

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**FACTORES DE RIESGO Y SU RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL DE LAS  
ESTUDIANTES DEL QUINTO GRADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA  
DE LA I.E. MARÍA UGARTECHE DE MAC-LEAN DE TACNA 2012**

**TESIS**

**Presentada por:**

*Bach. Angelica del Rosario Cruz Jimenez*

**Para optar el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TACNA - PERÚ**

**2013**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**“FACTORES DE RIESGO Y SU RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL  
DE LAS ESTUDIANTES DEL QUINTO GRADO DE EDUCACIÓN  
SECUNDARIA DE LA I.E MARÍA UGARTECHE DE  
MAC – LEAN DE TACNA 2012”**

**TESIS**

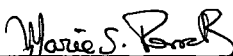
Presentada por:

**BACH. ANGELICA DEL ROSARIO CRUZ JIMENEZ**


Para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

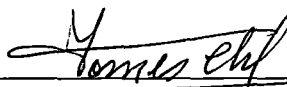
Aprobada por \_\_\_\_\_, ante el siguiente Jurado:



**Mgr. María Soledad Porras Roque**  
Presidente



**Mgr. Ingrid María Manrique Tejada**  
Jurado



**Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez**  
Jurado



**Mgr. Elena Cachicatari Vargas**  
Asesora

*Con inmerso amor y eterna gratitud a Dios, por su  
amor, consideración y bondad.*

*A mis padres Nelly y Armando, por su apoyo  
incondicional, por ser ejemplo de superación y por su  
fortaleza que me impulsa a salir adelante.*

## **AGRADECIMIENTOS**

- ❖ A Dios, por darme esta preciada vida, agradezco por guiarme todos estos años de estudio, darme paciencia y fortaleza para seguir adelante sin rendirme.
- ❖ A mis queridos padres, porque mediante su sacrificio ustedes me dieron todo para que hoy concluya una etapa más de mi vida profesional.
- ❖ A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, forjadora profesionales competentes.
- ❖ A la Escuela Académico Profesional de Enfermera, por formar líderes en enfermería con humanismo ético y comprometido con la problemática social, regional y nacional.
- ❖ A la Asesora Mgr. Elena Cachicatari Vargas, por sus orientaciones, aportes y sugerencias durante el desarrollo de la presente investigación.
- ❖ A la Lic. Elide Tipacti Sotomayor, por sus orientaciones, sugerencias, optimismo y palabras de aliento durante el desarrollo de la presente investigación.
- ❖ Al Mgr. Ángel Cristóbal Mamani Callacondo por su asesoría en la parte estadística y su optimismo.
- ❖ A la Dirección y plana docente de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean, por las facilidades para acceder a la muestra en estudio.
- ❖ A las adolescentes que aceptaron participar en la investigación.
- ❖ A todas y cada una de las personas que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo y culminación de esta investigación.

## INDICE

### RESUMEN

### ABSTRACT

Pág.

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### INTRODUCCIÓN

1.1. Fundamentos y formulación del problema	05
1.2. Objetivos	15
1.3. Justificación	17
1.4. Formulación de la hipótesis	19
1.5. Operacionalización de variables	20

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	22
2.2 Bases teóricas	33
2.3 Definición conceptual de términos	84

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Material y métodos	85
3.2. Población y muestra	85
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección	87

3.4. Procedimientos de recolección de datos	90
3.5. Procesamiento de datos	92
<b>CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1. Resultados	93
4.2. Discusión	120
<b>CONCLUSIONES</b>	
<b>RECOMENDACIONES</b>	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

El presente trabajo es una investigación científica de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, que tiene como objetivo determinar la relación de los factores de riesgo con la salud mental de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012. La muestra estuvo conformada por 112 estudiantes.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos el cuestionario, el Test de Apgar Familiar del Dr. Gabriel Smilkstein y el Cuestionario de Síntomas de Salud Mental (S.R.Q), para la relación entre variables se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado con 95% de confiabilidad y significancia  $p < 0.05$ .

Obteniéndose como resultados que los factores de riesgos más relevantes fueron, que el tipo de familia y funcionalidad familiar se relacionan significativamente con el trastorno Depresivo ( $p < 0.05$ ), el enamoramiento y el lugar de procedencia presentaron una leve relación con el consumo de alcohol, mientras que el Trastorno convulsivo y Psicótico no evidenciaron asociación a los factores de riesgo.

***Palabras Clave:*** Salud Mental, Factores de riesgo, Adolescentes

## ABSTRACT

This paper is a scientific, descriptive correlational and cross-sectional, which aims to determine the relationship of risk factors with the mental health of students in the fifth grade of secondary education Mary Ugarteche IE Mac - Lean Tacna 2012. The sample consisted of 112 students.

For data collection technique was used as the survey and how the survey instruments, the Family Apgar Test Dr. Gabriel Smilkstein Symptom Questionnaire and Mental Health (SRQ) to the relationship between variables using statistical test Chi square with 95% reliability and significance of  $p < 0.05$ .

Obtaining as results the most relevant risk factors were the type of family and family functioning are significantly related to depressive disorder ( $p < 0.05$ ), falling in love and the place of origin showed a slight relationship with alcohol, while the seizure and psychotic Disorder showed no association with risk factors.

**Keywords:** *Mental Health, Risk Factors, Tee*

## **INTRODUCCIÓN**

El ser humano a lo largo de su vida se va enfrentando a una serie de procesos que van relacionados a su propio desarrollo, estos procesos pueden ser beneficiosos o perturbantes para la persona, ya que el fallo de uno de estos puede ocasionarle una gran caída en su vida hacia un abismo sin salida.

Por ello la familia y la sociedad cumplen un papel importante en el desarrollo de la colectividad tanto en su esfera biológica, psicológica y contextual que es de suma importancia para su propio bienestar y estado de salud mental.

Hoy en día la salud mental es un problema que forma parte de la vida cotidiana presente en todas las etapas de vida del ser humano, mayormente las personas que se consideran sanas son las que padecen algún tipo de trastorno de salud mental, que aun no han sido detectados como casos, tanto por el miedo al rechazo del entorno cambiante como también el temor de pedir ayuda cuando se necesita.

Muchos de los problemas de salud del adolescente se encuentran ligados a sus comportamientos. Este período de transición de la niñez a la adultez constituye muchas veces una de las etapas más hermosas de la vida.

Ocasionalmente, sin embargo, puede convertirse en un período conflictivo que abre el camino a la enfermedad o la muerte. Las conductas que surgen en esta etapa muchas veces determinarán la salud o la enfermedad durante la etapa adulta.

La adolescencia, es un periodo crítico y sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social y por ello los adolescentes son más propensos a adoptar conductas de riesgo que podrían comprometer su salud mental, su supervivencia y su proyecto de vida.

Es en este contexto en el que los factores de riesgo pueden ser un puente para la detección de las causas principales de los trastornos de salud mental para que de esta manera las adolescentes adquieran aptitudes necesarias para un mejor desarrollo y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria.

En nuestro país la salud mental se ha convertido en un grave problema social; no solamente por el incremento progresivo de casos, sino por la edad de inicio y el sexo femenino predominante en la presencia de trastorno depresivo, trastorno psicótico, trastorno convulsivo y también en el consumo de bebidas alcohólicas y sus efectos nocivos a corto, mediano y largo plazo.

Además, es importante resaltar que se evidencio en el personal directivo de la Institución Educativa María Ugarteche de Mac – Lean, una gran preocupación de sus autoridades debido a la elevada frecuencia de conductas irregulares de las adolescentes, siendo estas: inasistencias a clases, presencia y consumo de bebidas alcohólicas en la institución, manifestaciones de autolesión en brazos, entre otras.

Por otro lado, las principales consecuencias de los trastornos de salud mental en las adolescentes son: deserción escolar, dependencia al alcohol u otras sustancias adictivas, alteraciones en el apetito: anorexia y bulimia, también las conductas suicidas que son una de las más frecuentes causas de muerte en los adolescentes.

Conscientes de esta realidad y siendo labor del profesional de enfermera la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se desarrolló la presente investigación, de modo que nos permita identificar los factores de riesgo en las adolescentes y su relación con la salud mental, de modo que permita evidenciar la necesidad para la creación de estrategias de prevención para el manejo de la salud mental permitiendo mejorar gradualmente la calidad de vida de las adolescentes.

Esta investigación consta de cuatro capítulos: En el primer capítulo el planteamiento del problema, en el segundo capítulo el marco teórico, en el tercer capítulo la metodología de la investigación y en el cuarto capítulo se presentan los resultados, finalizando con las conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN 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.

La salud mental está relacionada con los valores individuales de la persona y con los valores dominantes en el medio social, además de estar influenciada directamente por las condiciones múltiples e interdependientes, así como: las condiciones económicas, sociales, culturales, ambientales y políticas. (1)

Así mismo, se señala y enfatiza que toda condición que daña la adaptación recíproca entre la persona y su medio, como por ejemplo

la pobreza, la contaminación ambiental y la discriminación étnica y/o social, constituyen un obstáculo para la salud mental.

De manera inversa, las condiciones que facilitan la adaptación recíproca, como por ejemplo la distribución equitativa de la riqueza colectiva, el acceso a una educación de calidad o a un ambiente sano, favorecen y mantienen la salud mental.

Desde esta perspectiva, la salud mental puede ser igualmente considerada como un recurso colectivo al que contribuyen tanto las instituciones sociales y la comunidad como las personas individualmente consideradas.(2)

A pesar de que el enfoque anterior resulta ser uno de los más compatibles, pues introduce el tema de salud mental a una dimensión colectiva y de responsabilidad social, todavía existen actitudes que oscurecen su debida comprensión.

Así, muchas de las situaciones que atentan contra la salud mental, tales como las expresiones de violencia social o incluso familiar, no se perciben aun como problemas, y se continua

considerando a la salud mental casi como sinónimo de enfermedad mental, existiendo además una estigmatización hacia quienes presentan una enfermedad o trastorno.(3)

Según el último censo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del 2007, los adolescentes peruanos representan la quinta parte de la población total con el 20.7% superando de esta manera cuantitativamente la población infantil. (4)

La prevalencia de los trastornos depresivos a nivel mundial varía, un estudio reciente a nivel mundial realizado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2001), indica una prevalencia de trastorno depresivo del 1.9% en varones y 3.2% en mujeres.

En el Perú otro estudio realizado con población de Lima por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2002), revela una prevalencia general de 3.0% en varones y 10.2% en mujeres (5).

