de referencia se encontró que el 7,5% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada) (Tabla No. 48). Del grupo que recibió ayuda cerca de un tercio acudió a los centros del MINSA, seguido del 18,6% que acudió a ESSALUD. Cabe resaltar que la mayoría de la demanda sentida expresada es atendida en los hospitales generales (Tabla No. 49). Hasta donde podemos afirmar, la mayoría (44,3%) recibió algún tipo de medicamento para su problema, un 11,4% recibió psicoterapia y un 82,5% recibió consejería (Tabla No. 50).

TABLA No. 48
DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

DEMANDA	%
DEMANDA SENTIDA DE VIDA EN SALUD MENTAL (COMO PROBLEMAS EMOCIONALES O NERVIOS)	
Total	38,3
Masculino	30,0
Femenino	46,1
DEMANDA SENTIDA DE SEIS MESES DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL (CON PROBL. DE SM)	
Total	17,9
Masculino	20,0
Femenino	15,9
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	
Total	7,5
Masculino	6,4
Femenino	8,7

TABLA No. 49
LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
?? MINSA:		32,0% de lo atendido
- PUESTOS O CENTROS DE SALUD:	20,0	
- INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO:		
- HOSPITAL GENERAL:	12,0	
?? ESSALUD:		18,6% de lo atendido
- HOSPITAL GENERAL:	18,6	
?? FFAA:		4,0% de lo atendido
- HOSPITAL FFAA Y PNP:	4,0	
?? PRIVADA		41,2% de lo atendido
- CLÍNICA PARTICULAR:	10,6	
- CONSULTORIO PARTICULAR:	30,6	
?? OTROS:		46,9% de lo atendido

TABLA No. 50
**TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA
 EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003**

TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA DEMANDA ATENDIDA	MEDICINA	PSICOTERAPIA	CONSEJO	HIERBAS	OTRO
Total	44,3%	11,4%	82,5%	4,2%	0,0%

Con relación a los motivos por los cuales la persona no recibió atención alguna por su problema emocional la mayoría (56,3%) pensaba que lo debía superar solo, seguido de un 36,6% que no acudió por no tener dinero, y en tercer lugar un 34,7% por falta de confianza. Es evidente que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y los económicos (Tabla No. 51).

TABLA No. 51
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA
DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	LO DEBÍA SUPERAR SOLO	NO TENÍA DINERO	NO SABÍA DONDE IR	FALTA DE CONFIANZA	NO ME BENEFICIARÍA	PREFERÍA REMEDIOS CASEROS	POR VERGÜENZA
Total	56,3%	36,6%	36,4%	34,7%	19,9%	15,6%	14,2%

SÍNDROMES SOCIOCULTURALES Y SALUD MENTAL EN LA SIERRA PERUANA

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 No. 52)

TABLA No. 52
PREVALENCIA DE VIDA DE SÍNDROMES CULTURALES
EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

SÍNDROMES CULTURALES	TOTAL %
Susto	31,5
Aire	38,2
Mal de ojo	2,6
Ataque de nervios	1,6
Daño	5,2
Chucaque	1,3

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; tal como se aprecia en la tabla a continuación. (Tabla No. 53)

TABLA No. 53
PORCENTAJE DE SINDROMES FOLKLÓRICOS Y PREVALENCIA DE VIDA PARA INDICADORES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD, EPISODIOS DEPRESIVOS Y SÍNTOMAS PARANOIDES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003
(N = 1301)

PREVALENCIAS DE VIDA PARA ADULTOS			
SINDROMES	TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL % (p)	EPISODIO DEPRESIVO % (p)	SÍNTOMAS PARANOIDES (2 O MÁS SÍNTOMAS) % (p)
Susto	46,4 ($< 0,001$)	24,4 (0,069)	14,5 (0,003)
Aire	40,0 (0,003)	22,4 (0,187)	12,6 (0,037)
Mal de ojo	60,2 (0,059)	31,0 (0,157)	40,3 (0,00001)
Ataque de nervios	41,9 (0,602)	35,7 (0,297)	24,1 (0,183)
Daño	54,8 (0,001)	20,3 (0,966)	17,8 (0,032)
Chucaque	62,2 (0,007)	57,9 (0,0001)	26,5 (0,035)
Pob. General	33,7	20,1	9,7

La población encuestada identificó también otros “problemas” folklóricos y médicos; así como quienes son los “agentes” de los modelos de atención que los resuelven; tal como se muestra en la tabla que sigue. Es notorio el alto porcentaje de problemas que quedan fuera de todo modelo de atención. La población de Ayacucho utiliza dos modelos de atención, sabe identificar signos y síntomas de cada modelo y acude al agente correspondiente para resolver su problema. (Tabla No. 54)

TABLA No. 54
PORCENTAJE DE PROBLEMAS Y AGENTES DE MODELOS DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

PROBLEMAS	MODELOS			
	MODELO MÉDICO %	MODELO FOLKLÓRICO %	OTROS MODELOS NO MÉDICO, NO FOLKLÓRICO %	NINGÚN MODELO; QUEDAN FUERA DE TODO MODELO DE ATENCIÓN %
Angustia, tristeza – depresión, nervios.	21,0	3,5	13,4	62,1
Locura	14,5	0,9	8,1	76,5
Mala suerte, protección, infidelidad, amarres	1,2	4,7	6,1	89,0

ESTIGMA CONTRA LOS TRASTORNOS MENTALES

En la tabla No. 55 se observan las respuestas a las preguntas sobre la identificación de diferentes tipos de desórdenes mentales en la población, como un paso previo a las preguntas sobre el estigma relacionado a los trastornos mentales. Llama la atención que casi un 40% de la población no considera a la depresión como un desorden mental, pasando inadvertida, y que el 95,3 % de la población no considera los problemas de personalidad como patología psiquiátrica.

TABLA No. 55

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS COMO TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO 2003

TIPO DE PROBLEMAS	%	
	Sí	No
a) Nervios excesivos o fobias	64,8	35,2
b) Tristeza excesiva o depresión	60,5	39,5
c) Psicosis o locura	91,7	8,3
d) Consumo excesivo de alcohol y drogas	69,1	30,9
e) Problemas del carácter o de la personalidad	4,7	95,3

En la tabla No. 56 podemos observar los porcentajes de las respuestas de la población de la ciudad de Ayacucho respecto a las preguntas relacionadas al estigma contra los trastornos mentales. Los resultados nos señalan que un 26,0% acepta a las personas con enfermedad mental, 17,9 % muestra actitudes de no aceptación, sin embargo están dispuestos a brindarles algún tipo de ayuda en un 54,8%. En el mismo sentido, tratándose de familiares con enfermedades mentales se tiende a aceptar la enfermedad en ellos en un 12,2%. De otro lado, llama la atención que habiendo una aceptación hacia las personas afectadas con trastornos mentales por la población general, cuando ésta se pone en el supuesto de sufrir una enfermedad mental, un 45,6% expresa que no sería aceptado en su comunidad.

TABLA No. 56

ACTITUDES FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AYACUCHO, 2003

PREGUNTAS	RESPUESTAS						
	LA ACEPTA COMO PERSONA CON UNA ENFERMEDAD %	SE MUESTRA INDIFERENTE CON ELLA %	SE ALEJA DE ELLA %	LE OFRECE ALGUNA AYUDA %	LA RECHAZA %	¿LA OCULTARÍA? %	OTRA %
Ante una persona con una enfermedad mental ¿cómo reacciona usted...?	26,0	5,5	11,3	54,8	1,1	0,0	1,3
Si usted tuviera (tiene) uno o más miembros de su familia con una enfermedad mental, ¿usted...?	12,2	0,2	0,6	85,4	0,8	0,2	0,6
Si usted tuviera una enfermedad mental, ¿cómo piensa que reaccionaría su comunidad...?	4,5	20,1	8,9	37,7	16,6	0,0	12,2

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS
MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ
UNIDAS ENCUESTADAS



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES UNIDAS O ALGUNAS VEZ UNIDAS ENCUESTADAS

El grupo de mujeres encuestadas estuvo conformado por 1 082 personas, y considerando al diseño técnico de muestreo se otorga una inferencia a 25 253 habitantes para las ciudades de Ayacucho de la sierra peruana, (Tabla No. 57)

TABLA No. 57
NÚMERO TOTAL DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA
VEZ UNIDAS ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE AYACUCHO 2003

NÚMERO DE ENCUESTADAS	FRECUENCIA
Muestra Total	1 082
Expandido	25 253

EDAD

La edad promedio de las mujeres encuestadas está alrededor de los 41,0 años, con una desviación estándar de 13,7 años, lo cual nos indica una asimetría negativa en la composición de grupos etarios, como se aprecia en la tabla No. 58, más del 50% corresponde a las edades entre los 25 a 44 años.

TABLA No. 58
EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE AYACUCHO 2003

GRUPO ETARIO	%
Menor de 18 años	0,2
18 a 24 años	8,3
25 a 44 años	57,5
45 a 64 años	27,7
Mayor de 64 años	6,4

ESCOLARIDAD

El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas es del 19,5% siendo mayor con relación al género masculino (1,5%), que se encontró en los resultados del módulo de adultos,

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas (56,2%) refiere tener una instrucción entre primaria y secundaria y la tercera parte (27,8%) presenta un nivel de educación superior (Superior universitario y no universitario); la distribución es similar para ambos géneros, (Tabla No. 59).

TABLA No. 59
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE AYACUCHO 2003

GRADO DE ESTUDIOS	%
Sin nivel	14,8
Inicial / preescolar	0,4
Primaria	31,1
Secundaria	25,1
Bachillerato	0,1
Superior no universitario	13,2
Superior universitario	14,6
Postgrado	0,7

ESTADO CIVIL

El 79,1% refieren encontrarse en situación de unidas (conviviente o casada), Cerca de la tercera parte (27,4%) corresponde a la condición de conviviente, (Tabla No. 60).

TABLA No. 60
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE AYACUCHO 2003

ESTADO CIVIL	%
Conviviente	27,4
Separada	10,3
Divorciada	1,1
Viuda	9,2
Casada	51,7
Soltera	0,4

OCUPACIÓN

De las encuestadas el 63,6% refieren haber trabajado la semana anterior, siendo este porcentaje menor con relación al género masculino. El 3,4% ha estado buscando trabajo la semana anterior lo cual estaría indicando que hay un porcentaje significativo que se estarían dedicando a las labores del hogar (Tabla No. 61).

TABLA No. 61
SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN LA POBLACIÓN DE AYACUCHO 2003

SITUACIÓN LABORAL	%
Realiza actividad laboral en semana anterior	63,6
Está buscando trabajo en semana anterior	8,4

INGRESOS ECONÓMICOS

Perciben ingresos menores a S/, 300 nuevos soles el 56,1%; alrededor de una quinta parte (20,1%) ganan entre 301 a 600 nuevos soles y una cifra igual entre 601 a 1,200 nuevos soles y solo el 3,8% gana mas de 1,200 nuevos soles, Las mujeres unidas un ingreso considerablemente menor a los adultos del sexo masculino. (Tabla No. 62).

TABLA No. 62
PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL EN LOS
ÚLTIMOS TRES MESES (NUEVOS SOLES) EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL PERSONAL (NUEVOS SOLES)	%
Menos de S/. 300	56,1
301 a 600	20,1
601 a 1 200	20,0
Más de 1 200	3,8

SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA Ó ALGUNA VEZ UNIDA

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Entorno general

Un porcentaje significativo considera el desempleo (43,0%) y la pobreza (33,9) como problema principal. El terrorismo y la violencia son percibidos como principal problema en porcentajes menores (1,3% y 4,8% respectivamente), (Tabla No. 63).

TABLA No. 63

PRINCIPAL PROBLEMA PERCIBIDO EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

TERRORISMO %	DESEMPLEO %	POBREZA %	CORRUPCIÓN %	VIOLENCIA %	INESTABILIDAD POLÍTICA Y FALTA DE CONFIANZA Y LIDERAZGO %	DELINCUENCIA %	OTRO %
1,3%	43,0%	33,9%	5,3%	4,8%	1,5%	7,5%	0,9%

Frente a estos problemas cerca de la mitad de las encuestadas (46,6%) responden con preocupación y aproximadamente un tercio (27,7%) reaccionan con pena, tristeza o depresión, La respuesta de amargura, rabia y cólera es de 11,4%, (Tabla No. 64).

TABLA No. 64

**SENTIMIENTOS FRENTE AL PRINCIPAL PROBLEMA NACIONAL
EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003**

PREOCUPACIÓN	AMARGURA, RABIA Y CÓLERA	RESIGNACIÓN	INDIFERENCIA	DESILUSIÓN %	PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN %	IMPOTENCIA, DESESPERACIÓN O ANGUSTIA %	OTRO %
46,6%	11,4 %	1,2 %	0,9 %	3,6%	27,7%	5,1%	0,3%

Aproximadamente las tres cuartas partes de las mujeres encuestadas “no confían o confían poco” en las autoridades policiales y militares, Las mas altas cifras de poca o nula confianza corresponde al de autoridades políticas (96,2%) y líderes de la comunidad (86,4%) (Tabla No. 65).

TABLA No. 65
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

CONFIANZA EN:	NADA O POCO	REGULAR	MUCHO
Autoridades policiales	83,4%	15,2%	1,4%
Autoridades políticas	96,2%	3,1%	0,7%
Militares	84,9%	13,3%	1,8%
Religiosos	28,2%	28,1%	43,7%
Líderes de la comunidad	86,4%	12,0%	1,6%

Respecto a la seguridad que perciben de su entorno, las mujeres encuestadas señalan en un gran porcentaje (86,9%) que “no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas” por el Estado, Un porcentaje alto se siente protegido por Dios (91,2%) y el 61,9% tienen sentimientos de protección por parte de su familia, (Tabla No, 66).

TABLA No. 66
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

SENTIMIENTO DE PROTECCIÓN:	NADA O POCO	REGULAR	MUCHO
Del Estado	86,9	12,1	1,0
De la familia	14,2	18,9	66,9
De Dios	4,2	4,6	91,2
De la comunidad	64,1	28,5	7,4

Estresores psicosociales

Se puede observar en la tabla No. 67 que alrededor de la mitad (52,7%) de las encuestadas califican como “mucho” el efecto estresor del trabajo, de los hijos y parientes (62,7%), del dinero (71,4%), de a salud (69,2%), del terrorismo (48,9%) y del narcotráfico (38,2%),

TABLA No. 67
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO	REGULAR	MUCHO
Trabajo	23,5%	23,8%	52,7%
Estudio	37,1%	18,3%	44,6%
Hijos y parientes	22,3%	15,0%	62,7%
Pareja	34,7%	18,7%	46,6%
Dinero	9,9%	18,7%	71,4%
La salud	10,4%	20,3%	69,2%
Terrorismo	31,4 %	19,7 %	48,9 %
Narcotráfico	44,1 %	17,7 %	38,2%

Estados Anímicos

Al igual que en la sección de adultos se señala que las alternativas de respuestas no son mutuamente excluyentes en una persona entrevistada. Los estados anímicos desfavorables que sienten siempre o casi siempre de mayor a menor frecuencia son: Preocupación (60,5%), tristeza (39,4%), tensión y angustia (50,2%) Por otro lado un 43,1% siente alegría y el 42,8% siente tranquilidad (Tabla No. 68)

TABLA No. 68
ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
Triste	0,7%	59,8%	39,4%
Tenso	3,9%	69,5%	26,5%
Angustiado	7,5%	68,8%	23,7%
Irritable	6,6%	71,3%	22,1%
Preocupado	0,2%	39,3%	60,5%
Tranquilo	2,9%	54,3%	42,8%
Alegre	1,0%	55,9%	43,1%
Aburrido	4,9%	71,1%	24,0%
Otro	90,6%	2,1%	7,3%

Satisfacción personal

Con respecto a la satisfacción personal global de las mujeres encuestadas, el 50% experimenta un grado aceptable satisfacción personal (15,0 puntos de 20) (Tabla No. 69).

TABLA No. 69
SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
	15,0	15,0	15,0	13,0	17,0

Con relación a la satisfacción personal respecto a algunas características personales más de la mitad se siente satisfecha ("mucho") con su color de piel (55,7%), nivel intelectual (44,4%), su aspecto físico (48,9%). Aproximadamente la décima parte de las encuestadas (11,4%) se siente satisfecha con su nivel económico. (Tabla No. 70)

TABLA No. 70
GRADO DE LA SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL CON:	NADA O POCO	REGULAR	MUCHO
Aspecto físico	12,9%	38,2%	48,9%
Color de piel	9,6%	34,7%	55,7%
Inteligencia	20,0%	35,6%	44,4%
Nivel económico	47,1%	41,5%	11,4%
Estudios	34,1%	26,2%	39,7%
Relaciones sociales	27,8%	41,5%	30,8%

Satisfacción laboral

El 50% de las mujeres encuestadas muestra un grado una satisfacción laboral aceptable (Tabla No. 71).

TABLA No. 71
SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
	15,0	15,0	15,0	13,8	17,0

Según los diferentes componentes del tema de satisfacción laboral, se observa que el 46,9% siente satisfacción (“mucho”) con las actividades o funciones que realiza; un 39,7% con el ambiente físico donde labora, el 41,6% con sus compañeros de trabajo y el 33,6% con el trato que recibe de sus jefes. Es importante anotar que un 53,9% siente “nada o poca” satisfacción con la remuneración que recibe (Tabla No. 72).

TABLA No. 72
CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL CON:	NADA O POCO	REGULAR	MUCHO
Actividades o funciones que realiza	15,3%	37,8%	46,9%
El ambiente físico donde labora	16,7%	43,7%	39,7%
Sus compañeros de trabajo	14,8%	43,6%	41,6%
La carga de trabajo que desarrolla diariamente	20,8%	50,0%	29,2%
El trato o reconocimiento que recibe de sus jefes o patrones	25,4%	40,9%	33,6%
La remuneración que recibe	53,9%	37,9%	8,2%

Cohesión familiar

El grado de cohesión familiar que refieren las mujeres unidas es significativamente alto, con un puntaje promedio de 17,8 (en una escala de 5 a 20 puntos) (Tabla No. 73)

TABLA No. 73
COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
	17,8	18,3	20,0	16,7	20,0

Calidad de vida

En las mujeres unidas (o alguna vez unidas) se encuentra una calidad de vida promedio alto, puesto que se obtiene un índice de 7,6 puntos (en una escala de 0 a 10 puntos), (Tabla No. 74).

TABLA No. 74
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA MUJER UNIDA (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	Sx,	MEDIANA	MODA	P25	P75
	7,6	1,205	7,7	8,2	6,8	8,5

Indicadores suicidas

Se ha explorado los indicadores suicidas un espectro amplio, desde los deseos de morir hasta el intento suicida, Los deseos de morir representan el nivel más sutil y más sensible y por ello muy importante de medir; en ese sentido el 54,1% de la población de mujeres unidas ha deseado morir alguna vez en su vida. El intento suicida involucra también a la conducta y presenta una prevalencia de vida de 3,6%. (Tabla No. 75).

TABLA No. 75
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS DE AYACUCHO 2003

PERIODO	TOTAL
Prevalencia de vida de deseos de morir	54,1%
Prevalencia en el mes de deseos de morir	14,4%
Prevalencia en el año de deseos de morir	25,9%
Prevalencia de vida de pensamientos de quitarse la vida	22,9%
Prevalencia en el mes de pensamientos de quitarse la vida	4,2%
Prevalencia en el año de pensamientos de quitarse la vida	9,5%
Prevalencia de vida de planes de quitarse la vida	6,3%
Prevalencia en el mes de planes de quitarse la vida	0,4%
Prevalencia en el año de planes de quitarse la vida	2,2%
Prevalencia de vida de intentos de quitarse la vida	3,6%
Prevalencia en el mes de intentos de quitarse la vida	0,1%
Prevalencia en el año de intentos de quitarse la vida	0,8%

TRASTORNOS CLÍNICOS

Los resultados de los trastornos clínicos explorados en la mujer unida reportan una cifra importante para la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico. Debido muy probablemente al periodo de violencia política, el trastorno más frecuente según la prevalencia vida ha sido el trastorno de estrés postraumático (29,4%) siendo la más alta con relación a las ciudades de Huaraz y Cajamarca. Sin embargo, si consideramos la prevalencia anual el trastorno más frecuente es el episodio depresivo con un 9,1%. La distimia tiene una prevalencia actual de 1,4%. (Tabla No. 76).

TABLA No. 76
TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN EL CIE-10 EN LA POBLACIÓN DE
MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDAD DE AYACUCHO DE LA SIERRA PERUANA 2003

TRASTORNO SEGÚN LA CIE-10	AYACUCHO
Prevalencia de vida de cualquier trastorno	57,2%
Prevalencia anual de cualquier trastorno	19,8%
Prevalencia a 6 m de cualquier trastorno	17,6%
Prevalencia actual de cualquier trastorno	15,1
Prevalencia de vida de trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida	5,7
Prevalencia a seis meses de trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida	5,5
Prevalencia actual de trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida	3,4
Prevalencia de vida de trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida	29,4
Prevalencia anual de trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida	3,9
Prevalencia de 6 meses de trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida	3,8
Prevalencia actual de trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida	3,5
Prevalencia de vida de episodio depresivo en la mujer unida	26,2
Prevalencia anual de episodio depresivo en la mujer unida	9,1
Prevalencia a seis meses de episodio depresivo en la mujer unida	7,4
Prevalencia actual del episodio depresivo en la mujer unida	5,3
Prevalencia de vida de distimia en la mujer unida	3,6
Prevalencia actual de distimia en la mujer unida	1,4

ABUSO EN LA MUJER UNIDA

El estudio en Ayacucho sobre abuso a la mujer unida o alguna vez unida ha considerado como indicadores el haber sido objeto de abuso alguna vez en su vida, intento o actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, agresiones verbales o situaciones de abandono. La prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra la mujer unida o alguna vez unida es de 63,8%.

Trato inadecuado en el periodo de enamoramiento

Dentro del trato inadecuado en el periodo de enamoramiento con la pareja actual (o última pareja) se recoge una variedad de comportamientos inadecuados correspondiendo las cifras mas altas de prevalencia a los celos de la pareja (44,8%) y el haber sido controladas por sus parejas (36,6%). Aproximadamente la quinta parte dice que su pareja le mentía mucho (25,2%), la descuidaba por el consumo de alcohol (25,1%) y le engañó (20,7%). Casi la tercera parte (33,0%) considera que su pareja es machista (Tabla No. 77).

TABLA N. 77
CARACTERÍSTICAS DEL TRATO INADECUADO DE LA PAREJA ACTUAL EN EL PERÍODO DE ENAMORAMIENTO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE AYACUCHO 2003

PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO GENERAL EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON LA PAREJA ACTUAL (O ÚLTIMA PAREJA)	%
Le gritaba mucho	12,9
Tenía arranques de violencia	12,2
Le engaño	20,7
La maltrato físicamente	11,7
La forzó a relaciones sexuales	7,8
Se mostró indiferente	17,2
Le mentía mucho	25,2
Era muy celoso	44,8
La controlaba mucho	36,6
La descuidaba por el alcohol	25,1
Tenía actitudes machistas	33,0

Por otro lado, si se hace una estimación global de tratos inadecuados a mujeres unidas, en el periodo de enamoramiento, por su actual pareja o última pareja, se tiene que aproximadamente dos tercios de esta muestra (64,1%) es objeto de estos tratos inadecuados y cerca de la quinta parte (22,8%) sufre algún tipo de violencia, (Tabla N., 78).

TABLA No. 78
PREVALENCIA DE TRATO INADECUADO EN EL PERIODO DE ENAMORAMIENTO CON PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS DE AYACUCHO 2003

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)	64,1
Prevalencia de algún tipo de violencia en el periodo de enamoramiento con la pareja actual o última pareja,	22,8

Abuso hacia la mujer por parte de la pareja actual

Se seleccionó una sub-muestra para determinar aquellas mujeres unidas que tienen pareja actual, ya sea por matrimonio o convivencia; dicha sub-muestra fue del 80,1% de la muestra total que ponderada o expandida representa, a 20 205 mujeres unidas de la población. La ciudad de Ayacucho presenta la cifra más alta con relación a las otras ciudades de la sierra de prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual (63,8). Mas de la mitad sufre de abuso físico (50,1%) y el 14,5% ha sido víctima de abuso sexual. (Tabla No. 79)

TABLA No. 79
PREVALENCIA DE VIDA Y TIPOS DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL
EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDAD DE AYACUCHO 2003

TIPO DE ABUSO POR PARTE DE PAREJA ACTUAL	AYACUCHO %
Prevalencia de vida de algún abuso	63,8
Abuso Sexual	14,5
Abuso Físico	50,1
Insultos	58,8
Chantajes, humillaciones	30,5
Abandono	24,9

Con relación a la prevalencia anual de cualquier tipo de maltrato por parte de su pareja igualmente los datos indican también cifras altas en Ayacucho (42,7%) igualmente las cifras de prevalencia de abuso sistemático son muy significativas. (Tabla No. 80)

TABLA No. 80
PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE MALTRATO Y DE ABUSO SISTEMÁTICO POR
PARTE DE SU PAREJA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS EN LAS CIUDAD DE AYACUCHO 2003

	AYACUCHO
Prevalencia anual de cualquier tipo de maltrato por parte de su pareja actual	42,7%
Prevalencia anual de algún abuso sistemático por parte de pareja actual (frecuencia de al menos uno a dos por mes),	13,6%

En contraste a las cifras mostradas en la tabla No, 78, con relación a los tratos inadecuados durante el periodo de enamoramiento; en la población de mujeres maltratadas sistemáticamente estas ascienden a un 75,9% vs, 64,1% de mujeres unidas en general. Este contraste es mayor cuando se trata de la prevalencia de algún tipo de violencia (33,9% vs, 22,8%), (Tabla No. 81).

TABLA No. 81
ANTECEDENTES DEL ABUSO SISTEMÁTICO POR PAREJA ACTUAL EN LA
POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS EN LAS CIUDAD DE AYACUCHO 2003

ANTECEDENTES AL MALTRATO	%
Prevalencia de trato inadecuado en el periodo de enamoramiento con la pareja actual en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	75,9%
Prevalencia de algún tipo de violencia en el periodo de enamoramiento con la pareja actual en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	33,9%

De manera similar a la población general de mujeres unidas y adultos masculinos, aquí también se aprecia que las mujeres maltratadas sistemáticamente “no confían o confían poco” en las autoridades policiales (79,7%) ni en las autoridades políticas (93,8%) (Tabla No. 82).

TABLA No. 82
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS
MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE AYACUCHO 2003

AUTORIDADES	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
Confianza en autoridades policiales de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	79,7%	17,7%	2,6%
Confianza en autoridades políticas de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	93,8%	5,4%	0,8%

La percepción de sentirse protegida por parte del entorno familiar es compartido por casi la mitad de la muestra (48,5%) y es menor en comparación a la población general de mujeres unidas (66,9%). Por otro lado, “no se sienten protegidas o se sienten poco protegidas por el Estado” un 94,0%, siendo esta cifra mayor en comparación al de las mujeres unidas en general (86,9%,) (Tabla No. 83).

TABLA No. 83
SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DE MUJERES
UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE AYACUCHO 2003

SENTIMIENTOS DE PROTECCIÓN:	NADA O POCO	REGULAR	MUCHO
Del estado en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	94,0%	6,0%	0%
De la familia en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	20,4%	31,1%	48,5%

Estresores psicosociales en la mujer maltratada sistemáticamente

El estresor psicosocial que más perturba a las mujeres maltratadas sistemáticamente es el dinero (83,1%) y todos los otros estresores afectan a más de la mitad de las encuestadas, (Tabla No. 84).

TABLA No. 84
ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS
MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE AYACUCHO 2003

TIPO DE ESTRESOR Y MAGNITUD	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
Trabajo en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	9,6%	30,4%	60,1%
Estudio en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	12,7%	12,7%	74,5%
Hijos y parientes en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	13,8%	9,5%	76,7%
Pareja en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	16,3%	17,0%	66,7%
Dinero en la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	5,3%	11,6%	83,1%

En las mujeres unidas maltratadas las prevalencias mas altas corresponden a los siguientes estados anímicos negativos: preocupación (77,9%); tristeza (61,2%) y tensión (48,1%) siendo estas cifras mayores con relación al total de encuestadas: (preocupación, 60,5%; tristeza, 39,4%; y tensión 26,5%), Los estados anímicos positivos tienen las siguientes frecuencias: tranquilidad (20,8%) y alegría (18,6%) siendo menores al de las mujeres unidas en general: (tranquilidad 42,8% y alegría 43,1%) (Tabla No. 85).

TABLA No. 85
SENTIMIENTOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS
MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE AYACUCHO 2003

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
Triste	0,0	38,8	61,2
Tenso	0,5	51,4	48,1
Angustiado	0,6	52,4	47,0
Irritable	5,2	60,2	34,6
Preocupado	0,0	22,1	77,9
Tranquilo	7,4	71,8	20,8
Alegre	0,7	80,6	18,6
Aburrido	1,5	61,9	36,6
Otro	100	0,0	0,0

Satisfacción personal en la mujer unida maltratada

La satisfacción personal en las mujeres maltratadas sistemáticamente (promedio 14,3) no es muy diferente al de las mujeres unidas en general (promedio 15,0) (Tablas No, 69 y No. 86).

TABLA No. 86
SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES
UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE AYACUCHO 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE, CON UNA (FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES) (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	Sx,	MEDIANA	MODA	P25	P75
	14,3	2,9	14,6	14,0	12,1	16,3

Indicadores suicidas en la mujer unida maltratada sistemáticamente

Las prevalencias de ideación o pensamiento suicida en las mujeres unidas maltratadas sistemáticamente son altas, el 71,4% de las mujeres maltratadas sistemáticamente han deseado morir alguna vez en su vida, mientras que cerca de la mitad (45,2%) lo ha deseado en el último año (Tabla No. 87). En el caso de pensamientos explícitamente suicidas los datos son considerablemente mayores, casi el doble, con relación a la muestra total de mujeres unidas: prevalencia de vida 40,9% vs. 22,9%; prevalencia anual de 20,5% vs. 9,5% y la prevalencia mensual de 9,2% vs. 4,2% (Tabla No. 88).

