

Peru is located in west central South America and borders on Ecuador, Colombia, Brazil, Bolivia, Chile, and the Pacific Ocean. Administratively, it is divided into 26 regions, 196 provinces, and 1,854 districts.

Between 1990 and 2019, the population grew by approximately 42.7%, reaching 32.5 million, and its structure shifted from an expansive trend toward a near-stationary one. Overall, 78% of the population lived in urban areas.

A 2006 survey on ethnic self-identification found that 1.6% of the Peruvian population considered themselves black, mulatto, or zambo (of mixed indigenous and African ancestry).

Basic development and health indicators systematically improved between 1990 and 2015.

Peru is an upper-middle-income country, with a per capita gross domestic product (GDP) adjusted for purchasing power parity of US\$ 11,960 in 2015.

LA CARGA DE ENFERMEDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Los trastornos mentales, neurológicos, por uso de sustancias y el suicidio (MNSS) causan el 18% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 34% de todos los años vividos con discapacidad (AVD).

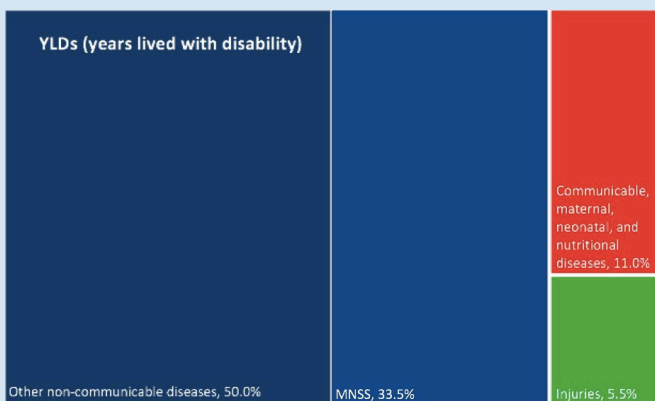


Figura 1. Distribución de AVD con un enfoque en trastornos mentales, neurológicos, de uso de sustancias y autolesiones (MNSS)

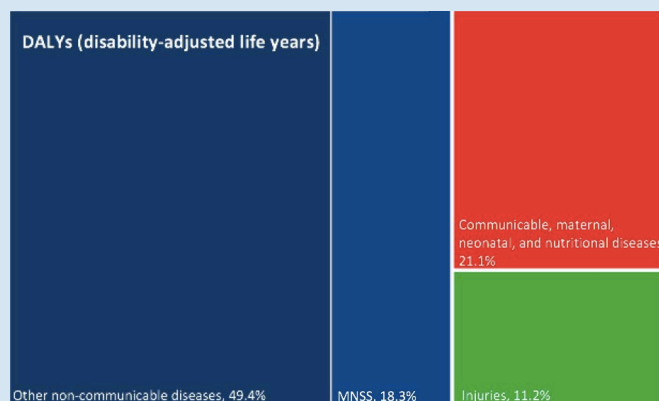


Figura 2. Distribución de AVAD con un enfoque en trastornos mentales, neurológicos, de uso de sustancias y autolesiones (MNSS)

THE BURDEN AFFECTING MENTAL HEALTH ACROSS THE LIFETIME

Fig. 3 shows the changes in disease burden across age-groups. NCDs (in shades of blue) surpass 50% of the burden at 5 years old, and will remain the largest burden throughout the lifetime. MNSS account for between a fourth and a third of the total burden between 10 and 50 years of age, the largest burden of all disease groups during this period.

Fig. 4 focuses exclusively on the burden resulting from MNSS. Until 5 years old, the MNSS burden is mostly due to autism (47%) and epilepsy (46%). Between 5 and 15 years old, the burden of conduct disorders (21%), anxiety disorders (18%), and headaches (18%)—including migraine and tension-type—gain prominence. Around 20 years of age, a pattern emerges that will remain stable throughout youth and adulthood: common disorders (anxiety, depression, self-harm and somatic symptom disorder) account for 38%, headaches for 23%, substance use disorders for 16% (10% due to alcohol), and severe mental disorders (schizophrenia and bipolar disorders) around 10%. The elderly suffer mostly from neurocognitive disorder due to Alzheimer's disease, which reaches 50% of the burden around 80 years old and remains above 70% after 85 years old.

