

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**“TRASTORNO DE SALUD MENTAL EN
ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL NIVEL
SECUNDARIO DEL COLEGIO ESTATAL ENRIQUE
PAILLARDELLE – TACNA, 2014.”**

**Tesis para optar Título Profesional de
MEDICO CIRUJANO**

**Presentado por:
BRUCE FREDY CHINO CHAMBILLA**

TACNA – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios nuestro padre celestial,
A mi esposa Diana, a mi hija María Isabel,
A mis padres, y tantos profesores y amigos
que me apoyaron...

“Por lo cual estoy seguro de que ni la muerte, ni la vida, ni ángeles, ni principados, ni potestades, ni lo presente, ni lo por venir, ni lo alto, ni lo profundo, ni ninguna otra cosa creada nos podrá separar del amor de Dios, que es en Cristo Jesús Señor nuestro.”
(Romanos 8:38-39)

AGRADECIMIENTOS

Al director IE. Enrique Paillardelle, profesor Mario Elías Rodríguez Navarro, por las facilidades para acceder a la institución que dirige, y sus contribuciones para mejorar este trabajo.

A mi Asesor Dr. Med. Elfren Raúl Liendo Liendo, por su don de servicio, apoyo incondicional y por el legado de amistad e importancia dada en el desarrollo del presente estudio.

A los alumnos del 2do año de Farmacia y Bioquímica de la UNJBG, por su colaboración en la recolección de datos.

A la I.E. Enrique Paillardelle de Tacna, seleccionada para esta investigación, por su colaboración y apoyo para poder llevar a cabo las medidas de evaluación necesarias para el desarrollo de esta tesis de grado

A Dios, a mis padres Víctor e Isabel y hermanos, por siempre tener palabras de ánimo y guía para mí.

Al Dr. CPC. Manuel Remigio Coquera Quispe, por sus recomendaciones y contribuciones en la elaboración de la presente investigación.

A mis tesoros más preciados; mi esposa Diana por el tiempo dedicado a mi persona, por brindarme su amor y paciencia. Y a mi hija María Isabel. Gracias por llenar de alegría mis días.

ÍNDICE

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema	11
1.2 Formulación del Problema	14
1.3 Objetivos de la investigación	15
1.3.1 Objetivo General.....	15
1.3.2 Objetivos Específicos.....	15
1.4 Justificación.....	16

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.2 Marco teórico.....	23
2.2.1 Características de la Institución Educativa “Enrique Paillardelle”	23
2.2.2 Salud mental	25
2.2.3 Salud mental y trastornos mentales: determinantes y consecuencias	26
2.2.4 La adolescencia	27
2.2.5 Salud mental del adolescente.....	28
2.2.6 Tendencias suicidas y adolescencia: identificación prevención	30
2.2.7 Trastornos depresivos del adolescente	31
2.2.8 Conductas sociopáticas y rebeldes en la adolescencia	32
2.2.9 Trastornos de ansiedad en adolescentes	33

2.2.10 Trastornos por consumo de sustancias en adolescentes	34
---	----

CAPITULO III

HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis general.....	38
3.2 Hipótesis específicas	38
3.3 Operacionalización de las variables	38
3.3.1. Identificación de las variables.....	38
3.3.2. Definición operacional de las variables.....	38
3.3.3. Caracterización de las variables.....	39

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1 Diseño.....	42
4.2 Ámbito De Estudio.....	42
4.3 Población Y Muestra.....	42
4.3.1 Criterios de inclusión	43
4.3.2 Criterios de exclusión.....	43
4.4 Instrumentos de recolección de datos.	43

CAPITULO V

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1 Procedimiento de datos	45
5.2 Consideraciones éticas	46

CAPITULO VI
RESULTADOS

6.1 Características de población de alumnos matriculados en la I.E. Enrique Paillardelle – Tacna, 2014.....	47
6.2 Prueba de hipótesis.....	51
6.2.1 Hipótesis general.....	51
6.2.2 Hipótesis específicas	56

CAPITULO VII
DISCUSION

CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFIA	77
ANEXOS.....	83
ANEXO 1. INSTRUMENTO DISCRIMINADOR DE RIESGO PSICOSOCIAL	83
ANEXO 2. VALIDACION POR CONSISTENCIA INTERNA DE LA ENCUESTA DISCRIMINADORA DE RIESGO DE TRASTORNO DE SALUD MENTAL – SIAS.	85
ANEXO 3. TAMIAZAJE POR PREGUNTAS	90

RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo determinar riesgo de trastornos de salud mental en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle de Tacna. Se realizó un estudio descriptivo y transversal; conformada por 799 alumnos (88.7% de la población) entre las edades de 12 a 18 años; para lo cual se aplicó una encuesta validada rigurosamente para medir riesgo de trastornos de la salud mental: Depresión y angustia, trastorno psicótico, alcoholismo y farmacodependencia. Obteniéndose que el 17.8% de los adolescentes de 12 a 18, presentan alto riesgo de trastornos de salud mental, de los cuales significativamente el 36.6% pertenece a los alumnos del 4to año de estudios y comprenden las edades entre 14 a 16 años. Asimismo el 62.0% de los alumnos que no tienen antecedente de atención psicológica/psiquiátrica, tienen alto riesgo de trastorno de salud mental. Los alumnos del 1ero al 5to año de estudios tienen significativamente comprometido 2 riesgos de trastornos de salud mental, encontrándose el valor más alto en el 3er año de estudios con 51.3%, además que implica a todas las edades y afecta con 47.7% a las mujeres y 42.9% a los varones. Además significativamente el 47.9% de los alumnos con riesgo de 2 trastornos de salud mental, no cuentan con antecedente de atención psicológica/psiquiátrica en los últimos 5 años.

Finalmente podemos afirmar con un intervalo de confianza del 95%, que los alumnos con síntomas de depresión y angustia tienen mayor riesgo de trastorno psicótico, farmacodependencia y alcoholismo.

ABSTRACT

This study aims to determine risk of mental health disorders in adolescents 12-18 years of secondary state school level Enrique Paillardelle of Tacna. A descriptive cross-sectional study; comprised of 799 students (88.7% of the population) aged 12-18 years; Depression and anxiety, psychotic disorder, alcoholism and drug dependence: for which a survey to measure rigorously validated risk of mental health disorders was applied. Obtaining that 17.8% of adolescents 12-18, at high risk of mental health disorders, of which 36.6% significantly belongs to the students of the 4th year of study and understand ages between 14-16 years. Also 62.0% of students who have no history of psychological / psychiatric care, high risk of mental health disorder. Students from 1st to 5th year of studies have significantly compromised two risks mental health disorders, being the highest value in the 3rd year of studies with 51.3%, also involving all ages and affects 47.7% women and 42.9% males. Also significantly 47.9% of students at risk of mental health 2, have no history of psychological / psychiatric care in the last five years.

Finally we can say with a confidence interval of 95%, that students with symptoms of depression and anxiety have increased risk of psychotic disorder, drug addiction and alcoholism.

INTRODUCCIÓN

Desde su inicio, la OMS ha incluido el bienestar mental en la definición de salud. La OMS define excelentemente la salud como: ...un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS 2001). Las tres ideas medulares para el mejoramiento de la salud están basadas en esta definición: la salud mental es una parte integral de la salud, la salud mental es más que la ausencia de enfermedad y la salud mental está íntimamente relacionada con la salud física y a conducta. La OMS ha propuesto recientemente el siguiente significado de salud mental: ...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (¹).

Definir “trastorno mental” es difícil, dado que no existe un diagnóstico o cuadro clínico unitario, sino un grupo de trastornos con algunos rasgos en común. La definición de “trastorno mental” también depende del contexto social, cultural, económico y legal de las diferentes sociedades. La mayoría de los documentos clínicos internacionales evitan usar el término “enfermedad mental”, y prefieren emplear, en cambio, el término “trastorno mental”. ‘Trastorno’ no es un término exacto, pero se usa aquí ‘para implicar la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. En Jamaica (Ley de Salud Mental de 1997): “Trastorno mental” significa; un trastorno sustancial del pensamiento, percepción, orientación o memoria, que afecta gravemente la conducta, el juicio, la capacidad para reconocer la realidad o la capacidad de una

¹ OMS 2004. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. Un informe de la Organización mundial de la salud, departamento de salud mental y abuso de sustancia en colaboración con la fundación Victorian para la promoción de la salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne.
http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

persona de enfrentar las exigencias de la vida, que hace que la persona se enajene (²).

La relevancia del presente estudio, es en parte del hecho de que los trastornos de salud mental pueden interferir con el pensamiento, el estudio y las relaciones sociales. Los problemas no resueltos de identidad, ira o depresión pueden llevar a la violencia o incluso el suicidio. Además la adolescencia al igual que el niño y la mujer, se encuentra en serias desventajas para defenderse de las agresiones de personas de su entorno; al respecto, el 70,1% de la población adolescente de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes manifestó haber sufrido algún tipo de abuso en algún momento de su vida. Siendo la forma más frecuente de abuso, el psicológico (insultos, agresiones verbales, humillaciones, manipulaciones) con un 60,5%, seguido del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas) con 43,8%; por lo que siete de cada diez adolescentes han sido objeto de algún tipo de abuso (físico, psicológico, sexual o abandono) (⁹). Por lo expuesto la adolescencia es una etapa de vida vulnerable al abuso y es un periodo durante el cual se pueden manifestar algunos trastornos mentales, en particular los efectos de la depresión y otros trastornos la esquizofrenia debilitante, las ansiedades y las fobias; que se manifiestan a largo plazo en forma de suicidios y de pérdida de productividad (alteración del buen desarrollo intelectual y social) lo que han evidenciado la necesidad de especial atención a la salud mental de los adolescentes.

En el presente trabajo de tesis titulada “TRASTORNO DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL NIVEL SECUNDARIO DEL COLEGIO ESTATAL ENRIQUE PAILLARDELLE – TACNA, 2014” se tiene como objetivo general determinar riesgo de trastornos de salud mental en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle, en el año 2014; y consta de las siguientes partes:

² Michelle Funk, Natalie Drew y Benedetto Saraceno (2006). El Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Departamento de salud mental y toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.
http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

Capítulo I: El problema de investigación: Se fundamenta, formula y se plantea los objetivos y justificación del presente estudio.

Capítulo II: Revisión de la Literatura: se presenta los antecedentes, marco teórico y definición de conceptos empleados en el estudio del presente trabajo.

Capítulo III: Formulación la hipótesis, variables y definiciones operacionales.

Capítulo IV: Metodología de la Investigación: se expone el diseño, ámbito de estudio, población y muestra además del instrumento de recolección de datos.

Capítulo V: Procedimiento de Análisis de datos. Se indica la aplicación del instrumento, así como las consideraciones éticas.

Capítulo VI: Resultados: El cual consta de la presentación de tablas de contingencia, gráficos, cálculos e interpretación.

Capítulo VII: Discusión: se comparó los resultados con otros estudios.

Y finalmente se consignan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud mental como un «estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» y en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»⁽³⁾.

Así mismo según RECINOS GIRÓN ⁽⁴⁾, la salud mental es el producto de la presencia e interacción de factores sociales, biológicos y ambientales que nos permiten interactuar con nuestro medio ambiente y otras personas de una manera ordenada, correcta y sana. Estos al ser alterados pueden desarrollar desórdenes mentales cuyo aspecto sindrómico podría ser: problemas conductuales en casa y en la escuela, desobediencia, hiperactividad, violencia hacia sí mismos y hacia los demás, apatía e incluso trastornos bien establecidos como depresión y angustia, psicosis, uso y abuso de drogas entre otros.

Por otro lado, en la adolescencia (período entre 10 y 19 años) implica una serie de cambios fisiológicos (que se manifiestan morfológica y funcionalmente), así como psicológicos que conducen a la expresión completa de dimorfismo sexual, a la adquisición de la capacidad reproductora y a la instauración de nuevas formas de comportamiento que les permiten incorporarse a la vida adulta⁽⁵⁾. Y según RECINOS GIRÓN ⁽²⁾ es un período

³ OMS (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado el 02 de Agosto 2014. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

⁴ RECINOS GIRON, J. (2002). Riesgo de trastornos de salud mental en adolescentes de establecimientos de educación pública a nivel básico y diversificado de la zona 5 de Guatemala, Julio 2002. Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala – Facultad de Ciencias Médicas. Revisado el 01 Diciembre 2012.

⁵ MATAIX VERDU, J. (S.F.) Nutrición y alimentación humana. Situaciones fisiológicas y patológicas (vol. 2). Editores MATAIX VERDU J. & SANCHEZ CAMPOS M. Editorial Océano/Ergon. España.

de riesgo pues no se tiene una identidad y carácter totalmente definido, lo que implica apoyarse en los modelos sociales que les rodean. Además comenta que esta apropiación puede provocar actitudes y conductas conflictivas, peligrosas y riesgosas para su salud y bienestar como el consumo de drogas, actos delictivos, violencia, etc. También es un hecho comprobado que las decisiones que adopten los adolescentes hoy influirán en su salud como adultos y en la de sus hijos.

En la actualidad se conoce que las enfermedades y trastornos mentales como la ansiedad y depresión son más frecuentes y; sólo el 15% de los casos conlleva a riesgos de suicidio. Así también una enfermedad psicótica puede conducir a esquizofrenia o trastorno bipolar⁽⁶⁾. Además según la OMS, el consumo de alcohol es también responsable de trastornos neuropsiquiátricos, violencia doméstica, abuso y abandono de los niños, y productividad laboral disminuida⁽⁷⁾.

Según el proyecto sistema regional de indicadores estandarizados de convivencia y seguridad ciudadana en el año 2008⁽⁸⁾, la tasa de suicidio por cada 100 mil habitantes mayores de 5 años en Uruguay fue de 23,6; Ecuador 5,9; Honduras 4,6; Colombia 4,1; y en el Perú 1,0. En la tasa denuncias de violencia intrafamiliar/familiar por cada 100 mil habitantes en Ecuador se registraron 469,4; Uruguay 372; Perú 319,1; Honduras 166,6; y Colombia 126,8. Y así mismo la tasa de maltrato infantil por cada mil personas menores de 18 años de edad, en el Perú se registra 0,8; en Ecuador 0,3; y en Colombia 0,27.

⁶ LUNA AMANCIO Nelly. El Comercio.pe: Aumenta el suicidio de menores: 80 se quitaron la vida el 2010. Editado el 23 de enero 2011. URL disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/702704/noticia-aumenta-suicidio-menores-80-se-quitaron-vida-2010>

⁷ KENDALL-FOLMER Rommy, PÉREZ SALINAS Raquel & SANEZ Yolanda. Prevalencia de factores asociados en el abuso/dependencia del alcohol en el adulto en Lima metropolitana y Callao. Rev. Anales de Salud Mental 2010. Vol. 26 (1), pp 19-29. URL disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM/files/res/downloads/book.pdf>

⁸ Proyecto sistema regional de indicadores estandarizados de seguridad y convivencia ciudadana – (RG-T1265). URL disponible en: http://www.mpfm.gob.pe/conferencia_sistemRegional.php; http://www.mpfm.gob.pe/descargas/CONFERENCIA/INDICADORES/RESUMEN_MESA_CRIMINALIDAD.ppt; <http://bprindicadoresbid.univalle.edu.co>

Los estudios epidemiológicos realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, en la población adolescente de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes en el año 2005 (⁹); entre cuatro y cinco de cada diez adolescentes refieren mentiras frecuentes y conductas violentas en su vida. El 25,6% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, 13,6% en el último año y 5,6% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más severa, el 1,8% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y, un 0,9%, en el último año. Siendo las cifras significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años; y acusan como motivo problemas con los familiares, especialmente con los padres. Además el trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo (Depresión Mayor) 4,2%; en donde uno de cada veinticinco adolescentes reúne criterios para tal diagnóstico. Y por último como es de esperar, el consumo de alcohol aventaja en frecuencia al consumo de otras sustancias, siendo su prevalencia de vida 60,8% y la prevalencia mensual 11,7%. Con relación a conductas problemáticas por consumo de licor, se encuentra una prevalencia de embriaguez alcohólica durante el mes en 3,2%; además la prevalencia de vida del consumo de sustancias legales se encuentra en 74,0% y de ilegales en 0,6%. En cuanto al inicio del consumo de las distintas sustancias, se aprecia que los adolescentes entrevistados empezaron a consumir entre los 8 y 16 años. Siendo para el alcohol la edad más frecuente de inicio de consumo a los 15 años.

En el Perú durante el año 2010 (⁴), más de 80 menores de edad se suicidaron y más de 300 lo intentaron. Si bien el número total de suicidios se redujo en los últimos tres años, la tasa en niños y adolescentes pasó de representar el 10% en el 2009 al 12% en el 2010. FREDY VASQUEZ, médico ex-responsable del C.N. Suicidología de la Asociación Psiquiátrica Peruana comenta “se ha incrementado no solo el porcentaje de menores que

⁹Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico de salud mental en fronteras 2005 – Informe general. Revista de Anales de Salud Mental. Lima-Perú, 2006; Vol. 22; Nº 1 y 2.

piensan en suicidarse, sino también el de los que lo intentan y el de aquellos que lo consuman”.