TABLA No. 87
DESEOS DE MORIR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES
UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE AYACUCHO 2003

PREVALENCIAS	%
Prevalencia de vida de deseos de morir de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	71,4 %
Prevalencia en el mes de deseos de morir de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	27,8 %
Prevalencia en el año de deseos de morir de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	45,2 %

TABLA No. 88
PENSAMIENTOS SUICIDAS EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS
MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE AYACUCHO 2003

PREVALENCIAS	%
Prevalencia de vida de pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	40,9
Prevalencia en el mes de pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	9,2
Prevalencia en el año de pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	20,5

En este grupo de mujeres unidas sistemáticamente maltratadas, se puede observar también, con relación al intento o conducta suicida, que las cifras son igualmente altas y mayores si se comparan con el total de mujeres unidas encuestadas, por ejemplo se encuentra una prevalencia de vida de 6,9% vs. 3,6% y una prevalencia anual de 1,4% vs. 0,8%, La potencialidad suicida es de 0,7% semejante al de la muestra total 0,4%. (Tabla No. 89).

TABLA No. 89
INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE AYACUCHO 2003

PREVALENCIAS	%
Prevalencia de vida de intento suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	6,9%
Prevalencia en el mes de intento suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	0,0%
Prevalencia en el año de intento suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	1,4%
Prevalencia de la potencialidad suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	0,7% (3,5% de las que lo intentaron)

Factores protectores

El grado de cohesión familiar en las mujeres maltratadas sistemáticamente (16,4) es menor que la población de mujeres unidas en general (17,8) (Tablas No. 73 y No. 90).

TABLA No. 90

COHESIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE AYACUCHO 2003

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR EN LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE EN UNA FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES, (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	Sx,	MEDIANA	MODA	P25	P75
	16,4	2,92	16,7	20,0	15,0	19,2

Calidad de vida en las mujeres maltratadas sistemáticamente

Las mujeres maltratadas sistemáticamente refieren una regular calidad de vida global (7,2) siendo esta cifra menor si se compara con las cifras de la mujer unida en general (7,6) (Tablas No. 74 y No. 91).

TABLA No. 91

CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN DE MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE AYACUCHO 2003

CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA MUJER MALTRATADA SISTEMÁTICAMENTE EN UNA FRECUENCIA DE AL MENOS UNA A DOS VECES POR MES, (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	Sx,	MEDIANA	MODA	P25	P75
	7,2	1,2	7,3	6,6	6,6	8,2

Trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente

Se puede observar en la tabla No. 92 que las prevalencias de los trastornos clínicos en la mujer maltratada sistemáticamente son mayores si se comparan estas cifras con los trastornos clínicos observados en las mujeres unidas encuestadas que no son objeto de maltrato sistemático, como por ejemplo: la prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad generalizada (13,5% vs. 5,7%); la prevalencia a seis meses del episodio depresivo (depresión mayor) (13,6% vs. 7,4%); la prevalencia actual del episodio depresivo (depresión mayor) (11,2% vs. 5,3%) la prevalencia actual de distimia (3,9% vs. 1,4%).

TABLA No. 92
ALGUNOS TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA POBLACIÓN DE
MUJERES UNIDAS MALTRATADAS SISTEMÁTICAMENTE DE AYACUCHO 2003

TRASTORNO CLÍNICO	TOTAL %
Prevalencia de vida del trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	29,0% (VERSUS 29,4% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) <i>F = 0,106 df1 = 1 df2 = 116 p = 0,745</i>
Prevalencia actual del trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	3,5% (VERSUS 3,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) <i>F = 0,69 df1 = 1 df2 = 116 p = 0,793</i>
Prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	13,5% (VERSUS 5,5% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) <i>F = 9,093 df1 = 1 df2 = 116 p = 0,003</i>
Prevalencia de seis meses del episodio depresivo en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	13,6% (VERSUS 7,4% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) <i>F = 6,219 df1 = 1 df2 = 116 p = 0,014</i>
Prevalencia actual de episodio depresivo en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	11,2% (VERSUS 5,3% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) <i>F = 7,658 df1 = 1 df2 = 116 p = 0,007</i>
Prevalencia actual de distimia en la mujer unida maltratada sistemáticamente (frecuencia de al menos una a dos veces por mes),	3,9% (VERSUS 1,4% SIN MALTRATO SISTEMÁTICO) <i>F = 4,304 df1 = 1 df2 = 116 p = 0,040</i>

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

El número de adolescentes encuestados fue de 622 que de acuerdo al diseño técnico del muestreo otorga una inferencia a 21780 habitantes adolescentes de Ayacucho. En la muestra se encontró una proporción de 47,9% de varones y otra de 52,1% de mujeres (Tabla No. 93).

TABLA No. 93.
NÚMERO TOTAL DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS Y
POBLACIÓN PONDERADA EN EL EESM AYACUCHO -2003

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO
Muestra total	624	47,9%	52,1%
Ponderada	21 780	45,8%	54,2%

EDAD

La edad promedio de los adolescentes encuestados es de 14,7 años, apreciándose similitud entre el grupo de 12 a 14 y 15 a 17 años (Tabla No. 94).

TABLA No. 94
EDAD DE LOS ENCUESTADOS ADOLESCENTES DEL EESPSM-2003

EDAD PROMEDIO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Ponderada	14,7	1,7
Grupo Etario	Ponderado	Sin Ponderar
12 a 14 años	50,1%	49,2%
15 a 17 años	49,9%	50,8%

ESCOLARIDAD

Se aprecia que el grado de analfabetismo es mucho menor que en los adultos de Ayacucho y similar hallado en adolescentes en el EEMSM 2002 (0,3%). El mayor porcentaje de la muestra en estudio se encuentra al nivel de educación secundaria (Tabla No. 95).

TABLA No. 95
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS ADOLESCENTES
DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003

GRADO DE ESTUDIOS	TOTAL %
Primaria	29,5
Secundaria	70,3
Bachillerato	0,0
Superior no universitario	0,0
Superior universitario	0,2

ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil el 99,5% de los adolescentes es soltero. Se ha encontrado que el 2,2% de las adolescentes de Ayacucho ha tenido por lo menos un embarazo, porcentaje estadísticamente semejante al del promedio encontrado en el EESM de la Sierra 2003 (2,9%), y el 0,9 % ha pasado por un aborto.

OCUPACIÓN

Es importante evaluar el nivel de ocupación laboral de los adolescentes pues suele ser un indicador de los problemas económicos familiares. El 8,1% de los adolescentes de Ayacucho se encontraba trabajando la semana anterior (tabla No. 96), con un ingreso mensual neto promedio de 100,1 Nuevos Soles.

TABLA No. 96
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADOLESCENTES DE AYACUCHO 2003

SITUACIÓN LABORAL	Total %
Trabajó la semana anterior	8,1
Está buscando trabajo	2,9

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE

ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

La adolescencia constituye parte del proceso vital de desarrollo del ser humano que inmediatamente conduce a la adultez. El éxito de esta etapa determina muchas veces el éxito en la vida. Existen problemas de particular importancia como los trastornos de ansiedad y la depresión que con facilidad pasan inadvertidos por los adultos. Al igual que en el adulto, se ha planteado una serie de preguntas relacionadas a aspectos contextuales tanto a nivel macro, como a nivel del desenvolvimiento social próximo a la persona.

Entorno general

Respecto a los problemas que enfrenta el país, los adolescentes de Ayacucho identifican como problemas principales el desempleo y la pobreza, seguidos de la delincuencia, la corrupción y la violencia de manera semejante a los adolescentes de Lima y Callao (EENSN 2002). La mayoría siente frente a estos problemas pena, tristeza o depresión, preocupación, cólera y desilusión. (Tabla No. 98).

TABLA No. 97

PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS POR LOS ADOLESCENTES DE AYACUCHO 2003

PROBLEMAS PERCIBIDOS		PROBLEMAS PERCIBIDOS		PROBLEMAS PERCIBIDOS	
Desempleo	28,7%	Violencia	8,0%	Inestabilidad política	0,8%
Pobreza	32,3%	Manejo económico	1,3%	Falta de confianza	0,9%
Delincuencia	12,0%	Terrorismo	2,1%	Falta de liderazgo	0,8%
Corrupción	8,1%	Narcotráfico	1,6%	Otros	0,6%

TABLA No. 98

SENTIMIENTOS FRENTE A PROBLEMAS NACIONALES EN ADOLESCENTES DE LA POBLACIÓN DE AYACUCHO 2003

SENTIMIENTOS		SENTIMIENTOS		SENTIMIENTOS	
Pena, tristeza o depresión	38,7%	Desilusión	6,0%	Impotencia	1,8%
Preocupación	29,2%	Amargura	3,0%	Desesperación o angustia	2,0%
Cólera	7,7%	Rabia	5,0%	Otro	1,3%

Respecto a la confianza hacia las autoridades, llama la atención la baja confianza en autoridades políticas (85,0%) así como en los líderes comunales (73,2%); esto contrasta con la confianza plena en los maestros (50,1%), los médicos (48,9) y los religiosos (40,4%), (Tabla No. 99).

TABLA No. 99
CONFIANZA EN AUTORIDADES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE AYACUCHO 2003

	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
Confianza en autoridades policiales	64,5	30,3	5,3
Confianza en autoridades políticas	85,0	13,6	1,4
Confianza en Maestros	20,0	29,8	50,1
Confianza en Religiosos	31,5	28,1	40,4
Confianza en líderes comunales	73,2	20,8	5,9
Confianza en los médicos	24,2	26,9	48,9

Estresores psicosociales

Con relación a los estresores psicosociales que percibe el adolescente, resaltan la delincuencia (65,5%), la salud (59,8%) y los estudios (53,9%), que son significativamente mayores que para el promedio de los adolescentes de otras ciudades de la sierra; así mismo, se hace visibles también el terrorismo (48,1%) y los parientes (47,4%) (Tabla No.100).

TABLA No. 100
MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
Trabajo	49,0	23,2	27,8
Estudio	23,6	22,4	53,9
Parientes	35,0	17,6	47,4
Pareja	70,8	16,5	12,7
Dinero	47,3	21,3	31,3
La salud	22,4	17,8	59,8
La ley	71,2	15,9	12,9
Delincuencia	20,1	14,4	65,5
Terrorismo	36,3	15,5	48,1
Narco tráfico	34,2	19,6	46,2

Respecto al estrés ambiental, el 46,2% de los adolescentes perciben un alto nivel de estrés (ruidos, ventilación, olores, espacio), cifra análoga a la de los adolescentes de Lima y Callao (EEMSM 2002).

Estados anímicos prevalentes

En cuanto a los estados anímicos que sin ser por sí mismos patológicos pueden generar repercusiones significativas en la calidad de vida de los adolescentes, los resultados son llamativos respecto a los estados anímicos negativos; pues, entre el 13,9% y el 15,3% de los adolescentes experimentan estados que van entre tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, y aburrimiento. También son notables las diferencias entre géneros, inclusive respecto a la preocupación, siendo significativamente más frecuentes en las adolescentes mujeres.

La tendencia a la preocupación en los adolescentes de Ayacucho tiende a ser alta (32,6%), y significativamente más alta que para el promedio de los adolescentes de la sierra peruana (25,7%); sin embargo, es importante precisar que se ha encontrado que este estado tiene connotaciones con tener que asumir responsabilidad por algo, de manera similar que en el resto de adolescentes de la sierra así como de Lima y Callao (Tabla No. 102).

TABLA No. 101
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN
ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE			
Total	5,7	79,0	15,3
Masculino	5,6	86,7	7,7
Femenino	5,7	72,5	21,8
TENSO			
Total	16,6	70,1	13,2
Masculino	15,4	77,1	7,5
Femenino	17,7	64,1	18,2
ANGUSTIADO			
Total	16,4	69,2	14,4
Masculino	18,2	71,3	10,5
Femenino	14,9	67,4	17,8
IRRITABLE			
Total	21,6	64,5	13,9
Masculino	23,2	63,7	13,1
Femenino	20,3	65,2	14,6
PREOCUPADO			
Total	4,9	62,5	32,6
Masculino	7,6	71,5	20,8
Femenino	2,6	54,8	42,6
TRANQUILO			
Total	5,3	34,3	60,4
Masculino	6,0	29,7	64,4
Femenino	4,7	38,2	57,0
ALEGRE			
Total	0,6	27,8	71,7
Masculino	0,0	24,6	75,4
Femenino	1,0	30,5	68,4
ABURRIDO			
Total	16,1	70,7	13,2
Masculino	18,1	71,4	10,5
Femenino	14,5	70,0	15,5
OTRO			
Total	90,7	0,0	9,3
Masculino	91,3	0,0	8,7
Femenino	90,0	0,0	10,0

Satisfacción personal

Se reconoce que la satisfacción con lo que se es o se hace tiene una enorme influencia en el desarrollo de una autoestima saludable, especialmente en las edades tempranas de la vida como en la adolescencia. En razón a lo señalado, se ha medido el grado de satisfacción personal de los adolescentes en una escala de 5 a 20, encontrándose una media de 16,5 semejante a la de los adolescentes de Lima y Callao (16,1) (EEMSM 2002). La mayor fuente de satisfacción está en la inteligencia, el aspecto físico, las relaciones sociales y los estudios con 58,4%, 54,6%, 53,9 y 52,6%, respectivamente. El 28,9% está muy poco o nada satisfechos con su nivel económico. A diferencia de lo encontrado en adolescentes de Lima y Callao, los de Ayacucho definen más determinadamente la satisfacción en diferentes aspectos excepto respecto a su nivel económico en que los datos se dispersan con similitud en las tres categorías (Tabla No. 103).

TABLA No. 102
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003

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

TABLA No. 103
GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES DE AYACUCHO 2003

ÁREA	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
Aspecto físico	13,8	31,5	54,6
Inteligencia	11,8	29,7	58,4
Nivel Económico	28,9	45,7	25,4
Estudios	15,8	31,9	52,3
Relaciones Sociales	16,0	30,1	53,9
Color de la piel	13,7	23,1	63,2

Satisfacción laboral

El trabajo, entre otras funciones, en la adolescencia puede constituir una actividad formativa, sin embargo también puede tener connotaciones de riesgo especialmente cuando no se logra encontrarle sentido por lo cual se evaluó esta área. En lo que respecta a la evaluación global, el grado de satisfacción laboral es similar al del promedio de adolescentes de la sierra peruana y de Lima y Callao (15,9, 16,0 y 15,2, respectivamente), siendo la más frecuente razón de insatisfacción la remuneración que recibe (34,6%) y el trato de los jefes (29,2). Es de poner de relieve que las actividades y funciones que cumple y los compañeros de trabajo son fuente de satisfacción laboral en 55,8 y 53,9% de los adolescentes encuestados en Ayacucho (Tabla No. 104 y No.105).

TABLA No. 104
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	15,9	16,0	15,0	14,2	18,0

TABLA No. 105
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE AYACUCHO 2003

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO %	REGULAR %	MUCHO %
Con actividades o funciones que realiza	13,6	25,1	55,8
Con el ambiente físico donde labora	19,8	42,5	37,7
Con sus compañeros de trabajo	12,7	33,4	53,9
Con la carga de trabajo que desarrolla diariamente	22,3	47,2	30,5
Con el trato que recibe de sus jefes	29,2	35,5	35,3
Con la remuneración que recibe	34,6	41,1	24,3

Calidad de vida

La calidad de vida involucra áreas como el bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, sentido de apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. El resultado global del Índice de Calidad de Vida, en una escala de 1 a 10, siendo 10 excelente, se halla en 7,7, cifra que indica un nivel aceptable. El valor encontrado es semejante al del promedio de los adolescentes de la sierra peruana (7,8) (Tabla No. 106).

TABLA No. 106
CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE AYACUCHO 2003

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	D,S,	MODA	P25	P75
Total	7,7	1,2	8,0	7,0	8,6

Aspectos psicopáticos

Las conductas psicopáticas pueden evidenciarse desde edades tempranas y pueden ser predictoras de problemas severos de personalidad de difícil ayuda en la adultez. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas consideran conductas como la mentira frecuente, la violencia, y como tendencias delictivas se considera el robo u otras conductas abiertamente en conflicto con la ley. Los resultados son semejantes a los de la sierra peruana así como a los de Lima y Callao, tanto en permisividad como en tendencias (Tabla No. 107) (EEMSM 2002).

TABLA No. 107
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
AYACUCHO 2003

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	%
Permisividad frente a la psicopatía	11,2
Prevalencia de tendencias psicopáticas	39,1
Prevalencia de tendencias delictivas	10,8

Indicadores suicidas

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

Se ha encontrado cifras muy llamativas respecto a estas cuatro categorías, siendo mayores en cuanto a deseos y gradualmente inferiores las de pensamiento, planeación y finalmente intento; sin embargo, todas elevadas y semejantes a las encontradas en adolescentes en otras ciudades de la sierra peruana y el EEMSM 2002, excepto en la prevalencia de vida de deseos de índole suicida la cual es significativamente mayor entre los adolescentes encuestados en Ayacucho (34,5%).

En la tabla No. 108 observamos que un 34,5% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 18,9% en el último año y un 8,8% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria, el 3,9% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 2,6% lo habría realizado en el último año. Las cifras son más elevadas que en el resto de la sierra peruana y significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años.

Un tercio de los adolescentes que intentaron hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta (Tabla No. 108). Esta cifra es semejante a la encontrada en adolescentes de Lima y Callao (EEMSM 2002).

TABLA No. 108
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003

INDICADORES SUICIDAS	Total %	12 a 14 años %	15 a 17 años %
Deseos de índole suicida			
Prevalencia de vida	34,5	32,1	36,9
Prevalencia en el mes	8,8	9,1	8,5
Prevalencia en el año	18,9	17,1	20,8
Pensamientos de índole suicida			
Prevalencia de vida	10,2	7,5	12,9
Prevalencia en el mes	3,4	2,3	4,5
Prevalencia en el año	7,2	5,2	9,2
Planeación suicida			
Prevalencia de vida	3,5	1,4	5,6
Prevalencia en el mes	1,4	0,9	1,9
Prevalencia en el año	3,0	1,3	4,6
Conductas suicidas			
Prevalencia de vida	3,9	2,1	5,6
Prevalencia en el mes	1,4	1,0	1,8
Prevalencia en el año	2,6	1,4	3,8
Prevalencia de la potencialidad suicida	1,2	0,2	2,2

Según la tabla No. 109 los motivos del deseo y del intento están correlacionados. Entre ellos resaltan principalmente los problemas con los padres (46,0% y 72,9%), siendo estos más relevantes entre los 15 y 17 años (51,9 y 77,4%). Luego siguen los problemas con los estudios, otros parientes, problemas económicos y experiencias traumáticas pasadas, estas últimas manifiestas sobremanera entre aquellos adolescentes de 15 a 17 años que llegaron al intento de suicidio (10,4%). Es importante remarcar que las causas principales de los indicadores suicidas se hallan en el mismo hogar, tanto en las tres ciudades de la sierra peruana estudiadas como en Lima y Callao (EEMSM 2002).

TABLA No. 109
MOTIVO DEL DESEO O INTENTO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
AYACUCHO 2003

TÓPICOS	AÑOS	MOTIVOS DE DESEOS SUICIDAS %	MOTIVOS DE INTENTOS SUICIDAS %
Problemas con la autoimagen	Total	1,7	0,0
	12 a 14	0,0	0,0
	15 a 17	3,2	0,0
Problemas con los Padres	Total	46,0	72,9
	12 a 14	39,1	60,9
	15 a 17	51,9	77,4
Problemas con Otros parientes	Total	13,2	17,0
	12 a 14	8,1	7,2
	15 a 17	17,5	20,7
Problemas con la Pareja	Total	2,3	6,0
	12 a 14	2,7	0,0
	15 a 17	1,9	8,3
Problemas Laborales	Total	1,6	6,7
	12 a 14	0,0	0,0
	15 a 17	2,9	9,2
Problemas con los Estudios	Total	21,2	6,7
	12 a 14	16,9	17,9
	15 a 17	24,9	2,4
Problemas Económicos	Total	10,5	0,0
	12 a 14	6,9	0,0
	15 a 17	13,6	0,0
Problemas con la Salud física	Total	3,5	0,0
	12 a 14	3,1	0,0
	15 a 17	3,9	0,0
Problemas con Experiencia traumática	Total	1,3	7,5
	12 a 14	0,0	0,0
	15 a 17	1,3	10,4
Separación de familiar	Total	5,4	4,4
	12 a 14	2,4	0,0
	15 a 17	8,1	6,0
Problemas de salud familiar	Total	4,0	0,0
	12 a 14	4,2	0,0
	15 a 17	3,8	0,0
Problemas con amigos	Total	2,9	0,0
	12 a 14	0,8	0,0
	15 a 17	4,7	0,0
Otros	Total	17,8	14,0
	12 a 14	27,9	40,9
	15 a 17	8,4	4,4

Tendencia hacia la violencia

La violencia es uno de los principales problemas sociales que enfrenta una sociedad. En este caso sólo se ha medido la prevalencia de vida de conductas como peleas con algún tipo de armas o abuso físico a menores; habiéndose hallado que un 24,1% de la población se ha visto involucrado en algún tipo de estas conductas, no existiendo mayores diferencias entre grupos etarios. En cuanto al pensamiento homicida, las prevalencias aunque relativamente bajas, desde el punto de vista de la población adolescente resultan llamativas, pues un 2,1% de la misma las habría tenido ya (Tabla No. 110). Todos estos indicadores son considerablemente menores que los de los adolescentes de Lima y Callao (23,5 y 3,2%) (EEMSM 2002).

TABLA No. 110
TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE AYACUCHO 2003

INDICADOR	Años	%
Prevalencia de tendencias violentas	Total	24,1
	12 a 14 años	22,0
	15 a 17 años	26,3
Prevalencia de vida de consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Total	2,1
	12 a 14 años	0,8
	15 a 17 años	3,5
Prevalencia en el mes de consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Total	0,8
Prevalencia en el año de consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Total	1,0

Factores protectores

El grado de cohesión familiar medido a través del respeto y apoyo mutuo, orgullo familiar, o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos, lo que es un factor positivo frente a los otros estresores psicosociales que atentan contra la salud mental (Tabla No. 111). De la misma manera, el factor religioso es muy importante en la población adolescente de la encuesta (80,9%) tanto como para la población adolescente de Lima y Callao (EEMSM 2002), y la mayoría opina que la religión ayuda a la solución de problemas (71,6%).

TABLA No. 111
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
DE AYACUCHO 2003

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

TRASTORNOS CLÍNICOS

En la tabla No. 102 se presentan las prevalencias actuales del síndrome psicótico, el episodio depresivo, distimia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, anorexia y bulimia nervosa según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El trastorno clínico más frecuente es el trastorno de ansiedad generalizada con 9,3%, seguido del episodio depresivo con un 6,2%. Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien la anorexia nervosa es casi inexistente, la conducta bulímica es de 5,7%, cifra significativamente mayor que las de Huaráz y Cajamarca (3,7 y 2,1%). Todas estas prevalencias son significativamente menores a las encontradas en población adolescente de Lima y Callao (EEMSM 2002), excepto las de distimia y conductas bulímicas.

TABLA No. 112
PREVALENCIA ACTUAL DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003

TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN LA CIE-10	TOTAL %
Trastornos psicóticos*	1,7
Episodio depresivo	6,2
Distimia	0,7
Fobia social	3,9
Trastorno de ansiedad generalizada**	9,3
Bulimia nervosa	0,4
Conductas Bulímicas***	5,7
Anorexia Nervosa	0,0
Tendencia a problemas alimentarios****	6,1

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

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

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

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

Uso de sustancias

En el adolescente la información sobre el inicio de consumo parece ser mucho más exacta que en el adulto y la comparación con el mismo puede ayudar a establecer tendencias. Al igual que en el adulto y que en el adolescente de Huaraz, Cajamarca, Lima y Callao, las cifras son significativamente mayores para el género masculino en comparación al femenino. El consumo de alcohol aventaja a todos los demás tipos de consumo, siendo la prevalencia de vida 74,0%, la prevalencia en el mes 15,3% y la de embriaguez alcohólica en el último mes 2,0%. Es de notar que un 36,9% de los encuestados identifica en su consumo de alcohol por lo menos una conducta relacionada a abuso (Tabla No. 113). Observamos también que la prevalencia de vida del consumo de sustancias legales se encuentra en 79,2%, mientras la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se encuentra en un 0,8%. La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (24,3%), seguida de las pastillas para el dolor de cabeza (20,9%) y la hoja de coca (20,1%), mientras que la sustancia ilegal más consumida alguna vez son los inhalantes y es la cocaína (0,8 y 0,6%) (Tabla No. 114).

TABLA No. 113
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERÍODO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Prevalencia de vida de consumo de alcohol	74,0	77,2	71,3
Prevalencia de mes de consumo de alcohol	15,3	13,2	17,1
Prevalencia de mes de embriaguez alcohólica	2,0	3,6	0,6
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada a abuso de alcohol (por lo menos una conducta)	36,9	37,0	36,8
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada a abuso de alcohol (por lo menos dos conductas)	4,2	6,6	2,2
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada a abuso de alcohol (por lo menos tres conductas)	1,9	3,1	0,9

TABLA No. 114
PREVALENCIA DE CONSUMO DE VIDA DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003, INCLUIDO DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

TIPO DE SUSTANCIA	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Prevalencia de vida de consumo de sustancias legales	79,2	81,8	77,0
Prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales	0,8	1,7	0,1
Prevalencia de vida de consumo de tabaco	24,3	30,3	19,3
Prevalencia de vida de consumo de tranquilizantes	0,6	0,1	1,0
Prevalencia de vida de consumo de estimulantes	0,0	0,0	0,0
Prevalencia de vida de consumo de pbc	0,1	0,0	0,1
Prevalencia de vida de consumo de marihuana	0,1	0,1	0,0
Prevalencia de vida de consumo de cocaína	0,6	0,0	0,3
Prevalencia de vida de consumo de inhalantes	0,8	0,0	0,4
Prevalencia de vida de consumo de pastillas para cefalea	20,9	16,6	24,6
Prevalencia de vida de consumo de jarabe para la tos	5,4	6,5	4,5
Prevalencia de vida de consumo de hoja de coca	20,1	19,4	20,6

Se evidencia una mayor prevalencia de vida y en el mes de consumo de alcohol en Ayacucho (74,0 y 15,3%) en comparación a Cajamarca y Huaráz.

En cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias (Tabla No. 115) se aprecia que la mayoría de los adolescentes entrevistados empieza su consumo entre los 9 y 16 años, es decir a edades inclusive menores que en Lima y Callao donde se inicia entre los 13 y 14 años según el EEMSM 2002.

TABLA No. 115
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE AYACUCHO 2003

TIPO DE SUSTANCIA	MEDIA	MEDIANA	MODA	MIN	MÁX,
Edad de inicio de consumo de Alcohol	11,5	12,0	12,0	2,0	17,0
Edad de inicio de consumo de tabaco	13,0	14,0	14,0	5,0	17,0
Edad de inicio de consumo de tranquilizantes	13,0	14,0	14,0	9,0	15,0
Edad de inicio de consumo de PBC	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0
Edad de inicio de consumo de cocaína	11,7	11,0	11,0	11,0	14,0
Edad de inicio de consumo de marihuana	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Edad de inicio de consumo de inhalantes	9,2	7,0	12,0	6,0	13,0
Edad de inicio de consumo de pastillas para cefalea	10,8	10,0	10,0	2,0	17,0
Edad de inicio para consumo de jarabe para la tos	10,6	11,0	12,0	6,0	16,0

ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE

El adolescente, al igual que el niño y la mujer se encuentra en serias desventajas para defenderse por sí mismo de las agresiones de personas de su entorno; al respecto, más del 73% de la población adolescente ha sufrido algún tipo de abuso en algún momento de su vida. La forma más frecuente de abuso es el psicológico (insultos, agresiones verbales, humillaciones, manipulaciones) con un 60,8%, seguido del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas) con 44,3%. (Tabla No. 116). A todas luces estas cifras son significativamente más elevadas que en la población adolescente de Lima y Callao (EEMSM 2002), excepto para abuso sexual.

TABLA No. 116
PREVALENCIA DE VIDA ABUSO HACIA EL ADOLESCENTE EN LA POBLACIÓN DE
AYACUCHO 2003

TIPO DE ABUSO	%
Prevalencia de cualquier tipo de abuso (sexual, físico o emocional del adolescente) en algún momento	73,8
Prevalencia de algún abuso de tipo sexual del adolescente	1,7
Prevalencia de algún tipo de abuso físico del adolescente	44,3
Prevalencia de algún tipo de abuso psicológico del adolescente	60,8
Prevalencia del algún abandono del adolescente	20,7

ACCESO A SERVICIOS

Si los servicios de atención en salud mental para el adulto en la capital del país son insuficientes, aún más problemática es la situación de los servicios de salud mental del adolescente en la sierra. Los profesionales especializados en el adolescente son mucho menos que los del adulto y casi inexistentes en provincias. En la evaluación del acceso a servicios en salud mental en adolescentes encontramos los mismos problemas ligados a los prejuicios por parte de la población general. Como en el adulto, este informe se va a limitar a la presentación de los resultados desde el punto de vista de la demanda sentida, es decir, aquellos adolescentes que han percibido en sí mismos problemas de tipo emocional o mental en algún momento en sus vidas.

Ante la pregunta sobre si alguna vez en su vida ha padecido algún problema de tipo emocional o de los nervios, un 51,6% (demanda sentida) de los adolescentes encuestados respondió afirmativamente, cifra mucho mayor que en Lima y Callao (29,8%). Se encontró también que el 4,2% de este grupo acudió en busca de algún tipo de ayuda para resolver este problema (demanda sentida expresada), mientras que el 93,0% no recibió ningún tipo de atención médica (Tabla No. 117). Del 4,2% que sí recibió ayuda el 1,4% acudió a los centros del MINSA, seguido del 2,1% que acudió a ESSALUD (Tabla No. 118); es decir, habría mayor demanda sentida pero menor búsqueda de ayuda que en adolescentes de Lima y Callao (EEMSM 2002).

TABLA No. 117
DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE
AYACUCHO 2003

DEMANDA	%
Demanda sentida de vida en salud mental (Con probl. de sm)	51,6
Demanda sentida expresada atendida en servicios de salud en los últimos seis meses (% de la demanda sentida)	4,2

TABLA No. 118

LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES	TOTALES
?? MINSA		1,4%
Puestos o centros de salud:	1,0%	
Instituto u hospital especializado		0,0%
Hospital General	0,4%	
?? ESSALUD		2,1%
Posta o policlínico	0,2%	
Consultorios PAAD	0,0%	
Centro de salud mental	0,0%	
Hospital General	1,9%	
?? FFAA		0,0%
Hospital FFAA y PN	0,0%	
?? PRIVADA		0,5%
CLÍNICA PARTICULAR	0,2%	
CONSULTORIO PARTICULAR	0,3%	
?? OTROS		2,3%

Con relación a los motivos por los cuales la persona no recibió atención alguna para su problema emocional la mayoría (60,1%) pensaba que lo debía superar sola, seguidamente el 53,2% no sabía donde ir o buscar ayuda, un 37,0% por no tener confianza y por falta de dinero, el 36,5%. Es evidente al igual que en el adulto que los factores culturales juegan un rol muy especial, así como los educativos y los económicos (Tabla No. 119).

