

# PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002

## PREVALENCE OF PSYCHIATRIC DISABILITY IN THE ADULT POPULATION OF METROPOLITAN LIMA AND CALLAO 2002

Julio Huamán Pineda<sup>1</sup>;  
Flor Alburquerque<sup>2</sup>;  
Rosario Guillen<sup>3</sup>.

### RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica, tipos y grados, asociados con los principales trastornos mentales en la población adulta de Lima Metropolitana y el Callao.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo, transversal. La muestra fue de 2077 adultos de 18 a más años de edad, obtenidos por muestreo probabilístico, trietápico entre los residentes en 2418 viviendas particulares de Lima Metropolitana y Callao en el año 2002. Se utilizó una escala abreviada validada sobre discapacidad e inhabilidad y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Versión en español CIE-10. Se evaluó la asociación entre variables mediante el análisis de regresión logística con muestras complejas.

**RESULTADOS:** Se estimó una prevalencia de discapacidad psiquiátrica del 39,3% en adultos con presencia actual de algún trastorno psiquiátrico. En orden decreciente se encontró que la discapacidad psiquiátrica estuvo asociada a: la presencia de cuatro a más síntomas psicóticos (OR:4,46; IC:1,4 - 13,56), fobia social (OR:3,16; hh:1,56 - 6,39), trastorno de pánico sin agorafobia (OR:2,82; IC:1,04 - 7,68), abuso - dependencia al alcohol (OR:1,98; IC:1,24 - 3,17) y ansiedad generalizada (OR:1,96; IC:1,27 - 3,02).

**CONCLUSIONES:** La discapacidad psiquiátrica es una condición prevalente y está asociada con la presencia de los trastornos mentales en la población de Lima Metropolitana y el Callao, por lo que es necesario su afronte.

**PALABRAS CLAVE:** Prevalencia, Discapacidad psiquiátrica, Trastornos mentales, Lima Metropolitana y Callao.

### SUMMARY

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence of psychiatric disability, types and degrees, associated with major mental disorders in the adult population of Lima and Callao.

**METHODS:** Descriptive, transversal study. The sample of 2077 adults aged 18 years and older, obtained by probabilistic, three-stage 2418 among residents in private homes of metropolitan Lima and Callao in 2002. An abbreviated disability and inactivity scale, and Interview International Neuropsychiatric (MINI), Spanish version ICD-10 was used. The association between variables was assessed by logistic regression analysis with complex samples.

**RESULTS:** The prevalence of psychiatric disability (39,3%) in adults with current presence of a psychiatric disorder was estimated. In descending order found that psychiatric disability was associated with: the presence of four or more psychotic symptoms (OR: 4,46; CI: 1,4 to 13,56), social phobia (OR: 3,16, CI: 1,56 to 6,39), panic disorder without agoraphobia (OR: 2,82, CI 1,04 to 7,68), abuse - alcohol dependence (OR: 1,98, CI 1,24 to 3,17) and generalized anxiety disorder (OR: 1,96, CI 1,27 to 3,02).

**CONCLUSIONS:** The psychiatric disability is a condition associated with the presence of mental disorders in the population of Lima and Callao, so it need its confronts.

**KEY WORDS:** Prevalence, psychiatric disabilities, mental disorders, Metropolitan Lima and Callao.

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

<sup>2</sup> Lic. en Enfermería. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

<sup>3</sup> Lic. en Psicología y Magister en Rehabilitación de la Salud. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

Los trastornos mentales constituyen uno de los más graves y complejos problemas de salud en acelerado aumento; por su naturaleza crónica, recurrente y deteriorante. Estos tienden a alterar el funcionamiento mental, social y ocupacional, generando severa discapacidad, además de producir un enorme sufrimiento y daño al individuo, la familia y la comunidad y mermar la capacidad productiva del sujeto afectado<sup>1</sup>.

Se estima que en el mundo, 121 millones de individuos sufren depresión, unos 70 millones sobrellevan dificultades relacionadas con el alcohol, unos 37 millones padecen demencia y

24 millones sobrellevan esquizofrenia<sup>2</sup>. Por otro lado, los trastornos mentales incluyen costos económicos y sociales definidos<sup>3</sup>. Estos inciden en los pacientes, los cuidadores, sus familias, la sociedad y los gobiernos<sup>2</sup>.

Se estima que los trastornos mentales constituyen cinco de las diez principales causas de la carga de enfermedad en el mundo. Se espera que la morbilidad mundial que se atribuye a los trastornos mentales y del comportamiento se incrementa del 12% en el año 1999 al 15% en el año 2020<sup>3</sup>. También representarán alrededor del 15% de la discapacidad ajustada a los años de

Prevalencia de la Discapacidad Psiquiátrica en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao

vida perdidos por enfermedad. Los trastornos mentales afectarán más a los adultos jóvenes, el fragmento más productivo de la población. Los países en desarrollo probablemente serán testigos de un aumento desproporcionado de la carga de enfermedad atribuible a los trastornos mentales en las próximas décadas, mientras que las personas afectadas serán discriminadas y estigmatizadas en todo el mundo<sup>2</sup>.

Los reportes iniciales de la Organización Mundial de la Salud consideran que la discapacidad psiquiátrica constituye más de las dos quintas partes de toda la discapacidad en el mundo<sup>4</sup>, afecta en especial a gente joven, y muestra los niveles más bajos en la recuperación de la total capacidad social y del trabajo<sup>5</sup>.

Se ha subestimado considerablemente la capacidad de los trastornos mentales para generar discapacidad, pero constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad y 47,2% de todos los años vividos con discapacidad en países desarrollados y en contraste, solo generan 1,4% de toda la mortalidad<sup>6</sup>. Se considera que los porcentajes de años de vida asociados a discapacidad por problemas de salud mental ascienden al 8,1% en relación al total de las enfermedades, y que el porcentaje de pérdida de años de vida asociados a discapacidad derivada de los trastornos mentales corresponde a: trastornos depresivos 17,3%, lesiones auto infringidas 15,9%, demencia de Alzheimer 12,7%, dependencia al alcohol 12,1%, epilepsia 9,3%, psicosis 6,8%, drogodependencia 4,8%, desorden de estrés post-traumático 4,7% y otros 16,4%<sup>7</sup>.