Especialistas de la Universidad de Costa Rica y la OPS (2005), revelan que el 79% de los adolescentes entre los 12 y 19 años han sufrido alguna vez de depresión. De ellos, el 23.5% pensó en algún

momento en el suicidio, casi un 10% refirió haber intentado suicidarse, y un 11.6% había sido tratado en el servicio de emergencia a raíz del intento de suicidio, lo que conlleva a la afectación emocional y social entre el suicida con sus familiares y amigos, que son sobrevivientes de este fenómeno social. Según las estadísticas por cada muerte por suicidio se realizan de 10 a 20 intentos de autoeliminación (OPS, 2005), llegando a sumar cifras verdaderamente exorbitantes de adolescentes que optan día a día por auto agredirse con el fin último de morir y escapar de un dolor que les es insoportable ya sea a nivel físico o psicológico. (6)

Además, el suicidio asociado a diferentes cuadros, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de éstas (Instituto de Medicina Legal, 2001). Se observa, además, que por cada mujer que se suicida se suicidan dos varones. (7)

En un estudio anterior realizado en el INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi se mencionan los motivos más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29,6%), conflictos familiares (27,6%), conflictos sentimentales (22,1%), etc. Los diagnósticos

clínicos más frecuentes asociados al suicidio fueron: trastorno depresivo mayor (39,4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35,5%); un 23% está asociado también con el abuso de alcohol y otras sustancias. (8)

Un informe sobre desarrollo mundial realizado por el Banco Mundial en 1993, señaló que las enfermedades relacionadas con el alcohol afectaban anualmente a 5 y 10% de la población mundial.

En el Perú, estudios recientes constatan que cada año se incorporan 6 nuevos consumidores de alcohol por cada 100 personas y que la edad de inicio de consumo se presenta desde los 12 años de edad. (1)

En cuanto al alcohol, los varones peruanos tienen la tasa más alta de dependencia al alcohol en relación a las mujeres: 16% frente al 4,9%. El 30% o más de los bebedores desarrollan problemas biográficos asociados al consumo: la intoxicación alcohólica puede producir irritabilidad, conducta violenta y depresión. (7)

Según Kohn R, Levav en la publicación Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe encuentran en las tasas de prevalencia de psicosis no afectiva 1.4% y la esquizofrenia 1.6% de la población en algún momento de la vida. Las prevalencias al último año fueron de psicosis de 1.0% y esquizofrenia de 7.0%. No se hallaron diferencias importantes en función al sexo. (9)

En el Perú, el estudio epidemiológico de salud mental, realizado en el año 2003 en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, se encontró una prevalencia de vida de trastorno psicótico del 0.3% y una prevalencia actual del 0.1%. También en este estudio se incluyó la medición de estos aspectos, que por sus propias características no llegan a la consulta clínica. Además, han sido estudiados a nivel de tendencias como: permisividad frente a la psicopatía tolerancia a conductas delictivas como el robo y tendencias psicopáticas: mentiras frecuente, violencia y robo. En la población adulta, se ha encontrado una permisividad del 11.6% y tendencias psicopáticas en el 4.7% de la población. Cabe resaltar que para la población adolescente, si bien la permisividad es menor que en los adultos (9.9%) las tendencias psicopáticas son mucho mayores (39.4%); el

estudio menciona que los resultados son semejantes a los de Lima y Callao. (5)

En el Manual de los Lineamientos para la acción en Salud Mental (Perú, 2004) refiere que la riqueza de recursos naturales y humanos podría ser fuente de potencialidades para el desarrollo si estuviera regido por la equidad. De lo contrario, esta diversidad se convierte en fuente de desequilibrios y discriminación, generando serios problemas psicosociales como la depresión por exclusión social, miedo al fracaso, inadecuadas actitudes disfuncionales y problemas de la funcionalidad familiar, que atentan contra el desarrollo y por consiguiente, contra la salud mental de los adolescentes. (7)

En la Dirección regional de Salud del departamento de Tacna (2012), informa que el área de salud mental actualmente no cuenta con investigaciones sobre los factores de riesgo relacionados directamente con la salud mental de los adolescentes, solo indica que la población adolescente es el 18.21% de la población total de Tacna, considerando que del 100% de los adolescentes el 16.75% sufren de violencia familiar, el 21.59% a presenta algún cuadro de

Depresión, el 31.34% consume alcohol, el 30.43% consume otro tipo de drogas, el 33.33% intento suicidarse, el 24.18% padece de ansiedad, el 8.70% presenta trastorno psicótico y el 34.84% presenta otros trastornos de salud mental. (10)

Cabe resaltar que el 100% de los establecimientos de salud de Tacna tienen responsables de Salud Mental y el 87.5% son enfermeras. (10)

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia en el Perú (UNICEF), añade: que de cada 3, 600,000 adolescentes que viven en el Perú, dos millones 300 mil están matriculados en escuelas públicas, un millón 300 mil ni siquiera asiste, padeciendo pobreza y exclusión muy temprana. Además, hay escolares que se ven enfrentados de alguna manera a situaciones no propias para su edad a causa del desempleo de sus padres representando el 33% de adolescentes que trabajan día a día, el 49% de chicos y chicas reciben golpizas de parte de sus padres, siendo considerada esta práctica por los propios chicos como un método natural de disciplina y educación. Se estima que 8 de cada 10 casos de abuso sexual tienen como victimario a un miembro del

entorno familiar y que, 6 de cada 10 embarazos en niñas de 11-14 años, son producto de incesto o violación. (11)

Actualmente la gran mayoría de adolescentes padecen de algún problema que interfieren en su salud mental lo cual se manifiesta en mayores cantidades en mujeres ya que vivimos en una sociedad lamentablemente machista, muchos de estos casos no han sido detectados aun, ya que todos nos consideramos sanos y a veces no se desea reconocer los problemas que nos aquejan.

En la Institución Educativa María Ugarteche de Mac – Lean, se vienen presenciando comportamientos irregulares en las adolescentes del último año, tales como: inasistencias a clases, presencia y consumo de bebidas alcohólicas en la institución, manifestaciones de autolesión en brazos, siendo esto de preocupación para sus autoridades.

De allí nace la importancia de realizar el estudio de investigación sobre los factores de riesgo y su relación con la salud mental de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean, pues para los

profesionales de enfermería es importante identificar y sensibilizar a la comunidad en general sobre los problemas actuales de salud mental, tomando como énfasis la etapa de vida de los adolescentes que se constituyen en un grupo de alta vulnerabilidad.

Por todo lo expuesto anteriormente la formulación del problema quedo planteada de esta manera:

**¿Cuáles son los factores de riesgo y su relación con la salud mental de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012?**

## **1.2 OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Determinar los factores de riesgo y su relación con la salud mental de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012.

### **Objetivos específicos**

- Identificar los factores de riesgo de la salud mental: edad, procedencia, enamoramiento, tipo de familia y funcionalidad familiar, de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012.
- Establecer la salud mental: trastorno depresivo, trastorno psicótico, trastorno convulsivo y consumo de bebidas alcohólicas, de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012.

- Relacionar los factores de riesgo: edad, procedencia, enamoramiento, tipo de familia y funcionalidad familiar, con la salud mental: trastorno depresivo, trastorno psicótico, trastorno convulsivo y consumo de bebidas alcohólicas de las estudiantes de quinto grado de educación secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Nuestro país no está exento de los problemas psicosociales en los adolescentes; como los trastornos de salud mental; no solamente por el incremento progresivo de casos, sino por la edad de inicio de presencia de los casos y los efectos nocivos a corto, medianos y largo plazo.

Por otro lado, las principales consecuencias de los trastornos de salud mental en los adolescentes son: deserción escolar, dependencia al alcohol u otras sustancias adictivas, alteraciones en el apetito: anorexia y bulimia, también las conductas suicidas que son una de las más frecuentes causas de muerte en los adolescentes.

La salud mental día a día ha ido alcanzando una mayor significancia de tal manera que es preocupante para el profesional de enfermería que los adolescentes presenten algún problema de salud mental ya que los lleva muchas veces a tomar decisiones que atentan contra su bienestar y salud.

Se evidenció en el personal directivo de la Institución Educativa María Ugarteche de Mac - Lean, una gran preocupación por la elevada frecuencia de conductas irregulares: inasistencias a clases, presencia de bebidas alcohólicas, manifestaciones de autolesión entre otras.

Conscientes de esta realidad, reconociendo el ámbito de la labor de enfermería con adolescentes en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se aborda el tema a través de la realización de la siguiente investigación: **“Factores de riesgo y su relación con la salud mental de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012”**, y con ello evidenciar cifras reales y confiables acerca de los índices de salud mental que presentan las adolescentes, que servirá de aporte para la creación de estrategias de prevención en el manejo de la salud mental permitiendo mejorar gradualmente la calidad de vida de las adolescentes.

#### **1.4 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Existe relación entre los factores de riesgo: edad, procedencia, enamoramiento, tipo de familia y funcionalidad familiar con la Salud Mental: trastorno depresivo, trastorno psicótico, trastorno convulsivo y consumo de bebidas alcohólicas de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012.

## 1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
<b>FACTORES DE RIESGO</b>  <b>Variable Independiente</b>	Según OMS: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	<b>FACTOR 1</b> <b>Edad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 14 a 15 años</li> <li>➤ 16 a 17 años</li> <li>➤ 17 a más.</li> </ul>	Ordinal
		<b>FACTOR 2</b> <b>Procedencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tacna</li> <li>➤ Puno</li> <li>➤ Arequipa</li> <li>➤ otros</li> </ul>	Nominal
		<b>FACTOR 3</b> <b>Enamoramiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Con enamorado</li> <li>➤ Sin enamorado</li> </ul>	Nominal
		<b>FACTOR 4</b> <b>Tipo de Familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nuclear</li> <li>➤ Mono parental</li> <li>➤ Extendida</li> </ul>	Nominal
		<b>FACTOR 5</b> <b>Funcionalidad Familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Funcional</li> <li>➤ Disfuncional</li> </ul>	Nominal

<b>SALUD MENTAL</b>  <b>Variable Dependiente</b>	Según la OMS: Es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad	<b>Trastorno Depresivo</b> *Del 1 - 18 ítems.	<b>*Alta Probabilidad:</b> 9 – 18 puntos.  <b>*Baja Probabilidad:</b> 1 – 8 puntos.	Nominal
		<b>Trastorno Psicótico</b> *Del 19 - 22 ítems.	<b>*Alta Probabilidad:</b> 1 punto.  <b>*Baja Probabilidad:</b> 0 puntos.	Nominal
		<b>Trastorno Convulsivo</b> *Ítems 23	<b>*Alta Probabilidad:</b> 1 punto.  <b>*Baja Probabilidad:</b> 0 puntos.	Nominal
		<b>Consumo de Bebidas Alcohólicas</b> *Del 24 - 28 ítems.	<b>*Alta Probabilidad:</b> 1 punto.  <b>*Baja Probabilidad:</b> 0 puntos.	Nominal

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

**VELASQUEZ, R. (2010) Guatemala;** Realizó el estudio “Diagnostico de Salud Mental de las y los adolescentes de las escuelas nacionales de la ciudad de Guatemala y departamento de Zacapa de Enero – Abril” con el objetivo de realizar un diagnóstico de los adolescentes de las escuelas nacionales de Guatemala y Zacapa. Se estudió una muestra representativa de 257 adolescentes. Concluyendo que el 38.91% presentaron algún trastorno mental, de los cuales el trastorno más frecuente encontrado es el Depresivo con un 10.5%, le sigue el abuso o dependencia al alcohol con 8.6% y el trastorno alimentario con 7.8%.  
(12)