En la actualidad Tacna, según ASIS (2012) ⁽¹⁰⁾, en el año 2011 según el sistema HIS, se registraron 1303 casos tipificados como violencia familiar; cifra 5,5% mayor a los registrados en el año 2010 (1235 casos). Encontrándose para el adolescente 377 casos que corresponde al 28,93% y a una tasa de incidencia anual de 108,50 por 10 000 habitantes adolescentes. Así también en la estructura de las 10 principales causas de violencia familiar, se encontró que 29,01% corresponden a problemas relacionados con violencia; y 26,17% a los abusos psicológicos.

Considerando lo expuesto anteriormente el problema con el que se da inicio la presente investigación, se ha denominado: “Trastornos de salud mental en adolescentes de 12 a 18 años del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, 2014”. Es bien sabido que los riesgos de trastornos de salud mental son diversos, por lo que en el presente estudio se investigará específicamente: depresión, angustia, enfermedad psicótica, alcoholismo y fármaco dependencia.

1.2 Formulación del Problema

El problema general se ha expresado mediante la siguiente interrogante:
¿Existen riesgos de trastornos de salud mental en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle – Tacna en el año 2014?

Y específicamente a través de las siguientes interrogantes:

1. ¿Existe riesgo de depresión y angustia en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle, en el año 2014?
2. ¿Existe riesgo de enfermedad psicótica en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle, en el año 2014?

¹⁰ ASIS (2012). Análisis de Situación de Salud Región de Salud Tacna – Dirección Regional de Salud Tacna – Ministerio de Salud. Recuperado el 1 de Febrero 2013, de http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/ASIS-TACNA_2012_v1.pdf

3. ¿Existe riesgo de alcoholismo en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle, en el año 2014?
4. ¿Existe riesgo fármaco dependencia en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle, en el año 2014?
5. ¿Difieren los riesgos de trastornos de salud mental según género, edad, zona de residencia, religión y atenciones psicológicas/psiquiátricas previas?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

La presente investigación pretende:

Determinar riesgos de trastornos de salud mental en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle, en el año 2014.

1.3.2 Objetivos Específicos

Para alcanzar el objetivo general propuesto se deben lograr los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar riesgo de depresión y angustia en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle, en el año 2014.
2. Identificar riesgo de enfermedad psicótica en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle, en el año 2014.
3. Identificar riesgo de alcoholismo en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle, en el año 2014.
4. Identificar riesgo de fármaco dependencia en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle, en el año 2014.

5. Comparar los riesgos de trastornos de salud mental según género, edad, zona de residencia, religión y atenciones psicológicas/psiquiátricas previas.

1.4 Justificación

El estudio del problema: “Trastornos de salud mental en adolescentes de 12 a 18 años del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, 2014”, en el trabajo de investigación que se ha titulado “TRASTORNO DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL NIVEL SECUNDARIO DEL COLEGIO ESTATAL ENRIQUE PAILLARDELLE – TACNA, 2014”, es necesario debido a que en la actualidad no se conocen publicaciones que aborden esta problemática.

Según el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud (2011) ⁽¹¹⁾; la educación y la salud son conceptos amplios que no pueden desvincularse. Al hablar de educación hablamos de aprendizaje, de combinar conocimientos, actitudes y aptitudes que configuran nuestra vida y contribuyen a la vida de los demás. Un nivel más alto de educación suele permitir a las personas tener mejores trabajos, gozar de salud y contribuir al bienestar de la familia y la comunidad.

La relevancia del presente estudio, es en parte del hecho de que los trastornos de salud mental pueden interferir con el pensamiento, el estudio y las relaciones sociales. Los problemas no resueltos de identidad, ira o depresión pueden llevar a la violencia o incluso el suicidio. Además la adolescencia al igual que el niño y la mujer, se encuentra en serias desventajas para defenderse de las agresiones de personas de su entorno; al respecto, el 70,1% de la población adolescente de Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes manifestó haber sufrido algún tipo de abuso en algún momento de su vida. Siendo la forma más frecuente de abuso, el psicológico (insultos, agresiones verbales, humillaciones, manipulaciones) con un 60,5%,

¹¹ Ministerio de Educación – Ministerio de Salud. Red de escuelas promotoras de la salud del Perú. Comisión multisectorial de escuelas promotoras de la salud; 2011. OPS/OMS en el Perú. Cuadernos de promoción de la salud N°1. p.58. URL disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/CD045364/fortaleciendo01.pdf>

seguido del abuso físico (golpes, puñetes, empujones en circunstancias desventajosas) con 43,8%; por lo que siete de cada diez adolescentes han sido objeto de algún tipo de abuso (físico, psicológico, sexual o abandono) (⁹). Por lo expuesto la adolescencia es una etapa de vida vulnerable al abuso y es un periodo durante el cual se pueden manifestar algunos trastornos mentales, en particular los efectos de la depresión y otros trastornos la esquizofrenia debilitante, las ansiedades y las fobias; que se manifiestan a largo plazo en forma de suicidios y de pérdida de productividad (alteración del buen desarrollo intelectual y social) lo que han evidenciado la necesidad de especial atención a la salud mental de los adolescentes.

Además se encontró que los servicios de atención en salud mental para adolescentes son mucho más deficitarios en ciudades de la Costa que en Lima y Callao, uno a dos de cada diez adolescentes que refieren un problema emocional fueron atendidos para ello en un Servicio de Salud, siendo motivo de tan limitado acceso las concepciones erradas sobre la naturaleza de los problemas de salud mental y su tratamiento, así como la escasa confianza en los servicios y las limitaciones económicas (⁹).

Es por ello que el estudio de este problema de salud pública, es necesario para el Ministerio de Salud y demás autoridades con el fin de ayudar a resolver problemas psicosociales prevalentes (depresión, ansiedad, psicosis y alcoholismo), y mejorar la salud mental de nuestra población.

La importancia del presente estudio es debido a que inicia líneas de investigación en donde poco o nada ha sido estudiado en la realidad tacneña, con el fin de propiciar desarrollo de políticas de intervención vinculadas a la salud mental en los adolescentes.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

Martinez Yañez R.M.S., Hernandez Cruz S.L. (México, 2009). “Depresión en adolescentes y su asociación con adicciones”⁽¹²⁾. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre depresión en adolescentes y uso de sustancias adictivas. Realizado en 10 escuelas preparatorias de la Ciudad de Orizaba durante el ciclo escolar 2009, se aplicó una encuesta con características sociodemográficas diversas, APGAR familiar, Fases III, Escala de Zung, Test de Audit, indicadores de CONADIC y SSA para consumo de tabaco y drogas ilícitas. Los resultados presentaron síntomas de depresión leve en adolescentes en 4,39%, moderada 0,65%, ninguno como severa. El consumo de drogas se presentó en 8,59%, tabaco 45,04%, y alcohol 39,6%. Los síntomas depresivos se presentaron: mujeres (16 y 17 años) 5,24%, familias con disfunción severa 17,02%, familias seminucleares 20,4% y fumadores 1,6%.

Recinos J. (Guatemala, 2002). “Riesgo de trastornos de salud mental en adolescentes de establecimientos de educación pública a nivel básico y diversificado de la zona 5 de Guatemala”^(4). El presente estudio tuvo como objetivo, determinar el riesgo de trastornos de la salud mental para depresión, angustia, enfermedad psicótica, alcoholismo y fármaco dependencia en adolescentes. Se aplicó una encuesta a un total de 1544 adolescentes, a quienes se les evaluó, a través de un instrumento discriminador de riesgo psicosocial elaborado y aprobado por el SIAS. Del total de adolescentes evaluados el 65% eran masculinos y el 35% femeninos, a los que se les dividió en 3 etapas según su edad: etapa temprana de 10 a 13 años, etapa

¹² Martinez Yañez Rosa María Salome (México, 2010). Tesis de Postgrado “Depresión en adolescentes y su asociación con adicciones” Universidad Veracruzana. URL disponible en <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/32318/1/martinez%20ya%C3%B1ez.pdf>

media de 14 a 16 años y etapa tardía de 17 a 19 años. Se concluye que en la etapa media existen mayores indicadores de riesgo en el sexo femenino el cual es aproximadamente 10% más alto que los masculinos. La evaluación del trastorno de Alcoholismo presentó que el sexo más expuesto a padecerlo es el de los varones obteniendo valores más altos en las tres etapas respecto a las mujeres y por edad los de 10 a 13 años son los que más riesgo tienen con un 20.14% seguido por los de la etapa tardía y media con un 18.90% y 18.74% respectivamente. La Fármaco-dependencia fue el último trastorno evaluado, este presentó valores muy llamativos pues en todas las edades y en ambos sexos se observó un alto riesgo superior al 50% en los alumnos, aunque siempre superando los varones a las mujeres. La etapa que mayor riesgo presentó fue la tardía con 90.55% para los hombres y 85.57 para las mujeres.

Ramirez F. (Perú, 2010). “Síntomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados” ⁽¹³⁾. El presente estudio tuvo por objetivo estimar la prevalencia e identificar los factores de relación interpersonal asociados a sintomatología depresiva en alumnas adolescentes del quinto grado de educación secundaria de un colegio nacional. La muestra fue de 176 alumnas (entre 15 y 19 años), el instrumento utilizado consto de dos partes, la primera: recogió datos sociodemográficos; la segunda: estuvo conformada por la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR). La prevalencia encontrada de depresión fue del 29,5%. El análisis bivariado de presencia de depresión con las características sociodemográficas muestran: que la edad, las horas extras de estudio fuera de las clases, antecedente de violencia sexual y violencia escolar estuvieron estadísticamente asociadas ($p < 0,05$). En la regresión logística el antecedente de agresión escolar (OR ajustado 4,5; IC95%: 2,0-10,1), el tener 16 años de

¹³ RAMIREZ Fernando (Perú, 2010). “Síntomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados”. Revista Peruana de Epidemiología, Vol 14, no 1, pp. 65-71. Sociedad Peruana de Epidemiología. URL disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119805009.pdf>

edad (OR ajustado 3,6; IC 95%: 1,4-9,1) y el antecedente de agresión sexual (OR ajustado 2,6; IC95%: 1,1-7,0) estuvieron asociadas para desarrollar síntomas depresivos en la adolescencia.

Rojas M. (Perú, 2013). “Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar” ⁽¹⁴⁾. En el presente estudio participaron 502 adolescentes y jóvenes (12,7 mujeres y 47,8 varones) del Servicio Lugar de Escucha del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO. Entre los resultados, el 77,5% de los adolescentes y el 80% de los jóvenes consumidores de marihuana o alcohol provenían de familias donde uno o más miembros tenían antecedentes de consumo de estas sustancias. Estos resultados confirman la necesidad de intensificar el campo de la investigación dedicado a la familia de los jóvenes involucrados en el abuso de drogas, donde se promueva la participación activa de los padres de familia o familiares cercanos.

Luna Pari M. (Tacna-Perú, 2009). “Análisis de la situación de salud mental por etapas de vida en la región de salud Tacna año 2009” ⁽¹⁵⁾. Se obtuvo que el mayor porcentaje de nuestra población se encuentra en la provincia de Tacna con 92,42%, este se encuentra en la zona periurbana y urbana de Tacna, sus distritos más poblados son Alto Alianza, Ciudad Nueva, Gregorio Albarracín y Tacna. El segundo trastorno mental de importancia es el abuso en el consumo de alcohol-drogas en adolescentes con 31,34% del total de 2786 atenciones registradas en el año 2009. En comparación al año anterior (2008 se registraron 2073 atenciones de problemas de salud mental) el abuso

¹⁴ ROJAS Milton (Perú, 2013). “Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar”. UNODC-Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. CEDRO. Primera edición. Impreso en Perú. Industria Gráfica Macole S.R.L. URL disponible en http://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf

¹⁵ LUNA PARI María (Tacna-Perú, 2009). “Análisis de la situación de salud mental por etapas de vida en la región de salud Tacna año 2009”. Estrategia Sanitaria de salud mental y cultura de Paz – DIRESA Tacna. URL disponible en http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Informe_Salud_Mental_09.pdf

de consumo de alcohol se ha incrementado de 7,28% a 16,83%; así mismo el abuso de otras drogas se ha incrementado de 2,85% a 4,13% para el presente año. El trastorno depresivo es el tercer trastorno mental de importancia 15,79%.

Tabla 1. Trastornos mentales en adolescentes 2008-2009. Región de salud Tacna.

Grupo de causa/atendidos	ADOLESCENTE			
	2008	%	2009	%
1. Violencia familiar	190	31,67	224	36,3
2. Trastorno depresivo	142	23,67	95	15,4
3. Abuso de alcohol.	11	1,8	147	23,8
4. Abuso de otras drogas	9	1,5	35	5,67
5. Intento de suicidio	3	0,5	35	5,67
6. Ansiedad	57	9,5	59	9,56
7. Síndrome y/o trastorno psicótico	35	5,8	2	0,3
8. Otros	153	25,5	54	8,75
TOTAL	600	100	617	100

Fuente: Inf. Mensual – HIS Salud mental 2008-2009 OITE-RST.

Tabla 2. Casos de abuso y dependencia de drogas en adolescentes según género año 2009. Region de salud Tacna.

Clasificación	ADOLESCENTE	
	M	F
1. Abuso de alcohol	96	51
2. Opiáceos		1
3. Cannabinoides	9	2
4. Sedantes e hipnóticos		
5. Cocaína	11	2
6. Estimulantes y cafeína		
7. Alucinógenos		
8. Tabaquismo		
9. Disolventes volátiles		3
10. Múltiples drogas	8	1
SUBTOTAL	124	60

Fuente: Inf. Mensual –HIS Salud mental 2009 OITE-RST.

Luque c. (Tacna-Perú, 2011) "Factores que influyen en el consumo de drogas ilícitas en adolescentes del distrito alto de la alianza en la ciudad de Tacna"⁽¹⁶⁾. El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en el consumo de drogas e identificar la opinión sobre el consumo de drogas en el Distrito Alto de la Alianza en la ciudad de Tacna. Se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional transversal prospectivo y analítico, en una muestra poblacional de adolescentes de 10 a 19 años de edad, que hacen un total de 257 adolescentes Instrumento de recolección de datos fue la Encuesta y se concluye que la mayoría de los adolescentes que consumen drogas ilícitas en el distrito de alto de la alianza pertenecen al grupo etario de la adolescencia tardía, que abarca desde los 18 a 19 años de edad (45.9%), con mayor predominancia en el sexo masculino. Con respecto al lugar de procedencia, se deduce que la mayoría de adolescentes encuestados provienen de la zona urbana (77.8%). En relación al grado de

¹⁶ LUQUE ESPINOZA Cristhian Raúl (2011). "Factores que influyen en el consumo de drogas ilícitas en adolescentes del distrito alto de la alianza en la ciudad de Tacna, Enero - Febrero 2011". Hemeroteca Universidad Privada de Tacna-Perú.

instrucción se demuestra que la mayoría de adolescentes cursan Secundaria incompleta (55.3%) y en cuanto a la ocupación la mayoría son estudiantes (69.3%). Y la dedicación del 50% del día se demuestra que la mayor parte trabaja y estudia (40.9%). Se determinó que la forma de inicio del consumo de drogas ilícitas se da por imitación a los demás (58.8%). Se evidencia que el tipo de droga ilícita consumida en su mayoría es la Marihuana (99.2%), Pasta básica y Clorhidrato de cocaína (45.1% y 11.3%).

Pineda M. (Tacna-Perú, 2011) “Consumo de drogas legales e ilegales en alumnos de 4to y 5to año de educación secundaria” ⁽¹⁷⁾. El presente estudio tuvo como objetivo determinar el consumo de drogas legales e ilegales en alumnos que en el año 2011 cursaban el 4to y 5to año de educación secundaria. Siendo un estudio prospectivo, observacional de cohorte transversal. Se utilizó un cuestionario aplicado a una muestra representativa de 300 estudiantes. Los resultados muestran con respecto al haber consumido por lo menos en una ocasión cigarrillos el 32.2% y bebidas alcohólicas el 24,7%. Con respecto al consumo de drogas ilegales refieren haber consumido por lo menos en una ocasión marihuana el 11,7%; inhalables (terokal) el 10%; extasis el 8%, tranquilizantes el 6% y otras medicinas el 4%. Siendo la edad de inicio con respecto al consumo de drogas legales de 13 años de edad para el consumo de bebidas alcohólicas y 14 años de edad para el consumo de cigarrillos. Asimismo con respecto al consumo de drogas ilegales la edad de 15 años, para el consumo de tranquilizantes y marihuana.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Características de la Institución Educativa “Enrique Paillardelle”

La Institución Educativa “Enrique Paillardelle”, está orientada a la

¹⁷ PINEDA SÁNCHEZ Maykol J. (2011). “Consumo de drogas legales e ilegales en alumnos de 4to y 5to año de educación secundaria de dos grandes unidades escolares del cercado de Tacna, Setiembre del 2011”. Hemeroteca Universidad Privada de Tacna-Perú.

formación académica de la población estudiantil de las etapas inicial, escolar y adolescencia, desarrolla sus actividades, procesos técnicos y pedagógicos, administrativos y de gestión.

Misión:

“Generar cambios profundos en el aspecto Técnico-pedagógico y la promoción permanente de la práctica de valores que permitan afrontar asertivamente las metas que una sociedad globalizada exige”.

Visión:

“El horizonte de nuestra Visión al 2015 es ser una I.E. de calidad, eficiente, dinámica y con equidad; promoviendo el desarrollo del conocimiento Humanista, Técnico-científico y ambientalista para la formación integral del educando en beneficio de la sociedad”.