Los estudios a nivel mundial reportan que los trastornos mentales son comunes en todos los establecimientos de atención de salud general, y que una marcada discapacidad se asocia con ellos, más que con los desórdenes físicos crónicos sin trastornos mentales<sup>8</sup>.

En la atención primaria, es común encontrar pacientes con más de un trastorno mental y severamente discapacitados. Además, los trastornos mentales en forma individual tienen distintos patrones de comorbilidad psiquiátrica

y discapacidad<sup>9</sup>. Se estima que en la medida que la población avanza en edad, las personas con demencia, depresión y otros trastornos mentales, demandarán mayor atención de los investigadores y clínicos para minimizar los efectos de la discapacidad, el uso de servicios de atención de salud y la calidad de vida<sup>10</sup>.

La elaboración de políticas y la planeación que den sustento al desarrollo de servicios, procesos y evaluación de resultados en salud, deben integrar la epidemiología y la evaluación de la discapacidad no solo en los servicios especializados de salud mental, sino también en la atención primaria, las escuelas y los lugares de trabajo<sup>11</sup>.

La sociedad necesita reconocer el alto costo económico y humano asociado con la prevalencia de los trastornos mentales. La evaluación de las necesidades de servicios y la toma de decisiones acerca de las prioridades, deberían considerar tanto los trastornos mentales como la discapacidad que estos producen<sup>12</sup>.

En el primer estudio sobre discapacidad realizado en Chile el 2004, con el objetivo de determinar la prevalencia y caracterizar la población con discapacidad de ese país, mediante una muestra representativa de la población urbana y rural de todas sus regiones, reveló que el 12,93% de la población tenía algún tipo de discapacidad y de este monto, el 7,8% correspondía a personas que tienen deficiencia por trastornos mentales<sup>13</sup>.

En el Perú, un estudio nacional sobre la prevalencia de la deficiencia, discapacidad y minusvalía (1993), elaborado por el Instituto Nacional de Rehabilitación y la Sociedad Peruana de Medicina Física y Rehabilitación, reveló un 45,40% de deficiencias, dentro de las cuales el 2,29% correspondía a las deficiencias intelectuales; reveló además un 31,8% de discapacidades y 13,08% de minusvalías<sup>14</sup>. Este trabajo tuvo el mérito de ser un importante paso para evaluar la magnitud del problema predominantemente en el campo de la discapacidad asociada a la medicina física y rehabilitación. En el área de la salud mental y psiquiatría no se han desarrollado

estudios epidemiológicos que midan la magnitud y tipos de la discapacidad asociada a los trastornos mentales.

Dentro del marco de las consecuencias de la enfermedad, el Manual de la Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDDM), ha definido la deficiencia como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, (alteración a nivel de órgano); a la discapacidad como toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad considerada normal para un ser humano (alteración a nivel de la persona); y la minusvalía como una situación desventajosa para un individuo, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol (desventaja social)<sup>15,16</sup>. La nueva versión del Manual presentada como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y de la Salud CIF, plantea la discapacidad desde una perspectiva inclusiva, es decir, abarca las tres categorías: deficiencias de la función y de la estructura (antes deficiencia), limitaciones en las actividades (antes discapacidad) y restricciones en la participación (antes minusvalía)<sup>17</sup>. Sin restar el valor del avance consensuado en el marco conceptual de la discapacidad a través del CIF, éste conduce a una falta de diferenciación de la discapacidad en relación al CIDDDM, lo cual podría incrementar la ya existente confusión de su uso y derivar en sesgos, tanto en el campo clínico, la investigación, así como en su uso coloquial relacionado con los aspectos culturales, sociales y de derechos humanos, entre otros.

Basándose en la CIDDDM, Liberman<sup>18</sup> definió la discapacidad como una limitada o total falta de habilidad para desempeñar tareas sociales y vocacionales ordinarias. Sin embargo, parece ser que la discapacidad se ha entendido de dos maneras similares, pero con una sutil diferencia; como el grado en que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, ocupacional, escolar, o los dominios de la vida del paciente, tal como se evalúa a través del Eje V del DSM IV<sup>19</sup>; y de otro lado, como una limitación del funcionamiento del individuo a nivel del desempeño adaptativo en su cuidado personal, ocupacional, con la familia

y social en general, tal como lo plantea el Eje II, de la Presentación Multiaxial de la CIE-10 de la OMS<sup>20</sup>. Esta última acepción parece ser más apropiada para la rehabilitación psiquiátrica y la salud mental.

Desde este enfoque, la discapacidad psiquiátrica se refiere específicamente a las limitaciones en el funcionamiento o desempeño de la persona como tal; vale decir, la disminución o pérdida de habilidades en las personas que padecen un desorden mental.

Considerando la inestabilidad y la falta de equidad del contexto sociopolítico y económico del país, además de la pluralidad idiosincrásica cultural, se considera necesario estudiar la discapacidad asociada a los trastornos mentales en la población general, en especial, en Lima Metropolitana y el Callao y de ser posible, su impacto en la capacidad productiva del país y su aporte a los índices de carga de enfermedad generada por los trastornos mentales.

En esta perspectiva, se planteó la necesidad de cuantificar la magnitud y tipo de discapacidad asociada a los trastornos mentales de forma general y específica, tanto como su relación con las variables sociodemográficas.

Los resultados de esta investigación pondrán en evidencia la magnitud de la discapacidad psiquiátrica, a fin de establecer políticas, servicios y programas de rehabilitación en el campo de la salud mental, que ayuden a dar solución a la problemática implícita, mejorar su funcionamiento, los índices de calidad de vida de las personas afectadas, y en consecuencia, las condiciones de salud y desarrollo del país.