**JIMENEZ, T. y col. (2006) España;** Realizaron el estudio “Familia y problemas de desajuste en la adolescencia: El papel

mediador de los Recursos Psicosociales en Valencia” con el objetivo de analizar la relación entre el funcionamiento, la satisfacción y la comunicación familiar y tres indicadores de desajuste psicosocial (conducta delictiva, consumo de sustancias y ánimo depresivo), considerando los recursos psicosociales de autoestima y apoyo social percibido del adolescente como variables mediadoras en dicha relación. La muestra estuvo constituida por 431 adolescentes de 15 a 17 años. Se concluye que el apoyo procedente de las familias funcionales predice negativamente el consumo mientras que el procedente del enamorado(a) de el y/o la adolescente lo hace de forma positiva. Sin embargo, el apoyo social no media la relación entre características familiares y consumo de sustancias. Finalmente, se discuten diferentes explicaciones e implicaciones teóricas y metodológicas de estos resultados. (13)

**LAZARO, C. (2011) España;** Realizó el estudio “Hábito de consumo de alcohol y su relación con la condición de vida en adolescentes de la Región de Murcia” con el objetivo de analizar y comparar el efecto que el hábito de consumo de alcohol posee sobre el nivel de condición de vida del adolescente, estableciendo relaciones con el sexo y las distintas franjas de edad incluidas en la

investigación. La muestra estuvo constituida por 533 adolescentes (271 hombres y 262 mujeres). Se emplearon dos cuestionarios, el primero para medir el hábito de consumo de alcohol y otro para medir la condición de vida del adolescente. Teniendo como resultado que según la prueba de chi-cuadrado de Pearson en relación del hábito de consumo de alcohol con el sexo no presenta relación significativa en estas variables. Además en relación del hábito de consumo de alcohol con la edad a la franja de 14 años señala una relación significativa negativa, por otro lado en la franja de 17 años encontraron una asociación positiva con el hábito de beber. Por tal circunstancia concluye que se produce un aumento progresivo del hábito de beber con la edad. (14)

**CORDENTE, C. y col. (2006) España;** Realizaron un trabajo de investigación denominado “Factores epidemiológicos y de otros parámetros de interés relacionados con la salud Bio-psico-social de los alumnos de escuelas públicas y privadas del municipio de Madrid” con el objetivo de determinar la relación entre los factores epidemiológicos y la salud bio-psico-social de los alumnos de las escuelas públicas y privadas. Este estudio epidemiológico es de tipo transversal. La muestra estuvo constituida por 578 adolescentes

(285 varones y 293 mujeres) de las escuelas públicas y privadas. Concluyendo que el consumo de alcohol tiene relación significativa con el aumento de la edad, se bebió sistemáticamente más alcohol en los centros públicos que en los privados, también mencionan que llama la atención la feminización del consumo de alcohol en los últimos años. Por otro lado no encuentran relación significativa entre el consumo de alcohol y el género. Un 10,5% de los varones y un 10,7% de las mujeres beben entre 1 y 7 días a la semana, aunque la mayor parte de estos se puede encuadrar en un consumo de fin de semana. (15)

**CASSOLA, I. y col. (2005) España;** Realizaron el estudio "Conductas de riesgo, expectativas hacia el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Córdoba" con el objetivo de identificar el tipo de creencias sobre los efectos del consumo de alcohol y en qué medida se encuentran asociadas al patrón de consumo de alcohol y a determinadas conductas consideradas riesgosas. La muestra estuvo constituida por 213 estudiantes de colegios secundarios. Se empleó un cuestionario para medir las expectativas, conductas de riesgo, frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y tabaco. Concluyendo que existe una

consistente relación entre las expectativas positivas hacia el alcohol y el patrón de consumo. (16)

**ALFONSO, J. y col. (2009) España;** Realizaron la presente investigación: “Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia de provincia de Alicante”. Este estudio fue de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra de estudio estuvo conformada por 292 adolescentes de 11 a 17 años de instituciones educativas públicas de la provincia de Alicante. Se emplearon instrumentos sobre los factores de riesgo y el consumo de drogas en adolescentes de las escuelas públicas. Concluyen que en todas las edades el alcohol es la sustancia de mayor consumo; los adolescentes han consumido menos tabaco y cannabis a mayor dificultad en acceder y conseguir drogas; y el consumo de los padres proporcionan modelos de conducta que los hijos tienden a imitar utilizando esas mismas sustancias u otras igualmente adictivas. (17)

**GONZALES, C. y col. (2003) México;** Realizaron el estudio “Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes estudiantes del Centro Histórico de la ciudad de

México". Su estudio fue de tipo transversal con el objetivo de identificar correlatos de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes. Participaron 508 hombres y 428 mujeres, cuya edad promedio fue de 13.7 años. Los resultados indican que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen una disfuncionalidad familiar, y reportan que sus padres discuten por problemas económicos; tienen menor autoestima y no tienen una buena relación con padre/madre; son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas. La prevalencia de intento suicida fue en Hombres de 7% y mujeres de 17%. Los(as) estudiantes impulsivos presentan más riesgo con antecedente de intento suicida. En mujeres el tener conflictos con padre/madre presenta riesgo mayor, así como que sus padres discutan por problemas económicos. Estos resultados contribuyen en la prevención para identificar estudiantes en riesgo para su referencia oportuna a servicios de salud. (18)

**RODRIGUEZ, T. y col. (2001) Venezuela;** Realizaron el estudio "Consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes del sexo femenino de las escuelas públicas y privadas de Caracas" con el objetivo de determinar la incidencia del consumo de alcohol en adolescentes del sexo femenino y la relación entre consumo de

alcohol y relaciones sexuales en adolescentes del sexo femenino. Se empleo a un grupo de 331 adolescentes de sexo femenino. La encuesta fue anónima y constó de 26 ítems. Tiene como resultado que el 66,77% de las adolescentes tenía entre 15 y 16 años; el 82,18% de ellas consume alcohol; con inicio precoz (edad media: 12,83 años); el 15,44% tiene problemas por el consumo; el 43,50% refiere tener enamorado, de ellas 23 tienen relaciones sexuales después de consumir. Concluye que el consumo de alcohol en las adolescentes es alto a pesar de ser la mayoría adolescentes menores de 17 años, también la edad de inicio de consumo de alcohol es precoz, siendo motivación de curiosidad al ver a la sociedad que lo rodea ingerirlo sin temor como parte de una celebración o intercambio social, ya que la mayoría de los padres beben. Se evidencia la precocidad de las relaciones sexuales, lo cual aunado al hecho de hacerlo después de consumir alcohol, conduce al alarmante incremento del riesgo de embarazo en adolescentes y a la transmisión de enfermedades venéreas como la infección por virus de papiloma humano, el VIH, sífilis, clamidia y gonorrea. Cabe resaltar que el inicio precoz de las relaciones sexuales está relacionado significativamente con el consumo de alcohol, ya que en esa edad la gran mayoría de adolescentes tiene pareja. (19)

**MARSIGLISA, O. y col. (2009) Colombia;** Realizaron el estudio "Componentes de Salud Mental Presentes en Adolescentes cuyos padres asistieron a un programa de intervención de enfermería en salud mental durante la gestación, parto y puerperio de la ciudad de Bogotá 2009". Para la investigación se seleccionaron 6 familias de las 15 que asistieron, en la cual los adolescentes cuentan con edades entre 15 y 18 años. Se utilizó un instrumento con dos partes datos socio demográfico de padres y adolescentes, entrevista semi estructurada de padres y adolescente. Se profundizó en algunos de los componentes con la aplicación de tres escalas a los adolescentes. Concluyendo que los adolescentes cuentan con un nivel de autoestima elevado, personalidad estable, tienen la capacidad de afrontamiento al estrés y una adecuada adaptación a su entorno; resultados que invitan a seguir reflexionando sobre la creación de estrategias de promoción para la salud mental desde el comienzo de la vida, por parte del profesional de enfermería. (20)

**HAQUIN, C. y col. (2004) Chile;** Realizaron el estudio "Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama" con el objetivo de Determinar la realidad psicosocial de la población infanto juvenil perteneciente a

la educación municipalizada de la ciudad de Calama. Se estudió una muestra representativa de la población de séptimo básico a cuarto medio de la educación municipalizada de la ciudad de Calama (n = 1 069, 543 hombres y 526 mujeres). Obteniendo como resultado que el 36,6% de las mujeres consultadas, es decir 191 casos, alcanzan puntajes iguales o mayores al corte respectivo en el Cuestionario Psicopatológico para adolescentes versus el 22,2% de los hombres consultados (121 casos). La ideación suicida va entre el 6,4% al 14,6% de acuerdo a como se postule la pregunta. El 18% de los entrevistados había cometido un o más intento de suicidio. Concluye que tempranamente la familia y posteriormente la institución educacional en este grupo etario estudiado puede llegar a ser un medio de intervención para fomentar factores protectores o disminuir factores de riesgo de éstos jóvenes. (21)

**MUÑOZ, J. y col. (2005) Lima;** Realizaron el estudio “Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes pre universitarios de la Universidad Nacional de San Marcos” con el objetivo de determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM). Se seleccionaron aleatoriamente 1500 estudiantes de una población de 4500 del CEPUSM, divididos en adolescentes (15 - 19 años). Se obtuvo como resultado que la prevalencias de vida: 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse. La prevalencia de ideación suicida fue 15% en el último año y 6% en el último mes. Las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar, Extendidas (22%), Mono parentales (32%), Nucleares (31%) y otros (15%). Se concluye que no se encontró relación estadísticamente significativa entre ideación suicida y convivencia familiar, en cambio se encontró asociación estadísticamente significativa entre ideación suicida y el tipo de familia en adolescentes. (22)

**ARENAS, S. (2009) Lima;** Realizo el estudio "Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes que asisten al Hospital Nacional Hipólito Unanue del El Agustino". El diseño de investigación es descriptivo correlacional. Participaron 63 adolescentes del agustino entre las edades de 12 y 17 años. Teniendo como resultado que el 65% de los adolescentes pertenece a una familia disfuncional mientras el 35% pertenece a una familia

funcional. Se concluye que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada, así mismo dichas variable no se diferencian significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo y edad, no se hallaron diferencias significativas. (23)

**PERALES, A. y col. (2001) Trujillo;** Realizaron el estudio “Salud Mental en los Adolescentes de las Delicias”, con el objetivo de examinar a los adolescentes de 12 a 18 años de edad desde su hogar. La muestra estuvo conformada por 77 adolescentes pertenecientes a la zona urbana de las delicias. Se Concluye que los adolescentes evidencian problemas relacionados con el uso/abuso de sustancias fundamentalmente con el alcohol con un 58%, y síntomas de depresión con un 45%, también presentan un menor soporte familiar señalando que los conflictos familiares y la falta de entendimiento según los adolescentes en su familia tienen mayor significancia. Además 1 de cada 3 adolescentes responden tener enamorado. (24)

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **TEORIA ECOLOGICA DE BRONFENBRENNER**