Reseña Histórica de la IE. Enrique Paillardelle

La IE. Enrique Paillardelle fue creada por Resolución Directoral del 2 de abril de 1990, para prestar servicio como centro educativo de educación primaria N° 42238, iniciándose con siete secciones, siete profesores y 166 alumnos.

En 1992 se abrió las puertas para el nivel secundario de menores. Posteriormente con Resolución Directoral Subregional N° 001416 del 5 de octubre de 1993, se le denominó como Colegio “Enrique Paillardelle”.

Posteriormente se gestionó mediante proyecto a la dirección de educación la creación del Nivel de Educación Inicial, la cual fue aceptada y se inició con 2 aulas, 2 docentes y 71 niños. A lo largo de los 18 años nuestra institución ha ido creciendo y desarrollándose paulatinamente, llegando así en el presente año atender a más de 2500

alumnos, en los niveles de inicial, primaria y secundaria, en los tres turnos respectivamente.

En la actualidad se cuenta con una modernísima infraestructura educativa, entre ellos los talleres de industria del vestir, industrias alimentarias, electricidad y electrónica, un taller de cómputo e informática de vanguardia insertados al sistema de escuelas digitales, biblioteca virtual, conectada al sistema informático mediante una antena satelital.

Ambiente Físico

La IE. Enrique Paillardelle, tiene una extensión de aproximadamente 6 000 m². Cuenta con 4 pabellones de dos pisos respectivamente; son de material noble, y cuentan con los servicios básicos (agua, luz, desagüe, disposición y eliminación de basura).

Posee ambientes como: Laboratorio; sala de computo; realiza talleres extracurriculares de ajedrez, básquet, futbol, vóley de duración de un mes o mes y medio financiados por el Ministerio de Educación o por la misma institución educativa; biblioteca; sala de docentes; espacios deportivos (patio de honor, losa deportiva y cancha de pasto).

2.2.2 Salud mental

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁸.

¹⁸OMS, 2013. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Impreso en Ginebra, Suiza.
<http://es.slideshare.net/Ghonzalito/plan-de-accin-en-salud-mental-de-la-oms?related=1>

2.2.3 Salud mental y trastornos mentales: determinantes y consecuencias

Los determinantes (¹⁹) de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales.

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor (depresión severa) o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes.

Con frecuencia, los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en la pobreza. Así también, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales.

¹⁹OMS, 2013. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Impreso en Ginebra, Suiza.
<http://es.slideshare.net/Ghonzalito/plan-de-accin-en-salud-mental-de-la-oms?related=1>

Discapacidades por trastornos mentales ⁽²⁰⁾

- Disminución de capacidades intelectuales.
- Dificultad para organizarse y tomar decisiones.
- Disminución de capacidad de comunicarse.
- Alteraciones psicomotoras
(enlentecimiento/hiperactividad/conductas extrañas).
- Falta de iniciativa y voluntad (apatía, desganado).
- Pérdida de control de impulsos (agresividad).
- Dificultades en relaciones interpersonales (socialización escasa, aislamiento, rechazo).
- Descuido de responsabilidad personal y familiar.
- Disminución/pérdida capacidad académica y laboral.

2.2.4 La adolescencia

La adolescencia ⁽²¹⁾ constituye un importante periodo de transición en el curso del desarrollo humano, puesto que implica el paso progresivo de la infancia a la edad adulta. El *cambio* es la esencia de la adolescencia. Así las concepciones actuales de la adolescencia la caracterizan como un periodo de ajustes a diferentes “tareas” y cambios del desarrollo entre los 12 y los 20 años. Este lapso de tiempo de 8 años suele dividirse en tres etapas o periodos: *primera adolescencia* (12-14 años), etapa en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia; *adolescencia media* (15-17 años), etapa en la que los cambios de estado

²⁰ Vega Galdós Favio. Art.Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>

²¹JIMENEZ GUITIERREZ Teresa I. (España, 2006). Tesis doctoral “Familia y Problemas de Desajuste en la Adolescencia: el Papel Mediador de los Recursos Psicosociales”. Universitat de Valencia-Facultad de Psicología. pp. 213. URL disponible en http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_terebel.pdf

de ánimo son bruscos y frecuentes y se incrementa la implicación en conductas de riesgo, y *adolescencia tardía* (18-20 años), etapa que se está alargando en los últimos años porque los jóvenes permanecen más tiempo en el hogar parental. Más recientemente, distintos autores han señalado que los rápidos cambios sociales y demográficos acontecidos en nuestra sociedad en los últimos años conllevan la necesidad de formular otra etapa, entre los 20 y los 30 años, denominada *adultez emergente*. En esta etapa, el joven ya ha dejado atrás la dependencia propia de la infancia y la adolescencia pero está todavía lejos de asumir las responsabilidades adultas y continua implicado en las conductas de exploración y riesgo características de la adolescencia.

2.2.5 Salud mental del adolescente

Una de cada cinco personas en el mundo, es decir, 1200 millones de personas son adolescentes. La idea general es que los adolescentes son sanos. Han sobrevivido a las enfermedades de la primera infancia, y sus problemas de salud asociados con el envejecimiento están todavía muy lejos. Como resultado, se presta menos atención a sus necesidades. Además, se calcula que 1,4 millones de jóvenes, muchachos y chicas, de entre 10 y 19 años de edad, pierden la vida – principalmente debido a traumatismos no intencionales, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y patologías prevenibles o tratables.

El uso de sustancias psicoactivas tales como, por ejemplo, anfetaminas, opioides y cocaína, también está en aumento en muchas regiones del mundo, y la inyección de algunas de estas sustancias es una importante vía de transmisión del VIH.

Muchas muertes prematuras de adultos se deben a comportamientos iniciados durante la adolescencia, incluidos la adopción de malos patrones alimentarios y de actividad física, así como los ejemplos obvios del consumo de alcohol y tabaco. Es un hecho comprobado que

las decisiones que adopten los adolescentes hoy influirán en su salud como adultos y en la de sus hijos.

Las principales preocupaciones por los niños y los adolescentes van más allá de su supervivencia y su crecimiento físico, y abarcan también su desarrollo psicosocial y su salud mental. Aproximadamente del 10% al 20% de los niños presentan uno o más problemas mentales o del comportamiento. El periodo de la adolescencia puede resultar estresante y se corre el riesgo de abusar de sustancias y de desarrollar otras conductas nocivas.

Los problemas de la salud mental pueden interferir con el pensamiento, el estudio y las relaciones sociales. Los problemas no resueltos de identidad, ira o depresión pueden llevar a la violencia o incluso el suicidio. En el mundo, se estiman en 90 000 los adolescentes que se quitan la vida cada año. La adolescencia también es un periodo durante el cual se pueden manifestar algunos trastornos mentales, en particular la esquizofrenia debilitante, las ansiedades y las fobias. En los casos en que las familias se vean especialmente afectadas por la pobreza, el conflicto y la migración forzada, el sostén que el sujeto necesita para un buen desarrollo intelectual y social puede verse alterado. Estas barreras tienen consecuencias a largo plazo para el bienestar y la productividad del individuo, y para la salud de las comunidades en su totalidad.⁽²²⁾

La investigación disponible sugiere en cambio que el grado de covariación entre los comportamientos de riesgo depende de los tipos de comportamientos estudiados y la población en los que estos comportamientos se miden, y sean o no de otras variables que podrían explicar la asociación entre las conductas de riesgo son controlados estadísticamente. Por ejemplo, los comportamientos de riesgo puede aparecer a agruparse juntos porque comparten una causa común del medio ambiente (por ejemplo, la pobreza y la desventaja

²² Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente (CAH) Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/child-adolescent-health>

socioeconómica puede ser una causa común de las conductas de riesgo múltiples), no porque necesariamente reflejan tendencias estables individuales hacia la toma de riesgos.⁽²³⁾

2.2.6 Tendencias suicidas y adolescencia: identificación prevención

El comportamiento suicida constituye un importante problema de salud pública para los adolescentes. Los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales parecen jugar un papel en el desarrollo de suicidio adolescente.

Será importante para la investigación futura en esta área para examinar cómo los factores genéticos interactúan con factores psicológicos, sociales, y culturales para predecir adolescente comportamiento suicida. Investigación adicional sobre los factores que pueden proteger a los adolescentes más vulnerables de desarrollar una conducta suicida en circunstancias estresantes también es necesaria.

Estos estudios puede ser más informativo si se realiza con los jóvenes racial y étnicamente diversa. La información obtenida de estos estudios pueden ayudar a construir las teorías existentes del comportamiento adolescente suicida, así como informar a la evaluación de suicidio, prevención y tratamiento de diversas poblaciones de adolescentes. Los avances en el área de evaluación de la conducta suicida adolescente también son necesarios. A pesar de una serie de instrumentos han sido desarrollados para evaluar las conductas suicidas y de riesgo, nuestra capacidad para predecir con exactitud los futuros actos suicidas sigue siendo limitada. Los estudios prospectivos que analizan la utilidad de los instrumentos de evaluación en la predicción de la conducta suicida podrían hacer una valiosa contribución a la literatura. También será importante validar estos instrumentos con étnica y culturalmente diversas de adolescentes para asegurar la sensibilidad cultural.

²³ BROWN B. Bradford. PRINSTEIN J. Mitchell Encyclopedia of Adolescence. Editors-IN-CHIEF. Academic Press is an imprint of Elsevier in 2011; Vol 1 p. 383, Vol 2 p. 385, Vol 3 p. 439

Se necesita más investigación para identificar los enfoques psicoterapéuticos más óptimas para la prevención de la conducta suicida adolescente. Dada la heterogeneidad de los jóvenes suicidas y los diferentes contextos de la conducta suicida, las diferentes intervenciones pueden ser apropiados para los jóvenes o grupos de jóvenes. Las intervenciones también tendrán que ser adaptado a diferentes entornos (por ejemplo, una clínica ambulatoria, unidad de hospitalización, salas de emergencia, escuelas, etc.) Un mayor desarrollo de tratamientos farmacológicos también puede ser útil. Sin embargo, dados los complejos factores psicológicos, sociales y culturales que subyacen a la conducta suicida adolescente, la psicoterapia tendrá que ser entregado en combinación con medicamentos para la mejor oportunidad de éxito.⁽²³⁾.

2.2.7 Trastornos depresivos del adolescente

Dado el rápido aumento de las tasas de inicio de la depresión en la adolescencia temprana, esta etapa de desarrollo se ha convertido en un objetivo clave para la intervención temprana y los esfuerzos de prevención.

Tres categorías principales de la intervención precoz y la prevención de diseños han sido identificadas. El objetivo principal de cada enfoque es reducir la incidencia de los trastornos depresivos, sin embargo, estas estrategias difieren según los participantes seleccionados para la inclusión. Intervenciones preventivas universales para la depresión son más amplios en su alcance e incluir a todos los miembros elegibles de una población específica (por ejemplo, todos los estudiantes de un distrito escolar en particular). Intervenciones preventivas dirigidas a las personas de la depresión que se encuentran en mayor vulnerabilidad debido a los factores de riesgo establecidos, como los hijos de padres deprimidos o divorciadas, o jóvenes con antecedentes de maltrato físico o emocional. Por último, intervenciones preventivas para la depresión

se administran a las personas que experimentan síntomas de depresión subsindrómicos que no cumplen todos los criterios para un trastorno depresivo.

Estos tres tipos de depresión centrados en intervenciones preventivas comparten un enfoque de focalización aspectos interrelacionados de los procesos emocionales, cognitivas e interpersonales. Algunos enfoques se dirigen específicamente a la identificación y reducción de los síntomas depresivos, mientras que otros se basan fuerza y su objetivo es promover conocimientos orientados a proteger a los adolescentes contra el desarrollo de los trastornos depresivos.⁽²³⁾.

2.2.8 Conductas sociopáticas y rebeldes en la adolescencia

El primer artículo realizado por Travis Hirschi en 1969, sobre la Teoría del Control Social aplicado a la delincuencia adolescente y la participación criminal. Propone que la delincuencia es el producto de vínculos débiles por una sociedad convencional, la gente, y las instituciones, en ausencia de tales vínculos, las restricciones a las conductas delictivas se reducen considerablemente. Por lo tanto, La teoría de Control Social asume que todos los individuos tienen la capacidad y la inclinación a participar en actos delictivos, y es sólo la fuerza del vínculo social que les impide hacerlo.

Cuatro elementos distintos comprende el vínculo con la sociedad: el apego, el compromiso, la participación y la creencia.

En la medida en que un individuo tiene vínculos íntimos con los demás, la Teoría del Control Social afirma que él o ella interiorizar estas normas compartidas y será menos probable que participe en comportamientos que los violan. Estrechamente relacionado con el apego es el concepto de compromiso. De acuerdo con la Teoría del Control Social, las actividades convencionales (tales como el nivel educativo, éxito profesional, etc) son una importante inversión de

tiempo y energía - y la mayor inversión, mayor el costo personal de una conducta socialmente desviadas o delictivas.

Por lo tanto, el compromiso con estas actividades comprende un adicional de "Control" contra la delincuencia. Mayor compromiso probablemente también significa una mayor participación día a día en las conductas convencionales, de tal manera que hay menos oportunidades de cometer actos delictivos o criminales. Por último, la Teoría del Control Social sostiene que los individuos difieren en sus creencias sobre la importancia de obedecer las reglas sociales. Los que dan menos importancia a estas reglas es más probable que los violen.⁽²³⁾

2.2.9 Trastornos de ansiedad en adolescentes

A pesar que los trastornos de ansiedad ocurren en todos los períodos de desarrollo, las crecientes demandas sociales y los rápidos cambios neurológicos de la adolescencia constituyen un terreno particularmente fértil para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad y sus secuelas negativas.

La ansiedad se refiere a una serie de reacciones (por ejemplo, conductuales, cognitivos, emocionales, fisiológicos) que acompañan a la percepción de una persona o la anticipación de amenazas. Mientras que el miedo se describe una respuesta negativa a las amenazas inmediatas y específicas (por ejemplo, un perro ladrando), la ansiedad se refiere a la preocupación y angustia con respecto a las posibilidades de futuro que a menudo son más abstracto o hipotético en la naturaleza (por ejemplo, la aceptación social, o un próximo examen).

Los síntomas somáticos comunes de la ansiedad incluyen sudoración, palpitaciones, tensión muscular y malestar gastrointestinal.

La ansiedad se caracteriza por la cognición ansiosa (por ejemplo, previendo una catástrofe, predecir y estar preocupado por un resultado poco probable) y la evitación conductual.

La preocupación, hipervigilancia, el pensamiento restringido y la evitación son típicos. La ansiedad puede ser considerada tanto un estado temporal que oscila a lo largo del tiempo en respuesta a desencadenantes específicos o una forma más estable, proceso característico típico, lo que refleja las tendencias individuales a responder con ansiedad a las amenazas percibidas.

2.2.10 Trastornos por consumo de sustancias en adolescentes

Según el Manual Diagnóstico y Estadística, cuarta edición (DSM-IV). El consumo de sustancias per se no es suficiente para el diagnóstico de abuso o dependencia, incluso en los adolescentes.

El diagnóstico de abuso de sustancias requiere evidencia de un patrón desadaptativo de consumo de sustancias con niveles significativos de deterioro o malestar. El uso recurrente en la adolescencia resulta con la imposibilidad de cumplir con las obligaciones principales, dando lugar a problemas de funcionamiento en una o más áreas importantes de su vida y un aumento de la probabilidad de problemas legales debido a la posesión, las conductas de riesgo y la exposición a situaciones peligrosas.

El diagnóstico de dependencia de sustancias requiere que el adolescente reúna por lo menos tres criterios, que incluyen síntomas tales como la retirada, la tolerancia, y la pérdida de control sobre su uso. Por ejemplo, para trastornos por uso de alcohol, los adolescentes comúnmente exhiben tolerancia (es decir, que requieren cantidades crecientes de una sustancia para lograr el mismo efecto), pero menos frecuentemente muestran retirada u otros síntomas de dependencia fisiológica. En muchos adolescentes los síntomas de abstinencia se manifiestan con trastornos por consumo de cannabis y los opiáceos. La preocupación por el uso se demuestra a menudo renunciando a las actividades anteriormente importantes, aumentando el tiempo dedicado a las

actividades relacionadas con el consumo de sustancias, y el uso más frecuente del tiempo o durante largos períodos de lo previsto. El adolescente puede usar estas sustancias a pesar de la persistencia o agravamiento de los problemas causados por el consumo de sustancias. Uso de varias sustancias por los adolescentes parece ser la regla y no la excepción, por lo tanto, los adolescentes a menudo se presentan con múltiples diagnósticos de Trastornos por consumo de sustancias.

Uso indebido y la desviación son términos que indican comportamientos no estándar que puede o no resultar en un diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias en adolescentes. El término desviación se puede definir como el uso para un propósito que no cumple con las pautas médicas, incluyendo dosis modificadas, utilizadas para lograr euforia, y/o usadas con otras sustancias psicoactivas no prescritas. El término desviación es la transferencia de la medicación de la persona para quien ha sido recetada a aquel para el que no está prescrito. Mientras que el abuso y la dependencia son términos que connotan psicopatología relacionada con el consumo de sustancias, la desviación y el uso indebido no lo son. La diversión y el mal uso de los medicamentos recetados están muy extendidos, especialmente en la escuela secundaria y estudiantes universitarios. ⁽²⁴⁾

El primer uso de alcohol se produce generalmente en la adolescencia temprana, esta etapa del desarrollo es el período de mayor riesgo para el consumo de iniciación.