## Material y métodos

Se realizó un estudio transversal acerca de la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica en la población adulta, dentro del Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, realizado en el año 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN").

Prevalencia de la Discapacidad Psiquiátrica en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao

La población en estudio estuvo constituida por individuos de 18 a más años, que en el año 2002 residían habitual o permanentemente en viviendas particulares, del área urbana de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao, que cuentan con 43 y 6 distritos, respectivamente. La población estimada en el momento de la encuesta fue de 3 934 494 habitantes adultos.

Se usó el marco de muestreo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) elaborado sobre la base del pre-censo de 1999 con el material cartográfico respectivo, el cual fue actualizado durante la operación de campo.

Se obtuvo una muestra aleatoria de 2077 adultos, mediante un diseño muestral probabilístico trietápico. En la primera etapa se seleccionaron conglomerados de viviendas consecutivas, en la segunda se eligieron viviendas dentro de los conglomerados seleccionados y en la tercera se seleccionó aleatoriamente un adulto dentro de la vivienda.

Los criterios de selección incluyeron:

- 1) Adultos de 18 a más años de edad,
  - 2) residentes habituales en la vivienda,
  - 3) con capacidad para comprender el español perfectamente y
  - 4) sin problemas que impidan la comunicación.
- En caso de existir problemas mentales moderados o severos que imposibilitaran la comunicación directa con la persona, se procedía a una entrevista indirecta con el jefe del hogar; si el adulto seleccionado era quechua hablante, la encuesta era aplicada por un encuestador quechua hablante.

Previamente a la aplicación de la encuesta, y luego de una explicación de los objetivos del estudio, se solicitaba, a las personas que aceptaban responder al cuestionario, la firma de un consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética del INSM "HD-HN".

Se consideraron las siguientes variables:

**Discapacidad psiquiátrica**, definida como la disminución o pérdida de habilidades para

funcionar como persona en el cuidado personal, medio familiar, social, ocupacional y organizativo, en individuos que padecen de un trastorno mental. Se identificaron los siguientes tipos de discapacidad:

- **Cuidado personal:** limitaciones para su desempeño en el aseo corporal, en la limpieza y arreglo de su vestimenta.
- **Funcionamiento ocupacional:** limitaciones para su desempeño en el área ocupacional, ya sea en el trabajo, en los estudios y en las tareas del hogar.
- **Funcionamiento familiar:** limitaciones para su desempeño en el rol familiar como madre, padre, esposo(a), hijo(a).
- **Funcionamiento social:** limitaciones para su desempeño en las interacciones sociales en general, o en su rol social, en sus relaciones con familiares, amigos, vecinos, etc.
- **Funcionamiento organizativo:** limitaciones para su desempeño en la organización y ejecución de sus actividades de la vida diaria en general.

Se construyó una variable dicotómica con algún grado y tipo de discapacidad psiquiátrica versus ninguna. Se consideraron los grados de leve, moderado y severo, para las personas que reportaron algún tipo y grado de discapacidad. Los tipos de discapacidad corresponden a las cinco preguntas sobre discapacidad / inhabilidad, en la población adulta de Lima Metropolitana y el Callao.

**Trastornos mentales;** Corresponden a los trastornos mentales identificados según los criterios de investigación del CIE-10- OMS, recogidos a través del MINI. De manera específica se consideró la presencia actual de los siguientes trastornos mentales: episodio depresivo, trastorno de pánico sin agorafobia, agorafobia sin trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastornos de estrés postraumático (TEPT). Se consideró la variable cualquier trastorno de ansiedad generalizada a seis meses por ser éste uno de los criterios para su diagnóstico. Por otro lado, se consideró el abuso - dependencia al alcohol a doce meses y presencia de síntomas psicóticos alguna vez en la vida. Aunque el MINI no considera esquizofrenia entre los diagnósticos

identificables, si incluye preguntas que indagan la presencia de ocho síntomas psicóticos. En este sentido, se consideró como trastorno psicótico la presencia de cuatro a más síntomas.

Se construyó una variable dicotómica de la presencia actual versus la ausencia de cada uno de los trastornos mentales identificados. También se construyó una variable con la presencia de uno, dos y tres trastornos mentales en la población adulta de Lima Metropolitana y el Callao.

#### **Variables demográficas<sup>21</sup>**

- **Edad:** Registrada como variable cuantitativa continua.
- **Sexo:** Masculino y femenino. Escala nominal.
- **Estado civil:** Soltero, casado, conviviente, separado, viudo o divorciado. Escala nominal.
- **Nivel de instrucción:** Se registraron las categorías: sin instrucción, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnica incompleta, técnica completa, superior incompleta y superior completa.
- **Nivel de pobreza según gasto de consumo y línea de pobreza:** En función de si sus ingresos no le permiten cubrir ni las necesidades básicas de alimentación, se le consideró pobre extremo; si cubre las necesidades básicas de alimentación, pero no le permite cubrir otras necesidades básicas como vestido y vivienda, se le consideró pobre; si cubre todas las necesidades básicas se le consideró no pobre, igual como aquel que puede cubrir todas sus necesidades básicas y otras no básicas, como diversión y esparcimiento.
- **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.
- **Nivel socioeconómico:** Respuesta a preguntas sobre ingresos. Es medida con escala ordinal.

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

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

**Cuestionario de salud mental (CSM):** Adaptado en el Perú<sup>22</sup>, recoge información sobre diversas áreas de salud mental, dentro de los cuales incluye preguntas sobre datos demográficos y socioeconómicos y las siguientes escalas:

**Escala abreviada de discapacidad e inhabilidad** Escala con cinco preguntas con cuatro categorías de respuesta (ninguna, leve, moderada, severa), que cubren tipos de discapacidad e inhabilidad, tales como: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, familiar, social y organizativo. La escala se construyó a partir del WHO DAS S<sup>24</sup>, utilizado en la Clasificación de la Discapacidad de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10-OMS)<sup>23</sup>; y de la Escala de Habilidades Psicosociales para la Rehabilitación en Salud Mental (utilizado en el Departamento de Rehabilitación del INSM “HD-HN”). Se determinó la validez de contenido seleccionando una muestra de 100 viviendas repartidas en los cinco conos de Lima y el Callao y se aplicó a un adulto del hogar. Finalmente, la confiabilidad de la escala fue evaluada mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach (alfa = 0.732) y la validez de constructo mediante el Análisis factorial, a través del cual se identificó una única dimensión, lo que indica que los ítems miden adecuadamente el tema<sup>24</sup>.

**Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Versión Español CIE-10<sup>25,26</sup>** elaborado por Sheehan, Hergueta, Lecrubier y colaboradores. Es un instrumento basado en los criterios de investigación de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, permite obtener información estandarizada y hacer diagnósticos de los principales trastornos psiquiátricos. Este instrumento ha sido validado y ha mostrado una adecuada concordancia con instrumentos de evaluación importantes<sup>20,27</sup>, con la ventaja de ser de fácil aplicación (15 minutos en promedio), y no requiere entrenamiento tan intenso como

Prevalencia de la Discapacidad Psiquiátrica en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao

otros instrumentos. El instrumento fue adaptado lingüísticamente a través de un ensayo piloto con personas residentes en cien viviendas seleccionadas en cada uno de los conos de Lima Metropolitana y el Callao; también se adaptó para obtener la prevalencia actual, de vida, y a seis meses, de los principales trastornos mentales.

Dado que las preguntas de la escala abreviada de discapacidad / inhabilidad no precisan el tiempo, se consideró la discapacidad actual en relación a la prevalencia actual de los trastornos mentales estudiados.

Las asociaciones entre la discapacidad psiquiátrica y los trastornos mentales se evaluaron mediante OR ajustados obtenidos mediante la regresión logística, tomando en cuenta el diseño muestral complejo. El procesamiento de los datos se realizó utilizando el software estadístico SPSS versión 19.

**Resultados**

Este estudio constituye una investigación de la discapacidad psiquiátrica a profundidad dentro del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y el Callao 2002. Las prevalencias de los principales trastornos mentales en la población mencionada han sido publicadas en el informe general del Estudio troncal<sup>20</sup>.

Los hallazgos revelaron que la prevalencia actual de la discapacidad psiquiátrica en la población adulta de Lima Metropolitana y el Callao con por lo menos un trastorno mental, fue del 39,3%.

En la Tabla 1 se observa que la prevalencia de discapacidad psiquiátrica se acrecentaba significativamente al aumentar la comorbilidad psiquiátrica ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 1.**  
**PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD PSQUIÁTRICA SEGÚN UNO A MÁS TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002**

NÚMERO DE TRASTORNOS MENTALES	MUESTRA	PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD PSQUIÁTRICA		IC DE 95%	P
		n	%		
Ninguno	1561	332	22.4	(19,7%; 25,4%)	0.000
Uno	382	135	36.0	(30,0%; 42,6%)	
Dos	75	36	51.6	(37,8%; 65,2%)	
Tres	50	26	51.1	(35,2%; 66,9%)	

(\*) Prueba de Independencia para muestras complejas (F=6249)

En relación a las variables sociodemográficas de la población adulta con presencia actual de algún trastorno mental, se evidenció que la discapacidad psiquiátrica estaba asociada significativamente con la condición marital ( $p < 0.014$ ). El 46,1% de las personas con discapacidad no tenían pareja, en contraste con el 33,5% que sí tenían. (Tabla 2).

La Tabla 3 muestra la relación entre los grados de discapacidad psiquiátrica con los trastornos mentales. La mayoría de los trastornos mentales generan discapacidad psiquiátrica entre leve y moderada. La distribución de la discapacidad para el grado leve se presentó en el siguiente orden: el primer lugar lo ocupó la agorafobia sin trastorno de pánico, en donde el 100% de

los casos se ubicó en este grado, seguidos por el abuso/ dependencia de alcohol (93,6%), trastorno de pánico sin agorafobia (91,8%), TEP (91,6%), trastorno de ansiedad generalizada (91,0%), fobia social (89,9%). Para el grado de discapacidad moderada, la prevalencia de la discapacidad del TOC (53,7%) fue las más alta, seguida del episodio depresivo (13,1%), psicosis (12,2%), fobia social (10,1%), trastorno de ansiedad sin comorbilidad (8,4%), abuso/dependencia de alcohol (6,4%), trastorno de pánico sin agorafobia (4,8%) y TEP (4,3%). Para el grado de discapacidad severa, las prevalencias se desplegaron en el siguiente orden: TEP (4,2%), trastorno de pánico sin agorafobia (3,4%), psicosis (3,3%) y episodio depresivo (2,5%).

**Tabla 2.**  
**DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA ACTUAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO, AÑO 2002**

CARACTERÍSTICAS GENERALES	MUESTRA	PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA		IC DE 95%	P (*)
		N	(%)		
<b>Edad (años)</b>					
De 18 a 24	92	39	46.0	(35,4 - 56,9)	0.194
De 25 a 44	279	100	36.4	(29,3 - 44,1)	
De 45 a 64	116	45	35.7	(27,0 - 45,4)	
De 65 a más	28	15	53.4	(32,4 - 73,2)	
<b>Sexo</b>					
Femenino	335	128	38.4	(31,7 - 45,5)	0.702
Masculino	180	71	40.6	(31,9 - 50,0)	
<b>Condición marital</b>					
Sin pareja	225	98	46.1	(37,8 - 54,7)	0.014
Con pareja	289	100	33.5	(27,5 - 40,1)	
<b>Grado de estudios</b>					
Inicial / primaria	91	42	47.9	(36,7 - 59,2)	0.083
Secundaria/Bachillerato	254	90	34.6	(27,5 - 42,3)	
Superior universitario.	68	26	31.0	(19,4 - 45,8)	
Superior no universitario.	93	36	47.2	(35,0 - 59,7)	
<b>Promedio neto de ingreso mensual</b>					
Menos de s/. 300	110	44	42.6	(32,5 - 53,4)	0.793
De s/.301 a s/.570	85	36	42.5	(29,6 - 56,6)	
De s/.571 s/.900	69	23	34.0	(21,6 - 49,0)	
Más de s/.900	54	22	39.7	(24,9 - 56,7)	
<b>Pobreza según NBI</b>					
Pobre extremo	44	14	29.4	(17,1 - 45,6)	0.313
Pobre	105	46	45.5	(33,2 - 58,4)	
No pobre	361	139	39.2	(33,1 - 45,7)	