TABLA No. 119

MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%	MOTIVOS DE NO CONSULTAR A CENTRO ASISTENCIAL	%
Lo debía superar solo	60,1	Padres no lo consideraban necesario	18,7
No tenía dinero	36,5	Largas listas de espera	16,1
Falta de confianza	37,0	Por temor a ser visto como enfermo mental	7,0
Duda de manejo por médicos	21,6	No existía servicios de salud mental cercano	17,0
No sabía donde ir	53,2	Vecinos hablarían mal	7,8
No me beneficiaría	21,6	No cubría seguro médico	7,1
Por vergüenza	23,0	Tenía dinero pero prefería gastarlo en otra cosa	3,6
Preferencia remedios caseros	7,9	Mala experiencia anterior	9,1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS

En la ciudad de Ayacucho 214 adultos mayores fueron encuestados, y de acuerdo al diseño muestral las inferencias alcanzan a 6 392 habitantes. Los resultados se presentan en base a la población expandida, distribuyéndose en 41,1% varones y 58,9% mujeres (Tabla No. 121).

TABLA No. 121
NÚMERO TOTAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE AYACUCHO ENCUESTADOS 2003

ENCUESTADOS	FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO
Muestra Total (Sin ponderar)	214	36,9%	63,1%
Expandido	6 392	41,1%	58,9%

EDAD

La edad promedio de los adultos mayores encuestados fue 72,2 años; los más jóvenes, de 60 a 74 años, constituyen dos tercios de la muestra (Tabla No. 122).

TABLA No. 122
EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DE AYACUCHO ENCUESTADOS 2003

EDAD	Media
Ponderada (D.S)	72,24 (9,5)
Grupo Etario	%
Viejo Joven (60 a 74 años)	65,0
Viejo Viejo (75 a 84 años)	22,6
Muy Viejo (85 años a más)	12,4

ESCOLARIDAD

El 47,2% de los adultos mayores encuestados es analfabeto. En esta condición se halla el 16% de varones y el 69,5% de mujeres. Es decir, que por cada varón que no sabe leer ni escribir, existen aproximadamente cuatro mujeres en igual situación. (Tabla No. 123).

TABLA No. 123
ANALFABETISMO EN LOS ADULTOS MAYORES DE AYACUCHO 2003

ANALFABETISMO	%
Total	47,2
Masculino	16,0
Femenino	69,5

En cuanto al nivel educativo, es predominante la categoría sin instrucción (41,1%), seguida del nivel primaria (33,6%). Es evidente el predominio del género masculino sobre el femenino en todos los niveles educativos excepto en el grupo sin nivel en el que es notoria la contribución porcentual del grupo de mujeres (Tabla No. 124). El alto porcentaje de analfabetismo refleja las negativas condiciones en que se ha desarrollado la población, expresándose esta desigualdad con mayor fuerza en el género femenino.

TABLA No. 124
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

GRADO DE ESTUDIO	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Sin nivel	41,1	11,3	62,1
Inicial / Preescolar	0,9	1,0	0,8
Primaria	33,6	46,9	24,2
Secundaria	10,0	16,8	5,2
Superior no universitario	5,0	7,2	3,5
Superior universitario	9,4	16,9	4,2

ESTADO CIVIL

El 52,7% de los adultos mayores encuestados se halla en situación de unido (casado o conviviente), siendo muy cercano el número de viudos (37,2%). La cantidad de viudos, separados, divorciados y solteros, es aproximadamente la mitad de la población considerada, lo que puede repercutir en las condiciones de vida y el cuidado de la salud (Tabla No. 125).

TABLA No. 125
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE AYACUCHO 2003

ESTADO CIVIL	TOTAL %
Conviviente	3,5
Separado	5,8
Divorciado	1,0
Viudo	37,2
Casado	49,2
Soltero	3,2

OCUPACIÓN

Un tercio de adultos mayores estuvo trabajando la semana anterior a la encuesta, con valores próximos para hombres y para mujeres, indicando la continuidad de su actividad productiva (Tabla No. 126).

TABLA No. 126
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE AYACUCHO 2003

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL %	MASCULINO %	FEMENINO %
Trabajó la semana anterior	33,0	37,3	30,0
Está buscando trabajo	1,3	3,2	0,0

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

ASPECTOS GENERALES

Se presentan los principales indicadores de salud mental del adulto mayor, siguiendo la misma estructura del informe de las otras unidades de análisis de la investigación.

Estresores psicosociales

Aproximadamente la mitad de los encuestados refiere experimentar elevada tensión en cinco de once estresores cotidianos explorados. La condición que genera mayor tensión es la salud; cabe señalar que la prevalencia a seis meses de enfermedad física o accidente en el adulto mayor es de 79,2%. La delincuencia y los problemas económicos son fuente de mucha tensión, seguidos cercanamente de problemas con los hijos y con la pareja (Tabla No. 127).

TABLA No. 127

MAGNITUD DE TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

TIPO DE ESTRESOR PSICOSOCIAL	NADA O POCO	REGULAR	MUCHO
Trabajo	26,9	26,8	46,2
Estudio	76,3	23,7	0,0
Hijos	26,5	21,4	52,0
Pareja	35,2	17,9	46,9
Dinero	19,4	20,4	60,1
Salud	12,3	16,2	71,5
Asuntos con la ley	70,5	16,4	13,1
Terrorismo	45,0	18,4	36,7
Delincuencia	22,8	16,5	60,7
Narcotráfico	53,3	20,4	26,4
Otros	87,7	9,1	3,2

Estados anímicos prevalentes

Son claramente predominantes los estados de ánimo considerados negativos. El 59,4% de los adultos mayores encuestados se encuentra preocupado casi siempre o siempre, sin distinción de género. La tristeza es predominante en el 42,7%, siendo más frecuente en las mujeres. Ellas también reportan como prevalente el estado de aburrimiento. Los estados de ánimo considerados positivos como la tranquilidad y alegría son reportados con mayor frecuencia por varones que por mujeres. La prevalencia de estados de ánimo negativos puede tener relación directa con el estado de salud de la población (Tabla No. 128).

TABLA No. 128
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

ESTADOS ANÍMICOS	NUNCA %	ALGUNAS VECES U OCASIONALMENTE %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %
TRISTE			
Total	4,2	53,0	42,7
Masculino	7,4	62,9	29,7
Femenino	1,9	45,8	52,3
TENSO			
Total	8,1	68,8	23,0
Masculino	12,0	71,0	17,0
Femenino	5,1	67,2	27,7
ANGUSTIADO			
Total	10,9	63,1	26,1
Masculino	16,5	59,8	23,7
Femenino	6,7	65,5	27,8
IRRITABLE			
Total	8,6	66,5	24,9
Masculino	9,8	69,1	21,1
Femenino	7,8	64,5	27,7
PREOCUPADO			
Total	0,8	39,8	59,4
Masculino	1,9	40,9	57,2
Femenino	-	39,1	60,9
TRANQUILO			
Total	1,3	60,5	38,2
Masculino	1,3	52,9	45,7
Femenino	1,2	66,0	32,7
ALEGRE			
Total	1,6	66,7	31,7
Masculino	1,6	54,5	43,9
Femenino	1,5	75,8	22,6
ABURRIDO			
Total	8,2	65,8	26,1
Masculino	12,9	68,1	19,0
Femenino	4,7	64,1	31,2
OTRO			
Total	82,0	5,9	12,2
Masculino	79,9	2,3	17,8
Femenino	84,9	10,9	4,3

Satisfacción personal

El grado de satisfacción con respecto a diferentes atributos y condiciones personales es un reflejo de la autoestima. En una escala de 5 a 20, la satisfacción personal global de los adultos mayores presenta una media de 14,36; es mayor en varones que en mujeres (Tabla No. 129). La religión es de lejos el aspecto específico que genera mayor satisfacción. La mitad de encuestados se siente muy satisfecho con su lugar de residencia. El área en que se experimenta menor satisfacción es la de los estudios realizados, lo que es concordante con el alto nivel de analfabetismo y el predominio de estudios primarios, referido previamente. La condición económica ocupa el segundo lugar como insatisfactoria (Tabla No.130).

TABLA No. 129
SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	Pc25	Pc75
Total	14,36 (2,9)	14,0	14,0	12,0	16,5
Masculino	15,14 (2,6)	15,0	18,0	13,0	17,4
Femenino	13,78 (2,9)	13,9	11,0	11,6	15,4

TABLA No. 130
SATISFACCIÓN PERSONAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

Área	NADA O POCO	REGULAR	MUCHO
Aspecto físico	19,8%	45,0%	35,2%
Color de piel	15,3%	48,2%	36,4%
Inteligencia	29,0%	42,7%	28,4%
Condición económica	53,9%	34,5%	11,7%
Profesión u oficio que estudio	37,5%	25,9%	36,5%
Estudios	62,7%	19,4%	17,9%
Religión	7,0%	9,6%	83,4%
Amistades o Relaciones Sociales	27,7%	44,3%	27,9%
Lugar de residencia	18,2%	32,4%	49,5%

Satisfacción laboral

La tercera parte de los adultos mayores continúa trabajando, por lo que resulta importante la evaluación de la satisfacción laboral. En una escala de 5 a 20, la media global de satisfacción laboral es 14,36, sin diferencias por género. (Tablas No. 131 y No.132). En general predomina el nivel de regular satisfacción en diferentes aspectos del trabajo. Es de destacar la insatisfacción reportada por un alto porcentaje de adultos mayores en lo concerniente a la remuneración percibida.

TABLA No. 131
SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (Ds)	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	14,36 (3,1)	15,0	15,0	12,5	16,7
Masculino	14,69 (2,9)	14,17	15,0	13,8	17,0
Femenino	14,03 (3,2)	15,0	15,0	12,4	16,7

TABLA No. 132
SATISFACCIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

ASPECTO LABORAL	NADA O POCO	REGULAR	MUCHO
Con actividades o funciones que realiza	23,6%	41,7%	34,7%
Con el ambiente físico donde labora	17,8%	52,9%	29,3%
Con sus compañeros de trabajo	25,2%	47,8%	27,0%
Con la carga de trabajo que desarrolla a diario	21,3%	51,8%	26,9%
Con el trato que recibe de sus jefes	43,6%	41,0%	15,5%
Con la remuneración que recibe	58,8%	35,0%	6,2%

Calidad de vida

La calidad de vida o bienestar expresa la valoración de diferentes condiciones personales y del entorno, tales como bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, sentido de apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual. En una escala de 1 a 10, la media global del Índice de Calidad de Vida en el adulto mayor es 7,19, con valores superiores para los varones (Tabla No. 133).

TABLA No. 133
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

CALIDAD DE VIDA (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	7,19	7,2	6,3	6,2	8,3
Masculino	7,34	7,3	6,3	6,4	8,3
Femenino	7,01	7,1	5,0	5,8	8,3

Discapacidad o Inhabilidad

La condición de discapacidad o inhabilidad producida por el envejecimiento o por alguna patología puede afectar la realización de actividades cotidianas de autovalimiento e instrumentales, comprometiendo la autonomía del adulto mayor y demandando apoyo del entorno familiar. El 13,8% de los adultos mayores presenta alguna discapacidad física (Tabla No. 134). Considerando una escala de 5 a 20, en la que 5 indica ausencia de discapacidad, los adultos mayores tienen una media de 8,14 (Tabla No. 135). El 70,8% de los encuestados presenta al menos alguna discapacidad o inhabilidad (Tabla No. 136). En todos los casos los valores son discretamente mayores para mujeres que para varones.

TABLA No. 134
DISCAPACIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

AL MENOS UNA DISCAPACIDAD FÍSICA	%
Total	13,8
Masculino	13,6
Femenino	14,0

TABLA No. 135
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD (ESCALA DE 5 A 20 DONDE 5 ES AUSENCIA DE DISCAPACIDAD)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	8,14 (3,27)	7,0	5,0	5,0	10,0
Masculino	8,00 (3,22)	7,0	5,0	5,0	10,0
Femenino	8,24 (3,3)	7,0	5,0	5,0	10,0

TABLA No. 136
ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	%
Total	70,8
Masculino	69,2
Femenino	72,1

Indicadores suicidas

Los adultos mayores están expuestos a diferentes situaciones de pérdida que generan estados emocionales negativos en los que puede aparecer el deseo de acabar con la existencia. Los indicadores suicidas explorados son: deseo de morir, pensamiento, plan y conducta suicidas. La prevalencia en el último mes de deseo de morir asciende a 18,9%, siendo sustancialmente mayor en las mujeres que en los varones. Este patrón se mantiene al examinar la prevalencia de vida y anual del deseo de morir (Tabla No. 137).

TABLA No. 137
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

INDICADORES SUICIDAS	PREVALENCIA		
	DE VIDA %	ANUAL %	MES %
Deseo de morir	41,7	24,9	18,9
Masculino	28,5	7,3	6,2
Femenino	51,5	37,5	28,0
Pensamientos suicida	12,1	7,2	5,1
Masculino	10,9	5,6	5,6
Femenino	13,0	8,5	4,7
Planeación suicida	1,8	1,8	1,3
Masculino	3,1	3,1	3,1
Femenino	0,8	0,8	0,0
Conducta suicida	0,4	0,0	0,0
Masculino	0,0	0,0	0,0
Femenino	0,7	0,0	0,0

Se consideran como factores protectores de la salud y del bienestar la cohesión familiar y las tendencias religiosas. La primera se refiere a la percepción del grado de respeto, apoyo, y de compartir valores y proyectos. En una escala de 5 a 20, en la que cinco es ausencia de cohesión, la media de los encuestados es 17,29, considerándose a la familia un importante apoyo (Tabla No. 138). De otro lado, se aprecian altos porcentajes en las actitudes positivas y prácticas religiosas, constituyendo un poderoso factor protector (Tabla No. 139).

TABLA No. 138
COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 5 A 20)	MEDIA (DS)	MEDIANA	MODA	P25	P75
Total	17,29 (2,93)	18,33	20,0	15,83	20,0
Masculino	17,51 (2,57)	18,33	20,0	16,67	20,0
Femenino	17,12 (3,17)	18,33	20,0	15,00	20,0

TABLA No. 139
TENDENCIAS RELIGIOSAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

TENDENCIAS RELIGIOSAS	PORCENTAJE
Dios muy importante	91,8
Asiste a Iglesia o Templo	93,0
Participa activamente	17,5
Lee escrituras religiosas	32,2
Trasmite religión a hijos	43,7
Religión ayuda a solución de problemas	88,8
Predica o enseña a otras personas	24,7

Episodio depresivo en el adulto mayor

El propio envejecimiento y las circunstancias de pérdida que enfrentan los adultos mayores se asocian a desórdenes afectivos. Siguiendo los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se presentan las prevalencias de vida, anual, a seis meses y actual del episodio depresivo en adultos mayores. Se debe tener en cuenta los errores muestrales para la apreciación de estos datos (Tabla No. 140). La prevalencia actual de episodio depresivo es 2,9%, notándose un patrón inverso al esperado, es decir, mayor en varones que en mujeres. La prevalencia es mayor con mayor edad.

TABLA No. 140
EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

PREVALENCIAS DEL EPISODIO DEPRESIVO	DE VIDA %	ANUAL %	6 MESES %	ACTUAL %
Total	22,1	3,5	2,9	2,9
Masculino	20,4	5,3	4,5	4,5
Femenino	23,4	2,3	1,7	1,7
Viejo joven (60-74)	20,7	2,6	2,1	2,1
Viejo viejo o Muy viejo (> 75)	25,4	5,7	4,6	4,6

Trastorno De Ansiedad Generalizada

La prevalencia actual del trastorno de ansiedad generalizada, sin depresión, en la población de adultos mayores es 3,1%. Es más frecuente en mujeres y en el grupo de adultos mayores más joven; estos datos deben tomarse con cautela dado el pequeño número de casos. (Tabla No. 141).

TABLA No. 141
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN) EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

PREVALENCIAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (SIN DEPRESIÓN)	DE VIDA %	ANUAL %	6 MESES %	ACTUAL %
Total	25,1	4,0	4,0	3,1
Masculino	12,1	2,9	2,9	1,6
Femenino	34,6	4,8	4,8	4,3
Viejo joven (60-74)	22,3	5,8	5,8	4,6
Viejo viejo o Muy viejo (> 75)	31,4	0,0	0,0	0,0

Consumo de Sustancias

Dentro del consumo de sustancias se presenta la prevalencia anual conjunta de los patrones de consumo abuso/dependencia de alcohol. Esta asciende a 9,6%, siendo notable la predominancia en varones en comparación con las mujeres (Tabla No. 142).

TABLA No. 142
ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

PREVALENCIA DE ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL	ANUAL %
Total	9,6
Masculino	21,2
Femenino	1,1

DETERIORO EN EL ADULTO MAYOR

Dada la prevalencia de síndromes de deterioro o demenciales en los adultos mayores, que guarda una relación directa con el aumento de edad, se considera necesario explorar su magnitud. En el presente estudio la presencia de un síndrome demencial se establece por la conjunción de deterioro cognoscitivo, detectado a través del Mini Mental State Examination (MMSE), con el deterioro de las actividades instrumentales, identificado con la Escala de Pfeffer.

El desempeño cognoscitivo de los adultos mayores a través del MMSE, considerando el rango de puntajes de 0 a 30, presenta una media de 24,11. Se presentan los resultados según años de estudios (ocho o más años y menos de ocho años; se excluyen analfabetos) teniendo en cuenta el efecto de la variable educación en el desempeño. Se observa que para el grupo de mayor educación la media es mayor (Tabla No. 143).

TABLA No. 143
DESEMPEÑO COGNOSCITIVO EN EL MMSE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

ASPECTOS COGNOSCITIVOS	AÑOS DE INSTRUCCIÓN	Media	Sx.	Mediana	Moda	Min.	Máx.	P25	P75
	TOTAL	24,11	4,63	25,0	27,0	8,0	30,0	22,0	27,0
Puntaje MMSE (máx 30 puntos)	8 ó mas	26,21	3,78	27,0	29,0	13,0	30,0	25,0	29,0
	Menos de 8	22,48	4,58	23,0	25,0	8,0	30,0	20,0	26,0

La escala de MMSE fue adaptada en algunos de los ítems para aplicarla a personas con menos de 8 años de instrucción, se excluyeron analfabetos

Utilizando el punto de corte 22 en el MMSE se encuentra que el 27,1% presenta un desempeño indicativo de deterioro cognoscitivo, siendo mayor el porcentaje para el grupo de menor años de estudios. Es asimismo mayor el porcentaje de mujeres en esta condición que el de varones, y el de los adultos mayores de más edad que el de los más jóvenes (Tabla No. 144).

TABLA No. 144
DESEMPEÑO COGNOSCITIVO INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN EL MMSE (≤ 22)	AÑOS DE INSTRUCCIÓN *		
	MENOS DE 8	8 Ó MÁS	TOTAL
Total	39,6	11,0	27,1
Masculino	32,9	9,2	22,1
Femenino	51,7	15,0	36,9
Viejo joven (60-74)	18,8	7,3	13,0
Viejo viejo o Muy viejo (≥ 75)	72,6	28,7	61,5

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

* Se excluyeron analfabetos.

El deterioro de la capacidad para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores se estableció a través de la Escala de Pfeffer utilizando el punto de corte de ≥ 6 . Se advierte que el 24,1% de los adultos mayores presenta deterioro de las actividades instrumentales, con el mismo patrón reflejado en el MMSE: mayor afectación de las mujeres y de los adultos mayores de más edad (Tabla No. 145).

TABLA No.145
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES INDICATIVAS DE DETERIORO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

INDICATIVO DE DETERIORO SEGÚN LA ESCALA DE PFEFFER (≥ 6)	%
Total	24,1
Masculino	14,0
Femenino	30,9
Viejo joven (60-74)	13,5
Viejo viejo o Muy viejo (≥ 75)	42,7

El deterioro conjunto cognoscitivo ($MMSE \leq 21$) y de las habilidades instrumentales ($Pfeffer \geq 6$) como indicador de sospecha de demencia arroja una prevalencia actual de 5,6% (Tabla No. 146).

TABLA No.146
ADULTOS MAYORES DE AYACUCHO CON DETERIORO SOSPECHOSO DE DEMENCIA 2003

ASPECTOS COGNOSCITIVOS	AÑOS DE INSTRUCCIÓN *	Media
Puntaje MMSE (≥ 21 PUNTOS) Y PFEFFER (≥ 6 PUNTOS)	TOTAL	5,6
	8 ó mas	6,0
	Menos de 8	5,4

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

* Se excluyeron analfabetos

MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR

Los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable al maltrato. Se encuentra que en el último año el 12,3% ha sido víctima de algún tipo de maltrato, y el 1,7% ha sufrido maltrato sistemático. Entre los tipos de maltrato, el más frecuente es la agresión verbal, informada por el 7,4% de los encuestados (Tabla No. 147). Ninguno de los adultos mayores maltratados recibió algún tipo de ayuda.

TABLA No. 147
PREVALENCIA ANUAL Y SISTEMÁTICA DE MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR DE AYACUCHO 2003

TIPO DE MALTRATO	Total	Sistemático*
Cualquier tipo de maltrato al adulto mayor	12,3	1,7
Intentos o actos sexuales inapropiados	1,1	0,0
Golpes, puñetes o empujones	0,9	0,0
Insultos, agresiones verbales u ofensas	7,4	1,0
Chantajes, manipulaciones o humillaciones	2,5	0,3
Situación de abandono	4,8	0,8

* Maltrato Sistemático se refiere al maltrato, según tipo, que se da con un frecuencia de por lo menos 1 o 2 al mes

ACCESO A SERVICIOS

Entre los adultos mayores encuestados, el 19% reconoce padecer algún problema emocional o mental en los últimos seis meses, siendo este reconocimiento más alto en hombres que en mujeres. Sólo el 14,3% de los que sienten tener problemas acuden a buscar atención de salud, y de estos ninguno es varón (Tabla No. 148).

TABLA No. 148
DEMANDA SENTIDA Y EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LOS
ÚLTIMOS SEIS MESES EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

DEMANDA SENTIDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL)	
Total	19,0%
Masculino	26,3
Femenino	13,5
DEMANDA SENTIDA EXPRESADA ATENDIDA EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	
Total	14,3%
Masculino	0,0
Femenino	35,5

Teniendo en cuenta el total de la demanda sentida expresada por el adulto mayor, el 50,8% de ella se atendió en ESSALUD, y el 29,8% en los servicios del MINSA (Tabla No. 149).

TABLA No. 149
LUGARES DE ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA SENTIDA EXPRESADA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN
ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES %
MINSA		29,8 % de lo atendido
Puestos o centros de salud		
Instituto u hospital especializado		
Hospital general	4,3	
ESSALUD		50,8 % de lo atendido
Posta o policlínico	1,4	
Consultorios PAAD		
Centro de salud mental		
Hospital General	5,9	
FFAA		7,1 % de lo atendido
Hospital FFAA y PN	1,0	
PRIVADA		12,3 % de lo atendido
Clínica particular	1,8	
Consultorio particular		
OTROS		0 % de los atendido

Entre los varios motivos por los que la demanda sentida no es expresada, resaltan: el pensar que debería superar solo el problema, el no tener dinero, el no saber dónde acudir y la preferencia por remedios caseros (Tabla No. 150).

TABLA No. 150
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO ATENCIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA
SENTIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE AYACUCHO 2003

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	%
No tenía dinero	41,8
Lo debía superar solo	43,5
No sabía donde ir	39,5
Prefería remedios caseros	38,3
No me beneficiaría	28,7
Falta de confianza	18,6
Vergüenza	5,9
Lista de espera larga	8,3
Duda de manejo por médicos	12,5
No existía servicio de salud mental cercano	9,3

CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO EN AYACUCHO



ADULTOS

1. Entre el 15,0% y el 67,1% de las personas de la población de Ayacucho percibe un alto nivel de tensión debido a estresores psicosociales, siendo mayor la relacionada a la delincuencia y la salud, pero también en niveles importantes el dinero, los hijos y parientes, los estudios, y el terrorismo. En líneas generales la mujer muestra un nivel de tensión más alto que el hombre. La mitad de la población ha experimentado una experiencia sumamente traumática alguna vez en su vida.
2. La percepción de discriminación más importante es sobre el aspecto socioeconómico y el nivel educativo. Un 14,0% y 11,9%, respectivamente, de la población se ha sentido discriminada en estas áreas alguna vez en su vida.
3. En el último mes, entre el 14,5% y el 41,0% de la población percibe significativamente sentimientos anímicos negativos.
4. Alrededor de un tercio de la población tiene al menos alguna discapacidad o inhabilidad leve para funcionar como persona y adaptarse al medio social y al laboral, siendo mayor para sexo femenino.
5. Existe una permisividad hacia conductas psicopáticas en una de cada diez personas, así como 7,2% presenta tendencias psicopáticas. Los varones refieren más experiencias con respecto a tendencias violentas.
6. El 39,2% de la población ha deseado morir alguna vez en su vida y 16,9% los ha tenido en el último año, llamando la atención las altas prevalencias para la mujer de un 53,8 y 25,3% respectivamente. Un 4,1% de la población ha tenido un intento suicida alguna vez en su vida. Los motivos más relevantes de los deseos de morir han sido en primer lugar problemas con la pareja y en segundo problemas económicos, mientras que los motivos más importantes para el intento han sido en primer lugar problemas con la pareja y en segundo lugar problemas con los padres.
7. La mitad de la población urbana de la ciudad de Ayacucho ha presentado algún trastorno psiquiátrico alguna vez en su vida. La prevalencia actual, anual de cualquier trastorno psiquiátrico en la población adulta se da en 21,2% y 26,0% respectivamente. Según la prevalencia de vida el trastorno psiquiátrico más frecuente ha sido el trastorno de estrés postraumático. En base a la prevalencia anual, los trastornos más frecuentes son el abuso o dependencia al alcohol, el episodio depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada.
8. Un 15,0% de la población urbana de Ayacucho sufre problemas de abuso o dependencia al alcohol, siendo la prevalencia anual para la población masculina de 27,8%.
9. Dos tercios de la población ha tenido al menos una situación de pérdida (muerte de familiares, pérdida de bienes o cambio residencia) frente a la violencia en la época del terrorismo. Más de la mitad de la población encuestada ha sufrido la pérdida de un familiar, ya sea por fallecimiento o por desaparición. Estas pérdidas se han relacionado una mayor morbilidad psiquiátrica con respecto a trastornos psiquiátricos, en especial los trastornos de ansiedad.
10. La demanda sentida expresada en salud mental a seis meses, representa 7,5% de la demanda sentida total. Más de la mitad de estos pacientes consideran que no acudieron porque lo deberían superar solos. Alrededor de un tercio lo relaciona a no tener dinero, no saber donde ir o a falta de confianza. Ello indica la necesidad de potenciar las instituciones para los accesos de servicios a la salud mental en las poblaciones estudiadas.
11. 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 el "aire" el síndrome más común alguna vez padecido (38,2%).

MUJERES UNIDAS O ALGUNA VEZ UNIDAS

1. El grado de analfabetismo en las mujeres encuestadas en la ciudad de Ayacucho es del 19,5% y el 8,4% de las mujeres unidas ha estado buscando trabajo la semana anterior.

2. Los indicadores suicidas, en la ciudad de ayacucho, son muy altos en las mujeres unidas: El 54,1% alguna vez en su vida deseó morir, un 25,9% en el último año y el 14,4% en el último mes. El 3,6% de las mujeres unidas o alguna vez unidas ha intentado suicidarse alguna vez en su vida.
3. En general, las mujeres sufren considerablemente más problemas de salud mental que los hombres, convirtiéndose de por sí en un grupo vulnerable. Los trastornos clínicos con cifras significativas son el trastorno de estrés postraumático con una prevalencia de vida de 29,4%, el trastorno de ansiedad generalizada con una prevalencia actual de 3,4% y el episodio depresivo o depresión mayor con una prevalencia de vida de 26,2% y anual de 9,1%.
4. Alguna vez en su vida dos de cada tres mujeres unidas han sufrido algún tipo de abuso en su vida y mas de la mitad han sufrido abuso físico e insultos.
5. El 64,1% de mujeres unidas o alguna vez unidas manifiesta haber recibido algún tipo de trato inadecuado por parte de la pareja actual o última pareja en la etapa de enamoramiento y un 18,2% recibió, durante ese periodo, algún tipo de violencia por parte de la pareja actual o última pareja.
6. El 13,6% de mujeres actualmente unidas es sistemáticamente maltratada con una frecuencia de una a dos veces por mes.
7. En las mujeres maltratadas sistemáticamente se encuentran cifras más altas en los diferentes indicadores que se estudiaron en la mujer unida (no sistemáticamente maltratada), siendo los indicadores suicidas los más llamativos, pues las cifras porcentuales, casi llegan a duplicarse.

ADOLESCENTES

1. La población adolescente entrevistada se encuentra entre los 12 y 17 años, con un nivel de educación predominantemente secundaria.
2. Tres de cada 100 adolescentes se encuentran buscando trabajo y ocho de cada 100 se encuentra trabajando con un promedio de ingreso mensual de 100 Nuevos Soles.
3. Al igual que adultos y mujeres, los adolescentes identifican como problemas del país el desempleo, la pobreza, la delincuencia, la corrupción y la violencia, lo cual le genera sentimientos como pena, preocupación cólera y desilusión.
4. Los adolescentes señalan confiar más en sus maestros, médicos y religiosos antes que en las autoridades políticas y los líderes comunales.
5. Señalan que sus estresores están en función a la delincuencia, su salud y el estudio, antes que el dinero, la pareja o las leyes.
6. En lo personal se sienten más satisfechos con su inteligencia, su aspecto físico, las relaciones sociales y los estudios y menos satisfechos con el aspecto económico.
7. Los adolescentes que trabajan señalan estar más satisfechos con las actividades o funciones que realizan en el trabajo así como con los compañeros de trabajo, en contraste con la remuneración que perciben y el trato de sus jefes. Refieren tener una adecuada calidad de vida global.
8. Existe indicios de tolerancia social hacia las conductas psicopáticas en uno de cada diez adolescentes.
9. Uno de cada cinco adolescentes ha presentado deseos suicidas en el último año y acusan como motivos a los problemas con los padres.
10. Al igual que en otras unidades de análisis, la cohesión familiar representa un factor de protección.