Inicio temprano de consumo, que ha sido definido de forma diferente entre varios estudios (por ejemplo, comienzo temprano se define como joven de 13 años de edad o más, de 14 años o menos y 15 años o menos), Pero todos se asocian con una mayor probabilidad de

²⁴ CHENG Keith, MYERS M. Kathleen. Child and Adolescent Psychiatry the Essentials, 2nd Edition. 2011. Lippincott Williams & Wilkins; p. 529

numerosos resultados adversos a corto y largo plazo. El alcohol, tabaco y otras drogas en la adolescencia y la juventud son mayores entre las personas que revelan temprana edad de inicio de consumo de alcohol. Estos jóvenes también reportan más problemas de alcohol y son más propensos a ser diagnosticados con dependencia del alcohol, el tabaquismo y la farmacodependencia. Por ejemplo, los datos nacionales muestran que las personas que comienzan a beber antes de los 15 años eran más propensos a ser diagnosticados con dependencia de alcohol de por vida (40%) que los que comenzaron a la edad de 21 o 22 (10%), con disminución lineal de las tasas de dependencia de alcohol entre los jóvenes de 15-20.

El Consumo temprano tiende también a tener un peor rendimiento escolar. Además, reportan una mayor lesión no intencional, comportamientos violentos, y más alarmante, ideación suicida e intentos de suicidio.

Curiosamente, a nivel individual, un mayor estatus socioeconómico parece estar asociado con mayores tasas de consumo entre los jóvenes. La religiosidad parece amortiguar que los jóvenes se involucren con el uso de alcohol, con un retraso en el inicio del consumo de alcohol, menor consumo de alcohol y menos consecuencias relacionadas con el alcohol entre los jóvenes con una afiliación religiosa, particularmente para aquellas afiliaciones con reglas bien definidas y directrices en contra del uso de alcohol.

Tabla 3 Factores de riesgo fundamental para el desarrollo de los trastornos por consumo de sustancias en los adolescentes. ⁽²⁴⁾

Los factores individuales

Comportamiento agresivo temprano, por ejemplo, trastorno de conducta.

El bajo rendimiento académico, fracaso escolar.

Creencias y actitudes positivas sobre el consumo de sustancias.

Factores relacionados a los amigos (Uso de sustancias con amigos)

Creencias y actitudes acerca de otros usuarios sobre el uso de sustancias.

Principios de participación con sus compañeros y lejos de la familia.

El uso de sustancias por los padres.

Creencias y actitudes de los padres sobre el consumo de sustancias.

Tolerancia de los padres al consumo de sustancias.

La falta de intimidad o apego entre padres e hijos.

Escasa supervisión de los padres a la supervisión del niño / adolescente.

Los factores socioculturales.

El bajo nivel socioeconómico.

Alta densidad de población.

El deterioro físico.

CAPITULO III

HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis general

Los riesgos de trastornos de salud mental están presentes en los adolescentes de 12 a 18 años del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, en el año 2014.

3.2 Hipótesis específicas

1. Existe riesgo de depresión y angustia en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, en el año 2014
2. Existe riesgo de trastorno psicótico en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, en el año 2014.
3. Existe riesgo de alcoholismo en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, en el año 2014.
4. Existe riesgo farmacodependencia en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, en el año 2014.
5. Los riesgos de trastornos de salud mental difieren según género, edad, lugar de residencia, religión y atenciones psicológicas/psiquiátricas.

3.3 Operacionalización de las variables

3.3.1. Identificación de las variables

1. Y = Variable dependiente (VD): Salud mental

Y1 = Depresión y angustia

Y2 = Enfermedad psicótica

Y3 = Alcoholismo

Y4 = Fármaco dependencia

2. X = Variable independiente (VI): Edad, sexo, zona de residencia, religión y/o antecedente de atención psicológica/psiquiátrica. Se

3.3.2. Definición operacional de las variables.

1. Depresión y angustia: Corresponde a la probabilidad de que ocurra un estado psíquico con una o más de las siguientes características: abatimiento,

decaimiento del ánimo, aflicción, congoja, fatiga, trastornos del sueño, tristeza y desesperanza, fastidio persistente, poco apetito, sensaciones extrañas en el estómago, intranquilidad, fuertes dolores de cabeza frecuentemente, temblor de anos e ideas suicidas.

2. Enfermedad psicótica: Corresponde a la probabilidad de que ocurra una enfermedad mental reversible caracterizada por ideas delirantes o de persecución, incoherencia, sentimientos inapropiados, gran agitación o lentitud con los movimientos alucinaciones, desajuste laboral o académico, pérdida de interés en sus metas y objetivos futuros.
3. Alcoholismo: Corresponde a la probabilidad de padecer una enfermedad caracterizada por un conjunto de manifestaciones morbosas debidas a una ingesta consiente y desmedidamente de alcohol etílico.
4. Fármaco dependencia: Corresponde a la probabilidad de llegar a consumir conscientemente de forma desmedida y dañina para la salud drogas legales e ilegales.
5. Edad: Pertenece a esta variable tiempo o los años que ha vivido una persona.
6. Sexo: Pertenece a la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
7. Zona de residencia: Corresponde al distrito al que pertenece al sector urbano (Tacna-cercado) y/o periurbano (Alto de la Alianza, Natividad, Gregorio Albarracín Lanchipa, Ciudad Nueva, Calana, Pachía, Palca (Tacna), Inclán y Pocollay).
8. Religión: Corresponde a si es creyente o no creyente.
9. Antecedente de atención psicológica/psiquiátrica: Corresponde a consulta psicológica y/o problema de salud mental previamente atendido en los 5 últimos años.

3.3.3. Caracterización de las variables.

Se expone en las siguientes tablas:

Tabla 4 Caracterización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Salud mental	Estado de bienestar del individuo. (Se utilizará la encuesta discriminadora de riesgo de trastornos de la salud mental aprobada por el SIAS ⁽²⁵⁾).	Depresión y angustia	Estado psíquico con una o más de las siguientes características: abatimiento, decaimiento del ánimo, aflicción, congoja, fatiga, trastornos del sueño, tristeza y desesperanza, fastidio persistente, poco apetito, sensaciones extrañas en el estómago, intranquilidad, fuertes dolores de cabeza frecuentemente, temblor de manos e ideas suicidas (Preg. 1 – 20; Respuesta: SI (afirmativa); NO (negativa)).	11 y más respuestas positivas = alto riesgo, 10 o menos respuestas positivas = bajo riesgo.	Nominal
		Enfermedad psicótica	Enfermedad mental reversible caracterizada por ideas delirantes o de persecución, incoherencia, sentimientos inapropiados, gran agitación o lentitud con los movimientos alucinaciones, desajuste laboral o académico, perdida de interés en sus metas y objetivos futuros (Preg. 21 – 24; Respuesta: SI (afirmativa) NO (Negativa)).	1 o más respuestas positivas = alto riesgo. Cero respuestas positivas = riesgo bajo.	Nominal
		Alcoholismo	Enfermedad caracterizada por un conjunto de manifestaciones morbosas debidas a una ingesta consiente y desmedidamente de alcohol etílico.(Preg. 25 – 29; Resp. SI (afirmativa) y NO (negativa)).	1 o más respuestas positivas = alto riesgo. Cero respuestas afirmativas = riesgo bajo.	Nominal
		Fármaco dependencia	Consumo conscientemente de forma desmedida y dañina para la salud drogas legales e ilegales (Preg. 30 – 35; SI (afirmativa) y NO (negativa)).	1 o más respuestas afirmativas = riesgo alto. Cero respuestas positivas = riesgo bajo.	Nominal

Fuente. Elaboración propia.

²⁵ República de Guatemala Ministerio de Salud y Asistencia Social. Atención a Adolescentes, SIAS, Guatemala septiembre 1999. Utilizado por RECINOS GIRÓN Juan José. Estudio de tesis Riesgo de trastornos de salud mental en adolescentes de establecimientos de educación pública a nivel básico y diversificado de la zona 5 de Guatemala, Julio 2002. Estudio descriptivo de corte transversal en adolescentes de 10 a 19 años. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias médicas. URL disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0210.pdf

Tabla 5. Caracterización de las variables (Continuación)

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Años cumplidos	Temprana: 10 a 13 años. Media: 14 a 16 años. Tardía: 17 a 19 años.	Nominal
Sexo	Características fenotípicas observadas en los adolescentes.	Características Fenotípicas	Masculino Femenino	Nominal
Zona de residencia	Lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas	Distrito al que pertenece.	Urbano: Tacna-cercado Periurbano: Alto de la Alianza, Natividad, Gregorio Albarracín Lanchipa, Ciudad Nueva, Calana, Pachía, Palca (Tacna), Inclán y/o Pocollay.	Nominal
Religión	Son creencias y/o prácticas personales como ritos y enseñanzas colectivas.	Religión que práctica y/o asiste.	Creyente No Creyente	Nominal
Antecedente de atención psicológica/psiquiátrica	Problema de salud mental previamente atendido en los 5 últimos años.		Si No	Nominal

Fuente. Elaboración propia.

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1 Diseño

El tipo de diseño del presente estudio responde según su intervención: observacional; según el tiempo de estudio transversal; y según la búsqueda de causalidad descriptivo.

4.2 Ámbito De Estudio

El ámbito del estudio de investigación está conformada por los estudiantes adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario pertenecientes a la institución educativa Enrique Paillardelle del año 2014. Debido a que representa la población migrante de los diferentes distritos del departamento de Tacna, considerándose una institución que concentra familias y estudiantes que radicaron anteriormente en los distritos de Tacna, Ciudad Nueva, Alto Alianza y Pocollay.

4.3 Población Y Muestra

La población está conformada por un aproximado de 900 alumnos. En el estudio participaron 799 alumnos que equivale al 88.7% del total de la población de estudiantes entre las edades de 12 a 18 años del nivel secundario, debidamente matriculados en el año académico 2014, pertenecientes a la institución educativa Enrique Paillardelle de la ciudad de Tacna.

Tabla 6. Distribución de la población de estudiantes nivel secundario del colegio Enrique Paillardelle – Tacna 2014.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	GRADOS Y SECCIONES	TOTAL DE AULAS	ALUMNOS POR CADA SALÓN DE CLASE.
Enrique Paillardelle (aprox. 900 alumnos)	5 grados nivel secundaria (1°, 2°, 3°, 4°, 5°); y 7 secciones para cada grado (A, B, C, D, E, F, G).	33	30

Fuente: Elaboración propia.

4.3.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes de las edades de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio Enrique Paillardelle
- Estudiantes debidamente matriculados en el año 2014 y de asistencia regular.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes que no acepten participar del trabajo de investigación.
- Estudiantes que no se matriculen y/o no estén presentes en el colegio a la hora del desarrollo del cuestionario.
- Estudiantes que clínicamente enfermos que no pudieron responder a las preguntas.
- Información incompleta del cuestionario.

4.4 Instrumentos de recolección de datos.

Se empleó como instrumento complemento de recolección de información, la encuesta discriminadora de riesgo de trastornos de la salud mental aprobada por el SIAS (⁴); y consta de 35 (ver Anexo 1) preguntas distribuidas de la siguiente manera:

- Las primeras 20 preguntas del instrumento miden aquellos síntomas que se asocian a trastorno depresivo y de angustia.

- Las preguntas 21 a 24 miden la posible existencia de un trastorno mental psicótico.
- Las preguntas 25 a 29 miden el riesgo de alcoholismo.
- Las preguntas 30 a 35 miden el riesgo de fármaco dependencia.

Además la medición de los datos es conforme a la siguiente escala, aprobada por el SIAS que determinará el número y % de adolescentes con riesgo.

- De la pregunta 1 a 20, si se contesta 11 o más respuestas positivas se trata de un adolescente de alto riesgo de presentar trastornos depresivo y de angustia.
- Si una o más respuestas son positivas de la pregunta 21 a la 24 se trata de un adolescente con alto riesgo de presentar un trastorno psicótico.
- Si una o más respuestas de la 25 a la 29 son positivas se trata de un paciente adolescente con alto riesgo de alcoholismo.
- Si una o más respuestas de la 30 a la 35 son afirmativas se trata de un adolescente con alto riesgo de fármaco dependencia.

.

CAPITULO V PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1 Procedimiento de datos

Para la recolección de los datos se contó con una encuesta previamente validada, mediante estadísticos de fiabilidad de alfa Cronbach. La cual se encuentra en el Anexo 2.

Tabla 7 Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.854	.858	35

Para el procedimiento de datos se utilizaron técnicas y medidas de la estadística descriptiva e inferencial.

En cuanto a la estadística Descriptiva:

- Gráficos de barras simple y doble; tablas de frecuencia absoluta y relativa (porcentual). Estos gráficos y tablas presentan los datos procesados y ordenados según sus categorías o clases correspondientes.
- Tablas de contingencia. Se utilizó este tipo de tablas para visualizar la distribución de los datos según las categorías o niveles de los conjuntos de indicadores analizados simultáneamente.

En cuanto a la estadística inferencial:

Prueba Chi cuadrado (χ^2). Esta prueba inferencial se basa en el criterio del p – valor. Esto es: si p-valores mayor que alfa (α), entonces, las variables son independientes; en otras palabras, no hay relación ente las variables. Por el contrario, si p-valor es menor a alfa, entonces, para efectos de estudio, se asume que las variables están relacionadas entre sí.

5.2 Consideraciones éticas

La presente investigación cuenta las siguientes consideraciones éticas

- 1) Ningún alumno fue obligado a participar en la investigación, sino fue voluntario.
- 2) Todos los datos recolectados son de uso exclusivo para la investigación.
- 3) No se tomaron datos personales a fin de identificar a los entrevistados.
- 4) Se explicó previamente las razones y motivos de la presente investigación a la vez que se garantizó la confidencialidad de los datos.

CAPITULO VI RESULTADOS

6.1 Características de población de alumnos matriculados en la I.E. Enrique Paillardelle – Tacna, 2014.

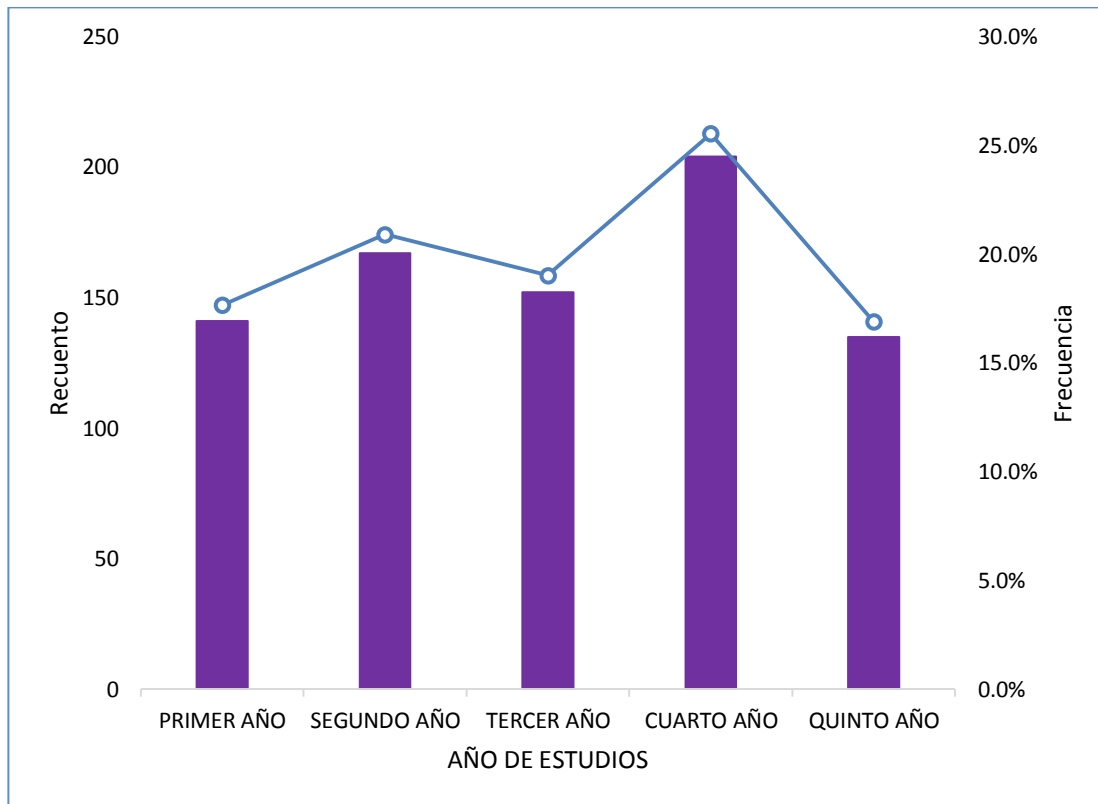
En el estudio participaron 799 alumnos que equivale al 88.7% del total de la población de la I.E. Enrique Paillardelle - Tacna, debidamente matriculados comprendidos entre las edades de 12 a 18 años; quienes están distribuidos en distintos años de estudios, comprendidos desde primero a quinto año de estudios.