Figura 3. Carga de enfermedad, por grupo de enfermedad y edad.

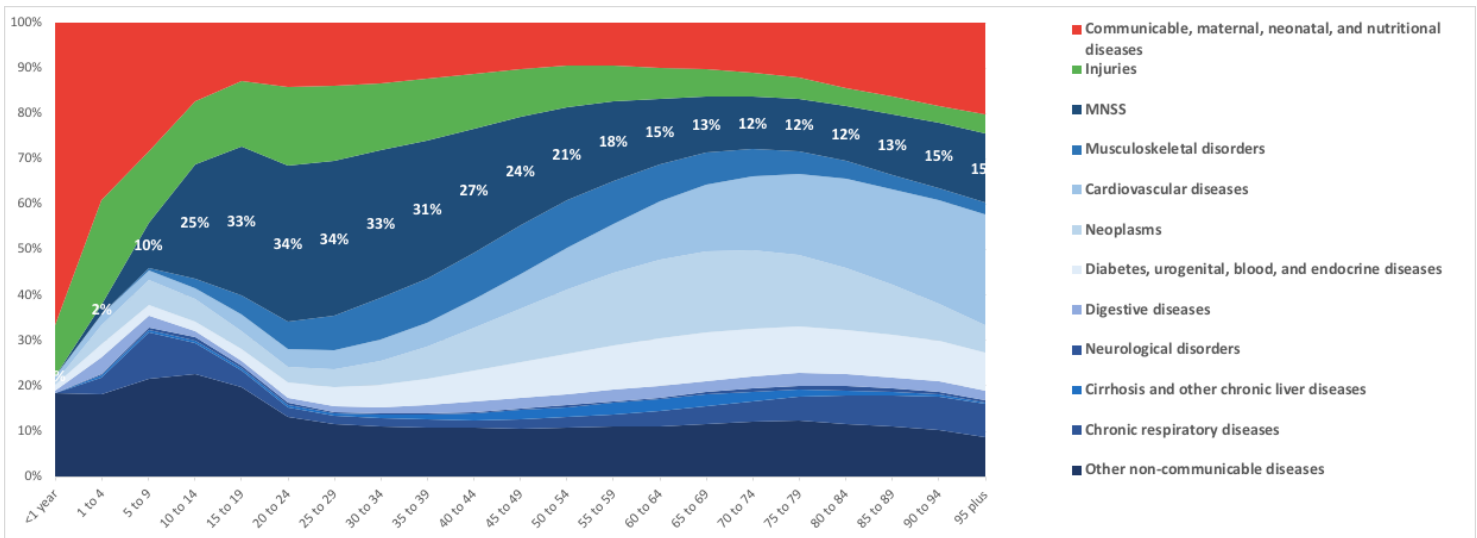
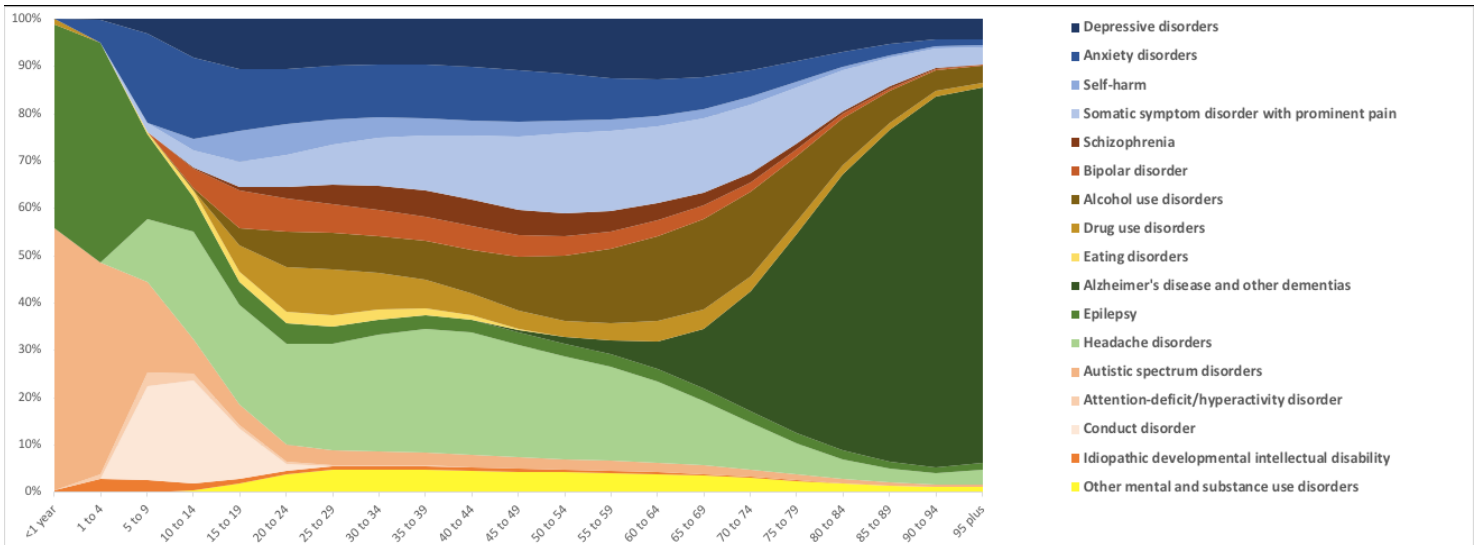