11. Se ha encontrado como trastorno clínico más prevalente al trastorno de ansiedad generalizada; uno de cada diez adolescentes reúne criterios para este diagnóstico. En segundo lugar resaltan los episodios depresivos.
12. Las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco, habiéndose iniciado dicho consumo entre los 11 a 13 años, y para sustancias ilegales (marihuana y cocaína) entre los 11 y 14 años.
13. El adolescente es otra de las poblaciones vulnerables objeto de abuso básicamente psicológico, pero también de abuso físico, abandono y abuso sexual. Más de la mitad de la población adolescente ha sido objeto de algún tipo de abuso en su vida.
14. También se encuentra en déficit el acceso a servicios de salud mental, habiendo una falta de cobertura en la atención. De igual modo se evidencian prejuicios sobre la salud mental que en gran medida devienen de la familia, requiriendo urgentemente trabajar en la sensibilización de una cultura de la salud mental.

ADULTO MAYOR

1. La edad promedio de los adultos mayores encuestados en la ciudad de Ayacucho fue 72,24, con un mayor porcentaje de adultos mayores entre 60 y 74 años. El analfabetismo en el adulto mayor llega a 47,2% y entre las mujeres éste alcanza a 69,5%. Aproximadamente la mitad de esta población tiene pareja, y una tercera parte continúa trabajando.
2. Los estresores que provocan mayor tensión son la salud, delincuencia y dificultades económicas. La prevalencia a seis meses de enfermedad física o accidente es 79,2%. Es dominante la experiencia de estados anímicos de preocupación y tristeza.
3. La religión y el lugar de residencia contribuyen de manera importante a la satisfacción personal; a menor grado de estudios y dificultades económicas, menor satisfacción.
4. La remuneración recibida por el trabajo determina una baja satisfacción laboral.
5. El 13,8% tiene alguna discapacidad física, y el 70,8% alguna discapacidad o inhabilidad.
6. El deseo de morir en el último mes alcanza al 18,9%, siendo dominante entre las mujeres.
7. Son experimentados como protectores un grado alto de cohesión familiar y la religión.
8. La prevalencia actual del episodio depresivo asciende a 2,9%.
9. La prevalencia actual del trastorno de ansiedad generalizada es 3,1%.
10. El abuso/dependencia de alcohol presenta una prevalencia anual de 9,6%, siendo casi exclusivo de los varones.
11. Tanto a nivel cognoscitivo como funcional en la vida diaria, los indicadores de deterioro son mayores en mujeres y a mayor edad.
12. El 5,6% de los adultos mayores presenta conjuntamente indicadores de deterioro cognoscitivo y de las actividades instrumentales, que establecen la sospecha de demencia.
13. El 12,3% de adultos mayores ha sufrido algún tipo de maltrato en el último año, siendo más frecuente el verbal. El maltrato sistemático afecta al 1,7%.
14. El porcentaje de varones que identifica padecer problemas emocionales es mayor que en las mujeres; del bajo porcentaje que acude en busca de ayuda ninguno es varón. La mayoría reconoce como motivo de no atención la exigencia de superar solos el problema y las limitaciones económicas. Aproximadamente la mitad de la demanda es atendida por ESSALUD y la tercera parte por el MINSAL.

ANEXO A
DESCRIPCIÓN DE LOS MÓDULOS
EMPLEADOS EN EL ESTUDIO



MÓDULOS EMPLEADOS EN EL ESTUDIO

A. EL CUESTIONARIO EESMSP.A.00

MIEMBROS DEL HOGAR, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene 11 preguntas de identificación geográfica y muestral. Sección de registro de miembros
- **Datos de la vivienda:** 13 preguntas
- **Ficha familiar:** Contiene el nombre, edad, parentesco, sexo, estado civil, si primaria incompleta, si aporta ingresos, si residente habitual, módulos pertinentes según criterios de selección, cita de seleccionados, código de resultado personal y grado de dificultad encontrada.

B. EL CUESTIONARIO EESMSP.B1.01.A

MÓDULO DATOS GENERALES MUJER, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene el Consentimiento informado, identificación, preguntas de identificación geográfica y muestral
- **Datos demográficos:** 22 preguntas

C. EL CUESTIONARIO EESMSP.B2.01.B

MÓDULO DATOS GENERALES ADULTO, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene el Consentimiento informado, identificación, preguntas de identificación geográfica y muestral
- **Datos demográficos:** 22 preguntas

D. EL CUESTIONARIO EESMSP.B3.01.C

MÓDULO DATOS GENERALES ADOLESCENTE, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene el Consentimiento informado, identificación, preguntas de identificación geográfica y muestral
- **Datos demográficos:** 22 preguntas

E. EL CUESTIONARIO EESMSP.B4.01.D

MÓDULO DATOS GENERALES ADULTO MAYOR, tiene la siguiente estructura:

- **Carátula:** Contiene el Consentimiento informado, identificación, preguntas de identificación geográfica y muestral
- **Datos demográficos:** 22 preguntas

F. EL CUESTIONARIO EESMSP.C.02

MÓDULO DE SALUD INTEGRAL DEL ADULTO, tiene la siguiente estructura:

- **Opinión sobre situación del país:** 2 preguntas
- **Confianza y protección:** 2 preguntas
- **Situaciones de estrés:** 1 pregunta
- **Autoestima:** 1 pregunta
- **Discriminación:** 2 preguntas
- **Satisfacción laboral:** 1 pregunta
- **Asertividad:** 1 pregunta
- **Psicopatía:** 11 preguntas
- **Salud personal física y psicológica:** 5 preguntas
- **Indicadores suicidas:** 18 preguntas
- **Eventos de vida y estilos de crianza:** 3 preguntas
- **Aspectos de dinámica familiar:** 7 preguntas
- **Uso de tiempo libre:** 4 preguntas
- **Vida religiosa:** 4 preguntas
- **Aspectos del entorno:** 2 preguntas
- **Calidad de vida:** 10 preguntas
- **Discapacidad física:** 1 pregunta
- **Funcionamiento adaptativo:** 1 pregunta
- **Desarrollo humano:** 8 preguntas
- **Estigma hacia la salud mental:** 5 preguntas

G. EL CUESTIONARIO EESMSP.D.03

MÓDULO DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE, tiene la siguiente estructura:

- **Opinión sobre situación del país:** 3 preguntas
- **Situaciones de estrés:** 1 pregunta
- **Autoestima:** 1 pregunta
- **Satisfacción laboral:** 1 pregunta
- **Aspectos del entorno:** 2 preguntas

- **Salud personal física y acceso:** 6 preguntas
- **Indicadores suicidas:** 18 preguntas
- **Uso de sustancias:** 12 preguntas
- **Psicopatía:** 9 preguntas
- **Solidaridad:** 1 pregunta
- **Asertividad:** 1pregunta
- **Salud psicológica:** 4 preguntas
- **Aspectos de dinámica familiar:** 5 preguntas
- **Vida sexual:** 9 preguntas
- **Uso de tiempo libre:** 4 preguntas
- **Vida religiosa:** 3 preguntas
- **Calidad de vida:** 10 preguntas
- **Discapacidad física:** 1 pregunta
- **Funcionamiento adaptativo:** 1 pregunta
- **Problemas clínicos:** 55 preguntas

H. EL CUESTIONARIO EESMSPE.04

MÓDULO DE SÍNDROMES CLÍNICOS A, tiene la siguiente estructura:

- **Trastornos de ansiedad:** 113 preguntas
- **Trastornos afectivos:** 50 preguntas
- **Trastorno psicóticos:** 15 preguntas

I. EL CUESTIONARIO EESMSP.F.05

MÓDULO DE SÍNDROMES CLÍNICOS B, tiene la siguiente estructura:

- **Trastornos de la alimentación:** 24 preguntas
- **Trastornos adictivos químicos:** 43 preguntas
- **Tabaquismo:** 7 preguntas
- **Juego patológico:** 21 preguntas

J. EL CUESTIONARIO EESMSP.G.06

MÓ DULO DE ACCESO A SERVICIOS, tiene la siguiente estructura:

- **Acceso a servicios de salud mental:** 29 preguntas
- **Conocimiento y prejuicios sobre la salud mental:** 1 pregunta
- **Relaciones de género:** 1 pregunta
- **Acceso a servicios de salud física:** 5 preguntas

K. EL CUESTIONARIO EESMSP.H.07

MÓ DULO DE RELACIONES INTRAFAMILIARES, tiene la siguiente estructura:

- **Violencia hacia la mujer:** 34 preguntas
- **Violencia a los niños:** 20 preguntas
- **Conducta alimentaria de adolescente:** 6 preguntas
- **Estilos parentales:** 5 preguntas
- **Conducta adictiva enmascarada de familiar adulto:** 6 preguntas}

L. EL CUESTIONARIO EESMSP.I.08

MÓ DULO DEL ADULTO MAYOR, tiene la siguiente estructura:

- **Salud personal física y acceso:** 11 preguntas
- **Autoestima:** 1 pregunta
- **Discriminación:** 1 pregunta
- **Satisfacción laboral:** 1 pregunta
- **Situaciones de estrés:** 1 pregunta
- **Salud psicológica:** 4 preguntas
- **Indicadores suicidas:** 13 preguntas
- **Aspectos de dinámica familiar:** 1 preguntas
- **Vida religiosa:** 4 preguntas
- **Calidad de vida:** 10 preguntas
- **Discapacidad física:** 1 pregunta
- **Funcionamiento adaptativo:** 1 pregunta
- **Condiciones clínicas:** 92 preguntas

- **Tabaquismo:** 7 preguntas
- **Violencia hacia el adulto mayor:** 15 preguntas

M. EL CUESTIONARIO EESMSP.J.09

MÓDULO DE FUNCIONES COGNOSCITIVAS, tiene la siguiente estructura:

- **Orientación:** 10 preguntas
- **Memoria:** 3 pregunta
- **Concentración:** 1 pregunta
- **Agnosia:** 2 preguntas
- **Comprensión:** 4 preguntas
- **Disgrafía:** 1 pregunta
- **Construcción visoespacial:** 1 pregunta
- **Evaluación cognoscitiva indirecta (Pfeffer):** 1 pregunta

O. EL CUESTIONARIO EESMSP.K.10

MÓDULO SOCIOCULTURAL Y DE DESASTRES, tiene la siguiente estructura:

- **Síndromes culturales:** 15 preguntas
- **Desastres:** 8 preguntas

ANEXO B

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:

- a. Aquellos que se producen durante el trabajo de campo, recolección y procesamiento de información, denominado errores no muestrales, y
- b. Los que resultan del hecho de haberse trabajado sólo una muestra y no la población en su conjunto, denominado errores de muestreo.

La muestra de estudio es una de las tantas probables que puede ser extraída 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 abrazando 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% de que contiene el porcentaje poblacional.

Además del error estándar es muy importante conocer el efecto del diseño (*deff* por sus siglas en inglés), el mismo que es definido como la razón entre el error estándar correspondiente al diseño empleado y el error estándar de la muestra, asumiendo muestreo aleatorios 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%.

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
GENERALES ADULTO						
Edad promedio(DS) ponderada	Media aritmética	35,0%	0,5	33,98; 36,05	1,56	1,5
Trabajó la semana anterior	Prevalencia	56,7%	1,9	52,9; 60,4	1,94	3,3
Esta buscando trabajo	Prevalencia	11,9%	1,8	8,8; 16,0	1,56	15,2
Grado de Analfabetismo	Prevalencia	7,4%	0,8	5,9; 9,2	1,31	11,2
Grado de estudios	Sin nivel	5,6%	0,7	4,3; 7,2	1,30	12,9
	Inicial / preescolar	0,3%	0,2	0,1; 0,9	1,26	58,6
	Primaria	16,8%	1,5	14,1; 20,0	2,07	8,8
	Secundaria	35,5%	1,7	32,2; 39,0	1,67	4,8
	Bachillerato	0,0%	0,0	0,0; 0,2	0,32	99,9
	Superior no universitario	15,8%	1,4	13,2; 18,8	1,98	8,9
	Superior universitario	24,3%	2,4	19,9; 29,2	4,00	9,7
	Postgrado	1,7%	0,5	0,9; 3,0	1,94	29,4
Promedio de Ingreso mensual personal	< de 300	41,8%	2,6	36,8; 47,0	2,34	6,2
	301 a 600	24,4%	1,7	21,1; 28,0	1,42	7,2
	601a 1200	28,0%	2,3	23,7; 32,9	2,27	8,3
	> de 1200	5,8%	1,1	3,9; 8,5	1,99	19,5
Niveles de pobreza familiar según auto percepción de consumo	No cubre ni las necesidades básicas de alimentación	3,3%	0,7	2,2; 5,0	1,95	20,7
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación	38,2%	2,6	33,2; 43,5	3,85	6,9
	Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, vestido	54,3%	2,7	49,0; 59,6	3,88	5,0
	Cubren las necesidades básicas y otras	4,1%	0,8	2,7; 6,1	2,37	20,5
SALUD MENTAL DEL ADULTO						
Principales problemas percibidos en el país	Desempleo	45,1%	2,1	41,0; 49,3	2,39	4,7
	Pobreza	24,9%	1,9	21,3; 28,7	2,47	7,5
	Manejo económico	3,6%	0,8	2,2; 5,7	2,74	23,6
	Corrupción	7,5%	1,0	5,7; 9,7	1,97	13,6
	Delincuencia	7,6%	1,2	5,5; 10,4	2,83	16,1
	Violencia	3,7%	0,6	2,6; 5,1	1,37	16,5
	Inestabilidad política	2,9%	0,9	1,6; 5,3	3,68	30,3
	Falta de confianza y liderazgo	1,7%	0,7	0,7; 3,8	3,78	81,5
	Terrorismo	0,8%	0,3	0,4; 1,6	1,32	34,9
	Narcotráfico	0,6%	0,4	0,2; 2,0	2,97	61,8
	Ninguno	0,3%	0,2	0,1; 0,9	1,30	58,0
Otro	0,9%	0,4	0,4; 2,4	2,83	47,9	
Sentimientos frente a problemas nacionales	Preocupación	42,8%	2,4	38,1; 47,6	3,07	5,6
	Pena, tristeza o depresión	21,9%	1,7	18,8; 25,4	2,10	7,6
	Desilusión	5,3%	0,7	4,0; 7,0	1,43	14,0
	Amargura, rabia o cólera	11,8%	2,2	8,2; 17,0	5,50	56,1
	Impotencia	5,6%	0,8	4,2; 7,6	1,77	15,0
	Resignación	1,0%	0,3	0,6; 1,8	1,18	29,7
	Indiferencia	2,1%	0,5	1,4; 3,3	1,35	21,8
	Frustración	3,0%	0,6	2,0; 4,5	1,75	21,0
	Indignación	4,0%	0,7	2,8; 5,7	1,73	17,8
	Desesperación o angustia	1,7%	0,5	1,0; 2,9	1,69	27,3
Otro	0,7%	0,4	0,3; 1,9	2,26	48,1	

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Confianza en autoridades policiales	Nada o poco	79,5%	1,5	76,4; 82,3	1,76	1,9
	Regular	16,9%	1,3	14,5; 19,7	1,61	7,7
	Bastante o mucho	3,6%	0,9	2,2; 5,7	2,79	23,9
Regular Bastante o mucho Nada o poco	18,2%	1,4	15,6; 21,1	1,71	7,7	2,1
	3,8%	0,8	2,5; 5,6	2,13	20,3	
	37,4%	1,9	33,8; 41,1	1,92	5,0	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	30,2%	1,6	27,2; 33,5	1,61	5,3	
	32,4%	1,7	29,2; 35,8	1,66	5,1	
	24,3%	1,4	21,7; 27,2	1,35	5,6	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	46,3%	2,0	42,3; 50,3	2,17	4,4	
	29,4%	1,7	26,1; 33,0	1,92	5,9	
	22,8%	1,7	19,6; 26,3	2,11	7,4	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	47,0%	1,9	43,3; 50,8	1,92	4,1	
	30,2%	1,7	26,9; 33,7	1,83	5,7	
	93,5%	0,9	91,4; 95,1	1,91	1,0	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	5,8%	0,9	4,3; 7,8	1,79	14,9	
	0,7%	0,2	0,3; 1,3	1,03	33,9	
	68,1%	4,1	59,6; 75,6	1,44	6,0	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	26,6%	4,1	19,3; 35,4	1,60	15,3	
	5,3%	1,8	2,7; 10,2	1,21	33,9	
	83,9%	1,5	80,7; 86,8	2,31	1,8	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	14,4%	1,5	11,7; 17,5	2,27	10,2	
	1,7%	0,5	0,9; 2,9	1,81	28,7	
	34,8%	3,1	29,0; 41,1	1,49	8,8	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	35,5%	3,0	29,8; 41,7	1,44	8,5	
	29,7%	2,7	24,7; 35,3	1,24	9,0	
	65,5%	1,8	61,9; 69,0	1,88	2,7	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	26,2%	1,7	23,1; 29,6	1,87	6,3	
	8,2%	1,0	6,4; 10,5	1,89	12,7	
	60,3%	2,1	56,1; 64,4	2,35	3,5	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	32,8%	2,0	29,1; 36,8	2,22	6,0	
	6,9%	1,0	5,2; 9,1	1,98	14,4	
	82,0%	1,5	78,8; 84,8	2,04	1,9	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	16,4%	1,5	13,7; 19,7	2,18	9,2	
	1,6%	0,4	1,0; 2,7	1,45	26,1	
	15,4%	1,7	12,4; 19,0	2,78	10,7	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	16,1%	1,4	13,6; 18,9	1,78	8,4	
	68,5%	1,9	64,5; 72,2	2,31	2,8	
	67,9%	4,1	59,3; 75,3	1,49	6,0	

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Regular Bastante o mucho Nada o poco	21,6%	3,3	15,7; 28,8	1,28	15,3	
	10,6%	2,8	6,2; 17,4	1,60	26,2	
	9,2%	1,2	7,2; 11,8	2,13	12,7	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	10,4%	1,3	8,2; 13,2	2,26	12,2	
	80,3%	1,9	76,3; 83,8	3,01	2,4	
	58,8%	1,7	55,4; 62,2	1,60	2,9	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	31,4%	1,6	28,4; 34,7	1,54	5,1	
	9,8%	1,1	7,8; 12,2	1,80	11,3	
	82,9%	3,2	75,5; 88,4	2,01	3,9	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	7,7%	2,2	4,3; 13,4	1,87	28,8	
	9,4%	2,2	5,9; 14,6	1,50	23,1	
	32,8%	2,4	28,2; 37,8	2,28	7,4	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	24,6%	2,3	20,4; 29,4	2,35	9,2	
	42,6%	3,2	36,4; 49,0	3,55	7,5	
	25,4%	3,2	19,6; 32,3	2,02	12,6	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	25,4%	2,8	20,2; 31,4	1,57	11,1	
	49,2%	4,2	40,9; 57,6	2,67	8,6	
	29,3%	2,2	25,1; 33,8	2,93	7,6	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	18,8%	1,6	15,9; 22,2	2,07	8,5	
	51,9%	2,8	46,3; 57,5	3,96	5,4	
	44,6%	2,2	40,3; 49,0	1,94	4,9	
Regular Bastante o mucho Nada o poco	20,4%	1,6	17,3; 23,8	1,66	8,1	
	35,1%	2,2	30,7; 39,6	2,19	6,4	
	19,7%	1,5	16,8; 22,9	1,95	7,8	
Regular	26,6%	1,7	23,5; 30,0	1,86	6,2	
	Bastante o mucho	53,7%	2,0	49,6; 57,7	2,19	3,8
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: la salud	Nada o poco	18,7%	1,5	15,9; 21,9	2,00	8,1
	Regular	20,4%	1,6	17,4; 23,7	2,05	7,8
	Bastante o mucho	60,9%	2,2	56,5; 65,1	2,66	3,6
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: asuntos con la ley	Nada o poco	69,8%	2,5	64,7; 74,5	2,12	3,6
	Regular	15,3%	2,2	11,4; 20,0	2,62	14,2
	Bastante o mucho	15,0%	1,8	11,7; 18,9	1,88	12,2
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: terrorismo	Nada o poco	41,0%	2,3	36,5; 45,6	2,86	5,6
	Regular	17,7%	1,6	14,8; 21,1	2,33	9,1
	Bastante o mucho	41,3%	2,1	37,2; 45,5	2,35	5,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: delincuencia	Nada o poco	19,3%	2,0	15,7; 23,6	3,34	10,3
	Regular	13,5%	1,3	11,1; 16,3	1,92	9,7
	Bastante o mucho	67,1%	2,2	62,6; 71,4	2,93	3,3
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: narcotráfico	Nada o poco	45,0%	2,4	40,2; 49,8	3,12	5,4
	Regular	18,1%	1,5	15,2; 21,3	2,08	8,6
	Bastante o mucho	37,0%	2,4	32,4; 41,8	3,18	6,5

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: otros problemas	Nada o poco	93,4%	1,9	88,5; 96,3	1,24	2,0
	Regular	1,2%	0,6	0,4; 3,3	0,69	52,4
	Bastante o mucho	5,4%	1,8	2,8; 10,3	1,33	33,0
Prevalencia de sentimientos anímico: Triste	Nunca	1,9%	0,4	1,2; 3,0	1,30	22,3
	Algunas veces u ocasionalmente	75,4%	1,5	72,3; 78,3	1,63	2,0
	Siempre o casi siempre	22,7%	1,5	19,9; 25,7	1,60	6,4
Prevalencia de sentimientos anímico: Tenso	Nunca	9,5%	1,4	7,1; 12,6	2,94	14,6
	Algunas veces u ocasionalmente	74,1%	1,7	70,6; 77,3	1,93	2,3
	Siempre o casi siempre	16,4%	1,3	14,0; 19,1	1,57	7,8
Prevalencia de sentimientos anímico: Angustiado	Nunca	12,3%	1,5	9,6; 15,7	2,84	12,4
	Algunas veces u ocasionalmente	73,2%	1,8	69,6; 76,5	2,06	2,4
	Siempre o casi siempre	14,5%	1,3	12,1; 17,2	1,76	8,9
Prevalencia de sentimientos anímico: Irritable	Nunca	12,1%	1,2	9,9; 14,6	1,70	9,7
	Algunas veces u ocasionalmente	71,9%	1,6	68,6; 75,0	1,68	2,2
	Siempre o casi siempre	16,0%	1,3	13,5; 18,9	1,77	8,4
Prevalencia de sentimientos anímico: Preocupado	Nunca	1,3%	0,4	0,8; 2,3	1,41	28,3
	Algunas veces u ocasionalmente	57,7%	1,8	54,2; 61,2	1,68	3,1
	Siempre o casi siempre	41,0%	1,8	37,5; 44,5	1,67	4,3
Prevalencia de sentimientos anímico: Tranquilo	Nunca	3,2%	0,6	2,1; 4,7	1,69	19,8
	Algunas veces u ocasionalmente	41,2%	1,7	37,9; 44,7	1,60	4,2
	Siempre o casi siempre	55,6%	1,8	52,1; 59,1	1,68	3,2
Prevalencia de sentimientos anímico: Alegre	Nunca	0,6%	0,2	0,3; 1,2	1,06	37,4
	Algunas veces u ocasionalmente	39,4%	1,6	36,3; 42,6	1,40	4,0
	Siempre o casi siempre	60,0%	1,6	56,8; 63,1	1,42	2,7
Prevalencia de sentimientos anímico: Aburrido	Nunca	7,1%	1,0	5,4; 9,3	1,87	13,6
	Algunas veces u ocasionalmente	77,7%	1,4	74,8; 80,4	1,54	1,8
	Siempre o casi siempre	15,2%	1,4	12,7; 18,0	1,89	9,0
Prevalencia de sentimientos anímico: otro	Nunca	88,4%	3,5	79,5; 93,8	3,32	4,0
	Algunas veces u ocasionalmente	2,8%	1,2	1,2; 6,4	1,40	41,6
	Siempre o casi siempre	8,7%	3,3	4,0; 17,9	3,79	37,8
Experiencias traumáticas	Prevalencia de vida	49,9%	2,3	45,5; 54,4	2,68	4,5
Grado de satisfacción personal: aspecto físico	Nada o poco	9,0%	1,1	7,1; 11,4	1,80	11,9
	Regular	34,2%	1,8	30,6; 37,9	1,93	5,4
	Bastante o mucho	56,8%	2,1	52,6; 60,9	2,31	3,7
Grado de satisfacción personal: color de piel	Nada o poco	7,6%	1,2	5,5; 10,5	2,82	16,3
	Regular	30,9%	1,7	27,5; 34,4	1,82	5,7
	Bastante o mucho	61,5%	1,9	57,7; 65,2	1,95	3,1
Grado de satisfacción personal: inteligencia	Nada o poco	12,0%	1,3	9,6; 14,8	2,15	11,0
	Regular	32,3%	1,9	28,7; 36,1	2,10	5,8
	Bastante o mucho	55,7%	2,3	51,1; 60,3	2,82	4,1
Grado de satisfacción personal: condición socioeconómica	Nada o poco	37,3%	2,1	33,1; 41,6	2,58	5,7
	Regular	47,7%	2,0	43,7; 51,7	2,17	4,3
	Bastante o mucho	15,1%	1,3	12,7; 17,9	1,77	8,7
Grado de satisfacción personal: profesión u oficio que estudió (estudia)	Nada o poco	18,1%	2,0	14,5; 22,4	2,22	11,0
	Regular	29,2%	1,8	25,7; 32,9	1,36	6,3
	Bastante o mucho	52,8%	2,6	47,6; 57,9	2,29	5,0
Grado de satisfacción personal: nivel educativo alcanzado	Nada o poco	35,6%	1,9	31,9; 39,6	2,05	5,5
	Regular	30,5%	1,6	27,4; 33,8	1,57	5,4
	Bastante o mucho	33,9%	2,1	29,8; 38,2	2,52	6,3
Grado de satisfacción personal:	Nada o poco	12,4%	1,2	10,2; 14,9	1,67	9,6

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Grado de satisfacción personal: religión	Nada o poco	12,4%	1,2	10,2; 14,9	1,67	9,6
	Regular	19,3%	1,4	16,7; 22,3	1,71	7,4
	Bastante o mucho	68,3%	1,6	65,0; 71,4	1,52	2,3
Grado de satisfacción personal: relaciones sociales	Nada o poco	18,8%	1,4	16,2; 21,7	1,69	7,5
	Regular	39,8%	1,7	36,6; 43,2	1,52	4,2
	Bastante o mucho	41,4%	2,0	37,5; 45,4	2,12	4,8
Grado de satisfacción personal: lugar de residencia	Nada o poco	17,8%	1,6	15,0; 21,2	2,20	8,8
	Regular	37,5%	2,0	33,7; 41,5	2,17	5,2
	Bastante o mucho	44,6%	2,1	40,6; 48,8	2,31	4,7
Discriminación por: sexo	Prevalencia de vida	7,7%	1,0	6,0; 9,9	1,81	12,8
Discriminación por: edad	Prevalencia de vida	6,7%	0,7	5,4; 8,3	1,16	11,1
Discriminación por: peso	Prevalencia de vida	5,7%	0,8	4,4; 7,5	1,49	13,6
Discriminación por: color de piel	Prevalencia de vida	2,8%	0,6	1,8; 4,4	1,83	21,8
Discriminación por: forma de vestir	Prevalencia de vida	6,3%	0,8	4,9; 8,2	1,59	13,3
Discriminación por: condición económica o social	Prevalencia de vida	14,0%	1,3	11,6; 16,8	1,88	9,3
Discriminación por: nivel educativo	Prevalencia de vida	11,9%	1,2	9,7; 14,5	1,86	10,2
Discriminación por: religión	Prevalencia de vida	4,5%	0,8	3,2; 6,3	1,88	17,4
Discriminación por: amistades	Prevalencia de vida	4,4%	0,8	3,1; 6,2	1,90	17,8
Discriminación por: lugar de nacimiento	Prevalencia de vida	4,8%	0,7	3,6; 6,5	1,57	15,3
Discriminación por: otra	Prevalencia de vida	2,1%	0,5	1,3; 3,4	1,64	24,1
Grado de satisfacción laboral: con las actividades o funciones que realiza	Nada o poco	12,1%	1,4	9,6; 15,1	1,44	11,4
	Regular	36,6%	2,3	32,3; 41,2	1,80	6,2
	Bastante o mucho	51,3%	2,7	46,1; 56,5	2,29	5,2
Grado de satisfacción laboral: con el ambiente físico donde labora	Nada o poco	13,0%	1,4	10,4; 16,1	1,37	10,9
	Regular	41,0%	2,2	36,7; 45,6	1,59	5,5
	Bastante o mucho	46,0%	2,5	41,1; 50,9	1,88	5,4
Grado de satisfacción laboral: con sus compañeros de trabajo	Nada o poco	10,4%	1,6	7,6; 14,1	1,59	15,7
	Regular	38,9%	2,6	33,8; 44,1	1,59	6,7
	Bastante o mucho	50,8%	2,7	45,4; 56,2	1,67	5,4
Grado de satisfacción laboral: con la carga de trabajo que desarrolla diariamente	Nada o poco	17,2%	1,7	14,1; 20,9	1,65	9,9
	Regular	50,3%	2,2	46,0; 54,6	1,56	4,4
	Bastante o mucho	32,5%	2,3	28,2; 37,1	1,89	7,0
Grado de satisfacción laboral: con la remuneración que recibe	Nada o poco	44,7%	2,6	39,7; 49,8	2,15	5,7
	Regular	43,9%	2,7	38,6; 49,3	2,41	6,2
	Bastante o mucho	11,4%	1,3	9,1; 14,3	1,38	11,5
Grado de satisfacción laboral: con el reconocimiento que percibe	Nada o poco	22,1%	2,2	18,0; 26,9	1,20	10,1
	Regular	38,5%	3,2	32,5; 45,0	1,76	8,2
	Bastante o mucho	39,4%	3,1	33,4; 45,6	1,64	7,8
Permisividad frente a la psicopatía	Prevalencia	10,9%	1,1	8,8; 13,3	1,73	10,4
Tendencias psicopáticas	Prevalencia actual	7,2%	0,9	5,6; 9,3	1,67	12,7
Deseos de morir	Prevalencia de vida	39,2%	1,8	35,7; 42,8	1,81	4,6
Deseos de morir	Prevalencia en el mes	8,3%	0,9	6,7; 10,2	1,31	10,4
Deseos de morir	Prevalencia en el año	16,9%	1,3	14,5; 19,6	1,56	7,6
Pensamientos de quitarse la vida	Prevalencia de vida	17,4%	1,4	14,7; 20,4	1,93	8,3
Pensamientos de quitarse la vida	Prevalencia en el mes	3,1%	0,6	2,1; 4,6	1,77	20,5
Pensamientos de quitarse la vida	Prevalencia en el año	6,5%	1,1	4,6; 8,9	2,53	16,6
Planes de índole suicidas	Prevalencia de vida	5,6%	0,9	4,1; 7,6	1,88	15,5
Planes de índole suicidas	Prevalencia en el mes	0,4%	0,2	0,2; 1,0	1,02	41,5
Planes de índole suicidas	Prevalencia en el año	1,7%	0,4	1,0; 2,8	1,41	24,9
Conductas suicidas	Prevalencia de vida	4,1%	0,8	2,8; 5,9	1,92	18,5
Conductas suicidas	Prevalencia en el mes	0,1%	0,1	0,0; 0,8	1,40	99,8
Conductas suicidas	Prevalencia en el año	0,4%	0,2	0,2; 0,9	0,87	40,3
Prevalencia de tendencias violentas	Prevalencia de vida	35,8%	2,2	31,5; 40,4	2,88	6,2
Potencialidad suicida	Prevalencia actual	0,7%	0,3	0,3; 1,8	2,15	49,3
Consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Prevalencia de vida	4,9%	1,0	3,3; 7,2	2,63	19,7
Consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Prevalencia en el mes	1,7%	0,8	0,6; 4,5	5,76	51,0
Consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Prevalencia en el año	2,2%	0,9	1,0; 4,7	4,65	40,0