La tabla 8 y en la figura 1, se muestra la Frecuencia de distribución de los años de estudios. La tabla 9 muestra las características de la población de alumnos matriculados en la I.E. Enrique Paillardelle según edad, zona de residencia y religión

Tabla 8 Distribución de frecuencia de los alumnos matriculados encuestados de la I.E. Enrique Paillardelle, – Tacna, 2014. Según años de estudios

Año De Estudios	n	%
Primer año	141	17.6%
Segundo año	167	20.9%
Tercer año	152	19.0%
Cuarto año	204	25.5%
Quinto año	135	16.9%
Total (Muestra)	799	100.0%

Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia

Figura 1 Frecuencia de los alumnos matriculados encuestados de la I.E. Enrique Paillardelle, – Tacna, 2014. Según años de estudios

Tabla 9 Características fenotípicas de la población de alumnos matriculados en la I.E. Enrique Paillardelle– Tacna, 2014. Según edad, zona de residencia y religión

		SEXO					
		F		M		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad	12 a 13 años	216	54.3%	210	52.4%	426	53.3%
	14 a 16 años	161	40.5%	161	40.1%	322	40.3%
	17 a 18 años	21	5.3%	30	7.5%	51	6.4%
	Total	398	100.0%	401	100.0%	799	100.0%
Zona de Residencia	G. Albarracín	371	93.5%	374	93.0%	745	93.2%
	Tacna	23	5.8%	25	6.2%	48	6.0%
	Viñani	3	0.8%	3	0.7%	6	0.8%
	Total	397	100.0%	402	100.0%	797	100.0%
Religión	No creyente	46	11.6%	72	18.0%	118	14.8%
	Creyente	352	88.4%	329	82.0%	681	85.2%
	Total	398	100.0%	401	100.0%	799	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: En la tabla 09, se observa la distribución de frecuencia según edad, zona de residencia y religión con sus características fenotípicas. Como podemos observar que de 799 alumnos encuestados, el 53.3% comprenden las edades de 12 a 13 años, 40.3% a las edades de 14 a 16 años y 6.4% a las edades de 17 a 18 años. Además se observa que mantienen similares características fenotípicas en estos tres grupos de edad. Referente a la zona de residencia el 93.2% corresponden al distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa. 6.2% a la ciudad de Tacna y 0.7% a Viñani. En cuanto a la religión el 85.2% son creyentes y un 14.8% de alumnos son no creyentes.

Tabla 10 Antecedente de atención psicológica/psiquiátrica en los últimos 5 Años, en los adolescentes de 12 A 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, Según edad, sexo, zona de residencia y religión en el año 2014

		Antecedente de atención Psicológica/Psiquiátrica						p:
		NO		SI		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	12 a 13 años	361	84.7%	65	15.3%	426	100.0%	0.074
	14 a 16 años	252	78.3%	70	21.7%	322	100.0%	
	17 a 18 años	42	82.4%	9	17.6%	51	100.0%	
	Total	655	82.0%	144	18.0%	799	100.0%	
Sexo	F	333	83.7%	65	16.3%	398	100.0%	0.215
	M	322	80.3%	79	19.7%	401	100.0%	
	Total	655	82.0%	144	18.0%	799	100.0%	
Zona de residencia	G. Albarracín	619	83.1%	126	16.9%	745	100.0%	0.001
	Tacna	30	62.5%	18	37.5%	48	100.0%	
	Viñani	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Total	653	81.9%	144	18.1%	797	100.0%	
Religión	No creyente	97	82.2%	21	17.8%	118	100.0%	0.945
	Creyente	558	81.9%	123	18.1%	681	100.0%	
	Total	655	82.0%	144	18.0%	799	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación: En la Tabla 10, se observa que la zona de residencia está asociada con el antecedente de atención psicológica/psiquiátrica, con un valor $P= 0.001$ (menor que 0,05), asimismo se encontró que el 81.9% de los alumnos encuestados, no tiene antecedente de atención psicológica/psiquiátrica en los últimos 5 años. De los cuales el 83.1% corresponden al distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa. Seguido del distrito de Tacna con 62.5% y finalmente Viñani con un 4% .

6.2 Prueba de hipótesis

Utilizando la encuesta discriminadora de riesgo de trastornos de la salud mental, el cual comprende 35 preguntas, aprobada por el SIAS (⁴), se determinaron el número y % de adolescentes con riesgo de:

- Depresión y angustia, se valoró de la pregunta 1 a 20, con alto riesgo si se contesta 11 o más respuestas positivas.
- Trastorno psicótico, se valoró de la pregunta 21 a la 24, con alto riesgo si una o más respuestas son positivas.
- Alcoholismo, se valoró de la pregunta 25 a la 29, con alto riesgo si una o más respuestas son positivas.
- Farmacodependencia, se valoró de la pregunta 30 a la 35, con alto riesgo si una o más son positivas.

6.2.1 Hipótesis general

Los riesgos de trastornos de salud mental están presentes en los adolescentes de 12 a 18 años del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, en el año 2014.

Con el fin de contrastar la hipótesis general, se realizaron tablas de frecuencia y la prueba de ji cuadrado.

Tabla 11 Riesgo de trastorno de salud mental general en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, 2014

Riesgo de Trastorno de Salud Mental General	Adolescentes	
	n	%
Alto riesgo	142	17.8%
Bajo riesgo	657	82.2%
Total	799	100.0%

Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación: En la Tabla 11 se observa la distribución de frecuencia del riesgo de trastorno de salud mental general, encontrándose que el 17.8% representan a los adolescentes con alto riesgo y 82.2% a los alumnos con Bajo riesgo.

Tabla 12 Riesgo de trastornos de salud mental general en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, según año de estudios, edad, sexo, zona de residencia, religión y atención psicológica/psiquiátrica en el año 2014.

		Riesgo de trastornos de Salud Mental General						P:
		Alto riesgo		Bajo riesgo		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Año de estudios	Primer año	12	8.5%	129	19.6%	141	17.6%	0.001
	Segundo año	23	16.2%	144	21.9%	167	20.9%	
	Tercer año	29	20.4%	123	18.7%	152	19.0%	
	Cuarto año	52	36.6%	152	23.1%	204	25.5%	
	Quinto año	26	18.3%	109	16.6%	135	16.9%	
	Total	142	100.0%	657	100.0%	799	100.0%	
Edad	12 a 13 años	52	36.6%	374	56.9%	426	53.3%	0,000
	14 a 16 años	76	53.5%	246	37.4%	322	40.3%	
	17 a 18 años	14	9.9%	37	5.6%	51	6.4%	
	Total	142	100.0%	657	100.0%	799	100.0%	
Sexo	F	72	50.7%	326	49.6%	398	49.8%	0.815
	M	70	49.3%	331	50.4%	401	50.2%	
	Total	142	100.0%	657	100.0%	799	100.0%	
Zona residencia	G. Albarracín	134	94.4%	611	93.3%	745	93.5%	0.630
	Tacna	8	5.6%	40	6.1%	48	6.0%	
	Viñani	0	0.0%	4	.6%	4	.5%	
	Total	142	100.0%	655	100.0%	797	100.0%	
Religión	No creyente	22	15.5%	96	14.6%	118	14.8%	0.788
	Creyente	120	84.5%	561	85.4%	681	85.2%	
	Total	142	100.0%	657	100.0%	799	100.0%	
Antecedente de Atención psicológica/psiquiátrica	No	88	62.0%	567	86.3%	655	82.0%	0,000
	Si	54	38.0%	90	13.7%	144	18.0%	
	Total	142	100.0%	657	100.0%	799	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: En la Tabla 12, se observa que los años de estudios, la edad y el antecedente de atención psicológica/psiquiátrica están asociados con el riesgo de trastornos de salud mental general, con un valor $P= 0.001$, $P= 0.000$ y $P= 0.000$ respectivamente (menor que 0,05). Como podemos observar los alumnos con un alto riesgo de trastorno de salud mental general corresponden; al cuarto año de estudios con un 36.6%. Seguido de las edades comprendidas entre 14 y 16 años con un 53.5% y finalmente los alumnos que no tienen antecedente de atención psicológica/psiquiátrica con un 62.0% de riesgo de salud mental general.

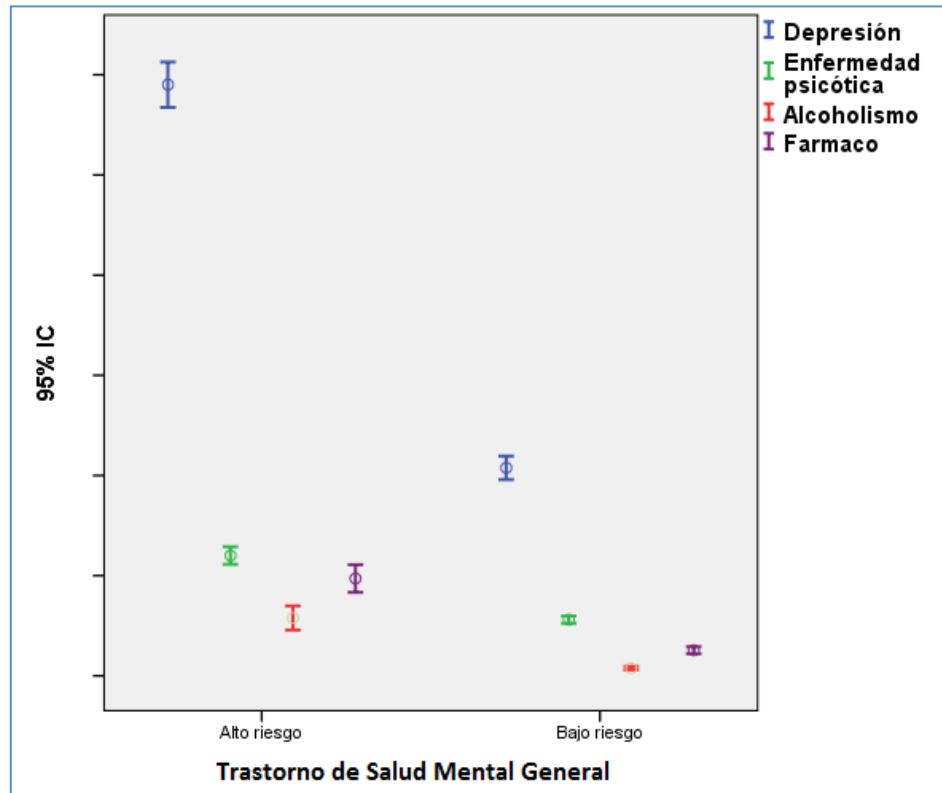


Figura 2 Comportamiento de los riesgos de trastornos de salud mental general en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, 2014.

Interpretación: En la Figura 2. Se observa el comportamiento de los riesgos de trastornos de salud mental según sus cuatro esferas: Depresión, Trastorno psicótico, alcoholismo y farmacodependencia por Alto riesgo y Bajo riesgo. Donde podemos afirmar con un intervalo de confianza de 95%, que existe un alto riesgo de depresión en la población de estudiantes, seguido de trastorno psicótico, farmacodependencia y finalmente alcoholismo.

Lo que nos conlleva a que la depresión influye en las demás trastornos de salud mental. De esta manera los alumnos que más cursan con depresión y angustia tienen alto riesgo de trastorno psicótico, farmacodependencia y alcoholismo. Este comportamiento es similar en ambos grupos de riesgo.

6.2.2 Hipótesis específicas

Primera hipótesis específica:

Existe riesgo de depresión y angustia en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, en el año 2014

Segunda hipótesis específica:

Existe riesgo de trastorno psicótico en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, en el año 2014.

Tercera hipótesis específica:

Existe riesgo de alcoholismo en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, en el año 2014.

Cuarta hipótesis específica:

Existe riesgo de farmacodependencia en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, en el año 2014.

Con el fin de contrastar las hipótesis específicas de la primera a la cuarta, se realizó en la Tabla 11 una distribución de frecuencias según el alto y bajo riesgo por cada trastorno de salud mental: Depresión y angustia, trastorno psicótico, alcoholismo y farmacodependencia.

Tabla 13 Riesgo de trastorno de salud mental en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, 2014

Riesgo de Trastorno de Salud Mental		n	%
Depresión y angustia	Alto riesgo	115	14.4%
	Bajo riesgo	684	85.6%
	Total	799	100.0%
Trastorno psicótico	Alto riesgo	615	77.0%
	Bajo riesgo	184	23.0%
	Total	799	100.0%
Alcoholismo	Alto riesgo	145	18.1%
	Bajo riesgo	654	81.9%
	Total	799	100.0%
Farmacodependencia	Alto riesgo	323	40.4%
	Bajo riesgo	476	59.6%
	Total	799	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: En la Tabla 13 se observa el riesgo de trastorno de salud mental en el total de alumnos encuestados encontrándose alto riesgo con 77% para trastorno psicótico, el 40.4% a farmacodependencia, el 18.1% a alcoholismo y el 14.4% para depresión y angustia.

Quinta hipótesis específica:

Los riesgos de trastornos de salud mental difieren según género, edad, lugar de residencia, religión y atenciones psicológicas/psiquiátricas.

Con el fin de contrastar la quinta hipótesis específica, se realizó la prueba de ji cuadrado para relacionar las variables de riesgo: Depresión y angustia, Trastorno psicótico, alcoholismo y farmacodependencia, según años de estudios, edad, sexo, zona de residencia, religión y antecedente de atención psicológica/psiquiátrica. Como se muestran en las Tablas 12, 13, 14,15 y 16. Además se realizó en las Tablas 17 y 18, la distribución del número de riesgos de trastornos de salud mental comprometidos en los adolescentes de 12 a 18 años y se evaluó su asociación con la prueba de ji cuadrado. En la Figura 3. Se detalla el riesgo de trastorno de salud mental general en base a cada ítem de la encuesta SIAS.

Tabla 14 Riesgo de depresión y angustia en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, según años de estudios, edad, sexo, zona de residencia y religión en el año 2014.

		Depresión y angustia						p:
		Bajo riesgo		Alto riesgo		Total		
		n	%	n	%	n	%	
AÑO DE ESTUDIOS	PRIMER AÑO	131	92.9%	10	7.1%	141	100.0%	0.005
	SEGUNDO AÑO	146	87.4%	21	12.6%	167	100.0%	
	TERCER AÑO	133	87.5%	19	12.5%	152	100.0%	
	CUARTO AÑO	161	78.9%	43	21.1%	204	100.0%	
	QUINTO AÑO	113	83.7%	22	16.3%	135	100.0%	
	Total	684	85.6%	115	14.4%	799	100.0%	
EDAD	11 a 13 años	386	90.6%	40	9.4%	426	100.0%	0,000
	14 a 16 años	259	80.4%	63	19.6%	322	100.0%	
	17 a 18 años	39	76.5%	12	23.5%	51	100.0%	
	Total	684	85.6%	115	14.4%	799	100.0%	
SEXO	F	327	82.2%	71	17.8%	398	100.0%	0.006
	M	357	89.0%	44	11.0%	401	100.0%	
	Total	684	85.6%	115	14.4%	799	100.0%	
ZONA RESIDENCIA	G. ALBARRACIN	637	85.5%	108	14.5%	745	100.0%	0.712
	TACNA	41	85.4%	7	14.6%	48	100.0%	
	VIÑANI	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Total	682	85.6%	115	14.4%	797	100.0%	
RELIGION	NO CREYENTE	102	86.4%	16	13.6%	118	100.0%	0.780
	CREYENTE	582	85.5%	99	14.5%	681	100.0%	
	Total	684	85.6%	115	14.4%	799	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: En la Tabla 14, se observa que los años de estudios, la edad y el sexo están asociados con el riesgo de depresión y angustia, con un valor $P= 0.005$, $P= 0.000$ y $P= 0.006$ respectivamente (menor que 0,05). Como podemos observar los alumnos con alto riesgo de depresión y angustia corresponden al cuarto año de estudios con un 21.1%, a las edades comprendidas entre 17 y 18 años con un 23.5% y finalmente el sexo femenino con un 17.8%.

Tabla 15 Riesgo de trastorno psicótico en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle, - Tacna, según años de estudios, edad, sexo, zona de resistencia y religión en el año 2014.

		Riesgo de trastorno psicótico						p:
		Alto riesgo		Bajo riesgo		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Año de estudios	Primer año	96	68.1%	45	31.9%	141	100.0%	0,000
	Segundo año	116	69.5%	51	30.5%	167	100.0%	
	Tercer año	119	78.3%	33	21.7%	152	100.0%	
	Cuarto año	172	84.3%	32	15.7%	204	100.0%	
	Quinto año	112	83.0%	23	17.0%	135	100.0%	
	Total	615	77.0%	184	23.0%	799	100.0%	
Edad	12 a 13 años	297	69.7%	129	30.3%	426	100.0%	0,000
	14 a 16 años	273	84.8%	49	15.2%	322	100.0%	
	17 a 18 años	45	88.2%	6	11.8%	51	100.0%	
	Total	615	77.0%	184	23.0%	799	100.0%	
Sexo	F	301	75.6%	97	24.4%	398	100.0%	0.369
	M	314	78.3%	87	21.7%	401	100.0%	
	Total	615	77.0%	184	23.0%	799	100.0%	
Zona de residencia	G. Albarracín	572	76.8%	173	23.2%	745	100.0%	0.342
	Tacna	39	81.3%	9	18.8%	48	100.0%	
	Viñani	2	50.0%	2	50.0%	4	100.0%	
	Total	613	76.9%	184	23.1%	797	100.0%	
Religión	No creyente	90	76.3%	28	23.7%	118	100.0%	0.845
	Creyente	525	77.1%	156	22.9%	681	100.0%	
	Total	615	77.0%	184	23.0%	799	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: En la Tabla 15, se observa que los años de estudios, y la edad están asociados con el riesgo de trastorno psicótico, con un valor $P= 0.000$ y $P= 0.000$ respectivamente (menor que 0,05). Como podemos observar los alumnos con alto riesgo de trastorno psicótico corresponden al cuarto año de estudios con un 84.3%, y a las edades comprendidas entre 17 y 18 años con un 88.2%.