La teoría ecológica del desarrollo humano, es una importante teoría cultural que destaca la importancia crucial que tiene el estudio de los ambientes en los que nos desenvolvemos. Defiende el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en el que la persona percibe el ambiente que le rodea (su ambiente ecológico) y en el modo en que se relaciona con él. Esta teoría afirma que el desarrollo humano, supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. (25)

Acomodación mutua que se va produciendo a través de un proceso continuo que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos. Destacando en esta teoría 4 ambientes:

- ❖ **MICROSISTEMA.**- Es el término para el ambiente inmediato, las situaciones en que la gente experimenta su vida cotidiana. Es aquí donde tiene lugar las interacciones y relaciones directas de la persona. En la mayoría de las culturas los microsistemas incluyen en las relaciones con el padre y la madre, con los hermanos y quizá con la familia extendida; con los pares y amigos; con los maestros y con otros adultos. (25)
  
- ❖ **MESOSISTEMA.**- Es la de interconexiones entre los diversos microsistemas. Por ejemplo, un niño al que maltratan sus padres puede volverse difícil de manejar en sus relaciones con sus maestros; o, si el patrón de uno de los padres exige más horas de trabajo, se resiente la relación padre con el niño. (25)
  
- ❖ **EXOSISTEMA.**- Se refiere a las instituciones sociales que tiene influencias indirectas pero potencialmente importantes en el desarrollo. (escuelas, instituciones religiosas y medios de comunicación). (25)

- ❖ **MACROSISTEMA.**-Es el sistema amplio de ideas y valores culturales y los sistemas económico y gubernamental que se basan en esas ideas y valores. (25)

## **ADOLESCENCIA**

El vocablo “Adolescencia” proviene de la voz latina “Adoleceré” que significa “crecer”, avanzar hacia la madurez, lo que implica crecimiento físico y desarrollo cognitivo, psicológico, emocional y social. (26).

Desde el punto de vista psicosocial la adolescencia es el periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, económica y socialmente.

La OMS delimita cronológicamente la adolescencia entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres periodos, que la extienden hasta los 24 años.

Al margen de las definiciones es importante resaltar que la adolescencia es una etapa especialmente temida por los padres, y

menos conflictiva de lo suele pensarse para los hijos, si no mediara la ineptitud de los mayores, incapaces de recordar.

Es la etapa en la que se produce el proceso de identificación, es decir, la persona toma conciencia de su individualidad y de su diferencia respecto a los demás. Tras la atribución de conflictividad se esconde la incapacidad para entender, desde la óptica adulta, lo que sucede en la mente del adolescente.

Los padres dejan de ser unos personajes ideales y el adolescente comienza a encontrarles cada vez más defectos, hecho que muchos padres confunden con un rechazo del hijo hacia ellos, e incluso verbalizan que su hijo ya no les quiere, cuando en realidad no es más que la consecuencia de la superación de la infancia (dependencia); simplemente ahora los necesita menos. El mayor peligro del conflicto generacional no es que padres e hijos no se entiendan, sino que no se relacionen. (27)

## ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

### ❖ **Adolescencia Temprana**

Comprende las edades de 10 a 13 ó 14 años en las mujeres y de 12 a 14 ó 15 años en los varones, es decir, entre la mitad y las dos terceras partes del desarrollo puberal. (28)

#### ➤ *Crecimiento y Maduración Somática*

- Aceleración del crecimiento longitudinal
- Modificación de las relaciones segmentarias y de la composición de los tejidos, desarrollo del sistema respiratorio y circulatorio, desarrollo de las gónadas y órganos reproductivos.

#### ➤ *Cambios Psicosociales*

- La imagen y el cuerpo:

El cuerpo pasa ser un punto importante de referencia para sí y para los otros; es como la carta de presentación y el soporte de la autoestima. Son comunes la ansiedad y las preguntas sobre la menstruación, las poluciones nocturnas, la

masturbación y el tamaño de los órganos sexuales. Las sensaciones eróticas comienzan a despertarse y se hacen más prohibitivos los contactos con los padres u otros adultos

- Lucha entre la dependencia y la independencia:  
Los cambios físicos descritos anteriormente dan origen al egocentrismo, la conducta ambivalente y se inicia del adolescente por su independencia.
- Integración en el grupo de amigos:  
Comienzan a disminuir el contacto y la relación con la familia a favor de las relaciones con los de su grupo de edad y existe gran influencia del grupo de amigos con aceptación de sus normas. Ello se debe a la inseguridad y necesidad de reafirmación.

#### ❖ **Adolescencia Intermedia**

Esta etapa corresponde a la edad de 14 a 16 años en las mujeres y de 15 a 17 en los varones. (28)

➤ *Crecimiento y Maduración Somática*

Se da en proceso de remodelación morfológica y se adquiere la talla final. La nutrición sigue jugando en papel crítico en la evolución del crecimiento y desarrollo. Aquí, cabe mencionar la influencia de las modas, la separación parcial del medio familiar y los hábitos adquiridos en el grupo de iguales, como algunos de los factores que pueden determinar desequilibrios nutritivos en relación a la cantidad y calidad de los alimentos. En esta época, coincidiendo los trastornos emocionales o afectivos puede haber una inhibición del desarrollo psicosexual y traducirse en trastornos alimentarios como el comer exageradamente o dejar de comer.

➤ *Cambios Psicosociales*

Destacan la profundización en las relaciones sentimentales y amorosas y el inicio de relaciones sexuales, todo ello en interrelación con los valores y experiencias del grupo de amigos.

- La imagen y el cuerpo:

Hay una mayor preocupación por el cuerpo, ocupan mucho tiempo en intentar hacer resaltar su atractivo. La ropa, el maquillaje pueden ser importantes.

- Lucha entre la dependencia y la independencia:

En esta época predominan cada vez más los conflictos con la familia. Los adolescentes van mostrando menos interés por lo padres y dedican mucho más tiempo a sus amigos, hacen prevalecer su propia opinión y discuten frontalmente con sus padres, reivindican su espacio, su tiempo y como utilizar las horas del día.

- Integración en el grupo de amigos:

En ningún otro periodo tiene tanta importancia el grupo de amigos. La formación de grupos en el modo más idóneo para que los jóvenes puedan realizar la comprobación de las imágenes internas, tanto idealizadas como atacadas; verifiquen paulatinamente su diferenciación sexual; revivan la rivalidad y los celos y experimenten el amor y la amistad de forma más realista.

- Desarrollo de la identidad:

Se incrementa notablemente la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y las habilidades para la abstracción, todo ello le da un nuevo sentido a la individualidad, pero aun persiste el pensamiento mágico infantil (a mi no me pasara.) y la dificultad para proveer o anticiparse a las situaciones de riesgo. En este periodo pueden reconocer sus limitaciones y con ello experimentar una menor autoestima y también sufrir trastornos emocionales y depresión. Aumentan el ámbito y apertura de los sentimientos. Comprobación de la identidad sexual con un gran impacto emocional de las primeras relaciones sexuales, refugiándose a menudo en los mitos. Se ponen en juego la autoestima y la capacidad de ser asertivo frente a las demandas del otro. Sentimientos de omnipotencia y vulnerabilidad. Viven en el momento sin tener conciencia del riesgo. Y precisamente, esta actitud les lleva a comportamientos arriesgados que pueden tener consecuencias.

## ❖ **Adolescencia Tardía**

Comprende las edades de 17 a 19 años en las mujeres y de 18 a 21 años en los varones. Al finalizar esta etapa el adolescente debe tener una identidad personal y sexualmente definida y establecida; autonomía completa y relaciones familiares maduras; dígno propio de valores y de normas; vocación establecidas y sexualmente madura. Las características son: (28)

### ➤ *Crecimiento y Maduración Somática*

Si no hubo alteraciones en las etapas anteriores, nos encontramos con un cuerpo adulto con la talla definitiva y funciones plenas en cuanto a la sexualidad y la reproducción.

### ➤ *Cambios Psicosociales*

- La imagen y el cuerpo:

Normalmente hay una aceptación e identificación de la imagen corporal y tiene ya adquiridas las preferencias en el vestir y en cómo hacerla más atractiva.

- Lucha entre la dependencia y la independencia:

Este es un periodo de menor agitación y creciente integración al medio social, aunque no es extraño que algunos adolescentes muestren dificultades para asumir las responsabilidades de la adultez y continúen dependiendo de su familia y amigos.

- Desarrollo de la identidad:

Se encuentran en un momento de la evolución del propio YO esta casi conformado. Este periodo se caracteriza por: la maduración del desarrollo cognitivo y de una conciencia racional y realista el establecimiento de relaciones no narcisistas, se amplía el sentido de perspectiva con capacidades para demorar, establecer límites y poder anticiparse y prevenir el peligro.

## **FACTORES DE RIESGO**

Según OMS: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Vásquez (1999) dice que la estructura social y los procesos sociales actúan como estímulos psicosociales sobre el ser humano, quien responde de acuerdo a su programa psicobiológico individual. Cuando tal ajuste fracasa el organismo tiende a reaccionar con diversos mecanismos desadaptativos, sea en el ámbito cognitivo, afectivo, conductual o fisiológico, los mismos que sumados a determinadas variables inter actantes, pueden provocar la aparición de comportamientos no saludables para su salud mental.

- ❖ **LA EDAD**, es el tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento actual de una persona. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera adolescente desde los 10 a 19 años de edad.

Esta edad puberal es uno de los grupos etarios más conflictivos que padecen de diversos cambios psico-sociológicos durante un determinado entorno como en el hogar, escuela, universidad entre otros.

Según la OMS; cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales, y en todas las culturas se observan tipos de trastornos similares.  
(29)

Sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos de salud mental. La mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuentan con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas. (29)

- ❖ **PROCEDENCIA**, quiere decir origen y destino que para una especie, sub – especie o variedad, es el área o grupos de

áreas geográficas sujetas a condiciones ecológicas determinadas y uniformes, en que se encuentran poblaciones que muestran características fenotípicas o fenotípicas similares. (30)

Entre las razones que pueden contribuir a los trastornos de salud mental de las adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, tristeza, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social, la discriminación social por su lugar de origen y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal. (31)

Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales. La mudanza o migración interna puede ser un factor de

riesgo para la salud mental de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno. (31)

- ❖ **ENAMORAMIENTO**, es un estado emocional de alegría y felicidad que sienten las adolescentes cuando se encuentran fuertemente atraídas por otra persona, a la que idealizan y le atribuyen toda una serie de cualidades que en la mayoría de los casos lo magnifican. (32)

En la actualidad tener enamorado ya no es un gesto para personas mayores de edad, la mayoría de las adolescentes se sienten atraídas por el sexo opuesto y tienden a querer experimentar nuevas situaciones sin control del mismo, debido a su curiosidad que les produce, pero que en ocasiones podrían llevarlas a tomar decisiones que no sean tan beneficiosas para su salud mental.

- ❖ **LA FAMILIA**, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definida como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”.