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Motivos que llevan la conducta suicida	Padres	32,7%	9,2	17,6; 52,6	2,13	28,0
	Hijos	8,9%	6,8	1,9; 33,8	3,17	75,8
	Otros parientes	11,2%	7,1	2,9; 34,3	2,86	63,8
	Pareja	38,7%	8,8	23,3; 56,8	1,83	22,7
	Laborales	1,7%	1,7	0,2; 11,7	0,99	100,0
	Estudios	4,8%	4,4	0,7; 25,6	2,41	92,8
	Económicos	14,2%	7,3	4,8; 35,3	2,47	51,5
	Salud física	3,7%	2,8	0,8; 15,4	1,24	76,2
	Separación de familia	9,6%	4,9	3,4; 24,6	1,55	51,0
	Experiencia traumática	5,3%	3,0	1,7; 15,7	1,03	57,0
	Otros	12,6%	5,0	5,6; 26,1	1,26	39,5
Tendencias religiosas	Siente bastante o mucha protección de Dios	79,0%	2,0	74,9; 82,6	3,07	2,5
	Dios bastante o muy importante	81,5%	1,6	78,1; 84,4	2,18	1,9
	Asiste Iglesia o templo	81,6%	1,8	77,8; 84,9	2,64	2,2
	Participa activamente	13,5%	1,2	11,3; 16,0	1,57	8,9
	Lee escrituras religiosas	49,7%	2,3	45,2; 54,2	2,62	4,6
	Transmite religión a hijos	43,2%	2,6	38,1; 48,5	3,58	6,1
	Transmite religión a otras personas	25,6%	1,9	22,0; 29,4	2,34	7,3
	Religión ayuda a solucionar problemas	68,6%	1,9	64,6; 72,3	2,27	2,8
Alto nivel de estrés ambiental	Prevalencia	47,1%	2,8	41,5; 52,6	4,19	6,0
Calidad de vida de la población	Media aritmética	7,7%	0,6	7,6; 7,8	1,87	0,8
Población general adulta con al menos alguna discapacidad o inhabilidad	Prevalencia	37,5%	2,6	32,6; 42,7	3,68	6,8
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia de vida	50,6%	2,4	45,9; 55,3	2,97	4,7
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia anual	26,0%	2,0	22,2; 30,1	2,73	7,7
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia de 6 meses	24,4%	2,0	20,7; 28,6	2,79	8,1
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia actual	21,2%	1,8	17,9; 25,0	2,54	8,5
Trastornos de ansiedad	Prevalencia de vida	33,7%	2,1	29,6; 38,1	2,72	6,4
Trastornos de ansiedad	Prevalencia anual	8,2%	1,2	6,1; 11,1	2,72	15,2
Trastornos de ansiedad	Prevalencia de 6 meses	7,3%	1,2	5,2; 10,1	2,96	16,9
Trastornos de ansiedad	Prevalencia actual	5,1%	1,0	3,5; 7,5	2,70	19,5
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia de vida	13,6%	1,4	11,0; 16,6	2,20	10,3
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia anual	4,3%	0,9	2,8; 6,5	2,66	21,3
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia de 6 meses	4,0%	0,9	2,5; 6,1	2,69	22,2
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia actual	2,5%	0,5	1,6; 3,8	1,64	22,1
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia de vida	0,5%	0,2	0,2; 1,1	1,01	38,2
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia anual	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,66	61,4
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia a 6 meses	0,1%	0,1	0,0; 0,4	0,66	61,4
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia actual	0,0%	0,0	0,0; 0,3	0,53	99,9
Agorafobia	Prevalencia de vida	2,9%	0,8	1,6; 4,9	3,01	27,8
Agorafobia	Prevalencia anual	1,4%	0,5	0,6; 2,8	2,48	37,0
Agorafobia	Prevalencia de 6 meses	1,2%	0,5	0,6; 2,7	2,54	39,3
Agorafobia	Prevalencia actual	1,2%	0,5	0,5; 2,6	2,66	41,5
Fobia social	Prevalencia de vida	5,2%	1,2	3,3; 8,2	3,92	23,2
Fobia social	Prevalencia anual	1,0%	0,3	0,5; 1,8	1,26	30,6
Fobia social	Prevalencia de 6 meses	0,8%	0,3	0,4; 1,5	1,15	33,2
Fobia social	Prevalencia actual	0,5%	0,2	0,2; 1,3	1,34	43,0
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia de vida	0,5%	0,2	0,2; 0,9	0,77	35,6
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia anual	0,2%	0,1	0,1; 0,7	0,84	50,6
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia de 6 meses	0,2%	0,1	0,1; 0,5	0,75	57,8
Trastorno obsesivo-compulsivo	Prevalencia actual	0,0%	0,0	0,0; 0,1	0,27	100,0
Trastorno de estrés post-traumático	Prevalencia de vida	21,4%	1,8	18,1; 25,1	2,45	8,2

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Trastorno de estrés post-traumático	Prevalencia actual	1,1%	0,5	0,5; 2,5	2,51	41,6
Trastornos depresivos	Prevalencia de vida	21,5%	1,8	18,3; 25,2	2,41	8,2
Trastornos depresivos	Prevalencia anual	6,5%	0,8	5,1; 8,3	1,44	12,5
Trastornos depresivos	Prevalencia a 6 meses	4,8%	0,7	3,6; 6,4	1,46	14,8
Trastornos depresivos	Prevalencia actual	3,0%	0,5	2,1; 4,2	1,26	17,6
Episodio depresivo	Prevalencia de vida	20,1%	1,8	16,8; 23,9	2,63	8,9
Episodio depresivo	Prevalencia anual	6,3%	0,8	4,9; 8,1	1,41	12,6
Episodio depresivo	Prevalencia a 6 meses	4,6%	0,7	3,4; 6,2	1,48	15,2
Episodio depresivo	Prevalencia actual	2,8%	0,5	1,9; 4,0	1,33	18,7
Distimia	Prevalencia de vida	1,7%	0,4	1,1; 2,6	1,04	21,1
Distimia	Prevalencia actual	0,4%	0,1	0,2; 0,8	0,74	38,5
Bulimia nervosa	Prevalencia actual	0,1%	0,1	0,0; 0,7	1,11	76,6
Tendencia a problemas alimentarios	Prevalencia actual	5,1%	0,8	3,7; 6,9	1,68	15,5
Trastornos psicóticos en general (5 o más criterios)	Prevalencia de vida	0,4%	0,2	0,2; 0,9	0,89	42,0
Trastornos psicóticos en general (5 o más criterios)	Prevalencia actual	0,0%	0,0	0,0; 0,4	0,64	99,8
Bebedor riesgoso	Prevalencia anual	21,6%	2,1	17,8; 26,0	3,31	9,5
Dependencia a alcohol	Prevalencia anual	10,4%	1,2	8,2; 13,1	2,18	11,9
Abuso de alcohol	Prevalencia anual	4,5%	0,8	3,1; 6,6	2,20	18,7
Dependencia de abuso de alcohol	Prevalencia anual	15,0%	1,6	12,1; 18,3	2,53	10,4
Dependencia a tabaco	Prevalencia anual	0,7%	0,3	0,3; 1,5	1,38	38,5
Dependencia a PBC	Prevalencia anual	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
Dependencia a cocaína	Prevalencia anual	0,0%	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0
Dependencia a marihuana	Prevalencia anual	0,0%	0,0	0,0; 0,2	0,42	100,0
Dependencia a cualquier sustancia	Prevalencia anual	10,8%	1,2	8,6; 13,6	2,12	11,5
Abuso a cualquier sustancias	Prevalencia anual	4,8%	0,9	3,3; 6,8	2,16	18,1
Consumo de sustancias en no alcohólicas en general	Prevalencia de vida	77,6%	2,6	72,0; 82,4	5,23	3,4
Consumo de sustancias legales no alcohólicas	Prevalencia de vida	77,5%	2,7	71,8; 82,3	5,33	3,4
Consumo de alcohol	Prevalencia de vida	98,1%	0,4	97,2; 98,7	0,94	0,4
Consumo de alcohol	Prevalencia en el mes	51,0%	2,1	46,7; 55,2	2,43	4,2
Consumo de tabaco	Prevalencia de vida	57,5%	2,6	52,3; 62,6	3,65	4,5
Consumo de tabaco	Prevalencia en el mes	15,8%	1,6	12,9; 19,2	2,43	9,9
Consumo de tranquilizantes	Prevalencia de vida	0,9%	0,4	0,4; 2,0	1,89	39,1
Consumo de tranquilizantes	Prevalencia en el mes	0,1%	0,1	0,0; 0,6	0,86	66,3
Consumo de estimulantes	Prevalencia de vida	0,2%	0,1	0,0; 0,5	0,74	60,0
Consumo hoja de coca	Prevalencia de vida	46,3%	3,0	40,5; 52,2	4,70	6,4
Consumo hoja de coca	Prevalencia en el mes	11,6%	1,3	9,2; 14,5	2,27	11,4
Consumo de sustancias ilegales	Prevalencia de vida	3,2%	0,7	2,0; 4,9	2,16	22,3
Consumo de sustancias ilegales	Prevalencia en el mes	0,2%	0,1	0,0; 0,7	1,16	73,7
Consumo marihuana	Prevalencia de vida	1,8%	0,4	1,1; 2,9	1,44	24,5
Consumo marihuana	Prevalencia en el mes	0,1%	0,1	0,0; 0,8	1,40	100,0
Consumo de cocaína	Prevalencia de vida	0,4%	0,2	0,1; 0,9	1,04	47,0
Consumo de PBC	Prevalencia de vida	1,6%	0,5	0,8; 3,1	2,33	33,0
Consumo de cocaína en general	Prevalencia de vida	1,8%	0,5	1,0; 3,2	2,21	30,6
Consumo de sustancias en general	Prevalencia actual	29,4%	2,0	25,6; 33,5	2,52	6,8
Consumo de sustancias legales	Prevalencia actual	29,2%	2,0	25,4; 33,3	2,52	6,8
Edad de inicio de consumo de Estimulante	Media aritmética	17,3%	2,2	7,9; 26,6	1,04	12,6
Edad de inicio de consumo de tranquilizantes	Media aritmética	33,1%	2,4	27,9; 38,3	1,86	7,1
Edad de inicio de consumo de PBC	Media aritmética	25,0%	2,3	20,0; 29,9	0,86	9,2
Edad de inicio de consumo de cocaína	Media aritmética	17,1%	0,6	15,5; 18,8	0,94	3,7
Edad de inicio de consumo de marihuana	Media aritmética	21,5%	1,5	18,4; 24,7	1,62	6,9
Edad de inicio de consumo de extasis	Media aritmética	17,8%	1,1	3,3; 32,2	0,77	6,4
Edad de inicio de consumo de hoja de coca	Media aritmética	20,7%	0,5	19,7; 21,6	1,68	2,2
Edad de inicio de consumo de inhalantes	Media aritmética	24,1%	13,4	-1456; 193,9	1,00	55,4
Demanda sentida de "problemas emocionales o de los nervios"	Prevalencia de vida	38,3%	2,3	33,9; 42,9	2,60	6,0

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Prevalencia general actual de cualquier trastorno psiquiátrico según grupos etáricos	18 a 24 años	17,4%	2,3	13,4; 22,4	1,58	13,1
	25 a 44 años	23,7%	3,0	18,2; 30,3	2,89	12,8
	45 a 64 años	23,5%	3,7	17,0; 31,7	1,88	15,8
	> 65 años	16,9%	5,6	8,5; 30,8	1,56	32,8
Prevalencia general de vida de trastornos de ansiedad según grupos etáricos	18 a 24 años	22,1%	3,1	16,5; 28,9	2,49	14,1
	25 a 44 años	35,9%	2,9	30,4; 41,7	2,03	8,0
	45 a 64 años	45,6%	4,2	37,6; 53,9	1,72	9,1
	> 65 años	47,1%	7,7	32,6; 62,1	1,64	16,3
Prevalencia general anual de trastornos de ansiedad según grupos etáricos	18 a 24 años	6,3%	1,9	3,5; 11,2	2,55	29,2
	25 a 44 años	10,7%	2,0	7,4; 15,2	2,25	18,2
	45 a 64 años	5,5%	1,8	2,9; 10,2	1,45	31,7
	> 65 años	9,3%	4,5	3,5; 22,7	1,66	48,2
Prevalencia general a 6 meses de trastornos de ansiedad según grupos etáricos	18 a 24 años	5,2%	1,8	2,6; 10,1	2,83	34,3
	25 a 44 años	9,5%	1,9	6,3; 14,1	2,42	20,1
	45 a 64 años	5,2%	1,7	2,7; 9,6	1,38	32,1
	> 65 años	9,3%	4,5	3,5; 22,7	1,66	48,2
Prevalencia general actual de trastornos de ansiedad según grupos etáricos	18 a 24 años	2,4%	0,8	1,2; 4,5	1,19	33,4
	25 a 44 años	7,5%	1,9	4,6; 12,1	2,80	24,7
	45 a 64 años	3,4%	1,3	1,6; 7,1	1,23	37,9
	> 65 años	9,3%	4,5	3,5; 22,7	1,66	48,2
Prevalencia general de vida de trastornos depresivos según grupos etáricos	18 a 24 años	15,2%	2,2	11,4; 20,1	1,64	14,4
	25 a 44 años	21,5%	2,3	17,2; 26,4	1,78	10,7
	45 a 64 años	27,7%	3,5	21,3; 35,2	1,51	12,7
	> 65 años	40,2%	7,5	26,6; 55,4	1,61	18,6
Prevalencia general anual de trastornos depresivos según grupos etáricos	18 a 24 años	6,6%	1,5	4,2; 10,3	1,62	22,8
	25 a 44 años	7,2%	1,1	5,3; 9,8	1,07	15,5
	45 a 64 años	5,3%	1,6	2,9; 9,4	1,18	29,3
	> 65 años	3,8%	2,0	1,3; 10,5	0,76	52,5
Prevalencia general a 6 meses de trastornos depresivos según grupos etáricos	18 a 24 años	4,5%	1,3	2,5; 8,1	1,85	29,7
	25 a 44 años	5,7%	1,0	4,0; 8,2	1,14	18,2
	45 a 64 años	3,6%	1,3	1,8; 7,1	1,11	34,8
	> 65 años	3,4%	2,0	1,0; 10,3	0,82	58,2
Prevalencia general actual de trastornos depresivos según grupos etáricos	18 a 24 años	2,6%	1,1	1,1; 6,0	2,16	42,9
	25 a 44 años	3,5%	0,8	2,2; 5,4	1,07	23,0
	45 a 64 años	2,6%	0,9	1,3; 5,1	0,77	34,4
	> 65 años	3,4%	2,0	1,0; 10,3	0,82	58,2
Prevalencia anual de abuso y dependencia a alcohol según grupos etáricos	18 a 24 años	13,7%	2,4	9,7; 19,1	2,08	17,2
	25 a 44 años	15,9%	2,5	11,5; 21,5	2,69	15,9
	45 a 64 años	18,0%	3,8	11,6; 26,8	2,40	21,1
	> 65 años	4,7%	3,4	1,1; 18,1	1,79	72,8
EFFECTOS DE LA VIOLENCIA POLITICA						
Frecuencia de pérdidas humanas y materiales relacionados con la violencia en la época del terrorismo en los encuestados	Familiar directo (padres, esposo(a), hijos)	12,1%	1,3	9,8; 15,0	2,08	10,7
	Otro familiar no directo	44,7%	1,9	41,0; 48,5	1,93	4,3
	Familiar desaparecido	26,7%	1,3	24,2; 29,5	1,21	5,0
	Testigo de muerte violenta de alguna persona	19,3%	1,5	16,4; 22,5	1,95	7,9
	Familiar detenido	24,3%	1,7	21,1; 27,8	2,03	6,9
	Familiar en prisión	13,4%	1,5	10,7; 16,5	2,43	10,9
	Pérdida de bienes	23,2%	1,7	20,1; 26,7	2,10	7,3
	Cambio de residencia	29,1%	2,2	25,0; 33,6	3,06	7,5
	Al menos una situación de pérdida personal	66,2%	2,0	62,0; 70,1	2,45	3,1
	Algún familiar fallecido ó desaparecido	52,8%	1,8	49,2; 56,4	1,76	3,4
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	56,0%	2,9	50,3; 61,6	2,32	5,1
	Ausencia de algún familiar fallecido o desaparecido	44,0%	2,9	38,4; 49,7	2,32	6,5

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
SALUD MENTAL DE LA MUJER UNIDA						
Principales problemas percibidos en el país	Desempleo	43,0%	2,1	38,9 ; 47,2	2,07	4,9
	Pobreza	33,9%	1,9	30,2 ; 37,8	1,87	5,7
	Manejo económico	0,8%	0,3	0,4 ; 1,7	1,27	36,8
	Corrupción	5,3%	0,8	4,0 ; 7,1	1,37	14,7
	Delincuencia	7,5%	1,1	5,6 ; 9,9	1,82	14,1
	Violencia	4,8%	0,7	3,5 ; 6,5	1,38	15,6
	Inestabilidad política	1,2%	0,5	0,5 ; 2,6	2,21	40,3
	Falta de confianza	0,2	1,1	0,0;0,7	0,99	74,7
	Falta de liderazgo	0,1	1,1	0,0;0,8	1,22	100
	Terrorismo	1,3%	0,3	0,8 ; 2,2	0,99	25,9
	Narcotráfico	0,1%	0,1	0,0 ; 0,8	1,27	100
Ninguno	0,3%	0,1	0,1 ; 0,8	0,94	57,5	
Otro	0,9%	0,4	0,4 ; 2,0	1,80	42,6	
Sentimientos frente a problemas nacionales	Preocupación	46,6%	2,6	41,6; 51,7	2,96	5,5
	Penia, tristeza o depresión	27,7%	1,9	24,0; 31,6	2,04	6,9
	Desilusión	3,6%	0,7	2,4 ; 5,2	1,50	19,0
	Amargura, rabia o cólera	11,4%	2,2	7,9 ; 16,8	5,01	60,3
	Impotencia	2,8%	0,6	1,8; 4,3	1,59	22,4
	Resignación	1,2%	0,3	0,7 ; 2,1	1,12	28,9
	Indiferencia	0,9%	0,3	0,5 ; 1,8	1,12	32,5
	Frustración	1,6%	0,4	1,0; 2,7	1,22	25,9
	Indignación	1,6%	0,4	0,9; 2,8	1,40	27,4
	Desesperación o angustia	2,3%	0,5	1,6; 3,5	1,12	20,4
Otro	0,3%	0,2	0,1 ; 0,9	1,13	62,9	
Confianza en autoridades policiales	Nada o poco	83,4%	1,3	80,8 ; 85,8	1,33	1,5
	Regular	15,2%	1,3	12,9 ; 17,9	1,37	8,3
	Mucho	1,4%	0,4	0,8 ; 2,4	1,30	29,0
Confianza en autoridades militares	Nada o poco	84,9%	1,3	82,1;87,4	1,53	1,6
	Regular	13,3%	1,2	11,0;15,9	1,50	9,4
	Mucho	1,8%	0,5	1,0;3,1	1,53	27,3
Confianza en religiosos	Nada o poco	28,2%	1,5	25,3;31,4	1,32	5,5
	Regular	28,1%	1,8	24,6;31,9	1,89	6,5
	Mucho	43,7%	2,1	39,6;47,8	1,99	4,8
Confianza en maestros	Nada o poco	26,1%	1,6	23,1;29,3	1,45	6,0
	Regular	49,2%	1,8	45,7;52,7	1,40	3,6
	Mucho	24,7%	1,7	21,5;28,2	1,72	6,8
Confianza en médicos	Nada o poco	26,0%	1,7	22,7;29,5	1,72	6,6
	Regular	48,3%	2,0	44,4;52,3	1,84	4,2
	Mucho	25,7%	1,6	22,7;29,0	1,50	6,2
Confianza en autoridades políticas	Nada o poco	96,2%	0,6	94,7 ; 97,3	1,20	0,7
	Regular	3,1%	0,6	2,2 ; 4,5	1,15	17,9
	Mucho	0,7%	0,3	0,3 ; 1,4	1,07	38,0
Confianza en líderes de sindicatos	Nada o poco	65,4%	4,5	56,1;73,7	1,41	6,9
	Regular	28,8%	4,4	21,0 ; 38,1	1,47	15,1
	Mucho	5,8%	2,0	2,9 ; 11,3	1,15	34,3
Confianza en líderes de su comunidad/alcalde	Nada o poco	86,4%	1,4	83,4 ; 89,0	1,92	1,6
	Regular	12,0%	1,4	9,5 ; 15,0	1,99	11,5
	Mucho	1,6%	0,4	1,0 ; 2,6	1,10	24,6
Confianza en su jefe de trabajo	Nada o poco	35,0%	3,4	28,7; 41,9	1,08	9,6
	Regular	38,0%	3,0	32,2 ; 44,1	0,84	7,9
	Mucho	27,0%	2,8	21,9 ; 32,8	0,85	10,2
Confianza en sus vecinos	Nada o poco	71,0%	1,7	67,5 ; 74,3	1,61	2,4
	Regular	24,1%	1,5	21,3 ; 27,1	1,35	6,1
	Mucho	4,9%	0,6	3,8 ; 6,4	0,99	13,0
Confianza en periodistas	Nada o poco	66,0%	2,3	61,3 ; 70,3	2,50	3,5
	Regular	28,0%	2,0	24,2 ; 32,2	2,17	7,2
	Mucho	6,0	0,8	4,5 ; 7,9	1,32	13,9

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Sentimiento de protección de su sindicato	Nada o poco	61,5%	4,1	53,1 ; 69,3	1,19	6,7
	Regular	26,7 %	3,7	20,0 ; 34,6	1,17	13,9
	Mucho	11,8%	2,8	7,3 ; 18,6	1,25	23,7
Sentimiento de protección de Dios	Nada o poco	4,2%	0,7	3,1 ; 5,8	1,26	16,0
	Regular	4,6%	0,7	3,5 ; 6,1	1,13	14,4
	Mucho	91,2%	0,9	89,2 ; 92,8	1,15	1,0
Sentimiento de protección de la comunidad	Nada o poco	64,1%	1,8	60,5 ; 67,5	1,52	2,8
	Regular	28,5 %	1,5	25,6 ; 31,7	1,28	5,4
	Mucho	7,4 %	0,8	5,9 ; 9,1	1,02	10,8
Sentimiento de protección de otra persona no mencionada	Nada o poco	91,5 %	2,4	85,3 ; 95,2	1,65	2,6
	Regular	2,6 %	1,1	1,0 ; 6,1	1,16	44,8
	Mucho	6,0 %	2,0	3,1 ; 11,3	1,52	33,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: trabajo	Nada o poco	23,5%	2,1	19,7 ; 27,8	1,82	8,7
	Regular	23,8%	2,0	20,0 ; 28,0	1,76	8,5
	Mucho	52,7%	2,9	47,0 ; 58,3	2,56	5,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: estudio	Nada o poco	37,1%	6,9	24,8 ; 51,5	2,17	18,6
	Regular	18,3%	4,2	11,4 ; 28,0	1,23	22,8
	Mucho	44,6%	7,5	30,7 ; 59,4	2,39	16,7
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: hijos y parientes	Nada o poco	22,3%	1,9	18,8 ; 26,2	2,25	8,4
	Regular	15,0%	1,6	12,1 ; 18,4	2,23	10,6
	Mucho	62,7%	2,8	57,0 ; 68,1	3,77	4,5
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: pareja	Nada o poco	34,7%	2,1	30,7 ; 38,9	1,80	6,0
	Regular	18,7%	1,6	15,7 ; 22,1	1,60	8,6
	Mucho	46,6%	2,3	42,2 ; 51,1	1,97	4,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: dinero	Nada o poco	9,9%	1,1	7,9 ; 12,3	1,55	11,2
	Regular	18,7%	1,4	16,0 ; 21,8	1,54	7,7
	Mucho	71,4%	1,8	67,6 ; 74,8	1,86	2,6
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: la salud	Nada o poco	10,4%	1,2	8,4 ; 13,0	1,62	11,1
	Regular	20,3%	1,9	16,9 ; 24,3	2,48	9,3
	Mucho	69,2%	2,3	64,5 ; 73,5	2,75	3,3
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: asuntos con la ley	Nada o poco	70,2%	2,9	64,1 ; 75,6	2,49	4,2
	Regular	12,2%	2,2	8,5 ; 17,1	2,66	17,7
	Mucho	17,6%	2,1	13,8 ; 22,3	1,94	12,2
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: terrorismo	Nada o poco	31,4 %	2,1	27,4 ; 35,7	2,32	6,7
	Regular	19,7 %	1,6	16,7 ; 23,0	1,80	8,1
	Mucho	48,9%	2,4	44,2 ; 53,6	2,55	4,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: delincuencia	Nada o poco	12,6%	1,4	10,0 ; 15,7	2,11	11,4
	Regular	13,2%	1,3	10,8 ; 16,0	1,69	9,9
	Mucho	74,2%	2,2	69,7 ; 78,3	2,79	2,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: narcotráfico	Nada o poco	44,1%	2,6	39,1 ; 49,2	2,91	5,8
	Regular	17,7%	1,7	14,5 ; 21,4	2,25	9,8
	Mucho	38,2%	2,5	33,4 ; 43,3	2,90	6,6
Prevalencia de sentimiento anímico: Triste	Nunca	0,7%	0,2	0,4 ; 1,4	0,93	33,2
	Algunas veces u ocasionalmente	59,8%	1,7	56,3 ; 63,2	1,42	2,9
	Siempre o casi siempre	39,4 %	1,8	36,0 ; 43,0	1,46	4,5
Prevalencia de sentimiento anímico: Tenso	Nunca	3,9%	0,7	2,8 ; 5,5	1,35	17,1
	Algunas veces u ocasionalmente	69,5 %	1,6	66,2 ; 72,7	1,41	2,3
	Siempre o casi siempre	26,5 %	1,7	23,2 ; 30,1	1,75	6,6
Prevalencia de sentimiento anímico: Angustiado	Nunca	7,5%	1,1	5,6 ; 9,9	1,88	14,4
	Algunas veces u ocasionalmente	68,8%	1,9	64,9 ; 72,4	1,91	2,8
	Siempre o casi siempre	23,7 %	1,7	20,5 ; 27,2	1,79	7,2
Prevalencia de sentimiento anímico: Irritable	Nunca	6,6%	1,0	4,9 ; 9,0	1,91	15,5
	Algunas veces u ocasionalmente	71,3%	1,7	67,8 ; 74,6	1,63	2,4
	Siempre o casi siempre	22,1 %	1,6	19,1 ; 25,5	1,72	7,3
Prevalencia de sentimiento anímico: Preocupado	Nunca	0,2 %	0,1	0,1 ; 0,6	0,78	60,9
	Algunas veces u ocasionalmente	39,3 %	2,2	35,1 ; 43,7	2,23	5,5
	Siempre o casi siempre	60,5 %	2,2	56,1 ; 64,7	2,23	3,6