(\*) Prueba de Independencia para muestras complejas

**Tabla 3.**  
**GRADOS DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA SEGÚN TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002**

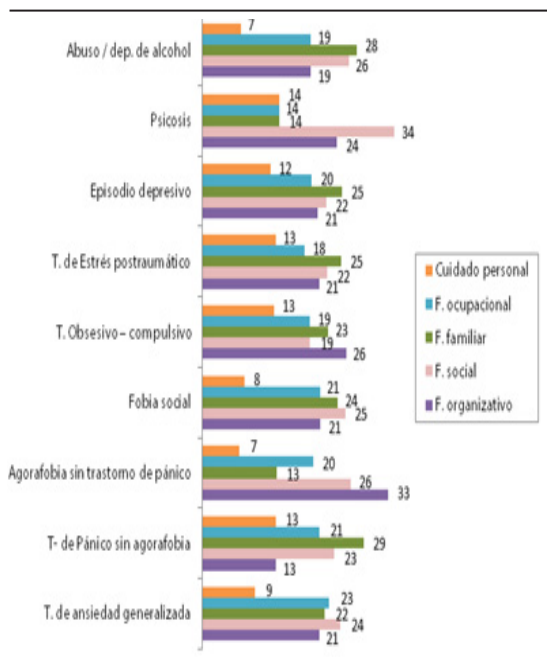
TRASTORNOS MENTALES	MUESTRA	GRADO DE DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA					
		LEVE		MODERADA		SEVERA	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Psicosis	12	8	84,4	3	12,2	1	3,3
Agorafobia sin trastorno de pánico	9	9	100,0				
Trastorno de pánico sin agorafobia	15	12	91,8	2	4,8	1	3,4
Fobia social	29	25	89,9	4	10,1		
Trastorno obsesivo – compulsivo	11	6	46,3	5	53,7		
Episodio depresivo	78	65	84,4	11	13,1	2	2,5
Abuso / dependencia de alcohol	38	36	93,6	2	6,4		
T. de Estrés postraumático	29	25	91,6	3	4,3	1	4,2
Trastorno de ansiedad sin comorbilidad	478	435	91,0	40	8,4	3	0,6

Prevalencia de la Discapacidad Psiquiátrica en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao

El gráfico 1 muestra las prevalencias de la discapacidad psiquiátrica por tipos según la presencia actual de los principales trastornos mentales. Se ha incluido la prevalencia de vida de síntomas psicóticos y la prevalencia a doce meses del abuso o dependencia al alcohol. Se muestra el perfil de los tipos de discapacidad psiquiátrica asociado a cada uno de los trastornos mentales. Es interesante que en la psicosis, la discapacidad para el funcionamiento social haya sido la más alta entre todos los tipos de trastornos, seguida de la discapacidad para el funcionamiento organizativo. En la agorafobia sin trastorno de pánico, la discapacidad para el funcionamiento organizativo fue la más comprometida, seguida por la discapacidad para el funcionamiento social. En el trastorno de pánico sin agorafobia la discapacidad para el funcionamiento familiar fue la más alta, seguida de la discapacidad para el funcionamiento social. En el episodio depresivo la discapacidad para el funcionamiento familiar mostró el nivel más alto, seguida de la discapacidad en el funcionamiento social y en el funcionamiento organizativo.

**Gráfico 1.**

**DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA POR TIPOS, SEGÚN TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002**



En el Gráfico 1, es interesante observar que en la fobia social la discapacidad para el funcionamiento social fue la más comprometida, seguida de la discapacidad en el funcionamiento familiar. En el caso del TOC la discapacidad para el funcionamiento organizativo fue la más comprometida, seguida de la discapacidad para el funcionamiento familiar. Para el caso del abuso /dependencia al alcohol, tanto como para TEPT la discapacidad para el funcionamiento familiar fue la más alta, seguida de la discapacidad para el funcionamiento social. Finalmente, en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, la discapacidad para el funcionamiento social mostró los mayores valores, seguida de la discapacidad para el funcionamiento ocupacional.

Con el propósito de evaluar la asociación entre los trastornos mentales y la discapacidad psiquiátrica controlando el efecto de las variables sociodemográficas, se realizó un análisis de regresión logística multivariado (Tabla 4 y Gráfico 2).

Analizando cada uno de los trastornos, se encontró que la psicosis aumentaba en más de cuatro veces la posibilidad de tener una discapacidad psiquiátrica (OR=4,460; IC: 1,47-13,56), lo cual indica que la psicosis, parece ser una condición importante para explicar la presencia de discapacidad psiquiátrica (Tabla 4).

Al ajustar la edad, sexo, situación marital y nivel de estudios se observó que los trastornos antes mencionados se mantuvieron significativamente asociados con la discapacidad psiquiátrica.

Los OR del episodio depresivo, TOC, agorafobia sin trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático y episodio depresivo, no tuvieron significación estadística. Adicionalmente, se encontró una asociación significativa entre la discapacidad psiquiátrica, la edad y el nivel educativo. El tener edad de 45 a 59 años presentaba una relación inversa, por cada persona de 18 a 24 años, 0,57 personas de 45 a 59 años



tenía discapacidad (OR=0,57). Las personas con el menor nivel educativo tuvieron de dos a tres veces más posibilidades de presentar

discapacidad (OR=2,81), en comparación con las personas con nivel educativo superior universitario (Tabla 4).