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) menciona que la familia es esencial para el pleno desarrollo del adolescente. Así, mismo resalta que los adolescentes que cuentan con el apoyo del cariño familiar prosperarán de manera insospechada y se convertirán en miembros creativos y solidarios de su familia y su comunidad. (33)

#### **Tipos de Familia:**

- **Familia Mono parental**, es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes, ya sea porque los padres se han separado y los hijos quedan al cuidado de uno de los

padres, por lo general la madre, excepcionalmente, se encuentra casos en donde es el hombre el que cumple con esta función; por ultimo da origen a una familia mono parental el fallecimiento de uno de los cónyuges. (34)

- **Familia Nuclear**, es la unidad base de toda sociedad, que se compone del padre, de la madre e hijos. Estos últimos pueden ser descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia. (34)

- **Familia Extendida**, se compone de más de una unidad nuclear siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás. (34)

- ❖ **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**, es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas en la familia, que los

hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. (35)

- **Familia Funcional**, son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo. En una familia funcional existe la satisfacción familiar, como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo. La Satisfacción Familiar se correlaciona positivamente con el Sentido de la Vida del ser humano. (35)

- **Familia Disfuncional**, puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y

satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía. (35)

## **SALUD MENTAL**

Según la OMS, "es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad". (36)

La salud mental, según Blanchet, se define como el estado de equilibrio psíquico de la persona en un momento dado de la vida, y en el que confluyen el nivel de bienestar subjetivo, el ejercicio de las capacidades mentales y la calidad de las relaciones en el medio ambiente. (1)

## ❖ Trastorno Depresivo

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo (humor), por lo que también se le conoce como trastorno del humor o trastorno afectivo. (1)

*Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. (1)*

Las personas que están deprimidas experimentan profundos sentimientos de tristeza que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales. Pierden el deseo de realizar actividades y pueden sumirse en un estado de apatía y fatalismo frente al futuro. En los episodios depresivos, es común que la persona esté baja de ánimo y sin energía, de tal manera, que se pueden sentir cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo. El sueño se trastorna y disminuye el apetito. Con frecuencia las personas que sufren episodios depresivos pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan. (1)

### **Tipos de Depresión:**

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son: la depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas, varían.

- ✓ **La Depresión Severa**, se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio muy incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida. (1)
  
- ✓ **La Distimia**, es un tipo de depresión menos grave, que incluye algunos síntomas crónicos que se presentan a largo plazo, tales como los sentimientos intermitentes de tristeza, el cansancio, o la desmotivación, pero por lo general no resultan incapacitantes, aunque sí interfieren con el funcionamiento y la sensación de bienestar

de la persona. Muchas personas con distimia pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida. (1)

- ✓ **Trastorno Bipolar**, también se le llama enfermedad maníaco - depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de gran exaltación o euforia (manía) y fases con el estado de ánimo bajo (depresión). Estos cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales. (1)

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede manifestar uno o más de los síntomas propios del trastorno depresivo. En cambio, cuando está en la fase maníaca, la persona puede hablar excesivamente y desarrollar una gran actividad con enormes despliegues de energía; en estas circunstancias, la manía afecta también la

manera de pensar, el juicio y el comportamiento con las otras personas. Así, la persona experimenta sentimientos de felicidad o euforia, sobredimensiona sus propias capacidades, comienza a tener proyectos grandiosos, puede tomar decisiones de negocios descabelladas e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía no se trata adecuadamente, puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (es decir, la persona puede perder temporalmente la razón y la capacidad de diferenciar la realidad de la fantasía). (1)

### **Indicadores de Depresión y Manía:**

No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen todos los indicadores. Algunas presentan algunos, otras, tienen muchos. La gravedad de los indicadores varía según la persona, pero también puede variar en el tiempo. (1)

○ **Indicadores de Depresión:**

- Estado de ánimo triste o sensación de tensión (ansiedad o *nerviosismo*).
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en entretenimientos y actividades que antes se disfrutaba, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, sensación de agotamiento o de actuar con gran lentitud.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario, comer más de la cuenta y aumentar de peso (se percibe un desequilibrio alimentario distinto del habitual en comparación con el resto de personas).
- Pensamientos de muerte o ideas de querer morir.

- Intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento de salud, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

○ **Indicadores de Manía:**

- Euforia excesiva (estado de ánimo exaltado).
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- La persona parece estar *inundada* de ideas que se producen con gran rapidez.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.

- Decisiones inadecuadas o desproporcionadas para las circunstancias (falta de juicio).
- Comportamiento inapropiado en situaciones sociales.

Durante mucho tiempo se pensó que los niños y adolescentes no se deprimían. Desde hace más de veinte años se reconoce la existencia de la depresión en niños y adolescentes. El adolescente, puede ponerse de mal humor, tener problemas constantes en la escuela, comportarse de manera indisciplinaria o agitada, estar frecuentemente malhumorado y sentirse incomprendido. (1)

#### ❖ **Trastorno Psicótico**

La psicosis es un síndrome en el cual los pensamientos, la respuesta afectiva, la capacidad para comunicarse y relacionarse con los demás, están lo suficientemente deteriorados como para interferir notablemente con la evaluación adecuada de la realidad circundante; por lo tanto quienes la padecen comienzan a

sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacían antes. Lo que caracteriza al síndrome psicótico es la ruptura con la realidad. (37)

### **Tipos de Psicosis:**

Hasta el momento puede ser útil clasificar a las psicosis en dos categorías de acuerdo a su etiología: Psicosis Orgánicas o Secundarias y la Psicosis Funcionales o Primarias. (37)

- ✓ **Psicosis Orgánicas o Secundarias**, reconocen su origen en una anomalía cerebral que puede ser explicada desde el punto de vista estructural y/o metabólico mediante exámenes médicos de rutina. Es decir, existen elementos objetivos y evidentes de un daño en el tejido cerebral o hay evidencias de alguna enfermedad que pueda explicar los síntomas.
  
- ✓ **Psicosis Funcionales o Primarias**, por otro lado se originan de disfunciones neuroquímicas de manera que en su extremo final las lesiones estructurales y / o

metabólicas e interfieren con sustentos más íntimos a nivel intracelular en las conexiones interneuronales, intrasináptico comprometiendo circuitos y redes neuronales. Hay evidencias de que los factores genéticos cumplen un papel importante en la etiología de estas psicosis. Estudios recientes demuestran mediante técnicas de neuroimágenes y bioquímicas que la etiopatogenia de las psicosis primarias involucra desregulaciones en los sistemas de neurotransmisores que parecen relacionados a procesos ligados al neurodesarrollo y/o apoptosis. Las psicosis funcionales mejor estudiadas desde el punto de vista biomédico son las esquizofrenias y los trastornos bipolares (no siempre los trastornos bipolares se acompañen de síntomas psicóticos). El mejor sustento para sostener la desregulación de neurotransmisores es la respuesta clínica favorable que se logra con fármacos que influyen sobre la función dopaminérgica, serotoninérgica y glutamatérgica.

**Los estilos de vida y el medio ambiente**, pueden cumplir un rol precipitante en la aparición de los trastornos psicóticos en las personas con predisposición de padecerlas. Entre ellos tenemos: (37)

- ✓ Familia disfuncional (no permiten el cambio y crecimiento de sus miembros Ej. límites y roles no claros, conflictos conyugales, conflictivo en crianza de los hijos y/o fraternales, intromisión de la familia de origen, familias desligadas o muy rígidas, mensajes contradictorios).
- ✓ Violencia familiar: Abuso sexual, maltrato infantil.
- ✓ Eventos traumáticos (como producto de delincuencia, terrorismo y otros).
- ✓ Discriminación y estigma étnicas.
- ✓ Extrema pobreza, desnutrición, desempleo.
- ✓ Historia familiar de consumo de drogas.
- ✓ Falta de redes de soporte social.
- ✓ Migraciones.

- ✓ Eventos desencadenantes de mucha tensión (muerte de un familiar, embarazo no deseado, accidentes, enfermedad física, divorcio, abandono familiar).
- ✓ Desastres naturales.
- ✓ Exposición laboral a intoxicación; por ejemplo con mercurio, plomo, u otros.

### **Indicadores de Psicosis**

Grupos de signos y síntomas relacionados con la patología psicótica. (37)

- ✓ Pérdida de contacto con la realidad
- ✓ Ausencia de conciencia de enfermedad
- ✓ Ver, escuchar, sentir o de alguna manera percibir cosas que de momento no existen (alucinaciones).
- ✓ Pensamientos y/o lenguaje incomprensible (hablar cosas sin sentido).
- ✓ Ansiedad marcada

- ✓ Alucinaciones auditivas comandatorias (voces que le dan orden de agredir o de autoagredirse).
- ✓ Conductas extrañas (mutismo, reírse solo sin motivo, hablar solo, coleccionar cosas inservibles, maquillaje exagerado e incongruente para la ocasión, vestimenta inadecuada fuera del contexto, etc.).
- ✓ Miedo o sospechas infundadas.
- ✓ Rostro inexpresivo.
- ✓ Descuido en el aseo y arreglo personal.
- ✓ Aislamiento.
- ✓ Agresividad física y verbal.
- ✓ Perdida de interés en las actividades que cotidianamente las realizaba sin causa aparente.
- ✓ Trastornos en el sueño (insomnio, hipersomnia).
- ✓ Deambulaciones.
- ✓ Ideas de grandeza, daño, místicas.

- ✓ No correspondencia entre el pensamiento y la emoción.

Las adolescentes pasan por muchos estados de ánimos repentinos ya que su etapa de transición es cambiante. Por ende, es que debemos enfatizar en saber diferenciar estas manifestaciones clínicas de las manifestaciones culturales. Como se ve, el cuadro clínico es abigarrado pero en ciertos casos la presentación puede ser oligo o monosintomática. Lo esencial es que ocurra una ruptura evidente con la realidad y para ello debe evidenciarse delusiones y/o alucinaciones. (37)

#### ❖ **Trastorno Convulsivo**

Una convulsión es la respuesta a una descarga eléctrica anormal en el cerebro. El termino crisis convulsiva describe varias experiencias y manifestaciones de la conducta y no es lo mismo que convulsión, aunque los términos se utilicen a veces como sinónimos. Cualquier cosa que irrite el cerebro puede producir una convulsión. Dos tercios de las personas que experimentan una convulsión

nunca tienen una segunda. Un tercio tienen convulsiones recurrentes (una enfermedad denominada epilepsia). (38)

**Causas de trastornos convulsivos:**

Existen muchos casos las más comunes son las presentadas a continuación: (38)

- ✓ Fiebre elevada.
- ✓ Alteraciones del metabolismo.
- ✓ Oxigenación insuficiente del cerebro.
- ✓ Destrucción del tejido cerebral
- ✓ Exposición a drogas o sustancias tóxicas.
- ✓ Abstinencia después de una utilización excesiva.
- ✓ Reacciones adversas de fármacos con prescripción médica.
- ✓ Otras enfermedades: Lupus eritematoso, Eclampsia, encefalopatía hipertensiva.