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Prevalencia de sentimiento anímico: Tranquilo	Nunca	2,9 %	0,7	1,8 ; 4,8	2,07	24,7
	Algunas veces u ocasionalmente	54,3 %	2,0	50,3 ; 58,2	1,85	3,7
	Siempre o casi siempre	42,8 %	2,1	38,8 ; 46,9	1,93	4,8
Prevalencia de sentimiento anímico: Alegre	Nunca	1,0 %	0,3	0,5 ; 1,8	1,02	30,3
	Algunas veces u ocasionalmente	55,9%	2,2	51,5 ; 60,2	2,21	3,9
	Siempre o casi siempre	43,1 %	2,2	38,8 ; 47,5	2,22	5,1
Prevalencia de sentimiento anímico: Aburrido	Nunca	4,9 %	0,9	3,4 ; 6,9	1,81	17,7
	Algunas veces u ocasionalmente	71,1 %	1,6	67,8 ; 74,2	1,43	2,3
	Siempre o casi siempre	24,0 %	1,7	20,8 ; 27,5	1,75	7,0
Prevalencia de sentimiento anímico: Otro	Nunca	90,6 %	2,7	83,6 ; 94,9	2,01	3,0
	Algunas veces u ocasionalmente	2,1 %	1,0	0,8 ; 5,2	1,05	46,6
	Siempre o casi siempre	7,3 %	2,6	3,5 ; 14,5	2,31	36,2
Experiencias Traumáticas	Prevalencia de vida	50,7%	2,2	46,4 ; 54,9	2,10	4,3
Grado de satisfacción personal: aspecto físico	Nada o poco	12,9%	1,2	10,7; 15,6	1,45	9,5
	Regular	38,2%	1,9	34,6; 42,0	1,62	4,9
	Mucho	48,9%	1,9	45,1; 52,6	1,58	3,9
Grado de satisfacción personal: Color de la piel	Nada o poco	9,6%	1,2	7,5 ; 12,2	1,72	12,2
	Regular	34,7 %	1,8	31,2 ; 38,4	1,60	5,3
	Mucho	55,7 %	1,9	51,8 ; 59,5	1,64	3,5
Grado de satisfacción personal: Inteligencia	Nada o poco	20,0%	1,8	16,7; 23,8	2,24	9,0
	Regular	35,6%	1,9	31,9; 39,5	1,81	5,4
	Mucho	44,4%	2,4	39,7; 49,2	2,63	5,5
Grado de satisfacción personal: nivel económico	Nada o poco	47,1%	2,2	42,7; 51,5	2,25	4,7
	Regular	41,5%	2,1	37,3; 45,8	2,13	5,2
	Mucho	11,4%	1,1	9,5; 13,7	1,25	9,3
Grado de satisfacción personal: estudios	Nada o poco	34,1%	2,8	28,7; 39,8	2,11	8,3
	Regular	26,2%	2,0	22,4; 30,4	1,26	7,7
	Mucho	39,7%	3,1	33,8; 46,0	2,39	7,8
Grado de satisfacción personal: Nivel educativo alcanzado	Nada o poco	56,3%	2,1	52,2 ; 60,4	1,80	3,7
	Regular	24,9 %	1,5	22,0 ; 27,9	1,20	6,0
	Mucho	18,8 %	1,8	15,6 ; 22,6	2,07	9,3
Grado de satisfacción personal: religión	Nada o poco	7,1%	0,9	5,6 ; 9,0	1,24	12,0
	Regular	13,0%	1,2	10,8 ; 15,6	1,42	9,2
	Mucho	79,8 %	1,5	76,7 ; 82,6	1,51	1,8
Grado de satisfacción personal: Relaciones sociales	Nada o poco	27,8%	1,9	24,2; 31,6	1,98	6,8
	Regular	41,5%	1,8	37,9; 45,1	1,55	4,4
	Mucho	30,8%	2,0	27,0; 34,8	2,01	6,3
Grado de satisfacción personal: Lugar de residencia	Nada o poco	20,4%	1,5	17,6 ; 23,4	1,50	7,2
	Regular	36,1%	2,2	31,8 ; 40,6	2,46	6,2
	Mucho	43,6 %	2,3	39,1 ; 48,1	2,35	5,2
Discriminación por: Sexo	Prevalencia de vida	13,1 %	1,4	10,6 ; 16,1	1,88	10,5
Discriminación por: Edad	Prevalencia de vida	8,3%	1,0	6,5 ; 10,5	1,46	11,9
Discriminación por: Peso	Prevalencia de vida	6,5%	1,0	4,8 ; 8,7	1,75	14,9
Discriminación por: Color de piel	Prevalencia de vida	2,3%	0,5	1,6 ; 3,4	1,05	19,8
Discriminación por: Forma de vestir	Prevalencia de vida	7,2%	1,1	5,4 ; 9,6	1,87	14,6
Discriminación por: Condición económica o social	Prevalencia de vida	15,8 %	1,5	13,0 ; 19,0	1,94	9,6
Discriminación por: Nivel educativo	Prevalencia de vida	16,4%	1,6	13,5 ; 19,8	2,10	9,8
Discriminación por: Religión	Prevalencia de vida	4,0%	0,7	2,9 ; 5,6	1,30	16,5
Discriminación por: Amistades	Prevalencia de vida	3,3%	0,6	2,3 ; 4,8	1,37	18,8
Discriminación por: Lugar de Nacimiento	Prevalencia de vida	4,3%	0,8	3,0 ; 6,2	1,77	18,6
Discriminación por: Otra	Prevalencia de vida	2,6	0,5	1,7 ; 3,9	1,32	21,2
Grado de satisfacción laboral: con actividades o funciones que realiza	Nada o poco	15,3%	1,5	12,4; 18,6	1,36	10,1
	Regular	37,8%	2,3	33,4; 42,4	1,64	6,0

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Grado de satisfacción laboral: con sus compañeros de trabajo	Nada o poco	14,8%	1,9	11,4; 19,0	1,26	12,9
	Regular	43,6%	2,6	38,5; 48,9	1,24	6,1
	Mucho	41,6%	2,7	36,3; 47,0	1,33	6,6
Grado de satisfacción laboral: con la carga de trabajo que desarrolla diariamente	Nada o poco	20,8%	1,7	17,7; 24,4	1,31	8,2
	Regular	50,0%	2,0	45,9; 54,0	1,24	4,1
	Mucho	29,2%	1,9	25,5; 33,2	1,32	6,6
Grado de satisfacción laboral: con el trato o reconocimiento que recibe de sus jefes	Nada o poco	25,4%	3,1	19,8; 32,0	1,24	12,1
	Regular	40,9%	3,2	34,8; 47,3	1,05	7,8
	Mucho	33,6%	3,1	27,8; 40,1	1,10	9,3
Grado de satisfacción laboral: con la remuneración que recibe	Nada o poco	53,9%	2,5	49,0; 58,8	1,86	4,6
	Regular	37,9%	2,6	32,8; 43,3	2,19	7,0
	Mucho	8,2%	1,1	6,3; 10,6	1,15	13,2
Deseos de morir	Prevalencia de vida	54,1%	1,8	50,5; 57,6	1,47	3,3
Deseos de morir	Prevalencia de mes	14,4%	1,1	12,3; 16,7	1,09	7,6
Deseos de morir	Prevalencia en el año	25,9%	1,6	22,8; 29,2	1,52	6,2
Consideraciones o pensamientos de índole suicida	Prevalencia de vida	22,9%	1,9	19,4; 26,8	2,22	8,2
Consideraciones o pensamientos de índole suicida	Prevalencia en el mes	4,2%	0,8	2,8; 6,1	1,95	20,0
Consideraciones o pensamientos de índole suicidas	Prevalencia en el año	9,5%	1,5	6,9; 12,9	2,96	15,9
Planes de índole suicida	Prevalencia de vida	6,3%	0,7	5,1; 7,9	0,96	11,2
Planes de índole suicida	Prevalencia en el mes	0,4%	0,2	0,1; 1,2	1,38	54,3
Planes de índole suicida	Prevalencia en el año	2,2%	0,5	1,4; 3,5	1,42	23,7
Conductas suicidas	Prevalencia de vida	4,6%	0,6	3,5; 6,0	0,98	13,4
Conductas suicidas	Prevalencia en el mes	0,1%	0,1	0,0; 0,9	1,43	99,8
Conductas suicidas	Prevalencia en el año	0,7%	0,3	0,3; 1,4	1,13	38,7
Potencialidad suicida	Prevalencia de actual	0,3%	0,2	0,1; 0,9	1,09	59,6
Motivos que llevan a la conducta suicida	Padres	9,3%	4,5	3,4; 22,8	1,23	48,4
	Hijos	8,4%	4,0	3,2; 20,5	1,08	47,9
	Otros parientes	1,9%	1,9	0,3; 12,9	1,01	99,8
	Pareja	54,6%	7,4	39,9; 68,5	1,14	13,6
	Laborales	0%	0	0; 0	0	0
	Estudios	0%	0	0; 0	0	0
	Económicos	12,2%	6,0	4,4; 29,6	1,71	48,9
	Salud física	10,1%	4,9	3,7; 24,5	1,33	48,2
	Salud familiar	1,7%	1,7	0,2; 11,8	0,91	100
	Separación de familia	1,0%	1,0	0,1; 7,1	0,53	100
	Muerte de un hijo	0%	0	0; 0	0	0
	Muerte de algunos de los padres	0%	0	0; 0	0	0
	Experiencia Traumática	7,9%	3,9	2,9; 19,7	1,05	48,7
	Sin motivos	0%	0	0; 0	0	0
Otros	11,4%	4,6	4,9; 24,2	1,10	40,8	
TRASTORNOS CLINICOS EN LA MUJER UNIDA						
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia de vida	57,2%	2,4	52,3; 61,9	2,73	4,3
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia anual	19,8%	1,9	16,4; 23,8	2,46	9,4
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia de 6 meses	17,6%	1,8	14,3; 21,6	2,65	10,5
Cualquier trastorno psiquiátrico	Prevalencia acutal	15,1%	1,8	11,9; 19,1	2,82	11,8
Trastornos de ansiedad	Prevalencia de vida	46,2%	2,4	41,4; 51,1	2,72	5,3
Trastornos de ansiedad	Prevalencia anual	12,2%	1,6	9,4; 15,7	2,67	13,0
Trastornos de ansiedad	Prevalencia de 6 meses	11,5%	1,6	8,8; 15,0	2,72	13,6
Trastornos de ansiedad	Prevalencia acutal	10,8%	1,6	8,1; 14,3	2,84	14,4
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia de vida	5,7%	1,1	3,8; 8,4	2,73	20,1
Trastorno de ansiedad generalizada en la mujer unida	Prevalencia a 6 meses	5,5%	1,1	3,7; 8,0	2,55	19,8
Trastorno de ansiedad generalizada	Prevalencia actual	3,4%	0,6	2,3; 4,9	1,41	18,8
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia de vida	0,8%	0,3	0,4; 1,6	1,05	33,5

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Trastorno de pánico sin agorafobia	Prevalencia actual	0,1%	0,1	0,0 ; 1,0	1,62	99,6
Agorafobia	Prevalencia de vida	4,1%	1,0	2,5 ; 6,8	3,13	25,4
Agorafobia	Prevalencia anual	1,3%	0,4	0,7 ; 2,3	1,32	30,3
Agorafobia	Prevalencia a 6 meses	1,1%	0,4	0,6 ; 2,1	1,39	33,6
Agorafobia	Prevalencia actual	1,0%	0,4	0,5 ; 2,0	1,44	35,4
Fobia Social	Prevalencia de vida	6,6%	1,6	4,1 ; 10,4	4,52	23,9
Fobia Social	Prevalencia anual	1,5%	0,5	0,8 ; 2,8	1,78	32,6
Fobia Social	Prevalencia a 6 meses	1,3%	0,5	0,6 ; 2,6	1,91	35,9
Fobia Social	Prevalencia actual	1,1%	0,5	0,5 ; 2,5	2,08	39,8
Trastorno de estrés posttraumático	Prevalencia de vida	29,4%	1,9	25,7 ; 33,4	2,05	6,6
Trastorno de estrés posttraumático	Prevalencia anual	3,9 %	0,9	2,6 ; 6,0	2,17	21,7
Trastorno de estrés posttraumático	Prevalencia a 6 meses	3,8%	0,9	2,4 ; 5,9	2,25	22,5
Trastorno de estrés post-traumático en la mujer unida	Prevalencia actual	3,5%	0,8	2,1 ; 5,6	2,41	24,4
Trastornos depresivos	Prevalencia de vida	29,0%	2,3	24,7 ; 33,6	2,80	7,8
Trastornos depresivos	Prevalencia anual	9,9%	1,2	7,7 ; 12,6	1,88	12,4
Trastornos depresivos en la mujer unida	Prevalencia general a 6 meses	8,2%	1,1	6,2 ; 10,8	1,97	13,9
Trastornos depresivos	Prevalencia actual	6,1%	1,0	4,4 ; 8,3	1,91	16,2
Depresión mayor (episodio depresivo) en la mujer unida	Prevalencia de vida	26,2 %	2,2	22,0 ; 30,9	2,93	8,6
Depresión mayor (episodio depresivo) en la mujer unida	Prevalencia anual	9,1%	1,2	7,0 ; 11,6	1,83	12,7
Depresión mayor (episodio depresivo) en la reva unida	Prevalencia a 6 meses	7,4%	1,1	5,6 ; 9,8	1,89	14,5
Depresión mayor (episodio depresivo) en la mujer unida	Prevalencia actual	5,3%	0,9	3,7 ; 7,4	1,84	17,1
Distimia	Prevalencia de vida	3,6%	0,7	2,5 ; 5,2	1,45	18,5
Distimia	Prevalencia actual	1,4%	0,4	0,8 ; 2,5	1,40	29,7
Trastornos psicóticos en general (5 más criterios)	Prevalencia de vida	0,4 %	0,3	0,1 ; 1,5	2,08	66,5
Trastornos psicóticos en general (5 más criterios)	Prevalencia anual	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	0,83	100
Trastornos psicóticos en general (5 más criterios)	Prevalencia a 6 meses	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	0,83	100
Trastornos psicóticos en general (5 más criterios)	Prevalencia actual	0%	0	0 ; 0	0	0
LA MUJER UNIDA MALTRATADA						
De algún tipo de abuso en la mujer unida	Prevalencia de vida	81,1%	1,7	77,5 ; 84,2	2,08	2,1
Presencia de maltrato gral en el periodo de enamoramiento con la pareja actual (o última pareja)	Le gritaba mucho	12,9%	1,1	10,8 ; 15,3	1,31	8,9
	Tenía arranques de violencia	12,2%	1,0	10,4 ; 14,3	1,03	8,2
	Le engaño	20,7%	1,3	18,2 ; 23,4	1,16	6,3
	La maltrató físicamente	11,7%	1,1	9,7 ; 14,0	1,28	9,3
	Forzó a relaciones sexuales	7,8%	0,8	6,4 ; 9,5	0,90	9,8
	Se mostró indiferente	17,2%	1,5	14,4 ; 20,4	1,81	8,8
	Le mentía mucho	25,2%	1,5	22,3 ; 28,4	1,36	6,0
	Era muy celoso	44,8%	1,9	41,0 ; 48,6	1,64	4,3
	La controlaba mucho	36,6%	1,9	33,0 ; 40,5	1,72	5,2
	La descuidaba por el alcohol	25,1%	1,5	22,2 ; 28,3	1,40	6,1
	Tenía actitudes machistas	33,0%	1,8	29,5 ; 36,7	1,66	5,5
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual (o última pareja)	Presencia de maltrato general	64,1%	1,9	60,2 ; 67,9	1,83	3,0
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual o última pareja	Presencia de algún tipo de violencia	22,8%	1,3	20,3 ; 25,5	1,07	5,7
Por parte de pareja actual	Prevalencia de vida de algún abuso	63,8%	2,1	59,5 ; 67,9	1,80	3,4
Tipos de abuso por parte de pareja actual	Abuso sexual	14,5%	1,4	12,0 ; 17,4	1,37	9,5
	Abuso físico	50,1%	1,9	46,2 ; 53,9	1,34	3,8

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Tipos de abuso por parte de pareja actual	Abuso sexual	14,5%	1,4	12,0; 17,4	1,37	9,5
	Abuso físico	50,1%	1,9	46,2; 53,9	1,34	3,8
	Insultos	58,8%	2,1	54,5; 62,9	1,69	3,6
	Chantajes, humillaciones, etc,	30,5%	2,0	26,6; 34,7	1,75	6,6
	Abandono	24,9%	2,3	20,7; 29,7	2,48	9,1
Por parte de pareja actual (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de algún abuso sistemático	13,6%	1,5	10,9; 16,8	1,69	10,9
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual, en la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Presencia de maltrato general	75,9%	4,3	66,3; 83,4	1,22	5,7
En el periodo de enamoramiento con la pareja actual en la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Presencia de algún tipo de violencia	33,9%	4,5	25,7; 43,4	1,09	13,3
Confianza en autoridades policiales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	79,7%	4,0	70,5; 86,5	1,23	5,1
	Regular	17,7%	3,8	11,3; 26,6	1,23	21,7
	Mucho	2,6%	2,5	0,4; 16,1	3,06	96,1
Confianza en autoridades políticas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	93,8%	3,0	84,4; 97,7	1,84	3,2
	Regular	5,4%	2,9	1,8; 15,2	2,00	54,7
	Mucho	0,8%	0,8	0,1; 5,6	0,94	100
Sentimientos de protección del estado de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	94,1%	2,2	88,0; 97,2	1,02	2,3
	Regular	5,9%	2,2	2,8; 12,0	1,02	36,5
	Mucho	0%	0	0; 0	0	0
Sentimiento de protección de la familia de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	20,4%	3,7	14,0; 28,6	1,03	18,1
	Regular	31,1%	4,6	22,8; 40,7	1,19	14,7
	Mucho	48,5%	5,4	38,1; 59,1	1,43	11,1
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: trabajo de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	9,6%	3,3	4,8; 18,2	0,95	34,0
	Regular	30,4%	5,8	20,2; 42,9	1,24	19,1
	Mucho	60,1 %	6,3	47,1; 71,7	1,30	10,5
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: estudios de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Nada o poco	12,8%	8,9	3,0; 41,4	1,07	69,1
	Regular	12,7%	8,7	2,9; 40,9	1,06	69,0
	Mucho	74,5	12,0	45,6; 91,1	1,16	16,1
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): hijos y parientes	Nada o poco	13,8%	3,1	8,8; 21,0	0,95	22,1
	Regular	9,5%	2,7	5,4; 16,3	1,01	28,2
	Mucho	76,7%	3,6	68,8; 83,1	0,89	4,7
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): pareja	Nada o poco	16,3%	4,1	9,7; 26,1	1,52	25,2
	Regular	17,0%	3,2	11,6; 24,3	0,90	18,9
	Mucho	66,7%	4,5	57,3; 74,9	1,11	6,7
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): dinero	Nada o poco	5,3%	2,5	2,1; 12,8	1,47	46,1
	Regular	11,6%	3,0	6,8; 19,0	1,08	25,9
	Mucho	83,1%	4,2	73,2; 89,8	1,51	5,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): la salud	Nada o poco	5,9%	2,1	2,9; 11,6	0,97	35,5
	Regular	13,9%	3,1	8,8; 21,4	1,01	22,6
	Mucho	80,2%	3,7	71,9; 86,5	1,04	4,6
Prevalencia de sentimientos anímicos significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes): Triste	Nunca	0%	0	0; 0	0	0
	Algunas veces u ocasionalmente	38,8%	4,8	29,9; 48,6	1,18	12,3
	Siempre o casi siempre	61,2%	4,8	51,4 ; 70,1	1,18	7,8

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes: Tenso)	Nunca	0,5%	0,5	0,1 ; 3,8	0,66	100
	Algunas veces u ocasionalmente	51,4%	5,5	40,7 ; 62,0	1,47	10,6
	Siempre o casi siempre	48,1%	5,4	37,5 ; 58,8	1,46	11,3
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes: Angustiado)	Nunca	0,5 %	0,5	0,1 ; 3,8	0,66	100
	Algunas veces u ocasionalmente	52,4%	5,2	42,3 ; 62,4	1,30	9,8
	Siempre o casi siempre	47,0%	5,1	37,1 ; 57,2	1,29	10,9
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes: Irritable)	Nunca	5,1%	1,9	2,4 ; 10,6	0,93	37,6
	Algunas veces u ocasionalmente	60,2%	4,4	51,3 ; 68,5	0,98	7,3
	Siempre o casi siempre	34,6%	4,4	26,4 ; 43,9	1,06	12,8
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes: Preocupado)	Nunca	0%	0	0	0	0
	Algunas veces u ocasionalmente	22,1%	4,5	14,5 ; 32,3	1,45	20,4
	Siempre o casi siempre	77,9%	4,5	67,7 ; 85,5	1,45	5,8
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes: Tranquilo)	Nunca	7,4%	3,2	3,1 ; 16,7	1,81	42,8
	Algunas veces u ocasionalmente	71,8%	5,4	60,0 ; 81,1	1,75	7,5
	Siempre o casi siempre	20,8%	3,8	14,3 ; 29,2	1,06	18,1
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes: Alegre)	Nunca	0,7%	0,7	0,1 ; 5,1	0,90	99,2
	Algunas veces u ocasionalmente	80,6%	5,3	68,1 ; 89,0	2,19	6,5
	Siempre o casi siempre	18,6%	5,3	10,3 ; 31,4	2,28	28,4
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes: Aburrido)	Nunca	1,5%	1,1	0,3 ; 6,0	0,95	72,1
	Algunas veces u ocasionalmente	61,9%	4,5	52,7 ; 70,3	1,04	7,2
	Siempre o casi siempre	36,6%	4,4	28,5 ; 45,6	1,01	11,9
Prevalencia de sentimientos anímico significativos actuales de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes: Otro)	Nunca	100%	0,0	100,0 ; 100,0	0	0
	Algunas veces u ocasionalmente	0%	0,	0 ; 0	0	0
	Siempre o casi siempre	0%	0,	0 ; 0	0	0
Deseo de morir de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	71,4 %	5,7	59,1 ; 81,2	1,93	7,9
Deseo de morir de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el mes	27,8 %	4,1	20,4 ; 36,7	1,05	14,9
Deseo de morir de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el año	45,2 %	5,4	34,8 ; 56,0	1,46	12,0
De consideraciones o pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	40,9%	5,9	29,9 ; 52,9	1,78	14,5
De consideraciones o pensamientos de índole suicida de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el mes	9,2%	3,3	4,4 ; 18,1	1,60	35,8
De consideraciones o pensamientos de índole suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el año	20,5%	5,2	12,1 ; 32,7	2,03	25,3

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Planes suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el mes	0,7%	0,7	0,1; 5,2	0,92	100
Planes suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el año	3,0 %	1,5	1,1 ; 7,9	0,95	49,8
Conductas suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	6,9%	2,4	3,4; 13,3	1,07	34,3
Conductas suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el mes	0%	0	0,; 0	0	0
Conductas suicidas de la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia en el año	1,4%	1,0	0,3; 5,4	0,85	71,0
De la mujer maltratada sistemáticamente (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de la potencialidad suicida	0,7%	0,7	0,1; 4,8	0,85	100
De experiencias traumáticas	Prevalencia de vida	59,7%	5,1	49,2; 69,3	1,35	8,6
TRASTORNOS CLÍNICOS EN LA MUJER UNIDA MALTRATADA SISTEMATICAMENTE						
Cualquier trastorno psiquiátrico (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	70,2 %	4,4	60,9 ; 78,1	1,13	6,2
Cualquier trastorno psiquiátrico (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia anual	38,4%	5,6	28,1 ; 49,9	1,63	14,6
Cualquier trastorno psiquiátrico (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de 6 meses	35,3%	5,4	25,5 ; 46,5	1,56	15,3
Cualquier trastorno psiquiátrico (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	32,5%	5,5	22,6 ; 44,2	1,71	17,0
Trastorno de ansiedad (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	50,8%	5,5	40,0 ; 61,4	1,48	10,8
Trastorno de ansiedad (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia anual	24,7%	5,5	15,5 ; 37,0	1,97	22,1
Trastorno de ansiedad (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de 6 meses	21,7 %	5,2	13,1 ; 33,6	1,95	24,0
Trastorno de ansiedad (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	21,2%	5,2	12,6 ; 33,3	2,00	24,6
Trastorno de ansiedad generalizada (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	14,6%	5,7	6,5 ; 29,6	3,16	38,7
Trastorno de ansiedad generalizada (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de 6 meses	13,5%	5,3	6,0 ; 27,5	2,91	39,0
Trastorno de ansiedad generalizada (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	8,0 %	2,5	4,2 ; 14,7	1,07	31,6
Trastorno de pánico sin agorafobia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	0%	0	0; 0	0	0
Trastorno de pánico sin agorafobia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia anual	0%	0	0; 0	0	0
Trastorno de pánico sin agorafobia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia a 6 meses	0%	0	0; 0	0	0
Trastorno de pánico sin agorafobia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	0%	0	0; 0	0	0
Agorafobia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	7,3 %	2,7	3,4 ; 14,9	1,34	37,3
Agorafobia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia anual	1,7%	1,2	0,4 ; 6,6	1,03	69,4
Agorafobia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia a 6 meses	0,7 %	0,7	0,1 ; 4,7	0,82	99,4
Agorafobia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	0%	0	0; 0	0	0
Fobia Social (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	11,0 %	4,2	5,1; 22,3	2,14	37,7

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Fobia Social (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia anual	3,5%	1,7	1,3 ; 9,0	1,06	48,4
Fobia Social (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia a 6 meses	3,5%	1,7	1,3 ; 9,0	1,06	48,4
Fobia Social (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	3,5%	1,7	1,3 ; 9,0	1,06	48,4
Trastorno de estrés postraumático (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	29,0 %	4,3	21,3 ; 38,1	1,08	14,7
Trastorno de estrés postraumático (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia anual	4,8 %	1,9	2,2 ; 10,2	0,93	38,6
Trastorno de estrés postraumático (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia a 6 meses	4,0%	1,7	1,7 ; 9,1	0,93	42,8
De trastorno de estrés post-traumático (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	3,5%	1,7	1,3 ; 8,7	0,10	47,4
De trastornos depresivos (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	40,8 %	5,0	31,4 ; 50,9	1,27	12,2
De trastornos depresivos (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia anual	16,7 %	3,4	10,9 ; 24,6	1,04	20,6
De trastornos depresivos (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia general a 6 meses	15,8%	3,3	10,2 ; 23,5	1,02	21,1
De trastornos depresivos (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	13,5%	3,2	8,4 ; 21,1	1,05	23,4
De depresión mayor (episodio depresivo) (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	35,6 %	5,0	26,4 ; 46,0	1,35	14,1
De depresión mayor (episodio depresivo) (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia anual	14,4 %	3,3	9,1 ; 22,2	1,07	22,7
De depresión mayor (episodio depresivo) (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia a 6 meses	13,5%	3,2	8,4 ; 21,1	1,06	23,4
De depresión mayor (episodio depresivo) (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	11,3%	3,0	6,6 ; 18,6	1,09	26,5
Distimia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia de vida	6,9%	2,4	3,4 ; 13,4	1,10	34,6
Distimia (por lo menos 1 o 2 veces al mes)	Prevalencia actual	3,9%	1,7	1,6 ; 9,2	0,97	43,9

DATOS GENERALES ADOLESCENTES		Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Edad (D.S.)			14.7 años	0.1	14.3;14.7	1.9	0.6
Situación laboral	Está buscando trabajo		2.9%	1.0	1.5;5.6	1.9	33.0
	Trabajó la semana anterior		8.1%	1.3	5.8;11.2	1.5	16.5
Grado de analfabetismo		Prevalencia	0.3%	0.3	0.0 ; 2.3	2.05	98.3
Grado de estudios	Primaria		29.5%	2.3	25.3 ; 34.2	1.58	7.6
	Secundaria		7.03%	2.3	65.6 ; 74.5	1.58	3.2
	Superior universitario		0.2%	0.2	0.0 ; 0.9	0.71	73.2
Promedio de ingreso mensual personal	< de 300		93.7%	3.8	80.8 ; 98.1	1.34	4.0
	601 a 1200		1.1%	1.1	0.2 ; 7.6	0.62	99.9
	> 1200		5.2%	3.6	1.2 ; 19.1	1.49	70.0
SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE							
Principal problema percibido en el país	Desempleo		28.7%	2.1	24.6; 33.0	1.4	7.4
	Pobreza		32.3%	2.6	27.5;37.6	1.9	7.9
	Delincuencia		12.0%	1.5	9.5;15.2	1.3	12.1
	Corrupción		8.1%	1.2	6.0;10.9	1.3	14.9
	Violencia		8.0%	1.2	5.9;10.6	1.2	14.9
	Manejo económico		1.3%	0.5	0.6;2.7	1.2	37.4
	Terrorismo		2.1%	0.7	1.1;4.0	1.5	37.4
	Narcotráfico		1.6%	0.6	0.8;3.4	1.5	37.4
	Falta de confianza		0.9%	0.4	0.4;1.9	0.9	41.3
	Inestabilidad política		0.8%	0.3	0.4;1.7	0.8	40.0
Otro		0.6%	0.3	0.2;1.8	1.1	53.2	

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Sentimientos frente a problemas nacionales	Preocupación	29.2%	2,8	24,0 ; 34,9	2,32	9,5
	Pena, tristeza o depresión	38.7%	2.6	33,6 ; 44,0	1,81	6,8
	Desilusión	6.0%	1.1	4,1 ; 8,7	1,44	19,0
	Amargura	3.0%	0.8	1,7 ; 5,2	1,52	27,9
	Rabia	5.0%	1.1	3,2 ; 7,7	1,63	22,3
	Cólera	7.7%	1.3	5,5 ; 10,8	1,49	16,9
	Impotencia	1.8%	0.5	1,0 ; 3,1	0,98	29,7
	Resignación	1.8%	1.1	0,5 ; 5,9	4,26	61,4
	Indiferencia	2.0%	0.6	1,2 ; 3,5	0,99	27,6
	Frustración	0.8%	0.3	0,4 ; 1,8	0,85	40,7
	Indignación	0.7%	0.3	0,3 ; 1,7	0,89	44,6
Desesperación o angustia	Desesperación o angustia	2.0%	0.8	0,9 ; 4,5	2,23	42,2
	Otro	1.3%	0.7	0,4 ; 3,9	2,59	56,1
Confianza en policías	Nada o poco	64.5%	2.2	59,9 ; 68,8	1,39	3,5
	Regular	30.3%	2.1	26,3 ; 34,5	1,30	6,9
	Mucho	5.3%	1.1	3,4 ; 8,1	1,68	21,8
Confianza en militares	Nada o poco	68.5%	2.5	63,4 ; 73,2	1,78	3,6
	Regular	26.6%	2.4	22,1 ; 31,6	1,86	9,0
	Mucho	4.9%	1.0	3,3 ; 7,2	1,24	19,4
Confianza en religiosos	Nada o poco	31.5%	2.3	27,1 ; 36,2	1,57	7,3
	Regular	28.1%	2.3	23,7 ; 32,9	1,71	8,3
	Mucho	40.4%	2.4	35,8 ; 45,3	1,54	6,0
Confianza en maestros	Nada o poco	20.0%	1.8	16,7;23,8	1,3	9,0
	Regular	29.8%	2.3	25,5;34,6	1,6	7,7
	Mucho	50.1%	2.1	46,0;54,3	1,1	4,2
Confianza en médicos	Nada o poco	24,2%	1.9	20,7 ; 28,1	1,20	7,7
	Regular	26.9%	2.1	23,0 ; 31,3	1,44	7,8
	Mucho	48.9%	2.2	44,5 ; 53,3	1,27	4,6
Confianza en autoridades políticas	Nada o poco	85.0%	1.7	81,4;88,0	1,4	20,0
	Regular	13.6%	1.7	10,6;17,2	1,5	12,2
	Mucho	1.4%	0.5	0,7;2,8	1,0	33,1
Confianza en líderes de sindicatos	Nada o poco	36.8%	19.6	9,9 ; 75,5	0,85	53,3
	Regular	51.3%	21.8	15,8 ; 85,6	0,98	42,4
	Mucho	11.9%	11.7	1,5 ; 55,1	0,67	98,1
Confianza en líderes de su comunidad/alcalde	Nada o poco	73.2%	2.3	68,5 ; 77,6	1,70	3,1
	Regular	20.8%	1.8	17,4 ; 24,7	1,30	8,8
	Mucho	5.9%	1.1	4,0 ; 8,6	1,48	19,3
Confianza en su jefe de trabajo	Nada o poco	41.7%	8.5	26,4 ; 58,9	1,16	20,4
	Regular	28.5%	8.5	14,9 ; 47,6	1,37	29,4
	Mucho	29.7%	8.1	16,4 ; 47,7	1,23	27,2
Confianza en sus vecinos	Nada o poco	54.8%	2.3	50,3 ; 59,2	1,30	4,1
	Regular	29.2%	1.9	25,5 ; 33,1	1,15	6,6
	Mucho	16.0%	1.7	13,0 ; 19,6	1,31	10,4
Confianza en periodistas	Nada o poco	44.0%	2.1	40,0 ; 48,2	1,11	4,7
	Regular	38.6%	2.2	34,4 ; 43,0	1,25	5,6
	Mucho	17.3%	1.8	14,1 ; 21,1	1,37	10,2
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: trabajo	Nada o poco	49.0%	7.8	13,2 ; 64,0	1,40	15,9
	Regular	23.2%	5.9	13,6 ; 36,8	1,12	25,4
	Mucho	27.8%	6.9	16,3 ; 43,1	1,37	24,8
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: estudio	Nada o poco	23.6%	2.6	18,9;29,1	2,3	11,0
	Regular	22.4%	2.2	18,4;27,1	1,7	9,7
	Mucho	53.9%	2.9	48,1;59,6	2,1	5,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: hijos y parientes	Nada o poco	35,0%	3,2	29,0 ; 41,5	2,26	9,0
	Regular	17,6%	2,1	13,8 ; 22,2	1,58	12,0
	Mucho	47,4%	3,6	40,3 ; 54,5	2,67	7,6
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: pareja	Nada o poco	70,8	4,7	60,6 79,2	1,30	6,7
	Regular	16,5	3,6	10,6 24,8	1,11	21,5
	Mucho	12,7	3,6	7,1 21,8	1,43	28,6
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: dinero	Nada o poco	47,3%	2,3	4,2,8 ; 52,0	1,38	4,9
	Regular	21,3%	1,7	18,2 ; 24,8	1,05	7,8
	Mucho	31,3%	2,3	26,9 ; 36,1	1,58	7,4