**Tabla 4.**  
**RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LA DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA EN RELACIÓN A LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS Y LOS TRASTORNOS MENTALES EN LIMA METROPOLITANA 2002**

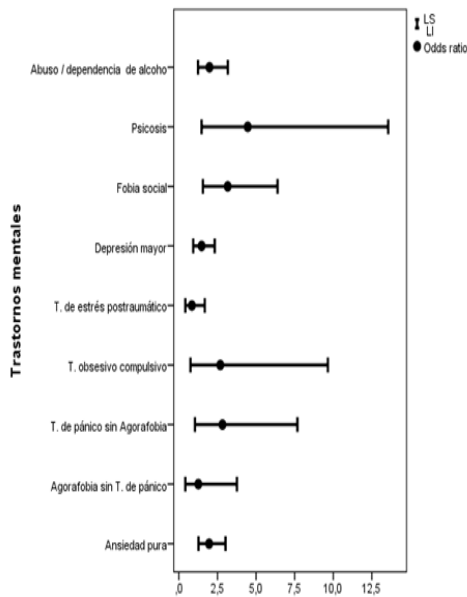
FACTORES	MUESTRA (N=2077)	DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA		
		OR AJUSTADO	IC (95%)	
			LI	LS
<b>Edad (años) *</b>				
De 60 a más	212	1,22	0,76	1,98
De 45 a 59	391	0,57	0,36	0,91
De 25 a 44	1096	0,79	0,55	1,13
<b>Sexo</b>				
Femenino	1240	1,03	,789	1,34
<b>Grado de estudios *</b>				
Sin nivel/ Inicial/ Primaria	294	2,81	1,72	4,53
Secundaria/ Bachillerato	900	1,21	0,84	1,77
Superior no universitario	431	1,38	0,92	2,08
<b>Unión marital</b>	1249	,71	,54	,94
<b>Psicosis</b>	21	4,46	1,47	13,56
<b>Fobia social</b>	55	3,16	1,56	6,39
<b>T. de pánico sin Agorafobia</b>	29	2,82	1,04	7,68
<b>Abuso / dependencia de alcohol</b>	116	1,98	1,24	3,17
<b>Ansiedad generalizada</b>	152	1,96	1,27	3,02
<b>T. obsesivo compulsivo</b>	20	2,68	,75	9,65
<b>T. de estrés postraumático</b>	69	0,84	0,42	1,68
<b>Episodio depresivo</b>	179	1,47	0,93	2,32
<b>Agorafobia sin T. de pánico</b>	25	1,26	0,42	3,76

\* Categoría de referencia: edad de 18 a 24 años, masculino, grado superior universitario, sin pareja. Para psicosis tres o menos síntomas psicóticos; para el resto, los que no tienen el trastorno mental.

El Gráfico 2 resume de manera objetiva y concreta los intervalos de confianza y su relación con el valor de 1, así como la significación

estadística de los OR ajustados, presentados en la tabla 4.

**Gráfico 2.**  
**RELACIÓN ENTRE LA DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA Y LOS TRASTORNOS MENTALES (OR AJUSTADOS), CONTROLANDO LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS. LIMA METROPOLITANA 2002**



## Discusión

La presente investigación es epidemiológica, desarrollada a partir de una muestra en la cual se evaluaron los criterios para presencia de algún desorden mental detectado a través del MINI y que también respondió positivamente a las preguntas sobre discapacidad/inhabilidad desde la perspectiva de la auto percepción del encuestado o encuestada. Los diagnósticos psiquiátricos han sido obtenidos a través del MINI, no fueron confirmados clínicamente; de la misma manera la presencia, los tipos y severidad de la discapacidad psiquiátrica. Por otro lado, no se identificó, ni se excluyó de la muestra a las personas que además de tener un trastorno mental tuvieron una o más enfermedades orgánicas concomitantemente, de manera que hemos asumido que la discapacidad asociada a uno o más trastornos mentales, corresponde a éstos, al margen de que la probable presencia

de las enfermedades orgánicas podrían haber aportado algo a la magnitud de la discapacidad. Sin embargo, los resultados del estudio se basan en datos obtenidos a través de instrumentos validados estadísticamente y por lo tanto, los resultados pueden ser extrapolados a la población general de Lima Metropolitana y el Callao.

La discusión sobre la prevalencia de los principales trastornos mentales ha sido analizada en el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002<sup>21</sup>.

La mayoría de los estudios de discapacidad tienen una perspectiva complementaria al enfoque clínico, a diferencia del presente estudio que parte desde una perspectiva epidemiológica y poblacional.

Uno de los principales valores de este estudio es que nos muestra no solo la fuerza de asociación entre la discapacidad y los trastornos mentales, sino también la condición discapacitante de los mismos, a través de la regresión logística, por medio de los OR ajustados correspondientes, después de haberse controlado las variables sociodemográficas. Por otro lado, se desarrolló un perfil de la discapacidad para cada tipo de patología psiquiátrica estudiada, lo cual puede ser una contribución para la elaboración de programas específicos de rehabilitación; además, se estudió las asociaciones de la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica con los factores sociodemográficos.

Otro aspecto importante de este estudio, es su contribución a la evaluación de la magnitud de la discapacidad psiquiátrica, lo cual es fundamental para reflejar la carga de la enfermedad asociada a los trastornos mentales y las posibilidades de contrarrestarla a través de la implementación de estrategias y programas especializados de salud mental.

En síntesis, el estudio es especial y singular en su género, constituye uno de los primeros estudios epidemiológicos sobre discapacidad psiquiátrica en América Latina ejecutado en el año 2002.