Precisamente, lo que sucede durante una convulsión dependerá de que parte del cerebro haya sido afectada por la descarga eléctrica anormal. Esta descarga puede afectar a una pequeña zona del cerebro y hacer que la persona solo perciba un olor o sabor extraño, o bien puede incidir en un área amplia del cerebro y producir una convulsión (sacudidas y espasmos de los músculos de todo el cuerpo). (38)

La persona puede también experimentar ataques breves de una alteración de la consciencia, pierde el conocimiento, el control muscular o el control de la vejiga urinaria (incontinencia urinaria), y sufre un estado de confusión. (38)

Por lo general, las convulsiones están precedidas por auras (sensaciones extrañas de olores, sabores o visiones, o un fuerte presentimiento de que va a empezar la crisis). En ocasiones se tratara de sensaciones agradables y otras, sumamente desagradables. (38)

Estas auras se manifiestan en el 20% de las personas afectadas de epilepsia. El ataque suele durar entre 2 y 5 minutos. Cuando concluye, la persona puede tener dolor de cabeza, dolor muscular, sensaciones raras, confusión y fatigabilidad extrema (conocido como estado pos - crítico). Habitualmente, la persona no recuerda que sucedió durante el episodio. (38)

El período de la adolescencia, ya de por sí complejo y difícil de comprender, se convierte en una situación muy delicada si es interferido por algún trastorno convulsivo. El trastorno convulsivo, como enfermedad crónica del sistema nervioso, repercute en mayor o menor medida en la conducta, en el aprendizaje, implica restricciones sociales, conlleva obligaciones y responsabilidades y en la adolescencia no será una excepción. (38)

#### ❖ **Consumo de bebidas alcohólicas**

El consumo de bebidas alcohólicas se ha convertido en un hábito, que forma parte de los llamados estilos de vidas, y esta aceptado en la mayoría de los países

occidentales. No es un comportamiento individual, sino que se encuentra fuertemente influenciado por normas sociales y por el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos.

En el Perú el uso de bebidas alcohólicas va adquiriendo características de un problema social complejo prioritariamente en razón de su creciente magnitud y efectos perjudiciales que comprometen severamente la salud y desarrollo de un porcentaje significativo de los niños adolescentes y jóvenes. La gravedad del problema no solo radica en el alto porcentaje de usuarios, sino que además dicho porcentaje sigue incrementándose y la edad de iniciación cada vez está siendo menor, es de 8,8 años de edad. (1)

El uso excesivo de alcohol en adolescentes de 15 a 19 años alcanza a un 57% de la población total del Perú. (1)

## **El alcohol**

La dependencia al alcohol o también conocido como alcoholismo, es una enfermedad que incluye los siguientes síntomas: (1)

- ✓ **Deseo insaciable**, una gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.
- ✓ **Pérdida de control es** la incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado.
- ✓ **Dependencia física:** síndrome de abstinencia, con síntomas tales como náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.
- ✓ **Tolerancia:** la necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol a fin de sentirse eufórico.

Se menciona que el deseo insaciable que el alcohólico siente por el alcohol puede ser tan fuerte como la

necesidad de comer o beber agua. Incluso un alcohólico continuará bebiendo alcohol aunque tenga problemas serios con la familia, con la salud o con la ley. Todo este proceso se agrava a medida que pase el tiempo y se convierte en una enfermedad crónica, lo que significa que la persona padecerá de esta enfermedad toda su vida. Las investigaciones demuestran que el riesgo de desarrollar alcoholismo ciertamente viene de familia. Los genes que hereda una persona explican en parte este hábito, pero el estilo de vida también constituye un factor. (1)

En la actualidad se están tratando de identificar aquellos genes específicos que ponen a las personas en riesgo de desarrollar el alcoholismo; sin embargo es importante señalar que los amigos, el nivel de estrés, y la facilidad de acceso al alcohol son factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar el alcoholismo. Pero es necesario recordar que el riesgo no implica una determinación. Ello quiere decir que aunque existan antecedentes familiares de alcoholismo, la persona o las personas no necesariamente serán alcohólicas. En cambio

otras personas desarrollarán el alcoholismo aún cuando no haya nadie en su familia que tenga problemas con el alcohol.

(1)

De la misma manera, no todos los hijos de familias alcohólicas tienen problemas con el alcohol. Sin embargo, es importante que las personas conozcan sus antecedentes familiares, ya que entonces se pueden tomar medidas preventivas para evitar riesgos y adquirir hábitos protectores respecto al alcohol. (1)

La familia es uno de los ejes para la prevención de las drogas en adolescentes. Los padres pueden tener impacto si hablan con sus hijos sobre los peligros del alcoholismo y de distintas drogas, y se mantienen activamente involucrados en la vida de sus hijos. Incluso cuando los hijos cursan la escuela secundaria, los padres pueden estar involucrados en sus tareas escolares, sus actividades sociales y de recreo, y con sus amigos. Las investigaciones demuestran que la acción y participación adecuada de los padres en la vida de

los hijos puede reducir la probabilidad de uso futuro de drogas. (1)

## **PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA – MODELO DEL SISTEMA CONDUCTUAL – DOROTHY E. JOHNSON**

Dorothy E. Johnson nació el 21 de agosto de 1919 se graduó en Artes en la Armstrong Junior College, en Savannah, Georgia, en 1938 a la edad de 19 años, y se recibe como enfermera titulada a los 23 años de edad en la Universidad de Vanderbilt de Nashville; realiza una maestría por la universidad de Harvard en Boston en el año 1942 a la edad de 29 años. (39)

La mayor parte de su experiencia profesional es como docente de la especialidad enfermería pediátrica en la Universidad de California, donde laboró desde 1949 hasta su jubilación en 1978, desde 1965 a 1967 presidió el comité de la Nurses' California Association, sus publicaciones comprenden cuatro libros, más de 30 artículos en revistas y numerosos informes, estudios y monografías. Aunque también incluye puestos como enfermera y asesora en escuelas de enfermería, Johnson publicó su 'Modelo de Sistemas Conductuales' en 1980. (39)

En 1968 ya hace una primera propuesta, promueve el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad". Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad. (39)

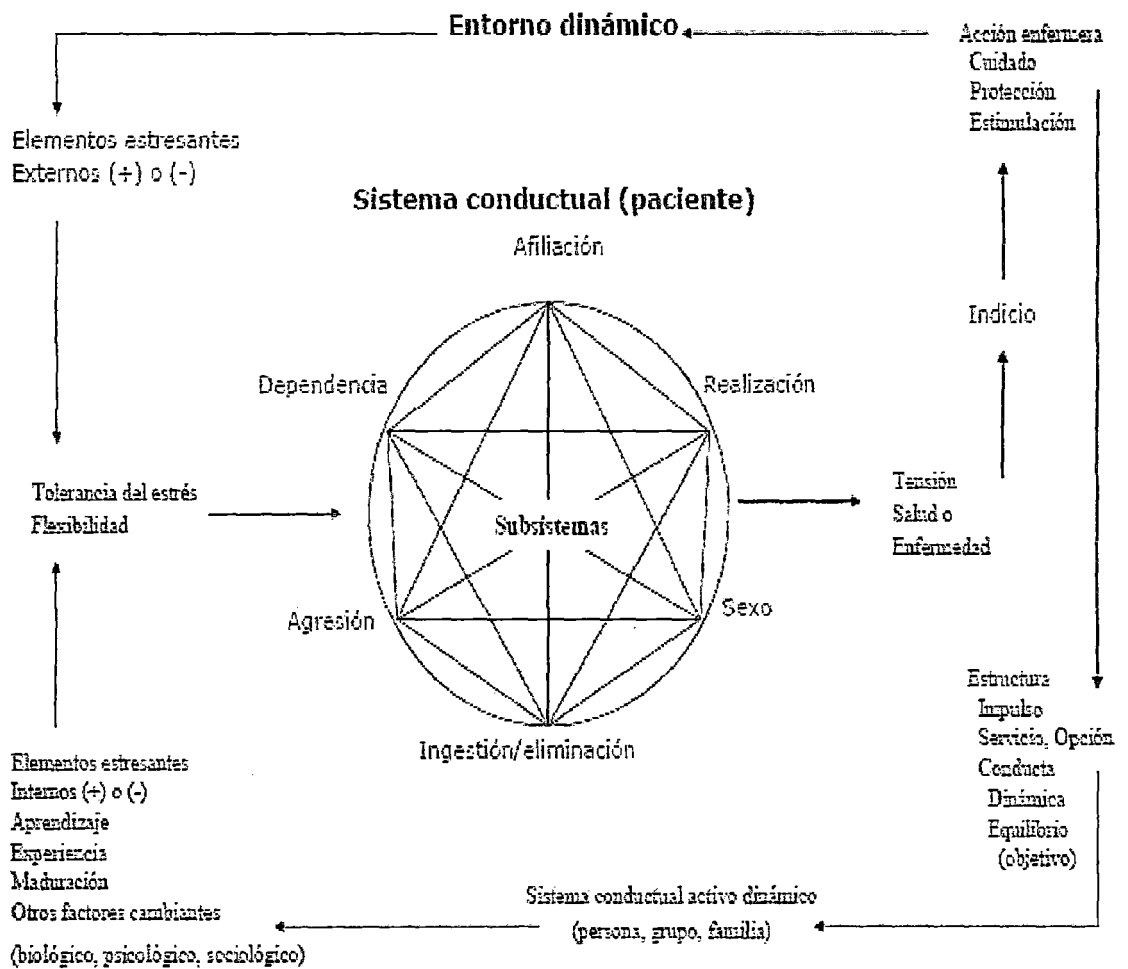
Dorothy Johnson falleció el 4 de febrero de 1988 a la edad de 79 años en su casa de la playa nueva de Smyrna en Florida debido a complicaciones posteriores a una cirugía coronaria de puente; Su modelo todavía es utilizado hoy por el hospital de UCLÁS Neuropsychiatric, entre otros. (39)

El modelo de Johnson considera al ser humano como un sistema conductual compuesto por siete de subsistemas interactivos e integrales. Cada subsistema tiene objetivos estructurales tales como: meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta; y funcionales, protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Los subsistemas según Dorothy E. Johnson son siete:

- ⊗ **DE DEPENDENCIA:** Promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca, sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física, la conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo. (39)
  
- ⊗ **DE INGESTIÓN:** Tiene que ver con cómo, cuando, qué y cuánto y en qué condiciones nos alimentamos; cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Se encuentra estrechamente relacionado con factores ecológicos, sociales a demás de biológicos. (39)
  
- ⊗ **DE ELIMINACIÓN:** Se relaciona con cuando, como y en qué condiciones se produce la eliminación, en los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos hasta el punto que pueden entrar en conflicto con él. (39)
  
- ⊗ **SEXUAL:** Obedece a la doble función de procreación y de satisfacción, incluye el cortejo y el emparejamiento y del mismo modo contempla un amplio espectro de conductas asociadas con el papel sexual. (39)

- ⊗ **DE AGRESIVIDAD:** Consiste en proteger y conservar y proviene de una intención primaria de dañar a los demás. La sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad. (39)
  
- ⊗ **DE REALIZACIÓN:** Su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación, a ésta se relacionan estrechamente las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales. (39)
  
- ⊗ **DE AFILIACIÓN:** Proporciona supervivencia y seguridad. Sus consecuencias son inclusión, intimidad, y formación y mantenimiento sociales de un enlace social fuerte. (39)

## Modelo Conductual de Dorothy E. Johnson



**Según el Modelo, los conceptos del meta-paradigma son los siguientes: (39)**

- ⊗ **PERSONA:** Es un sistema abierto, interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno.
- ⊗ **ENTORNO:** Hace referencia a un entorno externo e interno de la persona, aunque no lo explica.
- ⊗ **SALUD:** Es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona.
- ⊗ **ENFERMERÍA:** Es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual.