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: la salud	Nada o poco	22,4%	2,1	18,6 ; 26,8	1,55	9,2
	Regular	17,8%	1,8	14,5 ; 21,5	1,35	9,9
	Mucho	59,8%	2,5	5,47 ; 64,7	1,68	4,2
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: asuntos con la ley	Nada o poco	71,2%	3,2	64,6 ; 77,1	1,56	4,4
	Regular	15,9%	2,2	12,0 ; 20,6	1,11	13,6
	Mucho	12,9%	2,2	9,1 ; 18,0	1,42	17,3
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: terrorismo	Nada o poco	36,3%	2,3	32,0 ; 40,9	1,38	6,2
	Regular	15,5%	2,0	12,0 ; 19,9	1,88	12,8
	Mucho	48,1%	2,6	43,1 ; 53,2	1,65	5,3
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: delincuencia	Nada o poco	20,1%	1,9	16,6 ; 24,2	1,47	9,6
	Regular	14,4%	1,7	11,4 ; 18,0	1,42	11,6
	Mucho	65,5%	2,4	60,5 ; 70,2	1,67	3,7
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: narcotráfico	Nada o poco	34,2%	2,3	29,7 ; 39,0	1,54	6,9
	Regular	19,6%	2,0	15,9 ; 23,8	1,60	10,2
	Mucho	46,2%	2,5	41,3 ; 51,3	1,62	5,5
Prevalencia de sentimientos anímico: Triste	Nunca	5,7%	1,0	4,0 ; 8,0	1,23	17,9
	Algunas veces	79,0%	1,8	75,1 ; 82,4	1,31	2,3
	Siempre	15,3%	1,6	12,5 ; 18,7	1,20	10,2
Prevalencia de sentimientos anímico: Tenso	Nunca	16,6%	2,0	13,0 ; 21,0	1,83	12,1
	Algunas veces	70,1%	2,3	65,4 ; 74,4	1,57	3,3
	Siempre	13,2%	1,8	10,1 ; 17,1	1,68	13,3
Prevalencia de sentimientos anímico: Angustiado	Nunca	16,4%	2,0	12,9 ; 20,7	1,80	12,1
	Algunas veces	69,2%	2,4	64,2 ; 73,8	1,71	3,5
	Siempre	14,4%	1,8	11,2 ; 18,3	1,66	12,5
Prevalencia de sentimientos anímico: Irritable	Nunca	21,6%	2,3	17,4 ; 26,6	2,03	10,8
	Algunas veces	64,5%	2,5	59,4 ; 69,3	1,74	3,9
	Siempre	13,9%	1,5	11,1 ; 17,2	1,22	10,9
Prevalencia de sentimientos anímico: Preocupado	Nunca	4,9%	1,0	3,3 ; 7,4	1,43	20,8
	Algunas veces	62,5%	2,2	58,0 ; 37,0	1,34	3,5
	Siempre	32,6%	2,2	28,5 ; 37,0	1,34	6,6
Prevalencia de sentimientos anímico: Tranquilo	Nunca	5,3%	1,3	3,2 ; 8,6	2,22	25,0
	Algunas veces	34,3%	2,5	29,5 ; 39,4	1,75	7,3
	Siempre	60,4%	2,7	55,0 ; 65,6	1,91	4,4
Prevalencia de sentimientos anímico: Alegre	Nunca	0,6%	0,3	0,2 ; 1,6	9,70	52,2
	Algunas veces	27,8%	2,3	23,5 ; 32,6	1,68	8,3
	Siempre	71,7%	2,3	66,8 ; 76,0	1,68	3,2
Prevalencia de sentimientos anímico: Aburrido	Nunca	16,1%	1,8	12,8 ; 20,1	1,59	11,4
	Algunas veces	70,7%	2,1	66,3 ; 74,6	1,33	3,0
	Siempre	13,2%	1,6	10,4 ; 16,6	1,35	11,8
Prevalencia de sentimientos anímico: Otro sentimiento	Nunca	90,7%	4,0	79,3 ; 96,1	2,50	4,4
	Siempre o casi siempre	9,3%	4,0	3,9 ; 20,7	2,50	42,7
Grado de satisfacción personal: aspecto físico	Nada o poco	13,8%	1,8	10,7 ; 17,8	1,70	12,9
	Regular	31,5%	2,1	27,5 ; 35,3	1,29	6,6
	Mucho	54,6%	2,4	49,8 ; 59,4	1,51	4,4
Grado de satisfacción personal: Relaciones sociales	Nada o poco	16,0%	1,6	13,0 ; 19,5	1,25	10,1
	Regular	30,1%	2,0	26,4 ; 34,1	1,16	6,5
	Mucho	53,9%	2,4	49,2 ; 58,5	1,43	4,4
Grado de satisfacción personal: color de la piel	Nada o poco	13,7%	1,6	10,7 ; 17,3	1,45	12,0
	Regular	23,1%	1,8	19,7 ; 26,8	1,15	7,8
	Mucho	63,2%	2,3	58,6 ; 67,6	1,42	3,6
Grado de satisfacción personal: inteligencia	Nada o poco	11,8%	1,3	9,6 ; 14,6	0,97	10,6
	Regular	29,7%	2,2	25,6 ; 34,2	1,44	7,3
	Mucho	58,4%	2,4	53,6 ; 63,1	1,52	4,1
Grado de satisfacción personal: Condicion socioeconómica	Nada o poco	28,9%	2,2	24,7 ; 33,6	1,54	7,7
	Regular	45,7%	2,4	40,9 ; 50,4	1,48	5,3
	Mucho	25,4%	2,4	20,9 ; 30,6	2,00	9,6
Grado de satisfacción personal: Profesión u oficio que estudio (estudia)	Nada o poco	14,1%	2,4	9,9 ; 19,7	1,08	17,4
	Regular	18,7%	3,0	13,4 ; 25,4	1,32	16,3
	Mucho	67,3%	3,0	61,1 ; 72,9	0,88	4,4
Grado de satisfacción personal:	Nada o poco	15,8%	1,8	12,5 ; 19,8	1,60	11,7

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Grado de satisfacción personal: Religión	Nada o poco	16,8%	1,7	13,6 ; 20,4	1,34	10,3
	Regular	22,8%	1,9	19,3 ; 26,8	1,28	8,3
	Mucho	60,4%	2,5	55,5 ; 65,2	1,60	4,1
Grado de satisfacción personal: Lugar de residencia	Nada o poco	22,2%	2,2	18,2 ; 26,7	1,70	9,7
	Regular	25,8%	2,0	22,1 ; 29,9	1,30	7,7
	Mucho	52,0%	2,8	46,4 ; 57,6	2,04	5,4
Grado de satisfacción laboral: con las actividades o funciones que realiza	Nada o poco	13,6%	4,3	7,0 ; 24,6	0,83	32,0
	Regular	25,1%	7,0	13,8 ; 41,3	1,35	28,0
	Mucho	6,13%	7,4	46,0 ; 74,7	1,20	12,1
Grado de satisfacción laboral: con el ambiente físico donde labora	Nada o poco	19,8%	6,2	10,2 ; 34,9	1,20	31,3
	Regular	42,5%	7,5	28,8 ; 57,5	1,12	17,5
	Mucho	37,7%	8,3	23,1 ; 54,9	1,45	22,0
Grado de satisfacción laboral: con sus compañeros de trabajo	Nada o poco	12,7%	6,3	4,5 ; 30,9	1,55	49,7
	Regular	33,4%	7,7	20,2 ; 49,9	1,15	23,0
	Mucho	53,9%	8,0	38,2 ; 68,9	1,12	14,9
Grado de satisfacción laboral: con la carga que desarrolla diariamente	Nada o poco	22,3%	5,4	13,4 ; 34,8	0,87	24,3
	Regular	47,2%	7,2	33,5 ; 61,3	1,06	15,2
	Mucho	30,5%	6,9	18,7 ; 45,6	1,16	22,7
Grado de satisfacción laboral: con la remuneración que recibe	Nada o poco	29,2%	9,8	14,0 ; 51,3	1,76	33,4
	Regular	35,5%	9,8	20,5 ; 54,0	1,27	24,7
	Mucho	35,3%	9,3	19,7 ; 54,9	1,43	26,2
Grado de satisfacción laboral: con el reconocimiento que percibe	Nada o poco	34,6%	7,1	22,2 ; 49,6	1,14	20,5
	Regular	41,1%	7,1	28,0 ; 55,5	1,07	17,3
	Mucho	24,3%	6,8	13,4 ; 40,2	1,30	28,1
Permisividad frente a la psicopatía	Prevalencia	11,2%	1,4	8,6 ; 14,3	1,31	12,8
Tendencias psicopáticas	Prevalencia	39,1%	2,4	34,3 ; 44,0	1,60	6,3
Prevalencia de tendencias delictivas	Prevalencia	10,8%	1,4	8,2 ; 13,9	1,33	13,2
Deseos de morir	Prevalencia de vida	34,5	2,4	30,0 ; 39,3	1,58	6,9
	Prevalencia último mes	8,8	1,3	6,6 ; 11,7	1,28	14,4
	Prevalencia último año	18,9	1,9	15,5 ; 22,9	1,45	9,9
Pensamientos de quitarse la vida	Prevalencia de vida	10,2	1,7	7,3 ; 14,1	1,99	16,6
	Prevalencia último mes	3,4	0,9	2,0 ; 5,7	1,61	27,0
	Prevalencia último año	7,2	1,3	5,0 ; 10,3	1,65	18,3
Planes de índole suicida	Prevalencia de vida	3,5	0,9	2,1 ; 5,8	1,54	25,7
	Prevalencia último mes	1,4	0,6	0,6 ; 3,4	1,81	44,8
	Prevalencia último año	3,0	0,9	1,7 ; 5,2	1,61	28,9
	Prevalencia en el año	7,2%	1,3	5,0 ; 10,3	1,65	18,3
Conductas suicidas	Prevalencia de vida	3,9%	0,8	2,5 ; 5,9	1,20	21,7
	Prevalencia en el mes	1,4%	0,5	0,7 ; 3,0	1,37	38,8
	Prevalencia en el año	2,6%	0,7	1,5 ; 4,5	1,34	28,3
Prevalencia de tendencias violentas	Prevalencia de vida	24,1%	2,1	20,3 ; 28,5	15,1	2,8
Potencialidad suicida	Prevalencia	1,2%	0,5	0,5 ; 2,6	1,20	40,0
Consideraciones o pensamientos de índole homicidas	Prevalencia de vida	2,1%	0,7	1,1 ; 4,2	1,69	0,8
	Prevalencia en el mes	0,8%	0,5	0,3 ; 2,4	1,57	54,4
	Prevalencia en el año	1,0%	0,5	0,4 ; 2,5	1,40	46,9
Motivos que llevan la conducta suicida	Padres	72,9%	9,7	50,3 ; 87,7	1,88	13,4
	Otros parientes	17,0%	7,4	6,7 ; 36,7	0,97	43,6
	Pareja	6,0%	4,2	1,5 ; 21,6	0,76	69,3
	Laborales	6,7%	6,4	0,9 ; 35,6	1,64	96,4
	Estudios	6,7%	3,8	2,1 ; 19,5	0,59	57,7

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Tendencias religiosas	Dios es muy Importante	80,9	1,9	76,8 ; 84,5	1,54	2,4
	Religión ayuda a solucionar problemas	71,5%	2,4	66,7 ; 76,0	1,76	3,3
	Asiste a Iglesia o templo	80,5%	2,1	75,9 ; 84,4	1,75	2,6
	Participa activamente en algun grupo religioso	21,0%	1,9	17,5 ; 24,9	1,26	8,8
	Lee escrituras religiosas	63,1%	2,3	58,3 ; 67,6	1,45	3,7
	Transmite religión a los hijos	15,5%	2,2	11,7 ; 20,3	2,21	14,1
	Transmite religión a otras personas	18,8%	1,8	15,5 ; 22,5	1,27	9,5
	Has cambiado de religión	6,6%	1,2	4,5 ; 9,5	1,55	1,3
	Creer que practicar una religión ayuda a solucionar los problemas	71,6%	2,4	66,7 ; 76,0	1,76	3,3
Alto nivel de estrés ambiental (ruido, ventilación, espacio, olores)	Prevalencia	46,2%	2,8	40,7 ; 51,8	2,02	6,1
Calidad de vida en población adolescente	Media aritmética	7,7%	0,1	7,6 ; 7,8	1,90	0,8
Presencia actual de por lo menos alguna discapacidad o inhabilidad	Prevalencia actual	47,2%	3,5	40,4 ; 54,1	3,09	7,4
Prevalencia actual de TAG pura sin depresión	Prevalencia actual	9,3%	1,9	6,2 ; 3,8	2,62	20,0
Prevalencia actual de TAG pura sin depresión ajustada con d5dd y d5ee	Prevalencia actual	7,8%	1,6	5,1 ; 11,7	2,34	20,8
Prevalencia actual de TAG comórbido	Prevalencia actual	3,9%	1,1	2,2 ; 6,7	2,03	28,2
Prevalencia actual de fobia social	Prevalencia actual	3,9	1,1	2,2 ; 6,7	2,03	28,2
Depresión mayor	Prevalencia actual	6,2%	1,2	4,1 ; 9,1	1,64	19,9
Distimia	Prevalencia actual	0,7%	0,4	0,2 ; 2,2	1,54	58,5
Prevalencia actual de bulimia nerviosa	Prevalencia actual	0,4%	0,3	0,1 ; 1,6	1,30	75,0
Presencia de conductas bulímicas	Prevalencia actual	5,7%	1,0	4,0 ; 8,1	1,19	17,5
Prevalencia de la tendencia a problemas alimentarios	Prevalencia	6,1%	1,1	4,2 ; 8,8	1,43	18,6
Anorexia nerviosa	Prevalencia actual	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
IMC inferior al umbral crítico para la talla y peso	Prevalencia	36,9%	2,9	31,4 ; 42,8	2,29	7,8
Prevalencia de vida con al menos 5 criterios de psicosis	Prevalencia de vida	1,7	0,6	0,9 ; 3,4	1,36	34,9
Prevalencia de vida de consumo de alcohol	Prevalencia de vida	74,0%	3,3	67,0 ; 79,9	3,55	4,4
Edad de inicio de consumo de alcohol	Media Aritmética	11,4%	0,2	11,1 ; 11,8	1,55	1,6
Edad de inicio de consumo de alcohol por grupos etarios	4-7 años	8,8 %	1,2	6,6 ; 11,6	1,24	14,2
	8-12 años	32,9%	2,4	28,2 ; 37,9	1,72	7,4
	13-17 años	31,0%	2,4	26,5 ; 35,8	1,66	7,6
	Nunca	26,0%	3,3	20,1 ; 33,0	3,55	12,6
Prevalencia de vida de consumo de alcohol	Prevalencia de vida	74,0%	3,3	67,0 ; 79,9	3,55	4,4
Prevalencia en el mes de consumo de alcohol	Prevalencia al mes	15,3%	2,1	11,6 ; 20,0	2,20	13,8
Prevalencia de embriaguez en el último mes	Prevalencia al mes	2,0%	0,7	1,1 ; 3,8	1,38	32,4
Prevalencia actual de alguna conducta vinculada al abuso de alcohol	Por lo menos 1 criterio	36,9%	3,2	30,8 ; 43,5	2,87	5,1
	Por lo menos 3 criterios	1,9%	0,6	1,0 ; 3,6	1,31	32,5

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coficiente de variación
Prevalencia de vida de consumo de cualquier sustancia (incl.alcohol)	Prevalencia de vida	79,2%	3,0	72,6 ; 84,6	3,55	3,8
Prevalencia en el mes de consumo de cualquier sustancia (incl.alcohol)	Prevalencia al mes	29,3%	2,8	24,0 ; 35,1	2,41	9,6
Consumo de sustancias legales (incl.alcohol)	Prevalencia de vida	79,2%	3,0	72,6 ; ; 84,6	1,88	35,4
	Prevalencia en el mes	29,3%	2,8	24,0 ; 35,1	2,41	9,6
Consumo de sustancias ilegales	Prevalencia de vida	0,8%	0,3	0,4 ; 1,9	9,28	41,3
	Prevalencia en el mes	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
Consumo de tabaco	Prevalencia de vida	24,3	2,5	19,7 ; 29,7	2,20	10,4
Edad de inicio de consumo de tabaco	Media aritmética	12,9%	0,3	12,4 ; 13,5	1,50	2,0
Consumo de tabaco	Prevalencia en el mes	8,3%	1,4	5,9 ; 11,5	1,62	16,8
Consumo de tabaco	Prevalencia última semana	4,0%	0,9	2,6 ; 6,2	1,26	21,8
Consumo de marihuana	Prevalencia de vida	0,1%	0,1	0,0 ; 0,5	4,01	10,0
Edad de inicio consumo de marihuana	Media aritmética	14,0%	0,0	14,0 ; 14,0	0,0	0,0
Consumo de clorhidrato de cocaína	Prevalencia de vida	0,3%	0,2	0,1 ; 1,3	1,06	79,8
Consumo de inhalantes	Prevalencia de vida	0,4%	0,2	0,1 ; 1,0	6,33	51,2
Consumo de hoja de coca	Prevalencia de vida	20,1%	2,3	15,9 ; 25,0	2,09	11,4
	Prevalencia último mes	4,2%	1,2	2,4 ; 7,2	2,17	27,9
	Prevalencia última semana	1,7%	0,7	0,8 ; 3,7	1,73	39,1
Prevalencia de embarazo adolescente	Prevalencia de vida	1,2%	0,4	0,6 ; 2,4	9,18	34,3
Prevalencia de aborto adolescente	Prevalencia de vida	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	73,8%	2,3	69,0 ; 78,1	1,74	8,8
Abuso de tipo sexual en el adolescente	Prevalencia de vida	1,7	0,6	0,9 ; 3,5	1,39	35,1
Abuso físico en el adolescente	Prevalencia de vida	44,3%	2,9	38,7 ; 50,2	2,20	6,6
Abuso psicológico en el adolescente	Prevalencia de vida	60,8%	2,5	55,7 ; 65,7	1,68	4,1
Abandono del adolescente	Prevalencia de algún	20,7%	2,6	16,1 ; 26,3	2,55	12,4
Demanda sentida de problemas de salud mental (Población con problemas de SM)	Prevalencia de vida	51,6%	3,6	44,5 ; 58,6	3,32	7,0
Demanda sentida expresada atendida en servicios de salud mental (en adolescentes)	Prevalencia de vida	4,2%	1,2	2,3 ; 7,3	1,16	28,9
Demanda sentida expresada en Puestos o centros de salud (en adolescentes)	Proporción de la demanda sentida atendida	13,6%	7,7	4,1 ; 36,8	1,15	56,9
Demanda sentida expresada en posta o policlínico ESSALUD (en adolescentes)	Proporción de la demanda sentida atendida	2,8%	2,9	0,4 ; 18,7	6,80	10,1
Demanda sentida expresada en Hospital General MINSA (en adolescentes)	Proporción de la demanda sentida atendida	6,4%	6,3	0,9 ; 35,1	1,48	97,5

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coficiente de variación
DATOS GENERALES: ADULTO MAYOR						
Edad	Media aritmética (DS)	72,24	0,8	70,59 ; 73,90	1,69	1,2
Edad por grupos etáreos (15 años)	Viejo joven (60-74 años)	65,0	3,7	57,3 ; 72,0	1,34	5,7
	Viejo viejo (75 – 84 años)	22,6	3,0	17,2 ; 29,1	1,13	13,3

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Trabajo la semana anterior	Prevalencia	33,0	3,1	27,1; 39,5	1,00	9,5
Esta buscando trabajo	Prevalencia	1,3	0,8	0,4; 4,5	1,14	62,1
Grado de Analfabetismo	Prevalencia	47,2	4,2	39,0; 55,5	1,51	8,9
Grado de estudios	Sin nivel	41,1	4,0	33,5; 49,2	1,45	9,8
	Inicial / preescolar	0,9	0,6	0,2; 3,5	0,95	70,4
	Primaria	33,6	3,6	26,8; 41,1	1,27	10,7
	Secundaria	10,0	2,6	5,8; 16,5	1,67	26,3
	Superior no universitario	5,0	1,6	2,6; 9,4	1,19	32,0
Promedio de Ingreso mensual personal	Superior universitario	9,4	2,2	5,9; 14,7	1,19	22,9
	< de 300	52,9	5,1	42,8; 62,7	1,26	9,6
	301 a 600	17,2	3,5	11,3; 25,3	1,04	20,4
	601 a 1200	22,0	4,3	14,6; 31,8	1,33	19,7
	> de 1200	7,9	2,4	4,3; 14,2	0,95	30,2
SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR						
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: trabajo	Nada o poco	26,9	5,1	18,1; 38,0	1,14	18,8
	Regular	26,8	5,0	18,2; 37,7	1,10	18,5
	Mucho	46,2	5,9	35,0; 57,9	1,22	12,7
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: estudios	Nada o poco	76,3	22,2	21,9; 97,4	0,84	29,2
	Regular	23,7	22,2	2,6; 78,1	0,84	93,9
	Mucho	-	-	-	-	-
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: hijos y parientes	Nada o poco	26,5	3,6	20,0; 34,3	1,4	13,6
	Regular	21,4	3,3	15,6; 28,7	1,35	15,4
	Mucho	52,0	4,3	43,5; 60,4	1,54	8,2
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: pareja	Nada o poco	35,2	5,2	25,6; 46,1	1,17	14,9
	Regular	17,9	4,0	11,4; 27,1	1,04	22,1
	Mucho	46,9	5,6	36,2; 57,9	1,22	11,9
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: dinero	Nada o poco	19,4	3,0	14,1; 26,1	1,25	15,6
	Regular	20,4	2,8	15,4; 26,5	1,03	13,7
	Mucho	60,1	3,9	52,2; 67,5	1,34	6,5
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: la salud	Nada o poco	12,3	2,6	8,1; 18,4	1,3	20,8
	Regular	16,2	3,1	10,9; 23,2	1,5	19,1
	Mucho	71,5	4,2	62,6; 79,1	1,83	5,8
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: asuntos con la ley	Nada o poco	70,5	5,8	58,0; 80,6	1,60	8,2
	Regular	16,4	4,6	9,1; 27,7	1,54	28,1
	Mucho	13,1	4,0	6,9; 23,3	1,41	30,8
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: terrorismo	Nada o poco	45,0	4,2	36,9; 53,3	1,49	9,3
	Regular	18,4	3,3	12,7; 25,8	1,51	17,8
	Mucho	36,7	3,7	29,8; 44,2	1,21	10,0
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: delincuencia	Nada o poco	22,8	3,8	16,2; 31,2	1,70	16,6
	Regular	16,5	3,2	11,2; 23,7	1,51	19,1
	Mucho	60,7	4,1	52,3; 68,5	1,49	6,8
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: narcotráfico	Nada o poco	53,3	4,8	43,8; 62,5	1,73	8,9
	Regular	20,4	3,7	13,9; 28,8	1,65	18,4
	Mucho	26,4	3,8	19,5; 34,5	1,41	14,4
Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos: otros problemas	Nada o poco	87,7	8,7	59,0; 97,2	2,60	9,9
	Regular	9,1	8,7	1,3; 44,3	3,35	94,6
	Mucho	3,2	2,9	0,5; 17,9	1,05	92,3
Prevalencia de sentimientos anímicos: Triste	Nunca	4,2	1,6	2,0; 8,9	1,37	38,1
	Algunas veces u ocasional mente	53,0	4,1	44,8; 61,1	1,46	7,8
	Siempre o casi siempre	42,7	4,0	35,0; 50,8	1,42	9,4
Prevalencia de sentimientos anímicos: Tenso	Nunca	8,1	2,2	4,7; 13,6	1,30	26,8
	Algunas veces u ocasional mente	68,8	4,2	60,0; 76,5	1,67	6,1
	Siempre o casi siempre	23,0	3,9	16,2; 31,7	1,79	17,1

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Prevalencia de sentimientos anímicos: Angustiado	Nunca	10,9	2,7	6,6; 17,4	1,50	24,5
	Algunas veces u ocasional mente	63,1	4,7	53,4; 71,8	1,94	7,4
	Siempre o casi siempre	26,1	4,4	18,3; 35,6	2,04	16,8
Prevalencia de sentimientos anímicos: Irritable	Nunca	8,6	2,1	5,3; 13,8	1,20	24,5
	Algunas veces u ocasional mente	66,5	4,1	57,9; 74,1	1,60	6,2
	Siempre o casi siempre	24,9	3,9	17,9; 33,5	1,76	15,8
Prevalencia de sentimientos anímicos: Preocupado	Nunca	0,8	0,8	0,1; 5,8	1,76	100
	Algunas veces u ocasional mente	39,8	4,1	32,0; 48,2	1,50	10,3
	Siempre o casi siempre	59,4	4,1	51,1; 67,1	1,48	6,9
Prevalencia de sentimientos anímicos: Tranquilo	Nunca	1,3	0,7	0,4; 4,0	0,93	58,1
	Algunas veces u ocasional mente	60,5	3,7	52,9; 67,6	1,24	6,2
	Siempre o casi siempre	38,2	3,7	31,1; 45,9	1,27	9,8
Prevalencia de sentimientos anímicos: Alegre	Nunca	1,6	0,8	0,6; 4,2	0,85	49,9
	Algunas veces u ocasional mente	66,7	3,9	58,7; 73,9	1,43	5,8
	Siempre o casi siempre	31,7	3,9	24,5; 39,9	1,50	12,4
Prevalencia de sentimientos anímicos: Aburrido	Nunca	8,2	2,1	4,8; 13,5	1,30	26,2
	Algunas veces u ocasional mente	65,8	3,9	57,8; 73,0	1,42	5,9
	Siempre o casi siempre	26,1	3,5	19,8; 33,5	1,33	13,3
Prevalencia de sentimientos anímicos: Otro	Nunca	82,0	7,8	61,6; 92,8	1,60	9,5
	Algunas veces u ocasional mente	5,9	4,7	1,1; 25,1	1,57	79,9
	Siempre o casi siempre	12,2	6,3	4,1; 30,8	1,45	51,6
Grado de satisfacción personal global (Escala de 5 a 20)	Media aritmética	14,36	0,3	13,85; 14,86	1,71	1,8
Grado de satisfacción personal aspecto físico	Nada o poco	19,8	3,6	13,7; 27,8	1,57	18,0
	Regular	45,0	4,5	36,4; 53,9	1,58	9,9
	Mucho	35,2	4,1	27,5; 43,7	1,46	11,7
Grado de satisfacción personal: inteligencia	Nada o poco	29,0	3,9	21,9; 37,2	1,49	13,4
	Regular	42,7	4,1	34,9; 50,9	1,38	9,6
	Mucho	28,4	4,0	21,2; 36,8	1,57	14,0
Grado de satisfacción personal: color de piel	Nada o poco	15,3	3,9	9,1; 24,7	2,19	25,2
	Regular	48,2	4,7	39,0; 57,6	1,70	9,8
	Mucho	36,4	4,3	28,4; 45,2	1,49	11,7
Grado de satisfacción personal: nivel económico	Nada o poco	53,9	4,6	44,7; 62,8	1,82	8,6
	Regular	34,5	4,1	26,9; 43,0	1,58	11,9
	Mucho	11,7	2,7	7,2; 18,3	1,55	23,5
Grado de satisfacción personal: la profesión u oficio que estudio	Nada o poco	37,5	6,6	25,6; 51,2	1,91	17,5
	Regular	25,9	5,35	16,9; 37,6	1,50	20,4
	Mucho	36,5	6,3	25,1; 49,7	1,77	17,3
Grado de satisfacción personal: relaciones sociales	Nada o poco	27,7	3,7	21,0; 35,7	1,42	13,4
	Regular	44,3	3,7	37,1; 51,8	1,17	8,4
	Mucho	27,9	3,8	21,1; 36,0	1,47	13,5
Grado de satisfacción personal: Nivel educativo alcanzado	Nada o poco	62,7	4,6	53,3; 71,3	1,47	7,3
	Regular	19,4	3,5	13,3; 27,4	1,33	18,3
	Mucho	17,9	3,5	12,0; 25,9	1,36	19,5
Grado de satisfacción personal: religión	Nada o poco	7,0	2,1	3,9; 12,4	1,35	29,3
	Regular	9,6	2,1	6,1; 14,8	1,12	22,4
	Mucho	83,4	2,9	76,9; 88,4	1,25	3,5
Grado de satisfacción personal: lugar de residencia	Nada o poco	18,2	2,6	13,5; 24,0	0,98	14,6
	Regular	32,4	3,2	26,3; 39,1	0,99	10,0
	Mucho	49,5	4,0	41,6; 57,4	1,35	8,1
Grado de satisfacción laboral global (Escala de 5 a 20)	Media aritmética	14,4	0,4	13,5; 15,2	1,39	2,9