Tabla 16 Riesgo de alcoholismo en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, según año de estudios, edad, sexo, zona de residencia y religión el año 2014”.

		Riesgo de alcoholismo						p:
		Alto riesgo		Bajo riesgo		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Año de estudios	Primer año	19	13.5%	122	86.5%	141	100.0%	0.352
	Segundo año	34	20.4%	133	79.6%	167	100.0%	
	Tercer año	28	18.4%	124	81.6%	152	100.0%	
	Cuarto año	43	21.1%	161	78.9%	204	100.0%	
	Quinto año	21	15.6%	114	84.4%	135	100.0%	
	Total	145	18.1%	654	81.9%	799	100.0%	
Edad	12 a 13 años	67	15.7%	359	84.3%	426	100.0%	0,019
	14 a 16 años	62	19.3%	260	80.7%	322	100.0%	
	17 a 18 años	16	31.4%	35	68.6%	51	100.0%	
	Total	145	18.1%	654	81.9%	799	100.0%	
Sexo	F	52	13.1%	346	86.9%	398	100.0%	0,000
	M	93	23.2%	308	76.8%	401	100.0%	
	Total	145	18.1%	654	81.9%	799	100.0%	
Zona de residencia	G. Albarracín	139	18.7%	606	81.3%	745	100.0%	0.36
	Tacna	6	12.5%	42	87.5%	48	100.0%	
	Viñani	0	0.0%	4	100.0%	4	100.0%	
	Total	145	18.2%	652	81.8%	797	100.0%	
Religión	No creyente	23	19.5%	95	80.5%	118	100.0%	0.682
	Creyente	122	17.9%	559	82.1%	681	100.0%	
	Total	145	18.1%	654	81.9%	799	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: En la Tabla 16, se observa que la edad y el sexo están asociados con el riesgo de alcoholismo, con un valor $P= 0.019$ y $P= 0.000$ respectivamente (menor que 0,05). Como podemos observar los alumnos que presenta alto riesgo de alcoholismo corresponden: A las edades de 17 y 18 años con 31.4% y al sexo masculino con 23.2%

Tabla 17 Riesgo de farmacodependencia en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, según año de estudios, edad, sexo, zona de residencia y religión en el año 2014.

		Riesgo de farmacodependencia						p:
		Alto riesgo		Bajo riesgo		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Año de estudios	Primer año	39	27.7%	102	72.3%	141	100.0%	0.001
	Segundo año	65	38.9%	102	61.1%	167	100.0%	
	Tercer año	56	36.8%	96	63.2%	152	100.0%	
	Cuarto año	98	48.0%	106	52.0%	204	100.0%	
	Quinto año	65	48.1%	70	51.9%	135	100.0%	
	Total	323	40.4%	476	59.6%	799	100.0%	
Edad	12 a 13 años	142	33.3%	284	66.7%	426	100.0%	0,000
	14 a 16 años	150	46.6%	172	53.4%	322	100.0%	
	17 a 18 años	31	60.8%	20	39.2%	51	100.0%	
	Total	323	40.4%	476	59.6%	799	100.0%	
Sexo	F	139	34.9%	259	65.1%	398	100.0%	0.002
	M	184	45.9%	217	54.1%	401	100.0%	
	Total	323	40.4%	476	59.6%	799	100.0%	
Zona de residencia	G. Albarracín	297	39.9%	448	60.1%	745	100.0%	0.098
	Tacna	24	50.0%	24	50.0%	48	100.0%	
	Viñani	0	0.0%	4	100.0%	4	100.0%	
	Total	321	40.3%	476	59.7%	797	100.0%	
Religión	No creyente	54	45.8%	64	54.2%	118	100.0%	0.201
	Creyente	269	39.5%	412	60.5%	681	100.0%	
	Total	323	40.4%	476	59.6%	799	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la Tabla 17, se observa que los años de estudios, la edad y el sexo están asociados con el riesgo de farmacodependencia, con un valor $P= 0.001$, $P= 0.000$ y $P= 0.002$ respectivamente (menor que 0,05). Como podemos observar los alumnos con alto riesgo de farmacodependencia corresponden: Al quinto y cuarto año de estudios con 48.1% y 48.0% respectivamente, seguido de las edades comprendidas

entre 17 y 18 años con 60.8% y finalmente 45.9% del sexo masculino presentan alto riesgo de trastorno de farmacodependencia.

Tabla 18 Riesgo de un trastorno de salud mental según antecedente de atención psicológica/psiquiátrica en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, en el año 2014

		Antecedente de atención psicológica/psiquiátrica						p:
		SI		NO		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Depresión y angustia	Alto riesgo	37	25.7%	78	11.9%	115	14.4%	0,000
	Bajo riesgo	107	74.3%	577	88.1%	684	85.6%	
	Total	144	100.0%	655	100.0%	799	100.0%	
Trastorno psicótico	Alto riesgo	121	84.0%	494	75.4%	615	77.0%	0,026
	Bajo riesgo	23	16.0%	161	24.6%	184	23.0%	
	Total	144	100.0%	655	100.0%	799	100.0%	
Alcoholismo	Alto riesgo	51	35.4%	94	14.4%	145	18.1%	0,000
	Bajo riesgo	93	64.6%	561	85.6%	654	81.9%	
	Total	144	100.0%	655	100.0%	799	100.0%	
Fármaco dependencia	Alto riesgo	81	56.3%	242	36.9%	323	40.4%	0,000
	Bajo riesgo	63	43.8%	413	63.1%	476	59.6%	
	Total	655	100.0%	144	100.0%	799	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación: En la Tabla 18, se observa que los riesgos de: Depresión y angustia, trastorno psicótico, alcoholismo y farmacodependencia están asociados al antecedente de atención psicológica/psiquiátrica, con un valor $P= 0.000$, $P= 0.026$, $P= 0.000$ y $P= 0.000$ respectivamente (menor que 0,05). Como podemos observar quienes si tienen antecedente de atención psiquiátrica en los últimos 5 años tienen alto riesgo con 84.0% para trastorno psicótico, el 56.3% a farmacodependencia, el 35.4% a Alcoholismo y el 25.7% para depresión y angustia.

Tabla 19 Número de riesgo de trastornos de salud mental comprometidos en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, según año de estudios, edad, sexo, zona de residencia y religión en el año 2014

		Número de riesgo de trastornos de salud mental comprometidos										p:		
		ninguno		1		2		3		4			Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
Año de estudios	Primer año	8	5.7%	29	20.6%	65	46.1%	36	25.5%	3	2.1%	141	100.0%	0.010
	Segundo año	17	10.2%	34	20.4%	78	46.7%	35	21.0%	3	1.8%	167	100.0%	
	Tercer año	14	9.2%	32	21.1%	78	51.3%	28	18.4%	0	0.0%	152	100.0%	
	Cuarto año	18	8.8%	69	33.8%	78	38.2%	39	19.1%	0	0.0%	204	100.0%	
	Quinto año	9	6.7%	43	31.9%	63	46.7%	20	14.8%	0	0.0%	135	100.0%	
	Total	66	8.3%	207	25.9%	362	45.3%	158	19.8%	6	0.8%	799	100.0%	
Edad	12 a 13 años	33	7.7%	83	19.5%	207	48.6%	97	22.8%	6	1.4%	426	100.0%	0,000
	14 a 16 años	25	7.8%	107	33.2%	133	41.3%	57	17.7%	0	0.0%	322	100.0%	
	17 a 18 años	8	15.7%	17	33.3%	22	43.1%	4	7.8%	0	0.0%	51	100.0%	
	Total	66	8.3%	207	25.9%	362	45.3%	158	19.8%	6	0.8%	799	100.0%	
Sexo	F	15	3.8%	95	23.9%	190	47.7%	94	23.6%	4	1.0%	398	100.0%	0,000
	M	51	12.7%	112	27.9%	172	42.9%	64	16.0%	2	0.5%	401	100.0%	
	Total	66	8.3%	207	25.9%	362	45.3%	158	19.8%	6	0.8%	799	100.0%	
Zona de residencia	G. Albarracín	61	8.2%	192	25.8%	339	45.5%	147	19.7%	6	0.8%	745	100.0%	0.857
	Tacna	5	10.4%	13	27.1%	21	43.8%	9	18.8%	0	0.0%	48	100.0%	
	Viñani	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Total	66	8.3%	205	25.7%	362	45.4%	158	19.8%	6	0.8%	797	100.0%	
Religión	No creyente	10	8.5%	39	33.1%	43	36.4%	26	22.0%	0	0.0%	118	100.0%	0.163
	Creyente	56	8.2%	168	24.7%	319	46.8%	132	19.4%	6	0.9%	681	100.0%	
	Total	66	8.3%	207	25.9%	362	45.3%	158	19.8%	6	0.8%	799	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: En la Tabla 19, se observa que los años de estudios, la edad y el sexo están asociados con el número de riesgos de trastornos de salud mental comprometidos, con un valor $P= 0.010$, $P= 0.000$ y $P= 0.000$ respectivamente (menor que 0,05). Como podemos observar el 45.3% presentan al menos 2 riesgos de trastornos de salud mental, 25.9% presentan 1 riesgo de trastorno de salud mental, el 19.8% presenta 3 riesgos de trastornos de salud mental y finalmente el 0.8% presentan los 4 riesgos de trastornos de salud mental estudiados.

Así mismo de los alumnos con 2 riesgos de trastornos de salud mental, el 51.3% corresponden al tercer año de estudios, el 48.6% presentan edades de 12 a 13 años, y 47.7% son de sexo femenino. Los alumnos con 1 riesgo de trastorno de salud mental, el 33.8% corresponden al cuarto año de estudios, el 33.3% presentan edades de 17 a 18 años y el 27.9% son de sexo masculino. Los alumnos con 3 riesgos de trastornos de salud mental, el 25.5% corresponden al primer año, el 22.8% presentan edades de 12 a 13 años y el 23.6% son del sexo femenino. Los alumnos con 4 riesgos de trastornos de salud mental, el 2.1% corresponden también al primer año de estudios, el 1.4% presentan las edades de 12 a 13 años y el 1.0% son del al sexo femenino.

Tabla 20 Número de riesgos de trastornos de salud mental comprometidos en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, según antecedente de atención psicológica/psiquiátrica en el año 2014

		Antecedente de Atención psicológica/psiquiátrica						p:
		NO		SI		Total		
		n	%	n	%	n	%	
	ninguno	38	5.8%	28	19.4%	66	8.3%	0,000
N° de Riesgos de trastornos de salud mental comprometidos	1	165	25.2%	42	29.2%	207	25.9%	
	2	314	47.9%	48	33.3%	362	45.3%	
	3	132	20.2%	26	18.1%	158	19.8%	
	4	6.0	0.9%	0	0.0%	6.0	0.8%	
	Total	655	100.0%	144	100.0%	799	100.0%	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: En la Tabla 20, se observa que el número de riesgos de trastornos de salud comprometidos está asociado al antecedente de atención psicológica/psiquiátrica, con un valor $P= 0.000$ (menor que 0,05). Como podemos observar de los alumnos con antecedente de atención psicológica/psiquiátrica, el 33.3% presentan al menos 2 riesgos de trastornos de salud mental, 29.2% presentan 1 riesgo de trastorno de salud mental, el 18.1% presenta 3 riesgos de trastornos de salud mental y finalmente el 0.0% presentan los 4 riesgos de trastornos de salud mental estudiados.

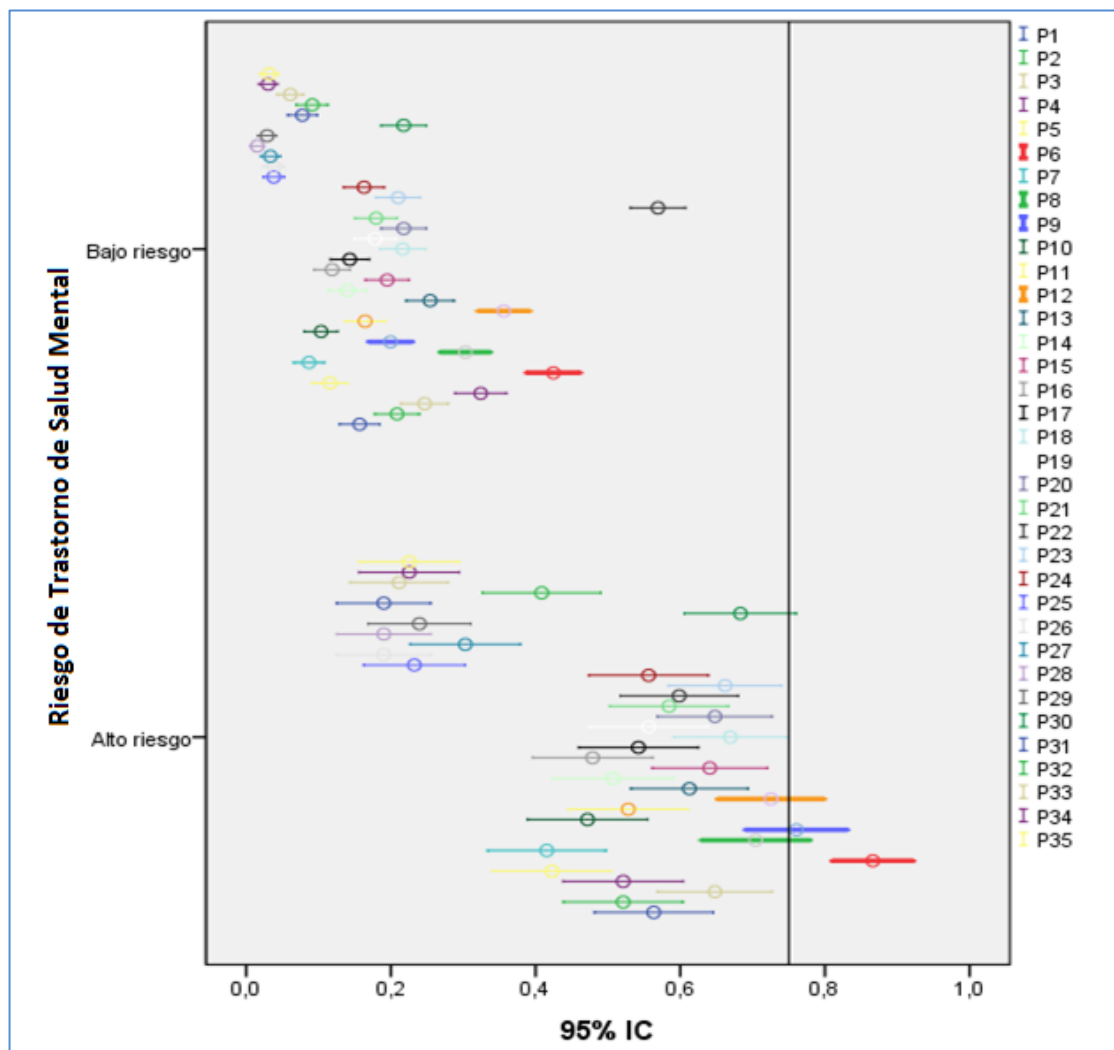


Figura 3 Riesgo de trastorno de salud mental general en los adolescentes de 12 a 18 años del nivel secundario del colegio estatal Enrique Paillardelle - Tacna, 2014

Interpretación: En la Figura 3. Se observa que de las 35 preguntas, en el grupo de alto riesgo, las que están más comprometidas en el trastorno de salud mental alrededor del 75% son la pregunta 6 *¿Se siente nervioso(a), tenso(a) o aburrido(a)?*, seguido de la pregunta 8 *¿No puede pensar con claridad?*, continúa la pregunta 9 *¿Se siente Triste?* y finalmente la pregunta 12 *¿Tiene dificultades para tomar decisiones?*; por lo que nos indicaría hacia donde apuntar las charlas de fortalecimiento de salud mental de los estudiantes de la IE. Enrique Paillardelle.

CAPITULO VII

DISCUSION

En la tabla 11, podemos observar que el 17.8% representan a los adolescentes con alto riesgo de trastorno de salud mental general. Resultado similar a la información epidemiológica de la OMS (²⁶), donde el 20% de niños y adolescentes en todo el mundo tienen trastornos mentales, además de este 20%, se reconoce que entre el 4% y 6% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave. Por lo que debemos reconocer la importancia de este estudio.

Así podemos observar en la tabla 12, que los alumnos con alto riesgo de trastorno de salud mental general corresponden al cuarto año de estudios con 36.6%, a las edades entre 14 y 16 años con 53.5%, y a los que no tienen antecedente de atención psicológica/psiquiátrica con un 62.0%. De otro lado según Kessler R. menciona que la mitad de todos los casos de trastornos mentales que duran toda la vida empiezan a los 14 años (²⁷). Dato importante debido a que en el presente estudio las edades entre 14 y 16 años presentan alto riesgo y representan más de la mitad de los alumnos estudiados, con un $p < 0.05$.