Los resultados del estudio confirman que la discapacidad es una condición asociada a los trastornos mentales en general y no es potestad de la esquizofrenia. También revelan que la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica en la población adulta de Lima Metropolitana y el Callao, con presencia actual de algún trastorno mental es de 39,3%. Estos datos son similares a los reportados en un estudio de desórdenes psiquiátricos y discapacidad en una comunidad rural, en el cual los encuestados reportaron tener algún tipo de discapacidad en curso (35%), utilizando metodología e instrumentos diferentes<sup>28</sup>. Aunque la magnitud de este dato, para algunos pudiera parecer alarmante, evidencia un aspecto de la condición de salud del paciente que aparentemente está oculto y por lo tanto, revela la importancia de identificar o diagnosticar la discapacidad asociada a todos y cada uno de los trastornos mentales, tanto a nivel poblacional como individual o clínico. Se revela además, la necesidad potencial de servicios de rehabilitación psiquiátrica dentro de los sistemas de la atención de la salud mental.

En relación a las discapacidades según características demográficas, las personas sin pareja, solteras, divorciadas, viudas o separadas están más expuestas a padecer mayores problemas de discapacidad (46%), en comparación con las que tienen pareja (33,5%), lo cual es atribuible a la evidente falta de soporte. Por otro lado, en base a la regresión logística, por cada persona sin pareja y con un trastorno mental, 0,710 personas con pareja y con trastorno mental presentan discapacidad, lo cual revela que tener pareja parece ser una condición protectora contra la discapacidad. Según el nivel de estudios, las personas con algún trastorno psiquiátrico y con los niveles de estudios más bajos (sin nivel, nivel inicial y primario), tienen de dos a tres veces más probabilidades de presentar discapacidad psiquiátrica, en comparación con las personas con algún trastorno psiquiátrico y con niveles de estudios superiores universitarios. Tal vez, esto se explique por las limitaciones para afrontar los problemas de la vida diaria con el consiguiente incremento de la tensión en personas con más bajo nivel de instrucción, que a su vez presentan

algún trastorno mental, en comparación con las personas que tienen algún trastorno mental y que a su vez tienen estudios universitarios, lo cual es comprensible, porque las personas con mayor nivel educativo, tendrían más probabilidades de haber desarrollado habilidades y capacidades para resolver problemas y experimentar menores niveles de tensión. Los datos obtenidos según el ingreso mensual y los niveles de pobreza no han mostrado evidencia con significación estadística de que las personas con menores ingresos económicos o con mayor nivel de pobreza estén más expuestas a la condición de discapacidad, tal como lo reporta el Informe Mundial sobre la Discapacidad de la OMS<sup>29</sup>.

Ante la presencia de más de un diagnóstico psiquiátrico o comorbilidad, existe una mayor probabilidad de presentar mayores niveles de discapacidad, tal como ha sido revelado en otros estudios<sup>30,9</sup>.

En relación a la prevalencia de la discapacidad por tipos y grados asociados a los trastornos mentales, no ha sido posible presentar datos estadísticamente significativos, sin embargo, desde un punto de vista descriptivo, podemos observar que las prevalencias siguen un orden decreciente desde el grado leve a severo. Es interesante observar que todos los trastornos psiquiátricos estudiados generaron diferentes grados de discapacidad y que la agorafobia sin trastorno de pánico generó solo discapacidad leve. El mayor porcentaje de discapacidad moderada lo generó el TOC, seguido del episodio depresivo y la psicosis. Un hallazgo importante es que si bien el TOC no generó discapacidad severa, mostró los niveles más altos en discapacidad moderada (53,7%), en una proporción cuatro veces mayor que el episodio depresivo que le sigue en el orden.

Para el grado severo de discapacidad, es interesante observar que el TEP muestra los mayores niveles (4,2%), seguido del trastorno de pánico sin agorafobia (3,4%) y la psicosis (3,3%).

En relación a la distribución de la prevalencia de los tipos de discapacidad psiquiátrica asociados a los tipos de trastornos mentales estudiados, se

## Prevalencia de la Discapacidad Psiquiátrica en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao

muestra desde el punto de vista epidemiológico, que los tipos de discapacidad desarrollan un perfil especial para cada tipo de los trastornos mentales señalados, lo cual establece las bases para la elaboración de programas específicos de rehabilitación psiquiátrica por patologías. En este sentido, es evidente que en la psicosis el tipo de discapacidad más comprometido sea la discapacidad para el funcionamiento social (35%) y la discapacidad para el funcionamiento organizativo (23%), tal como se evidencia en la práctica clínica de la rehabilitación psiquiátrica. Por otro lado, el trastorno de pánico sin agorafobia, si bien no muestra los mismos valores de discapacidad, parece mostrar un perfil semejante al abuso/dependencia al alcohol.

En base a los resultados de la regresión logística, se muestra la fuerza de la condición discapacitante de los trastornos mentales a través de los OR ajustados en un orden decreciente. En tal sentido, la discapacidad psiquiátrica está significativamente asociada con la psicosis, (OR:4,46; IC:1,4 - 13,56), la fobia social (OR:3,16; IC:1,56 - 6,39), el trastorno de pánico sin agorafobia (OR:2,82; IC:1,04 - 7,68), el abuso - dependencia al alcohol (OR:1,98; IC:1,24 - 3,17) y la ansiedad generalizada (OR:1,96; IC:1,27 - 3,02). Estos hallazgos ponen en evidencia que la discapacidad no es una condición derivada únicamente de la psicosis, está presente en todos los trastornos mentales, tal como lo muestra el Gráfico N° 1; aunque algunos no han mostrado significación estadística, lo que a su vez podría resolverse con estudios posteriores con muestras más grandes. Desde una perspectiva teórica todas las enfermedades, incluyendo los trastornos mentales, generarían de alguna manera, algún tipo y grado de discapacidad. La importancia de esta reflexión radica en la necesidad de evaluar el funcionamiento de los pacientes independientemente de su condición clínica y que la recuperación de los mismos, implica intervenciones de rehabilitación y no sólo de tratamiento farmacológico.