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Grado de satisfacción laboral: con las actividades o funciones que realiza	Nada o poco	23,6	5,3	14,7; 35,5	1,17	22,3
	Regular	41,7	6,4	29,9; 54,6	1,28	15,3
	Mucho	34,7	6,4	23,3;48,1	1,37	18,4
Grado de satisfacción laboral: con el ambiente físico donde labora	Nada o poco	17,8	4,5	10,5; 28,6	1,03	25,5
	Regular	52,9	6,3	40,4; 65,0	1,18	12,0
	Mucho	29,3	6,0	18,9; 42,5	1,29	20,5
Grado de satisfacción laboral: con sus compañeros de trabajo	Nada o poco	25,2	7,4	13,5;42,2	1,25	29,2
	Regular	47,8	7,7	33,1; 62,9	1,05	16,2
	Mucho	27,0	6,9	15,7; 42,4	1,04	25,4
Grado de satisfacción laboral: con la carga de trabajo que desarrolla diariamente	Nada o poco	21,3	5,5	12,4; 34,2	1,39	25,9
	Regular	51,8	6,5	39,1; 64,2	1,29	12,5
	Mucho	26,9	5,8	17,1; 39,7	1,29	21,4
Grado de satisfacción laboral: con el reconocimiento que percibe	Nada o poco	43,6	12,1	22,5; 67,3	1,18	27,9
	Regular	41,0	11,4	21,5; 63,8	1,05	27,7
	Mucho	15,5	8,1	5,1; 38,5	0,99	52,5
Grado de satisfacción laboral: con la remuneración que recibe	Nada o poco	58,8	6,7	45,3; 71,1	1,42	11,3
	Regular	35,0	6,1	24,0; 47,9	1,28	17,5
	Mucho	6,2	2,8	2,5; 14,5	1,03	45,0
Desos de morir	Prevalencia de vida	41,7	4,5	33,1; 50,9	1,80	10,9
	Prevalencia en el mes	18,9	3,5	12,9; 26,9	1,71	18,6
	Prevalencia en el año	24,9	3,8	18,2; 33,1	1,62	15,2
Consideraciones o pensamientos de índole suicidas	Prevalencia de vida	12,1	3,5	6,7; 20,8	2,42	28,7
	Prevalencia en el mes	5,1	2,1	2,2; 11,4	2,00	41,9
	Prevalencia en el año	7,2	3,2	3,0; 16,6	3,19	43,9
Planes de índole suicidas	Prevalencia de vida	1,8	1,4	0,4; 7,9	2,27	77,5
	Prevalencia en el mes	1,3	1,3	0,2; 8,8	2,74	98,3
	Prevalencia en el año	1,8	1,4	0,4; 7,9	2,27	77,5
Conductas suicidas	Prevalencia de vida	0,4	0,4	0,1; 3,0	0,90	100
Tendencias religiosas	Dios muy Importante	91,8	2,0	86,8; 95,1	1,17	2,2
	Participa activamente	17,5	3,0	12,4; 24,3	1,28	17,0
	Lee escrituras religiosas	32,2	4,1	24,7;40,7	1,58	12,6
	Transmite religión a hijos	43,7	4,6	34,9; 52,9	1,78	10,5
	Asiste a iglesia o templo	93,0	2,0	87,7; 96,2	1,36	2,2
	Predica o enseña la religión a otros	24,7	3,8	18,0; 33,0	1,63	15,4
	Religión ayuda a solucionar problemas	88,0	2,5	82,0; 92,2	1,27	2,9
Cohesión familiar (escala de 5 a 20)	Media aritmética	17,3	0,3	16,7; 17,8	1,85	1,6
Calidad de vida de la población adulta mayor (Escala de 1 a 10)	Media aritmética	7,19	0,14	6,91; 7,46	1,32	1,9
Nivel general de discapacidad de la población adulta mayor (Escala de 5 a 20)	Media aritmética	8,14	0,25	7,64; 8,64	1,27	3,1
Alguna discapacidad funcional o inhabilidad presente en la población adulta mayor	Prevalencia de vida	70,8	3,8	62,9; 77,7	1,46	5,3
Presencia de alguna discapacidad física según informante	Prevalencia de vida	13,8	2,7	9,3; 20,0	1,28	19,3
Trastorno de ansiedad generalizada (sin depresión)	Prevalencia de vida	25,1	4,1	17,8; 34,1	1,91	16,3
Trastorno de ansiedad generalizada (sin depresión)	Prevalencia anual	4,0	1,9	1,5; 10,0	2,00	47,5
Trastorno de ansiedad generalizada (sin depresión)	Prevalencia de 6 meses	4,0	1,9	1,5; 10,0	2,00	47,5
Trastorno de ansiedad generalizada (sin depresión)	Prevalencia actual	3,1	1,8	1,0; 9,7	2,35	58,2
Episodio depresivo	Prevalencia de vida	22,1	3,4	16,2; 29,5	1,40	15,2
Episodio depresivo	Prevalencia anual	3,5	1,2	1,8; 6,8	0,88	33,5
Episodio depresivo	Prevalencia de 6 meses	2,9	1,1	1,3; 6,1	0,94	38,5
Episodio depresivo	Prevalencia actual	2,9	1,1	1,3; 6,1	0,94	38,5

Variable	Sub categorías	Parámetro estimado	Error estándar	Intervalo de confianza	Deff	Coefficiente de variación
Abuso/dependencia de alcohol	Prevalencia anual	9,6	2,3	5,9; 15,4	1,34	24,3
Demanda sentida de problemas de salud mental (auto-percepción)	Prevalencia a 6 meses	19,0	3,4	13,1; 26,6	1,59	17,9
Demanda sentida expresada (atendida en servicios de salud mental)	Prevalencia a 6 meses	14,3	6,6	5,5; 32,6	1,38	45,7
Proporción de la demanda sentida atendida en posta o policlinico ESSALUD	Prevalencia	9,8	10,3	1,1; 52,2	0,62	100
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital General MINSA	Prevalencia	29,8	24,9	3,8; 81,8	1,54	83,5
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital General de ESSALUD	Prevalencia	41,0	28,1	6,5; 87,5	1,70	68,6
Proporción de la demanda sentida atendida en Hospital de la FFAA y Policía Nacional	Prevalencia	7,1	7,7	0,8; 43,3	0,46	100
Proporción de la demanda sentida atendida en Clínica particular	Prevalencia	12,3	12,6	1,4; 58,7	0,76	100
Problemas físicos o accidente	Prevalencia a 6 meses	79,2	3,6	71,1; 85,5	1,72	4,6
Cualquier tipo de maltrato o violencia	Prevalencia anual	12,3	2,5	8,2; 18,1	1,18	20,0
Prevalencia de maltrato: intentos o de actos sexuales inapropiados	Prevalencia anual	1,1	1,1	0,1; 7,3	2,17	99,6
Prevalencia de maltrato: golpes, puñetes o empujones	Prevalencia anual	0,9	0,5	0,3; 2,7	0,63	58,8
Prevalencia de maltrato: insultos, agresiones verbales u ofensas	Prevalencia anual	7,4	2,0	4,3; 12,3	1,17	26,6
Prevalencia de maltrato: chantajes manipulaciones o humillaciones	Prevalencia anual	2,5	1,2	1,0; 6,3	1,17	46,5
Prevalencia de maltrato: situación de abandono	Prevalencia anual	4,8	1,7	2,3; 9,4	1,29	35,3
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO Y DETERIORO						
Funcionamiento cognoscitivo global (MMSE) (0-30 puntos)	Media aritmética	24,1	0,5	23,1; 25,1	1,35	2,2
Funcionamiento cognoscitivo global (MMSE) en grupo de 8 o más años de instrucción (con disyuntiva entre 12 y 13)	Media aritmética	26,2	0,6	25,0; 27,4	1,15	2,3
Funcionamiento cognoscitivo global (MMSE) en grupo de menos de 8 años de instruc. (12 o 13, 18 o 19, 22aa o 22bb)	Media aritmética	22,5	0,7	21,0; 23,9	1,44	3,2
Funcionamiento cognoscitivo (MMSE) indicativo de deterioro (≤ 22)	Prevalencia total	27,1	5,3	17,9; 38,8	1,50	19,5
Funcionamiento cognoscitivo (MMSE) indicativo de deterioro (≤ 22) para grupo de 8 o más años de instruc.	Prevalencia	11,0	5,0	4,2; 25,9	1,18	45,3
Funcionamiento cognoscitivo (MMSE) indicativo de deterioro (≤ 22) para grupo de menos de 8 años de instruc.	Prevalencia	39,6	8,3	24,5; 56,9	1,70	21,0
Actividades instrumentales (Escala de Pfeffer) indicativas de deterioro (> 6)	Prevalencia total	24,1	3,8	17,4; 32,4	1,38	15,8
Funcionamiento sospechoso de demencia (MMSE ≤ 21 y Pfeffer > 6)	Prevalencia total	5,6	2,7	2,2; 13,9	1,05	46,9
Funcionamiento sospechoso de demencia (MMSE ≤ 21 y Pfeffer ≥ 6) para grupo de 8 o más años de instruc.	Prevalencia	6,0	4,5	1,2; 24,5	1,34	75,4
Funcionamiento sospechoso de	Prevalencia	5,4	3,3	1,5; 17,2	0,9	60,8

ANEXO C

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES EMPLEADAS EN EL ESTUDIO



GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES EMPLEADAS EN EL ESTUDIO

Abuso:

Severo maltrato de un individuo a otro a través del abuso físico, sexual o negligencia

Abuso físico:

Se refiere a haber recibido golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas para la persona.

Abuso psicológico:

Se refiere a haber recibido insultos, agresiones verbales, chantajes, manipulaciones o humillaciones.

Abuso sistemático:

Para el presente estudio se ha asumido a aquella persona que por lo menos es abusada en forma física, sexual, psicológica o por negligencia una o dos veces al mes.

Abuso sexual:

Experiencia en la que algún extraño o conocido, tiene acercamientos sexuales a otra persona contra su voluntad o sin su consentimiento. Incluye violación, tocar el cuerpo de la víctima o forzar a tocar el cuerpo del abusador, entre otras.

Actitudes machistas:

Comportamientos del hombre en donde se resalta la diferencia entre ambos géneros con una superioridad y favoritismo del hombre en ciertas circunstancias, en donde algunas situaciones no están permitidas para las mujeres por prejuicios sociales. Estos comportamientos vienen siendo asignados por la sociedad.

Agorafobia:

Trastorno de ansiedad cuya característica principal es el temor intenso a encontrarse en situaciones de las que escapar resultaría difícil y en las que podría no disponerse de ayuda.

Agresiones verbales:

Es la acción de atacar violentamente a la mujer con palabras a través de insultos, apodos, comentarios hostiles, sátiras o críticas destructivas sobre algún aspecto de su persona, etc.

Alfabetismo:

Es la habilidad para leer y escribir en un idioma cualquiera.

Anorexia nervosa:

Trastorno de la conducta alimenticia en que la persona realiza comportamientos destinados a perder peso, rehusando mantener su peso corporal en el mínimo normal.

Ansiedad:

La anticipación aprehensiva de que algo malo pueda ocurrir como un peligro futuro o una desgracia. Se acompaña de sentimientos de tristeza o irritabilidad o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.

Arranques de violencia:

Empezar abruptamente un comportamiento perturbador y agresivo desproporcionado o poco coherente con la situación o el estímulo.

Ataque de nervios:

Es una expresión popular de un estado emocional agudo que se caracteriza por ansiedad, desesperación, gritos incontrolable, crisis de llanto, la presencia de síntomas físicos, conductas agresivas verbales o físicas, experiencias disociativas o sensaciones de perder el control.

Bebedor riesgoso:

Se refiere a la persona que durante el año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de tres horas, más del equivalente a una botella de vino o tres vasos de alcohol fuerte.

Bulimia nervosa:

Deseo irrefrenable de ingerir una cantidad no controlada y excesiva de alimentos en poco tiempo y en forma repetitiva.

Calidad de vida:

Es una construcción conceptual que involucra áreas como el bienestar físico, psicológico, auto cuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, sentido de apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual.

Cohesión familiar:

Se refiere a cuan integrada se siente la persona en su núcleo familiar; si siente que lo respetan, si siente apoyo mutuo, si comparte valores similares y si se siente orgulloso de ella.

Compulsiones:

Comportamientos o actos mentales repetitivos que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente con el fin de reducir el malestar o prevenir eventos negativos.

Conducta Bulímica:

Se refiere a la presencia de crisis bulímicas por lo menos 2 por semana en los últimos 3 meses.

Conducta suicida:

Cualquier intento voluntario de auto lesión.

Conducta vinculada a abuso de alcohol:

Se refiere a la presencia de algunas conductas como, haber sentido la necesidad de disminuir la cantidad de bebidas alcohólicas que toma, o haber sido criticado por la forma de beber, o haber tenido problemas en estado de ebriedad, o haber tenido la necesidad de "cortar" la resaca, o de no poder parar de beber, o haber tenido accidentes de tránsito o como peatón, o haber sido golpeado o herido en estado de ebriedad o haber golpeado a alguien.

Concentración:

Fijar la atención con intensidad.

Consejería:

Se refiere a una intervención psicológica puntual en un tema problema específico del paciente y cuya duración va a estar supeditada a la superación de problema. Usualmente son intervenciones cortas a diferencia de la psicoterapia.

Crisis bulímicas:

Comilonas durante las cuales la persona consume grandes cantidades de alimento en poco tiempo.

Chantaje sexual:

Amenaza que se hace para obligar a la persona a tener relaciones sexuales a cambio de algo.

Chantaje:

Acto de conseguir algo u obligar a hacer algo (dinero, relaciones sexuales, encubrir algún comportamiento, etc.) bajo amenazas difamación o maltrato físico o bajo coerción o supeditando una contra entrega.

Demanda sentida en salud mental:

Se refiere a las personas que identifican en si mismos algún problema emocional o nervioso, se basa en la auto-percepción y no necesariamente es la demanda total pues existen personas que no identifican estar padeciendo problemas de salud mental a pesar de reunir criterios de enfermedad.

Demanda sentida expresada:

Se refiere a las personas que habiendo identificado en sí mismos algún problema emocional o nervioso, acuden en búsqueda de atención al sistema de salud.

Depresión mayor:

Se caracteriza por el ánimo triste, la pérdida de interés por lo que antes despertaba entusiasmo. La incapacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse los síntomas más típicos de la depresión. Lo excesivo denota que la depresión esta presente gran parte del día y por un tiempo generalmente superior a las dos semanas. Es sinónimo de episodio depresivo.

Discapacidad:

Se refiere a dificultades en mantener regularmente el aseo personal, en desempeñar eficientemente sus ocupaciones, cumplir adecuadamente las funciones dentro de la familia, de relacionarse socialmente y de organizar la propia vida.

Disgustado:

Sentimiento de pesadumbre e inquietud causado por una contrariedad.

Empujones:

Impulso dado con fuerza y agresión para apartar o mover a la mujer .

Estrés:

Situación de un individuo o de alguno de sus órganos o aparatos que, por exigir de ellos un rendimiento superior al normal, lo supone en riesgo próximo a enfermar. Se refiere a un estado de tensión muy comúnmente asociada al enfrentamiento de los problemas cotidianos o con la dificultad del manejo de éstos problemas. Frecuentemente se asocia a síntomas somáticos como problemas gastrointestinales, cefaleas, tensión muscular, etc.

Estrés ambiental:

Se refiere a condiciones físicas inadecuadas donde vive la persona y que se caracteriza por mucho el ruido, falta de ventilación, falta de espacio o por la presencia de malos olores.

Excesiva preocupación:

La persona no puede dejar de pensar en el o los problemas aún así se lo proponga. Frecuentemente la persona pierde el sueño debido a estas preocupaciones. Lleva implícito la búsqueda de síntomas correspondientes al trastorno de ansiedad generalizada.

Experiencias traumáticas:

Positiva a la pregunta de haber sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático alguna vez en su vida.

Fobia social:

Trastorno de ansiedad caracterizado por el intenso temor y evitación de situaciones de exposición e interacción.

Género:

Se refiere a los roles o funciones femenino o masculino que vienen asignados por la sociedad o cultura de un lugar.

Hogar familiar:

Es el conjunto de personas, sean o no parientes (padres, hijos solteros, hijos casados, hermanos, tíos, etc.) que ocupan en su totalidad o en parte la vivienda, comparten las comidas principales y atienden en común otras necesidades vitales. Se incluye también en este grupo a las personas a quienes el *jefe* considera que son miembros del hogar, por razones de afecto (ahijados, compadres, padrinos, etc). Por excepción se considera Hogar al constituido por una sola persona.

Humillaciones:

Conseguir o intentar devaluar a otra persona en su autoestima a través de críticas destructivas ya sean públicas o privadas.

Indiferente:

Mostrar poca importancia e interés por la persona. De alguna manera, involucra descuido y abandono por parte de la pareja.

Insultos obscenos:

Son ofensas hacia la mujer con palabras o acciones impuras de contenido sexual.

Integridad física:

Estado físico sin alteración o lesión.

Irracional:

No razonable o sensato.

Irritabilidad:

Que siente enfado violento o excitación.

Manipulación:

Conseguir algún beneficio a través de medios arteros como con críticas negativas o destructivas o condicionantes emocionales.

Menosprecio:

Devaluar la autoestima de otra persona a través de actitudes hostiles y agresivas.

Necesidades básicas:

Involucran las necesidades primarias a las que toda persona tiene derecho. Las conforman la alimentación, la salud, el vestido, la vivienda, y la educación.

Nivel de educación:

Es el año a grado de estudios más alto aprobado por cada persona dentro del nivel de educación regular alcanzado. Comprende los siguientes niveles: Sin Nivel, Inicial/Preescolar, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Superior No Universitario, Superior Universitario.

Obsesiones:

En el lenguaje popular implica ideas repetitivas que entrañan tiempo significativo o preocupaciones ruminantes con determinados temas. En términos clínicos implica estados en donde aparecen a la conciencia del sujeto ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo a costa de mucho sufrimiento.

Ocupación principal:

Es aquella que el informante considera como tal. En caso de duda, cuando el informante tenga dos o más ocupaciones y no

puede determinar su ocupación principal, se considera como principal aquella que le produce mayor ingreso, si ambas le producen igual ingreso, se considerará aquella que el informante dedique mayor tiempo.

Pánico:

Es la presencia de un estado generalmente abrupto de ansiedad grave originadas por estímulos externos de cualquier naturaleza, si bien también pueden darse sin motivo aparente. Usualmente el paciente experimenta en un período corto de tiempo la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad. También suele acompañarse de temor a morir.

Paranoia:

Ideas que involucran la sospecha o creencia que la persona esta siendo perseguida, amenazada o tratada en forma injusta.

Pensamientos obsesivos:

Pensamientos, impulsos e imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos e inapropiados, causando ansiedad y malestar significativos.

Permisividad frente a la psicopatía:

Es la persona que tolera los actos que rompen la reglas o el orden como por ejemplo no le importa que roben en una tienda y no hace nada o cree que ante determinadas circunstancias difíciles es permitido robar.

Población Económicamente Activa (PEA):

Comprende a todas las personas de catorce (14) años y más edad que en la semana de referencia se encontraban: a) trabajando, b) no trabajaron pero tenían trabajo, c) se encontraban buscando activamente trabajo.

Pobre:

Se refiere a una persona o familia que puede satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, pero no las demás. El no pobre es que si puede satisfacer todas sus necesidades básicas.

Pobre extremo:

Es la persona o familia que no puede satisfacer ni las necesidades básicas de alimentación.

Potencialidad suicida:

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

Preocupado:

Tendencias pensar mucho en un tema con aflicción.

Prevalencia actual:

Se refiere a la presencia de la condición al momento próximo a realizarse la encuesta.

Prevalencia de vida de algún abuso:

Se refiere a si en algún momento de su vida la persona ha sufrido los abusos mencionados.

Prevalencia de embriaguez en el mes:

Se refiere a que por lo menos la persona se ha embriagado una vez en el último mes.

Prevalencia de vida de consumo de sustancias:

Se refiere si alguna vez en su vida ha consumido la sustancia respectiva.

Promedio de ingreso mensual:

Se refiere al promedio de ingreso de los últimos tres meses, sólo se considera a las personas con actividades remuneradas.

Psicoterapia:

Tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de procedimientos psicológicos.

Separado (de Matrimonio o de Convivencia):

Es la persona que está separado de su cónyuge y no vive en unión de hecho o convivencia.

Situación social:

Todas aquellas situaciones de exposición e interacción social.

Situaciones de abandono:

Se refiere a situaciones en las cuales la persona no ha sido procurada de medicinas, ropa adecuada, atención médica o de necesidades básicas.

Situaciones de abandono o negligencia:

Son las situaciones en las cuales la mujer no recibe sus alimentos, medicinas, ropa y otras necesidades básicas por descuido o abandono de las personas principalmente responsables de su cuidado.

Soporte familiar:

Se refiere al apoyo o sostén que se percibe de la familia y que se mide a través del grado de consideración e integración de la persona en las decisiones familiares y la disponibilidad de los miembros de la familia para discutir problemas y recibir apoyo entre ellos.

Surmenage:

Término que denota excesivo agotamiento físico y mental y que supone la aparición de síntomas generalmente ansiosos o depresivos. Muchos casos de surmenage son depresiones severas.

Sustancias ilegales:

Han sido consideradas la cocaína, la marihuana, el éxtasis, la heroína, y los alucinógenos, entre otros.

Sustancias legales:

Han sido consideradas el tabaco, los tranquilizantes, pastillas para el dolor de cabeza, jarabe para la tos, estimulantes, la hoja de coca e inhalantes; que han sido utilizados con la intención de causar placer, por curiosidad o bajo presión pero no por enfermedad.

Tendencia a problemas alimentarios:

Corresponde a aquellas personas que con la finalidad de perder peso o bien se inducen el vómito, o toman laxantes o realizan excesivo ejercicio por más de dos horas diarias, o toman supresores del apetito o toman diuréticos.

Tendencias psicopáticas:

Comportamiento que ocasionalmente ha adquirido objetos de muy dudosa procedencia o robados, o alguna vez ha participado en un robo, o miente mucho desde que es adulto u ocasionalmente ha ganado dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia o robados.

Tensión:

Actitud y estado del que espera, vigila o tiende a algo con angustia, temor o en un fuerte estado emocional; malestar y sobrecarga emocional y muscular.

Tranquilizantes:

En general se considera aquellos como las benzodiacepinas, los barbitúrico; a efectos del estudio se consideran a aquellas personas que las han utilizados con la intención de causar placer, por curiosidad o bajo presión pero no por enfermedad.

Tranquilo:

Sosegado.

Trastorno de ansiedad generalizada:

Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos que se prolongan por más de seis meses.

Trastorno de estrés post traumático:

Trastorno de ansiedad en el que se vuelve a experimentar persistentemente una situación traumática a la que ha sido expuesta la persona.

Trastorno de pánico:

Aparición recurrente e inesperada de crisis temporales y aisladas de miedo o malestar intensos acompañados de agudos síntomas fisiológicos de ansiedad en el período mínimo de un mes.

Trastorno obsesivo compulsivo:

Trastorno de ansiedad que se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones recurrentes, reconocidas como irracionales y exageradas por la persona y que generan malestar e interfieren con el funcionamiento de esta.

Triste:

Animo decaído, tristeza, desánimo.

Violación Sexual:

Es una acción sexual violenta que implica actos sexuales con penetración o no contra la voluntad o sin el consentimiento.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

0

- 1 Instituto Especializado de Salud Mental (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XVIII. , Número 1 y 2, Lima.
- 2 Murray CJ, Lopez AD. (1997) Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*; 349:1436-1442; Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1498-1504).
- 3 Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. (1997) Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos, pp 1-31
- 4 Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M (1994). Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité, pp 93-98. Montreal: Gaëtan Morin Editeur.
- 5 Pedersen, D, Gamarra, J., Planas, M., Errázuriz, C (2001) Violencia Política y salud en las comunidades alto andinas de Ayacucho, Perú. En *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Universidad Cayetano Heredia (2003) 1° ed. Pag. 289-307 Lima, Perú.
- 6 Perales A. , Sogi C., Sánchez E., Salas R.E. (1995) Salud Mental de una población urbano-marginal de Lima. , en Serie : Monografías de Investigación No2. INSM Honorio delgado- Hideyo Noguchi", Lima Perú.
- 7 Perales A., Sogi C., Sánchez E., Salas R.E. (1996) Salud Mental en adolescentes del distrito de Magdalena. , en Serie : Monografías de Investigación No.4. INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi", Lima Perú.
- 8 WHO (2001) The World Health Report: 2001: Mental Health : New Understanding, new hope. WHO, Geneva, Switzerland .
- 9 Corin E., Bibeau G, Martin J-C., Y Laplante R (1990) Comprendre pour soigner autrement. Les presses de l'Université de Montréal de Montréal, Canada
- 10 Comité De La Salud Mental De Québec (1989) La Santé Mentale, de la Biologie a la culture. Québec. Canadá
- 11 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.
- 12 Organización Panamericana De La Salud (2000) Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las Políticas públicas Saludables. Washington, DC
- 13 Breilh, J. (2003) "Epidemiología Crítica Ciencia emancipadora e interculturalidad". Universidad Nacional de Lanús, Argentina.
- 14 Moya, J. (2004) Las otras muertes: 20 años de violencia en los andes del Perú. IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES) en Lima-Perú.
- 15 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado —Hideyo Noguchi" (2002) Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Vol. XVIII, N° 1 y 2 Lima, Perú
- 16 Perales A., Sogi C., Salas R.E. (1996) Salud Mental en adolescentes del distrito de Magdalena. , en Serie : Monografías de Investigación No.4. INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi" Lima, Perú.
- 17 Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003) Informe final. Lima, Perú

- 18 MIMDES —PAR: (2002) Programa de Salud Mental Comunitaria y familiar/ plan piloto de Reparaciones Ayacucho, Perú.
- 19 INEI (2000); Measure /DHS, Macro International; USAID; UNICEF. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000
- 20 Johnson, E. & Belfer, M. (1995) : “La violencia y el abuso de sustancias: Causa y consecuencia”. Journal of Health Care for the Poor and Underserved; Vol 6 (2) USA.
- 21 Johns, A. (1997) : “Abuso de sustancias : Un riesgo primario y un problema importante de comorbilidad” . International Review of Psychiatry; Vol 9 (2 3) London.
- 22 American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). American Psychiatric Press. Washington D.C.
- 23 Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Lanos R, Sato T. (1990). Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. Anales de Salud Mental VI: 9-20
- 24 Perales A & Sogi C. (1995) Epidemiología psiquiátrica en el Perú. Anales de Salud Mental XI: 9-29.
- 25 Colareta JR. Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural. Tesis para optar el título de médico cirujana, 1993,UPCH.
- 26 World Health Organization (1992). International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Autor Geneva
- 27 Contradrogas (1999), Encuesta Nacional sobre PREVENCIÓN Y Uso de Drogas, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina de Asuntos Antinarcoóticos de la Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica.
- 28 Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas —DEVIDA. II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Perú 2003.
- 29 INEI (1995) Proyecciones del Censo de Población 1993. INEI. Lima.
- 30 Huamán J. Programa de Rehabilitación Integral en Salud Mental: Sub programa de Rehabilitación psicosocial. En: Anales de Salud Mental (1996) XII: 271-284.
- 31 U.S. Department of Health and Human Services (1999). 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
- 32 Lama A. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL, 2000
- 33 INEI. Informe Técnico No 002-Abril 2002. Principales resultados de la encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) —IV Trimestre 2001. www.inei.go.pe
- 34 Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos,1997, pp 1-31
- 35 Henderson, AS. Life Experiences as Causes of Mental Disorders: The main hypotheses. An Introduction to Social Psychiatry. Oxford Medical Publication. Oxford University Press. New York. 1988
- 36 Bernal, E. Estudio Psicopatológico en Brujos del Pueblo de Salas(Lambayeque). Anales de Salud Mental N°1 1982.
- 37 Medina, E. “La Medicina Tradicional o Popular”. En Gomberoff, L. (Eds.) Revista de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico

- Doctor José Horwitz Barak, Santiago de Chile. 1986.
- 38 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.
 - 39 Caycho, A. "Estudio sobre el curanderismo y los curanderos en el Perú". En Seguí, C.A. y Ríos, R. (Eds.): Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Lima.1969
 - 40 Tejada, D. ; Sánchez, F. ; Mella, C. : Religiosidad Popular y Psiquiatría. Editora Corripio C. por A. Santo Domingo, 1995.
 - 41 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 Sep;40(3):208-30
 - 42 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 Nov;91(11):1869-76.
 - 43 Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethn Health* 2000 Aug-Nov;5(3-4):243-68
 - 44 Finch BK, Kolody B, Vega WA. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *J Health Soc Behav* 2000 Sep;41(3):295-313
 - 45 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 Sep;40(3):208-30
 - 46 Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL.. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 2001;27(2):219-25
 - 47 Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis*; 188:301-305
 - 48 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.
 - 49 Folstein SE, McHugh PR (1975): Mini-Mental State, a practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12:189-198.
 - 50 Lecrubier Y, Weiller E., Hergueta T., Amorim P., Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D., Janavs J., Baker R., Shehann KH, Knapp, Sheehan M. I.N.I. (2001) Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0
 - 51 Lama A (2000). Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL.



ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
VOLUMEN XX - 2004 - NÚMEROS 1 y 2

EDITOR GRÁFICO:
MARIO A. URQUIZO VÁSQUEZ
IMPRESA:

DICIEMBRE - 2004

|

|