**Otras definiciones según Dorothy E. Johnson: (39)**

- ⊗ **CONDUCTA:** Una consecuencia de estructuras orgánicas y de los procesos que se coordinan y articulan a través de las respuestas a cambios en la estimulación sensorial, en este caso se debe analizar como la conducta se ve afectada por la presencia real o supuesta de otros seres sociales.
  
- ⊗ **SISTEMA:** Es un todo que funciona como un conjunto en virtud de la interdependencia de sus partes. El sistema actúa para mantener un equilibrio entre sus partes mediante ajustes y adaptaciones a las fuerzas que actúan sobre ellas.
  
- ⊗ **SISTEMA CONDUCTUAL:** Abarca las diversas formas de conducta del modelo, repetitivas e intencionadas. El hombre como sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de una forma eficaz y eficiente.
  
- ⊗ **SUBSISTEMAS:** Es un mini-sistema, con una meta y una función particular, propia y que se puede mantener siempre y cuando no se interrumpa su relación con los demás subsistemas y el entorno.

⊗ **EQUILIBRIO:** Es un estado de reposo estable, aunque más o menos transitorio, en el que el individuo se encuentra en armonía consigo mismo y con su entorno; implica que las fuerzas biológicas y psicológicas estén en equilibrio entre sí y con las fuerzas sociales que se le afrontan.

⊗ **TENSIÓN:** Es un estado de presión o esfuerzo y se puede contemplar como el producto final de la interrupción del equilibrio; la tensión puede ser constructiva cuando se da una adaptación al cambio o destructiva cuando se produce un uso ineficaz de la energía que impide la adaptación y causa un posible daño estructural, la tensión es un indicio de la interrupción del equilibrio.

⊗ **FACTOR ESTRESANTE:** Son los estímulos internos o externos que producen tensión y un cierto grado de inestabilidad.

### **En conclusión sobre el Modelo Conductual:**

Si aplicamos la teoría de sistemas a los adolescentes, podríamos decir que:

- Cada adolescente es un componente dinámico que presenta interrelaciones variables, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo en el medio que lo rodea.
- Cada adolescente está rodeada(o) por un campo de percepciones que pueden afectar su equilibrio dinámico.
- La organización es el núcleo principal del campo en el que se encuentra el adolescente y su impacto sobre repercute sobre la conducta funcional.
- Las fuerzas internas y externas del sistema aspiran al equilibrio.
- Los sistemas abiertos reciben - procesan - producen y se retroalimenta entre sí con el entorno.

El modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson contempla al adolescente como un sistema conductual sin tomar en cuenta el aspecto biológico o patológico y la enfermería holística concibe al adolescente como un conjunto Bio-sico-social, y estos términos delimitan la práctica actual de la enfermería; igualmente el

proceso de atención de enfermería define a la enfermería como ciencia al tomar en cuenta que en dicho proceso se relaciona estrechamente con el método científico y la teoría del sistema conductual no fue diseñada en sobre la base del método científico por lo cual su adaptación al proceso de atención de enfermería es parcial; ya que los diagnósticos se orientarían a sistemas y no a problemas específicos.

Es por estas razones que dicho modelo es fácilmente adaptable a los adolescentes en los cuales sus problemas de salud mental se basan específicamente en cambios repentinos debido a la etapa en la que se encuentran y por ende, la enfermera actúa como regulador externo de los sistemas, en este aspecto su adaptabilidad al proceso de atención de enfermería ha permitido su adopción y utilización.

### **Cuidados de enfermería en el adolescente**

El profesional de enfermería es responsable de velar por la atención integral de las personas en todas sus etapas de vida, esta involucra a la etapa de vida adolescente, en el cual la enfermera cumple un rol primordial en mejorar la calidad de vida de los

adolescentes es por ello que el ministerio de Salud ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales la implementación de un Modelo Integral de Salud. Esto supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los adolescentes.

El MAIS constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones para satisfacer las necesidades de desarrollo y mantenimiento de la salud, así como las derivadas de daños, disfunciones y discapacidades, orientados a lograr personas, familia y comunidades saludables. En relación a la atención de salud de las/los adolescentes, el MAIS considera la provisión de un paquete de cuidados esenciales en salud para atender sus principales necesidades de salud en el contexto de su familia y comunidad. Para la atención de las necesidades de las y los adolescentes se ha establecido el siguiente paquete:

- **Atención de Salud para las/los adolescentes:**
  - Atención a problemas agudos que no son emergencias.
  - Atención a problemas crónicos y emergencias.

- Atención de discapacidades.
  - Atención ambulatoria especializada.
  - Atención complementaria en caso de hospitalización.
- 
- **Atenciones programáticas en las/los adolescentes:**
    - Atención preventiva y control periódico
    - Atención domiciliaria a adolescentes en riesgo.
    - Consejería individual y familiar.
    - Control de crecimiento y desarrollo.
    - Atención en planificación familiar.
    - Orientación familiar.
    - Talleres integrales.

Al brindar el paquete de cuidados esenciales se debe considerar los sub grupos de edad y las necesidades específicas relativas al género. Así por ejemplo se debe enfatizar la oferta de consejería individual en métodos anticonceptivos a adolescentes sexualmente activas y activos entre 15 a 19 años, el control de crecimiento y desarrollo a adolescentes entre 10 a 14 años, el seguimiento de la gestación a la adolescente embarazada, la consejería para la

prevención de accidentes a los adolescentes varones, entre otros cuidados de enfermería.

### **2.3. DEFINICION CONCEPTUAL DE TERMINOS**

- **Adolescente:**

Periodo de transición entre la niñez y la edad adulta autónoma, económica y socialmente.

- **Factores de Riesgo:**

Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

- **Salud Mental**

Estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. MATERIAL Y MÉTODOS**

En el presente estudio se utilizó el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional porque intenta establecer asociación con direccionalidad entre variables sin relación causa efecto; de corte transversal, con una sola población de estudio.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **➤ Población de estudio**

La población de estudio estuvo constituida por 112 adolescentes del quinto año de educación secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012.

➤ **Muestra de estudio**

La muestra fue determinada utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Es decir, se consideró al 100% de la población sujeto a estudio es decir todos los estudiantes del quinto año de educación secundaria que cumplan con todos los criterios de inclusión de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012.

✓ **Criterios de inclusión**

La población sujeto de estudio estuvo constituida por todos aquellos alumnos que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- Adolescentes que se encuentran en clases al momento de la aplicación del instrumento.
- Adolescentes que aceptan participar en la investigación.

✓ **Criterios de exclusión**

- Adolescentes que no acepten colaborar con la investigación.
- Adolescentes que no estén presentes

### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos el cuestionario:

➤ **Cuestionario sobre Factores de riesgo:**

La primera parte del cuestionario está basada en la presentación y la autorización del mismo por parte de las adolescentes en estudio, mencionando las instrucciones para el desarrollo de los cuestionarios respectivos. La segunda parte comprende sobre:

- **Edad**, está comprendida en intervalos de manera sencilla para marcar fácilmente el intervalo de edad que se encuentren las adolescentes.
- **Lugar de Procedencia**, se menciona los lugares más comunes de procedencia para marcar fácilmente el lugar de origen de las adolescentes.
- **Tipo de Familia**, se menciona los tipos de familias más comunes para marcar fácilmente la familia a la que pertenecen las adolescentes.
- **Enamoramiento**, se basa en una pregunta de afirmación o negación. (*Anexo 01*)

➤ **El Test de APGAR Familiar:**

Creado por el Dr. Gabriel Smilkstein fue diseñado en 1978 en la Universidad de Washington. Se escogió este instrumento por ser breve, (requiere aproximadamente 5 minutos para ser completado) específico. Este instrumento fue construido, validado y tipificado en Washington y fue adaptada a la población peruana por el Ministerio de Salud y es utilizado en el Programa de Familias y viviendas saludables.

El Apgar familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia que son: Adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa de cómo los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y que pueden manifestar el grado de satisfacción del mismo.

**Criterios de Evaluación:**

- 16 – 25 puntos: Familia Funcional
- 5 – 15 puntos : Familia Disfuncional (*Anexo 02*)

➤ **El Cuestionario de Síntomas en Salud Mental (S.R.Q)**

Este instrumento fue validado y tipificado por el Ministerio de Salud del Perú, y es lanzado en la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz como instrumento para el tamizaje en la Salud Mental, con el fin de la detección de nuevos casos en Salud Mental que presenten la sociedad Peruana.

En este cuestionario se evidencian los principales Trastornos de Salud Mental para su prevención: Trastorno Depresivo, Trastorno Psicótico, Trastorno Convulsivo y el Consumo de bebidas alcohólicas. La escala está compuesta por 28 ítems, 2 de los cuales están redactados en sentido inverso (ítems 8, 14) y 26 de ellos en sentido positivo es decir, contestar afirmativamente.

**Criterios de evaluación:**

➤ **Trastorno Depresivo: ítems del 1 – 18.**

Alta probabilidad: 9 -18 puntos.

Baja Probabilidad: 1 – 8 puntos

➤ **Trastorno Psicótico: ítems del 19 – 22.**

Alta probabilidad: 1 – 4 puntos.

Baja Probabilidad: 0 puntos.

➤ **Trastorno Convulsivo: ítems 23.**

Alta probabilidad: 1 punto.

Baja Probabilidad: 0 puntos.

➤ **Consumo de Bebidas Alcohólicas: ítems 24 – 28.**

Alta probabilidad: 1 – 5 puntos.

Baja Probabilidad: 0 puntos. (*Anexo 03*)

### **3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para demostrar la confiabilidad de los instrumentos, se realizó la prueba piloto a 15 adolescentes con las mismas características de la población en estudio de la Institución Educativa Mercedes Indacochea, con el propósito de reajustar la redacción de las preguntas y de esta manera poder darle la confiabilidad adecuada al instrumento.

La confiabilidad de un instrumento se refiere al grado de precisión o exactitud de la medida, es decir, si aplicamos

repetidamente el instrumento al mismo sujeto produce igual resultados. En esta investigación la confiabilidad se obtuvo a través del cálculo de coeficiente de Alpha de Crombach. (40)

El resultado del Alpha de Crombach para el APGAR Familiar asciende a 0,798 el cual considerado bueno y es adecuado para la investigación. (*Anexo 04*)

De igual forma el resultado del Alpha de Crombach para el Cuestionario de Salud Mental (S.R.Q) asciende a 0,838 el cual también es considerado bueno y adecuado para la investigación. (*Anexo 05*)

Previo autorización del Director de la Institución Educativa María Ugarteche de Mac – Lean del distrito de Tacna, luego a Tutores de cada sección con la finalidad de contar con la completa aceptación de los responsables generales del plantel educativo; se tuvo el permiso para la aplicación de los instrumentos.