En la tabla 13, observamos que el 77% de los adolescentes presentan alto riesgo de trastorno psicótico, seguido del 40.4% para farmacodependencia, 18.1% para alcoholismo y finalmente 14.4% para depresión y angustia. Sin embargo en el informe de salud mental (2009) por etapas de vida de la región de salud Tacna (²⁸), se aprecia que los adolescentes tiene en primer lugar el abuso de alcohol 23.8%; seguido del trastorno depresivo con 15.4%; luego abuso de otras drogas 5.67%, el intento de suicidio 5.67%; y el síndrome y/o trastorno psicótico 0.3%;

²⁶ Organización Mundial de la Salud. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future: OMS; 2005. Publicado en el Proyecto 2012 "Centros comunitarios para la atención de la Salud Mental y desarrollo humano de la Región Tacna". <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/052228.pdf>.

²⁷ Kessler R. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. Arch Gen Psychiatry.2005;62 (6):593-602. Publicado en el Proyecto 2012 "Centros comunitarios para la atención de la Salud Mental y desarrollo humano de la Región Tacna". <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/052228.pdf>.

²⁸ INFORME MENSUAL – HIS SALUD MENTAL 2009 OITE-RST. http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Informe_Salud_Mental_09.pdf

Por otro lado según Martínez Yañez y col.⁽¹²⁾ en su estudio con adolescentes encontró depresión leve al 4,39%, moderada 0,65%, y ninguno como severa. Y el consumo del tabaco con 45,04%, para el consumo de alcohol en 39,6% de adolescentes, y en el consumo de drogas 8,59%.

Según el estudio realizado en Abancay por el Instituto de salud mental (2010) se encontró que el 10,8% de los adolescentes respondieron afirmativamente a la pregunta ¿alguna vez en su vida ha pensado en quitarse la vida? ⁽²⁹⁾; sin embargo, es el presente estudio se obtuvo un resultado mayor de 21.4% de adolescentes quienes respondieron a la pregunta ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?

En la tabla 16, observamos que los adolescentes con alto riesgo de alcoholismo comprenden las edades de 17 y 18 años, a predominio del sexo masculino. Por otro lado según refiere Vargas Poma (2013), el 33.9% de los adolescentes consumen bebidas alcohólicas; y que el rango de edad de mayor prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es de 14 a 15 años con 16,1% del total de adolescentes consumidores ⁽³⁰⁾. Así mismo en el estudio de DEVIDA, los escolares de sexo masculino presentaron una mayor prevalencia de consumo de drogas legales e ilegales en comparación con las escolares de sexo femenino (28.1% vs. 24.3%). Al analizar cada droga legal en particular, los hombres presentan un mayor consumo de alcohol y tabaco que las mujeres ⁽³¹⁾. Además según un estudio del Instituto de salud mental menciona que los adolescentes de las ciudades de Fronteras, Selva, Sierra, Lima y Callao, las prevalencias de consumo de sustancias adictivas son mayores en los adolescentes varones, y como

²⁹ Anales de Salud Mental. Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental - Suplemento epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay 2010. Supl.1, vol. XXVII – 2011. CONCYTEC (Lima-Perú 2012). “INDICADORES SUICIDAS DEL ADOLESCENTE” pág. 177. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM-EESM-A/files/res/downloads/book.pdf>

³⁰ VARGAS POMA, Liesel Milagros (2013). “Influencia de los factores psicosociales en el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del nivel secundario de la I.E. Modesto Basadre, Tacna 2012”. <http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/173>

³¹ DEVIDA. III Estudio Nacional (2011): Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2009. Resultados según dominios Regionales. Edita: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA. Lima - Perú. http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2014/12/III-Estudio-Nacional-Prevención-y-consumo-de-drogas-en-estudiantes-de-secundaria_Resultados-Regionales-2009.pdf

es de esperar, el consumo de alcohol aventaja en frecuencia al consumo de otras sustancias (³²).

En la tabla 17, observamos, los alumnos con alto riesgo de farmacodependencia corresponden al quinto y cuarto año de estudios con un 48.1% y 48.0% respectivamente. Seguido de las edades comprendidas entre 17 y 18 años con un 60.8% y finalmente el sexo masculino con un 45.9%. Según Pineda Sanchez (2012), encontró que existe diferencia significativa con respecto al género ($p = 0.00$), donde la condición de género masculino predomina para el consumo de cigarrillos, bebidas alcohólicas, marihuana, tranquilizantes y otras medicinas (¹⁷). Por otro lado según en el estudio DEVIDA (2013), llama la atención el caso de Tacna, que registra una prevalencia de consumo que es más del doble que el promedio nacional y significativamente más alta que las que registran Lima y Callao. Es probable que ello se deba a una mayor disponibilidad de sustancias en esta zona de frontera, que es ruta de salida de la droga hacia Chile y Argentina; no obstante el incremento de consumo no solo se ha dado en las sustancias cocaínicas, sino también en el uso de marihuana y de éxtasis (³³).

Partiendo de estudios internacionales que confirman que sólo alrededor de la mitad de aquellos que buscan atención por problemas de salud mental tienen trastornos mentales (³⁴). Podemos afirmar según la tabla 18, que los alumnos con más alto riesgo de trastorno psicótico con 84.0% y farmacodependencia con 56.3%, acudieron a consulta psicológica/psiquiátrica en los últimos 5 años. ($p =$

³² Anales de Salud Mental. Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental - Suplemento epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay 2010. Supl.1, vol. XXVII – 2011. CONCYTEC (Lima-Perú 2012). “USO DE SUSTANCIAS” pág. 186. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM-EESM-A/files/res/downloads/book.pdf>

³³ IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013) Edita Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA y Observatorio Peruano de Drogas - OPD. http://www.opd.gob.pe/cdoc/_cdocumentacion/IV_Encuesta_Nacional_P_Escolar_NAC.pdf

³⁴ Kessler RC, Mc Gonable KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 1994; 51:8-19. Publicado en Anales de Salud Mental. Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental - Suplemento epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay 2010. Supl.1, vol XXVII – 2011. CONCYTEC Lima-Perú. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM-EESM-A/files/res/downloads/book.pdf>

0.026 y $p = 0.000$ respectivamente). A los cuales se les debe hacer un seguimiento y control para prevenir el desarrollo de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Considerando lo que se ha descrito en el Capítulo VI: Resultados y Capítulo VII: Discusión se deducen y se llegan a las siguientes conclusiones.

Primero.- El 17.8% de los adolescentes de 12 a 18 años del colegio estatal Enrique Paillardelle, presentan alto riesgo de trastornos de salud mental, de los cuales significativamente el 36.6% pertenece a los alumnos del 4to año de estudios y comprenden las edades entre 14 a 16 años. Asimismo el 62.0% de los alumnos que no tienen antecedente de atención psicológica/psiquiátrica en los 5 últimos años, tienen alto riesgo de trastorno de salud mental.

Segundo.- Según el número de riesgos de trastornos comprometidos, concluimos que los alumnos del 1ero al 5to año de estudios tienen significativamente comprometido 2 riesgos de trastornos de salud mental, encontrándose el valor más alto en el 3er año de estudios con 51.3%, además que implica a todas las edades y afecta con 47.7% a las mujeres y 42.9% a los varones. Además significativamente el 47.9% de los alumnos con riesgo de 2 trastornos de salud mental, no cuentan con antecedente de atención psicológica/psiquiátrica en los últimos 5 años.

Tercero.- Podemos afirmar con un intervalo de confianza de 95%, que el riesgo de depresión y angustia está más comprometida en la población de estudiantes e influye en los demás trastornos de salud mental. De esta manera los alumnos con síntomas de depresión y angustia tienen mayor riesgo de trastorno psicótico, farmacodependencia y alcoholismo. Y del cuestionario discriminador de riesgo, las que están más comprometidas en el trastorno de salud mental son: ¿Se siente nervioso(a), tenso(a) o aburrido(a)?, seguido de ¿No puede pensar con claridad?, ¿Se siente Triste? y finalmente ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?.

Cuarto.- El riesgo de depresión y angustia es alto y significativo para: El 21.1% de los alumnos del cuarto año de estudios, el 23.5% de las edades de 17 y 18 años, y el 17.8% del sexo femenino. Además se encontró que el 25.7% tienen antecedente de atención psicológica/psiquiátrica y presentan alto riesgo de depresión y angustia.

Quinto.- El riesgo de trastorno psicótico es alto y altamente significativo y está presente en: Más de la mitad de los alumnos de cada año de estudios y compromete a todas las edades. Finalmente todos los alumnos con y sin antecedente de atención psicológica/psiquiátrica, también tienen alto riesgo de enfermedad psicótica.

Sexto.- Los alumnos con riesgo de alcoholismo es alto y significativo y corresponden: Las edades de 17 y 18 años con 31.4% y el sexo masculino con 23.2%. Además el 35.4% de los alumnos con el antecedente de atención psicológica/psiquiátrica, presentan alto riesgo de alcoholismo.

Séptimo.- Los alumnos con riesgo alto de farmacodependencia significativo comprenden a: El quinto y cuarto año de estudios con 48.1% y 48.0% respectivamente, las edades entre 17 y 18 años con 60.8% y el sexo masculino con 45.9%. Además el 56.3% de los alumnos con el antecedente de atención psicológica/psiquiátrica, presentan alto riesgo de farmacodependencia.

RECOMENDACIONES

Los resultados encontrados en el presente estudio nos permiten proponer las siguientes recomendaciones:

Primera.- Recomendación de la primera y segunda conclusión. Gestionar posibles fuentes de financiamiento y donantes, en coordinación con las municipalidades de Tacna y del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, para la elaboración de programas y campañas de atención psicológica/psiquiátrica gratuita a todos los años de estudios. Además coordinar con centros de salud, profesionales del área de la salud, programas de formación (de pregrado y posgrado) para crear alianzas de ejecución de planes integrales de salud mental que ayuden a disponer de recursos humanos para la elaboración de programas dirigidos como prioridad, a los adolescentes con alto riesgo de trastorno de salud mental comprendidas entre las edades entre 14 a 16 años y no tienen atención psicológica psiquiátrica.

Segunda.- Adoptar medidas y estrategias, como la capacitación de docentes para detectar alumnos de la IE. Enrique Paillardelle con alto riesgo de depresión y angustia; A fin de derivarlos a un especialista para seguimiento y control y evitar el desarrollo de 2 o más trastornos de salud mental asociados con la depresión.

Tercera.- Implementar ejercicios de anti-stress, autoestima, comunicación familiar, toma de decisiones, charlas de fortalecimiento social y prevención de uso de drogas, para reducir los riesgos de: Depresión y angustia, trastorno psicótico, alcoholismo y farmacodependencia en lo estudiantes de la IE. Enrique Paillardelle.

Cuarta.- Se conoce que los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura, por tal motivo recomendamos realizar

más estudios con el fin de evaluar la salud mental en el quehacer escolar, donde se asocien otras variables como: culturales, económicas, familiares y de la comunidad.

Quinta.- Se recomienda utilizar el instrumento discriminador de riesgo de la presente investigación, para medir los riesgos de trastorno de salud mental en las zonas alto andinas de la ciudad de Tacna y en otras ciudades del país.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS 2004. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. Un informe de la Organización mundial de la salud, departamento de salud mental y abuso de sustancia en colaboración con la fundación Victorian para la promoción de la salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne.
http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
2. Michelle Funk, Natalie Drew y Benedetto Saraceno (2006). El Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Departamento de salud mental y toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.
http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
3. OMS (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado el 02 de Agosto 2014. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
4. RECINOS GIRON, J. (2002). Riesgo de trastornos de salud mental en adolescentes de establecimientos de educación pública a nivel básico y diversificado de la zona 5 de Guatemala, Julio 2002. Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala – Facultad de Ciencias Médicas. Revisado el 01 Diciembre 2012.
5. MATAIX VERDU, J. (S.F.) Nutrición y alimentación humana. Situaciones fisiológicas y patológicas (vol. 2). Editores MATAIX VERDU J. & SANCHEZ CAMPOS M. Editorial Océano/Ergon. España.
6. LUNA AMANCIO Nelly. El Comercio.pe: Aumenta el suicidio de menores: 80 se quitaron la vida el 2010. Editado el 23 de enero 2011. URL disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/702704/noticia-aumenta-suicidio-menores-80-se-quitaron-vida-2010>
7. KENDALL-FOLMER Rommy, PÉREZ SALINAS Raquel & SANEZ Yolanda. Prevalencia de factores asociados en el abuso/dependencia del alcohol en el adulto en Lima metropolitana y Callao. Rev. Anales de Salud

- Mental 2010. Vol. 26 (1), pp 19-29.
<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM/files/res/downloads/book.pdf>
8. Proyecto sistema regional de indicadores estandarizados de seguridad y convivencia ciudadana – (RG-T1265). URL disponible en:
http://www.mpfm.gob.pe/conferencia_sistemRegional.php;
http://www.mpfm.gob.pe/descargas/CONFERENCIA/INDICADORES/RESUMEN_MESA_CRIMINALIDAD.ppt; <http://bprindicadoresbid.univalle.edu.co>
 9. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico de salud mental en fronteras 2005 – Informe general. Revista de Anales de Salud Mental. Lima-Perú, 2006; Vol. 22; N° 1 y 2.
 10. ASIS (2012). Análisis de Situación de Salud Región de Salud Tacna – Dirección Regional de Salud Tacna – Ministerio de Salud. Recuperado el 1 de Febrero 2013,
http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/ASIS-TACNA_2012_v1.pdf
 11. Ministerio de Educación – Ministerio de Salud. Red de escuelas promotoras de la salud del Perú. Comisión multisectorial de escuelas promotoras de la salud; 2011. OPS/OMS en el Perú. Cuadernos de promoción de la salud N°1. p.58.
<http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/CD045364/fortaleciendo01.pdf>
 12. Martínez Yañez Rosa María Salome (México, 2010). Tesis de Postgrado “Depresión en adolescentes y su asociación con adicciones” Universidad Veracruzana.
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/32318/1/martinez%20ya%C3%B1ez.pdf>
 13. RAMIREZ Fernando (Perú, 2010). “Síntomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados”. Revista Peruana de Epidemiología, Vol 14, no 1, pp. 65-71.

- Sociedad Peruana de Epidemiología. URL disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119805009.pdf>
14. ROJAS Milton (Perú, 2013). “Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar”. UNODC-Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. CEDRO. Primera edición. Impreso en Perú. Industria Gráfica Macole S.R.L.
http://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
 15. LUNA PARI María (Tacna-Perú, 2009). “Análisis de la situación de salud mental por etapas de vida en la región de salud Tacna año 2009”. Estrategia Sanitaria de salud mental y cultura de Paz – DIRESA Tacna.
http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Informe_Salud_Mental_09.pdf
 16. LUQUE ESPINOZA Cristhian Raúl (2011). “Factores que influyen en el consumo de drogas ilícitas en adolescentes del distrito alto de la alianza en la ciudad de Tacna, Enero - Febrero 2011”. Hemeroteca Universidad Privada de Tacna-Perú.
 17. PINEDA SÁNCHEZ Maykol J. (2011). “Consumo de drogas legales e ilegales en alumnos de 4to y 5to año de educación secundaria de dos grandes unidades escolares del cercado de Tacna, Setiembre del 2011”. Hemeroteca Universidad Privada de Tacna-Perú.
 18. OMS, 2013. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Impreso en Ginebra, Suiza. <http://es.slideshare.net/Ghonzalito/plan-de-accin-en-salud-mental-de-la-oms?related=1>
 19. OMS, 2013. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Impreso en Ginebra, Suiza. <http://es.slideshare.net/Ghonzalito/plan-de-accin-en-salud-mental-de-la-oms?related=1>
 20. Vega Galdós Favio. Art.Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.
<http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>

21. JIMENEZ GUITIERREZ Teresa I. (España, 2006). Tesis doctoral “Familia y Problemas de Desajuste en la Adolescencia: el Papel Mediador de los Recursos Psicosociales”. Universitat de Valencia-Facultad de Psicología. pp. 213. URL disponible en http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_terebel.pdf
22. Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente (CAH) Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/child-adolescent-health>
23. BROWN B. Bradford. PRINSTEIN J. Mitchell Encyclopedia of Adolescence. Editors-IN-CHIEF. Academic Press is an imprint of Elsevier in 2011; Vol 1 p. 383, Vol 2 p. 385, Vol 3 p. 439
24. CHENG Keith, MYERS M. Kathleen. Child and Adolescent Psychiatry the Essentials, 2nd Edition. 2011. Lippincott Williams & Wilkins; p. 529
25. República de Guatemala Ministerio de Salud y Asistencia Social. Atención a Adolescentes, SIAS, Guatemala septiembre 1999. Utilizado por RECINOS GIRÓN Juan José. Estudio de tesis Riesgo de trastornos de salud mental en adolescentes de establecimientos de educación pública a nivel básico y diversificado de la zona 5 de Guatemala, Julio 2002. Estudio descriptivo de corte transversal en adolescentes de 10 a 19 años. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias médicas. URL disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0210.pdf
26. OMS; 2005. Organización Mundial de la Salud. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future: Publicado en el Proyecto 2012 “Centros comunitarios para la atención de la Salud Mental y desarrollo humano de la Región Tacna”. <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/052228.pdf>.
27. Kessler R. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. Arch Gen Psychiatry.2005; 62 (6):593-602. Publicado en el Proyecto 2012 “Centros comunitarios para la atención de la Salud Mental y desarrollo humano de la Región Tacna”.