### Conclusiones

El estudio expone la evaluación de la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica en

la población adulta de Lima Metropolitana y el Callao, a través de la perspectiva de la auto percepción del encuestado o encuestada en el año 2002. Se pone en evidencia que la discapacidad psiquiátrica tiene una elevada prevalencia en la población estudiada. Los trastornos mentales guardan la condición de ser discapacitantes, lo cual se manifiesta a través de un mayor riesgo de padecer discapacidad psiquiátrica en el siguiente orden decreciente: Psicosis, fobia social, trastorno de pánico sin agorafobia, abuso/dependencia de alcohol y ansiedad pura.

Por otro lado, se evidencia que la discapacidad psiquiátrica no es una condición propia de las psicosis, está presente en la mayoría, sino en todos los trastornos mentales, incluso en los aparentemente menos severos. Se requieren estudios adicionales con muestras mayores para obtener una significación estadística en la prevalencia de la discapacidad psiquiátrica de otros trastornos mentales en la población adulta de Lima Metropolitana y el Callao.

La discapacidad psiquiátrica es una condición de salud prevalente, requiere de un adecuado diagnóstico y afronte dentro del sistema de atención y los planes y programas de salud mental, a favor del derecho a la salud de la población.

---

### Referencias

- 1 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Exposición de Motivos, documento introductorio del Manual de Organización y Funciones. Ministerio de Salud, Lima, 1982.
- 2 Organización Mundial de la Salud. El Contexto de la Salud Mental. Editores Médicos, S.A. EDIMSA. Ginebra; 2003: 12. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Maqueta\\_OMS\\_Contexto\\_Ind.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Maqueta_OMS_Contexto_Ind.pdf). acceso:18.11.2013.
- 3 Organización Mundial de la Salud. Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Resumen Analítico. Ginebra; 2001:10. [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/49.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/49.pdf) acceso: 18.11.13.

- 4 Jablensky A, Schwartz R, Tomov T: WHO collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1980; 62 Suppl 285: 152-159.
- 5 Sartorius N, Di Girolamo G, Andrews G, Allen German G, Eisenberg L. Treatment of Mental Disorders, A Review of Effectiveness. Published on behalf of The World Health Organization by American L Psychiatric Press, Inc., Washington, DC. London, England, 1993.
- 6 Bland R. Psychiatry and the burden of mental illness. *Can J Psychiatry.* 1998; 43(8): 801-10.
- 7 Programa Educativo de la WAP/PTD sobre Trastornos Depresivos. Visión de Conjunto y Aspectos Fundamentales. OPS y Asociación de Psiquiatría de América Latina.
- 8 Lyngé I, Bertelsen A, Bjerregaard P, Fink P, Munk-Jørgensen P, Pedersen A. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int-J-Circumpolar-Health* 1998; 57 Suppl 1: 423-426.
- 9 Olsson M, Fireman B, Weissman M, Leon A, Sheehan D, Kathol R et al. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1734-1740.
- 10 Gallo J, Lebowitz B. The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: themes for the new century. *Psychiatr Serv.* 1999 Sep; 50(9): 1158-66.
- 11 Jenkins R. Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 1998 May-Aug; 7(2): 120-6.
- 12 Goering P, Lin E, Campbell D, Boyle M, Offord D. Psychiatric disability in Ontario. *Can J Psychiatry.* 1996 Nov; 41(9): 564-71.
- 13 Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS). Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile 2004. Santiago de Chile, abril, 2005. Disponible en: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/encuestas\\_discapacidad/discapacidad.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/discapacidad.php). 04.03.2014.
- 14 Instituto Nacional de Rehabilitación, Sociedad Peruana de Medicina Física y Rehabilitación, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Prevalencia de las Deficiencias Discapacidades y Minusvalías en el Perú. 1993.
- 15 Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Servicios Sociales. Clasificación Internacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Manual de Clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Artegraf, 1986.
- 16 Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. CONA II: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad, Revisión Española. Primera Revisión hecha en el Perú, Lima, 1990.
- 17 Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF. Organización Mundial de la Salud, 2001.
- 18 Liberman R. Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia: Overcoming Disability and Handicap. Symposium Current Problems and Strategies for the Treatment of Schizophrenia. 140th Annual Meeting, American Psychiatric Association. Chicago, Illinois. 1987 May 12.
- 19 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association.
- 20 World Health Organization. Multiaxial Presentation of ICD-10 for Adults. Cambridge, U.K. Cambridge University Press; 1997.
- 21 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XVIII. Año 2002, Número 1 y 2. Lima.
- 22 Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas R. Salud Mental de una población urbano marginal de Lima. Serie Monografías de Investigación No 2. 1995. Lima. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi".
- 23 World Health Organization. Multiaxial Presentation of ICD-10 for Adults. Cambridge, U.K: Cambridge University Press; 1979.
- 24 Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los Estudios epidemiológicos de Salud Mental de Lima y de la Selva Peruana Anales de Salud Mental. 2009; XXV (Supl 1):1-259.
- 25 Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI. Lépine J et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. 2001. Versión en Español 5.0.
- 26 Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 20): 22-33.

Prevalencia de la Discapacidad Psiquiátrica en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao

- <sup>27</sup> Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi": Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana, 2003, Informe General. Anales de Salud Mental. 2003; XIX(1-2): 1-216.
- <sup>28</sup> Clayer J, Bookless C, Air T, McFarlane A. Psychiatric Disorder and Disability in a rural community. Soc Psychiatric and Psychiatr Epidemiol. 1988; 33: 269–273.
- <sup>29</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud 2011.
- <sup>30</sup> Andrews G, Henderson S, Wayne H. Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. Overview of the Australian National Mental Health Survey. BJPsych. 2001; 178:145–153.

### **Agradecimientos**

---

*Al Dr. Javier Saavedra, Director de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada por su valiosa asesoría en la elaboración y ejecución del proyecto.*

*A Ysela Agüero Palacios, Consultora Estadística. Departamento de Estadística, de la Facultad de Ciencias Matemáticas de la Universidad Mayor de San Marcos, por su valiosa asesoría y apoyo en el procesamiento estadístico y tabulación de los datos.*