Figura 4. Carga de enfermedad, por trastornos MNSS y edad.



THE BURDEN AFFECTING MENTAL HEALTH IN MEN AND WOMEN

The top three disorders in terms of disability-adjusted life-years—accounting for 35 to 50% of total MNSS burden—are not the same for men and women: While men are mostly affected by alcohol use disorders, headaches, and somatic symptom disorder with prominent pain, women are mostly affected by headaches, anxiety and depressive disorders.

Hombres		Mujeres	
Trastorno	AVAD por 100 000	Trastorno	AVAD por 100 000
MNSS (todos)	3874	MNSS (todos)	4026
Trastorno por consumo de alcohol	559	Trastornos por dolor de cabeza	1009
Trastornos por dolor de cabeza	532	Trastornos por ansiedad	506
Trastorno de dolor persistente somatoforme	424	Trastornos por depresión	480
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	338	Trastorno de dolor persistente somatoforme	462
Trastornos por depresión	311	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	326

Conclusiones:

Teniendo en cuenta estas estimaciones, los proveedores de atención primaria deben recibir capacitación y herramientas para priorizar la detección y el tratamiento o la referencia de los trastornos comunes mencionados anteriormente para cada grupo de edad y sexo. Para los trastornos graves—como el autismo, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el Alzheimer—, así como para presentaciones severas, comórbidas o complejas de otros trastornos, por ejemplo, depresión durante el embarazo, consumo de sustancias en profesiones de servicio público, etc., los proveedores de atención primaria y las familias necesitan acceso a apoyos adecuados, tales como:

- Plataformas de referencia y/o supervisión que permiten un tratamiento continuo en la comunidad, incluyendo el uso de tecnología digital para aumentar el acceso a recursos distantes, concentrados geográficamente.
- Servicios de emergencia, hospitalizados y residenciales para el manejo de situaciones agudas de alto riesgo y pacientes con altas necesidades.

Estos servicios deben estar basados en la comunidad tanto como sea posible, incluso para el manejo de crisis, el tratamiento hospitalario en hospitales generales, viviendas con apoyo y servicios residenciales.