- <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/052228.pdf>.
28. INFORME MENSUAL – HIS SALUD MENTAL 2009 OITE-RST.
http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Informe_Salud_Mental_09.pdf
 29. Anales de Salud Mental. Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental - Suplemento epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay 2010. Supl.1, vol. XXVII – 2011. CONCYTEC (Lima-Perú 2012). “INDICADORES SUICIDAS DEL ADOLESCENTE” pág. 177.
<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM-EESM-A/files/res/downloads/book.pdf>
 30. VARGAS POMA, Liesel Milagros (2013). “Influencia de los factores psicosociales en el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del nivel secundario de la I.E. Modesto Basadre, Tacna 2012”.
<http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/173>
 31. DEVIDA. III Estudio Nacional (2011): Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2009. Resultados según dominios Regionales. Edita: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA. Lima - Perú. http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2014/12/III-Estudio-Nacional-Prevención-y-consumo-de-drogas-en-estudiantes-de-secundaria_Resultados-Regionales-2009.pdf
 32. Anales de Salud Mental. Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental - Suplemento epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay 2010. Supl.1, vol. XXVII – 2011. CONCYTEC (Lima-Perú 2012). “USO DE SUSTANCIAS” pág. 186.
<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM-EESM-A/files/res/downloads/book.pdf>
 33. DEVIDA, 2013. IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012. Edita Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA y Observatorio Peruano de Drogas - OPD.
http://www.opd.gob.pe/cdoc/_cdocumentacion/IV_Encuesta_Nacional_P_Escolar_NAC.pdf

34. Kessler RC, Mc Gonable KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 1994; 51:8-19. Publicado en Anales de Salud Mental. Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental - Suplemento epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay 2010. Supl.1, vol XXVII – 2011. CONCYTEC Lima-Perú.
<http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM-EESM-A/files/res/downloads/book.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DISCRIMINADOR DE RIESGO PSICOSOCIAL

DATOS PERSONALES Fecha _____

Colegio _____

Edad _____ Año de Estudios: _____ Sección _____

(MARCA CON X)

Sexo: Masculino _____ femenino _____ Religión: Creyente _____ No creyente _____

Antecedente de atención psicológica/psiquiátrica: si _____ no _____

Zona de residencia (Distrito):

Tacna cercado	Ciudad Nueva	Gregorio Albarracín L	
Alto Alianza	Pocollay	Natividad.	
Calana	Viñani	Palca	
Pachia	Inclan		

INSTRUCCIONES GENERALES

A continuación encontrará treinta y cinco preguntas de respuesta afirmativa o negativa, las cuales estarán relacionadas con síntomas o molestias que pudo haber sentido o sufrido en los últimos 30 días. Debe marcar con una X la respuesta que considere adecuada

1.- ¿Tiene fuertes dolores de cabeza? Marque "SI", si en los últimos 30 días viene padeciendo fuertes dolores de cabeza dos o más veces por semana

SI	NO
----	----

2.- ¿Tiene poco apetito? Marque "SI", si en los últimos 30 días no ha tenido apetito, come muy poco, o no siente deseos de comer. Si es lo contrario marque "No".

SI	NO
----	----

3.- ¿Duerme mal? Marque "Si" si tarda dos o más horas en quedarse dormido por las noches. Si se despierta en la Mañana dos o más horas antes de lo acostumbrado. Si su sueño es interrumpido con frecuentes Sobresaltos.

SI	NO
----	----

4.- ¿Se asusta con facilidad? Marque "SI", cuando todo le asusta o se asusta fácilmente y los demás lo notan.

SI	NO
----	----

5.- ¿Sufre de temblor de manos?

SI	NO
----	----

6.- ¿Se siente nervioso(a), tenso(a) o aburrido(a)?

SI	NO
----	----

7.- ¿Sufre de mala digestión? Marque "SI", si en los últimos 30 días todo lo que come le cae mal al estómago Marque "NO" si solo sucede pocas veces.

SI	NO
----	----

8.- ¿No puede pensar con claridad? Marque "SI", si en los últimos 30 días no puede pensar con claridad y le cuesta pensar a tal punto que no puede realizar sus labores diarias.

SI	NO
----	----

9.- ¿Se siente Triste? Marque "SI", si en los últimos 30 días se ha sentido triste casi todo el tiempo

SI	NO
----	----

10.- ¿Llora con mucha frecuencia? Marque "Si", si en los últimos 30 días llora por cualquier cosa.

Si ha llorado por una causa razonable por ejemplo la muerte de un ser querido, explíquese al orientador.

SI	NO
----	----

11.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades? Marque "Si", si las actividades diarias le causan problemas y sufrimientos.

SI	NO
----	----

12.- ¿Tiene dificultades para tomar decisiones? Marque "Si", si en el momento de tomar decisiones, aún en el caso de situaciones sin importancia, no es capaz de llegar a una determinación final.

SI	NO
----	----

13.- ¿Tiene dificultades para hacer su trabajo? Sufre con el trabajo, encuentra que no le gusta nada de lo que hace o que se le olvidan las cosas con frecuencia.

SI	NO
----	----

14.- ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? Siente que son inútiles todos sus esfuerzos por conseguir algún papel útil en su vida?

SI	NO
----	----

15.- ¿Ha perdido interés por las cosas? Marque "Si", si en los últimos 30 días ha perdido totalmente el interés y gusto por las cosas que antes le llamaban a atención.

SI	NO
----	----

16.- ¿Siente que es una persona inútil? Le parece que todas las cosas le salen mal, o siente que lo que hace carece de valor o utilidad

SI	NO
----	----

17.- ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?

SI	NO
----	----

18.- ¿Se siente cansado(a) todo el tiempo sin que haya una causa para ello?

SI	NO
----	----

19.- ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago? Marque "Si", si ha tenido ardor, dolor o pesadez en el estómago en los últimos 30 días.

SI	NO
----	----

20.- ¿Se cansa con facilidad? Marque "Si", si este cansancio lo siente haciendo las mismas cosas que antes no le cansaban.

SI	NO
----	----

21.- ¿Siente que alguien a tratado de herirle en alguna forma, o sea que alguien le persigue para hacerle daño o causarle algún prejuicio y esto le mantiene muy preocupado

SI	NO
----	----

22.- ¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? Marque "Si", si siente que es un gran personaje que tiene poderes especiales, que tiene mucho dinero o ha hecho grandes inventos

SI	NO
----	----

23.- ¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos? Marque "Si", si siente que le están controlando la mente, recibe órdenes telepáticas o por televisión, u órdenes de otros planetas o de otras personas

SI	NO
----	----

24.- ¿Oye voces sin saber de dónde vienen y que las otras personas no pueden oír?

SI	NO
----	----

25.- Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted está bebiendo demasiado licor.

SI	NO
----	----

26.- ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?

SI	NO
----	----

27.- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida, ha faltado al trabajo o al instituto por causa de la bebida?

SI	NO
----	----

28.- ¿Ha estado en riñas o le han detenido estando borracho?

SI	NO
----	----

29.- ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado? Marque "Si", si una o más veces a la semana toma más de 3 cervezas diarias, o más de 3 tragos de licor fuerte al día.

SI	NO
----	----

30.- ¿Tiene usted amigos que fuman?

SI	NO
----	----

31.- ¿Fuman en su familia?

SI	NO
----	----

32.- ¿Ha fumado cigarrillos?

SI	NO
----	----

33.- ¿Ha inhalado pegamento o alguna sustancia química?

SI	NO
----	----

34.- ¿Ha fumado marihuana?

SI	NO
----	----

35.- ¿Ha usado alguna otra droga?

SI	NO
----	----

ANEXO 2. VALIDACION POR CONSISTENCIA INTERNA DE LA ENCUESTA DISCRIMINADORA DE RIESGO DE TRASTORNO DE SALUD MENTAL – SIAS.

“TRASTORNO DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL NIVEL SECUNDARIO DEL COLEGIO ESTATAL ENRIQUE PAILLARDELLE – TACNA, 2014”

METODOLOGÍA:

- SUJETOS: El grupo de participantes estuvo compuesto por 799 ciudadanos encuestados del colegio estatal Enrique Paillardelle seleccionados aleatoriamente.

- INSTRUMENTO DE MEDIDA: Se analizó un instrumento:

Titulado originalmente como ENCUESTA DISCRIMINADORA DE RIESGO DE TRASTORNO DE SALUD MENTAL – SIAS. República de Guatemala Ministerio de Salud y Asistencia Social. Con un total de 35 ítems.

Donde las opciones de respuesta fueron sí y no. Y de cuyo resultado se puede establecer el riesgo a: Depresión y angustia, enfermedad psicótica, alcoholismo y farmacodependencia.

La información recogida mediante los citados ítems se complementa con datos base.

RESULTADOS:

Dadas las características del instrumento se decidió aplicar como medida de fiabilidad el alfa Cronbach FIABILIDAD

Tabla 1: Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,854	,858	35

La tabla 1 muestra el coeficiente alfa de Cronbach total del instrumento que fue 0.854 ligeramente superior al mínimo aceptable de 0.7. El número de elementos corresponde al número de preguntas consideradas en el instrumento, en este caso se aplicó el análisis a un total de 35 ítems.

Por otro lado, en la tabla 2 la columna 1 indica el número de pregunta, la columna 2 la media indica el índice de dificultad de cada pregunta, con respecto a las opciones de respuesta, éstas oscilan entre 0.06 pregunta 29 y 0.42 pregunta 12. La desviación típica o estándar “mide el grado de dispersión de las observaciones individuales alrededor de su media”, la pregunta 12 y 29 tiene la mayor desviación típica de 0,49. En la última columna N es la población 799 ciudadanos encuestados.

Tabla 2: Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
P1	,2290	,42048	799
P2	,2641	,44112	799
P3	,3179	,46595	799
P4	,3592	,48007	799
P5	,1702	,37606	799
P6	,5031	,50030	799
P7	,1452	,35250	799
P8	,3742	,48422	799
P9	,2991	,45816	799
P10	,1690	,37495	799
P11	,2290	,42048	799
P12	,4218	,49415	799
P13	,3179	,46595	799
P14	,2053	,40414	799
P15	,2741	,44634	799
P16	,1827	,38669	799
P17	,2140	,41040	799
P18	,2966	,45705	799
P19	,2453	,43054	799
P20	,2941	,45593	799
P21	,2516	,43418	799
P22	,5745	,49473	799
P23	,2904	,45421	799
P24	,2328	,42287	799
P25	,0726	,25963	799
P26	,0651	,24682	799
P27	,0814	,27355	799
P28	,0463	,21028	799
P29	,0663	,24902	799

P30	,3004	,45871	799
P31	,0976	,29699	799
P32	,1477	,35501	799
P33	,0876	,28290	799
P34	,0651	,24682	799
P35	,0663	,24902	799

Por otra parte se ha calculado el alpha para cada factor de construcción racional, de forma que hemos calculado la consistencia interna en cada factor. Los resultados resumidos son los siguientes.

Tabla 3: CONSISTENCIA INTERNA EN CADA ÍTEM

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1	7,7284	30,885	,388	,850
P2	7,6934	31,120	,317	,851
P3	7,6395	30,659	,387	,850
P4	7,5982	31,436	,224	,854
P5	7,7872	31,288	,343	,851
P6	7,4543	30,176	,445	,848
P7	7,8123	31,351	,354	,850
P8	7,5832	30,544	,391	,849
P9	7,6583	30,143	,501	,846
P10	7,7885	31,137	,381	,850
P11	7,7284	30,845	,396	,849
P12	7,5357	30,607	,370	,850
P13	7,6395	30,725	,374	,850
P14	7,7522	31,059	,366	,850
P15	7,6834	30,545	,431	,848
P16	7,7747	31,190	,355	,850
P17	7,7434	30,735	,433	,848
P18	7,6608	30,387	,452	,848
P19	7,7121	30,844	,385	,850
P20	7,6633	30,597	,410	,849
P21	7,7059	30,990	,351	,851
P22	7,3830	32,312	,056	,860

P23	7,6671	30,318	,470	,847
P24	7,7247	30,876	,387	,850
P25	7,8849	31,972	,284	,852
P26	7,8924	32,094	,257	,853
P27	7,8761	31,715	,351	,851
P28	7,9111	32,114	,300	,852
P29	7,8911	31,922	,316	,852
P30	7,6571	30,664	,393	,849
P31	7,8598	32,118	,198	,854
P32	7,8098	31,242	,379	,850
P33	7,8698	31,993	,250	,853
P34	7,8924	31,888	,331	,851
P35	7,8911	31,912	,320	,852

Estadísticos total-elemento

La Media de la escala si se elimina el elemento, indica el valor que tendría la media en el caso de eliminar cada uno de los elementos. La Correlación elemento-total corregida, es el coeficiente de homogeneidad corregido. Si es cero o negativo se elimina o se replantea la pregunta. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento, equivale al valor de Alfa si eliminamos cada uno de los ítems. Así por ejemplo podemos ver que si eliminamos el ítem 1, Alfa mejoraría de 0.388 se pondría en 0.850. (Ver tabla 3) y en general se observa que en los 35 ítems evaluados el alpha mejoraría porque la teoría manifiesta que sobre 0.6 la población estudiada es homogénea y aceptable.

Para el análisis se consideró las siguientes sintaxis.

Sintaxis	FRECUENCIAS VARIABLES=general /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN /ORDER=ANALYSIS.
Sintaxis	FRECUENCIAS VARIABLES=EDAD /ORDER=ANALYSIS.
Sintaxis	RELIABILITY /VARIABLES=P_1 P_2 P_3 P_4 P_5 P_6 P_7 P_8 P_9 P_10 P_11 P_12 P_13 P_14 P_15 P_16 P_17 P_18 P_19 P_20 P_21 P_22 P_23 P_24 P_25 P_26 P_27 P_28 P_29 P_30 P_31 P_32 P_33 P_34 P_35 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR /SUMMARY=TOTAL /ICC=MODEL(MIXED) TYPE(CONSISTENCY) CIN=95 TESTVAL=0.

Tabla 4: Estadísticos

N	Válidos	799
	Perdidos	0
Media		7,9574
Mediana		7,0000
Desv. típ.		5,73349
Varianza		32,873

En la tabla 4 se muestran los estadísticos de centralización y dispersión sobre el puntaje general.

DISCUSIÓN:

Los resultados de esta prueba sirve para validar el instrumento para el tamaño de la muestra escogida (n=799).

El alpha obtenido en ambos instrumentos nos señala que el test tiene una buena consistencia interna, y sus ítems son representativos del total de ítems.

El alpha cronbach es in índice de consistencia cuyo fundamento teórico es la correlación entre todos los ítems del test. Para su generalización en relación a la población.

Al presentar valores por encima de 0,6 se consideran aceptables para su aplicación, mientras más cerca a la unidad mucho mejor, ya que mide un comportamiento similar en las respuestas

se considera que valores del alfa superiores a 0,6 son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Al hallarse estos valores se decidió que ya no era necesario un test-retest.

En cuanto a la Correlación Item-Total Corregido mostraron que las correlaciones iguales o mayores que .35 suelen ser estadísticamente significativas y que el ítem sirve para medir lo que se desea medir.

Este trabajo sirve al desarrollo del Proyecto de investigación del tesista Bruce Fredy Chino Chambilla y dicho instrumento ha superado limitaciones de aplicación. Y se presenta aquí como un instrumento de calidad. Para medir lo que se desea medir.

ANEXO 3. TAMIAZAJE POR PREGUNTAS

		n	%			n	%
P1	NO	616	77.10%	P19	NO	603	75.50%
	SI	183	22.90%		SI	196	24.50%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P2	NO	588	73.60%	P20	NO	564	70.60%
	SI	211	26.40%		SI	235	29.40%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P3	NO	545	68.20%	P21	NO	598	74.80%
	SI	254	31.80%		SI	201	25.20%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P4	NO	512	64.10%	P22	NO	340	42.60%
	SI	287	35.90%		SI	459	57.40%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P5	NO	663	83.00%	P23	NO	567	71.00%
	SI	136	17.00%		SI	232	29.00%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P6	NO	397	49.70%	P24	NO	613	76.70%
	SI	402	50.30%		SI	186	23.30%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P7	NO	683	85.50%	P25	NO	741	92.70%
	SI	116	14.50%		SI	58	7.30%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P8	NO	500	62.60%	P26	NO	747	93.50%
	SI	299	37.40%		SI	52	6.50%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P9	NO	560	70.10%	P27	NO	734	91.90%
	SI	239	29.90%		SI	65	8.10%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P10	NO	664	83.10%	P28	NO	762	95.40%
	SI	135	16.90%		SI	37	4.60%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P11	NO	616	77.10%	P29	NO	746	93.40%
	SI	183	22.90%		SI	53	6.60%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P12	NO	462	57.80%	P30	NO	559	70.00%
	SI	337	42.20%		SI	240	30.00%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P13	NO	545	68.20%	P31	NO	721	90.20%
	SI	254	31.80%		SI	78	9.80%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P14	NO	635	79.50%	P32	NO	681	85.20%
	SI	164	20.50%		SI	118	14.80%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P15	NO	580	72.60%	P33	NO	729	91.20%
	SI	219	27.40%		SI	70	8.80%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P16	NO	653	81.70%	P34	NO	747	93.50%
	SI	146	18.30%		SI	52	6.50%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P17	NO	628	78.60%	P35	NO	746	93.40%
	SI	171	21.40%		SI	53	6.60%
	Total	799	100.00%		Total	799	100.00%
P18	NO	562	70.34%				
	SI	237	29.66%				
	Total	799	100.00%				

Fuente: Elaboración propia