Se realizó la aplicación de los instrumentos a los adolescentes, utilizando 03 cuestionarios, ambos auto administrados, los cuales fueron respondidos en forma voluntaria en el aula de clases. Luego se

recogieron en forma personal y anónima, culminado el tiempo de resolución de los cuestionarios.

### **3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS**

Los datos recopilados han sido codificados y procesados mediante el sistema de informática SPSS18 y Microsoft Office Excel2007.

Para el análisis estadístico se utilizó la siguiente prueba estadística:

- Prueba del Chi – Cuadrado de Pearson: con un valor P aceptable menor 0.05. Los resultados fueron evaluados con un intervalo de confianza del 95%.

## **CAPITULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. RESULTADOS**

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales son presentados en distribución de frecuencias y tablas de contingencia, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

## CUADRO N°01

### FACTOR DE RIESGO N° 1: EDAD DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

EDAD	N°	%
14 a 15 años	1	1%
16 a 17 años	103	92%
17 años a más.	8	7%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100 %</b>

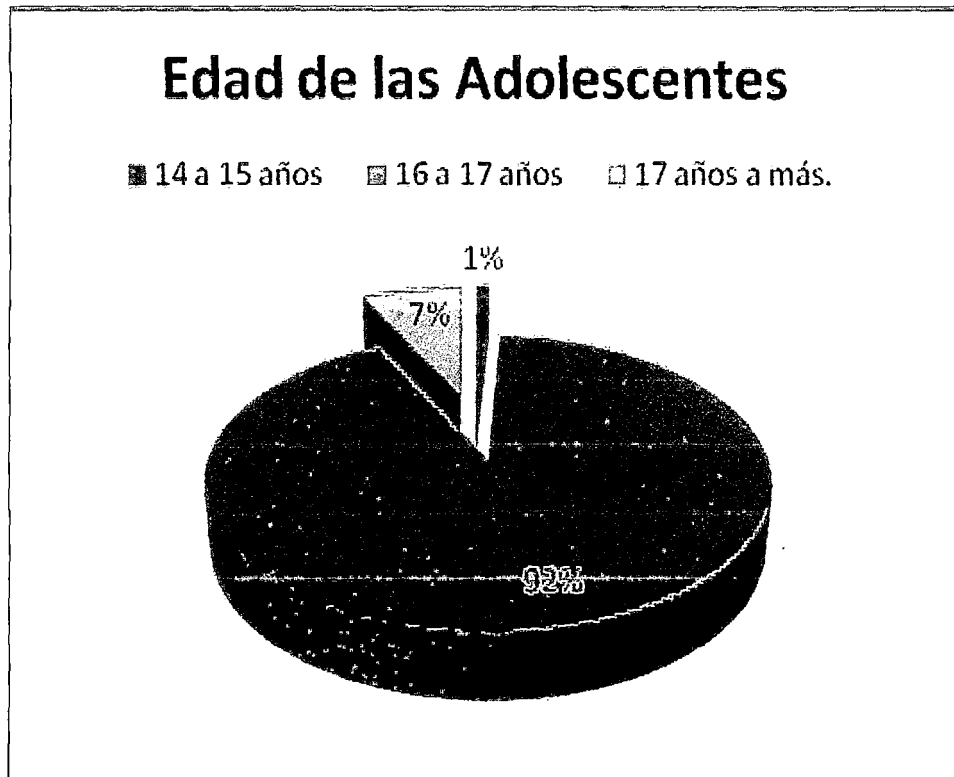
FUENTE: Encuesta.

#### DESCRIPCIÓN:

Se observa que del total de la población de estudio, el 92% tiene una edad de 16 a 17 años, a diferencia del 7% que tiene una edad de 17 años a más y por último solo se identificó el 1% con una edad de 14 a 15 años.

**GRAFICO N°01**

**FACTOR DE RIESGO N° 1: EDAD DE LA POBLACION DE ESTUDIO  
DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN  
DE TACNA 2012**



FUENTE: Cuadro N°1

## CUADRO N°02

### FACTOR DE RIESGO N° 2: PROCEDENCIA DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

PROCEDENCIA	N°	%
Tacna	98	88%
Puno	6	5%
Arequipa	2	2%
Otros	6	5%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

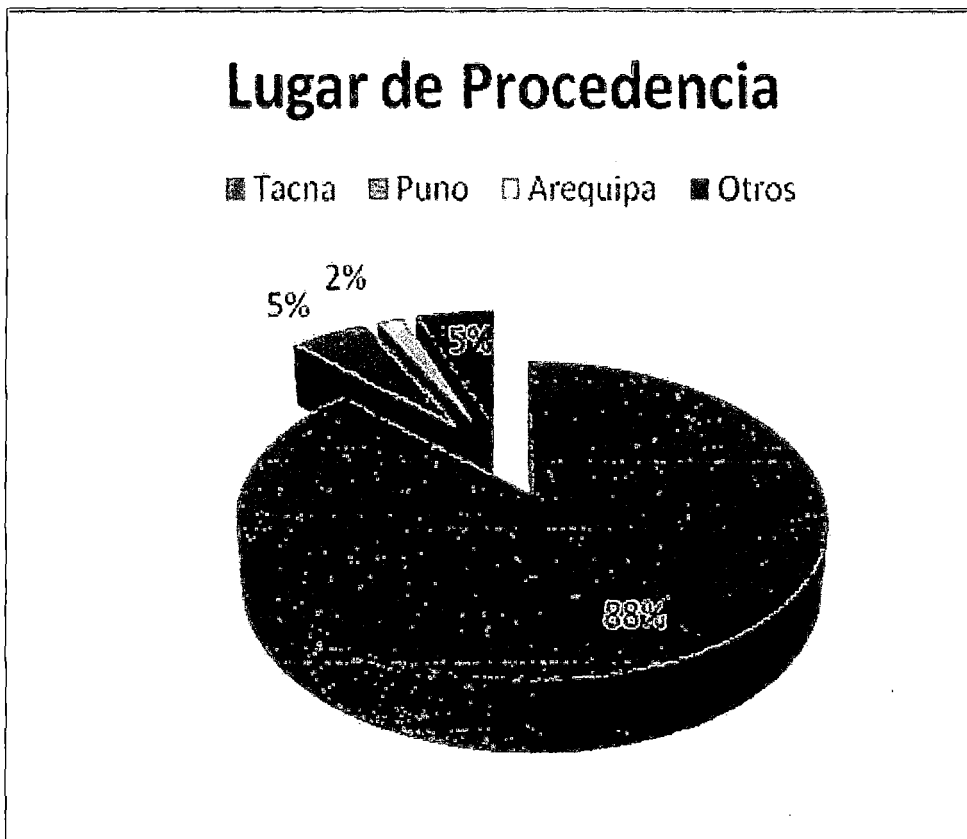
FUENTE: Encuesta.

#### DESCRIPCIÓN:

Se observa que del total de la población de estudio, el 88% es procedente de la ciudad de Tacna, mientras el 5% es procedente de Puno y otros, a diferencia del 2% que es procedente de la ciudad de Arequipa.

**GRAFICO N°02**

**FACTOR DE RIESGO N° 2: PROCEDENCIA DE LA POBLACION DE  
ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN  
DE TACNA 2012**



FUENTE: Cuadro N°2

### CUADRO N°03

#### FACTOR DE RIESGO N° 3: ENAMORAMIENTO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

TIENE ENAMORADO	N°	%
Si	58	52%
No	54	48%
<b>Total</b>	112	100%

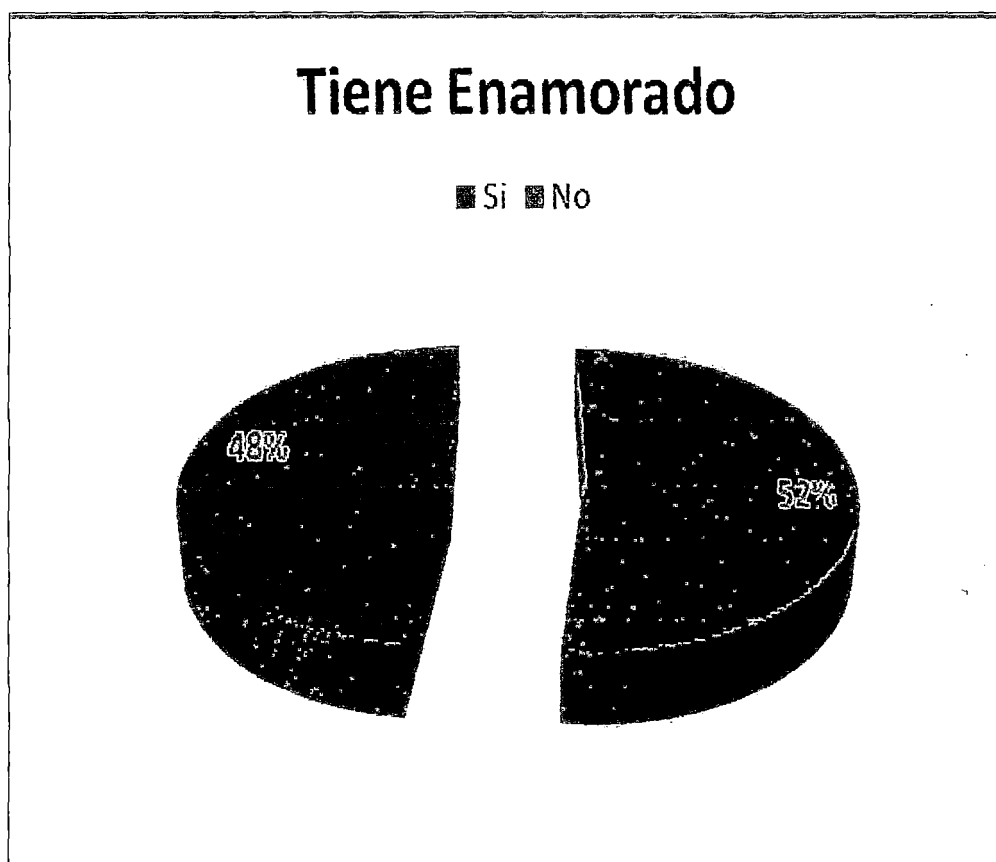
FUENTE: Encuesta.

#### DESCRIPCIÓN:

Se observa que del total de la población de estudio, el 52% responde que si tiene enamorado, a diferencia del 48% que responde que no tiene enamorado.

**GRAFICO N°03**

**FACTOR DE RIESGO N° 3: ENAMORAMIENTO DE LA POBLACION DE  
ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN  
DE TACNA 2012**



FUENTE: Cuadro N°3

#### CUADRO N°04

**FACTOR DE RIESGO N° 4: TIPO DE FAMILIA DE LA POBLACION DE  
ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN  
DE TACNA 2012**

<b>TIPO DE FAMILIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Nuclear	60	54%
Mono parental	28	25%
Extendida	24	21%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

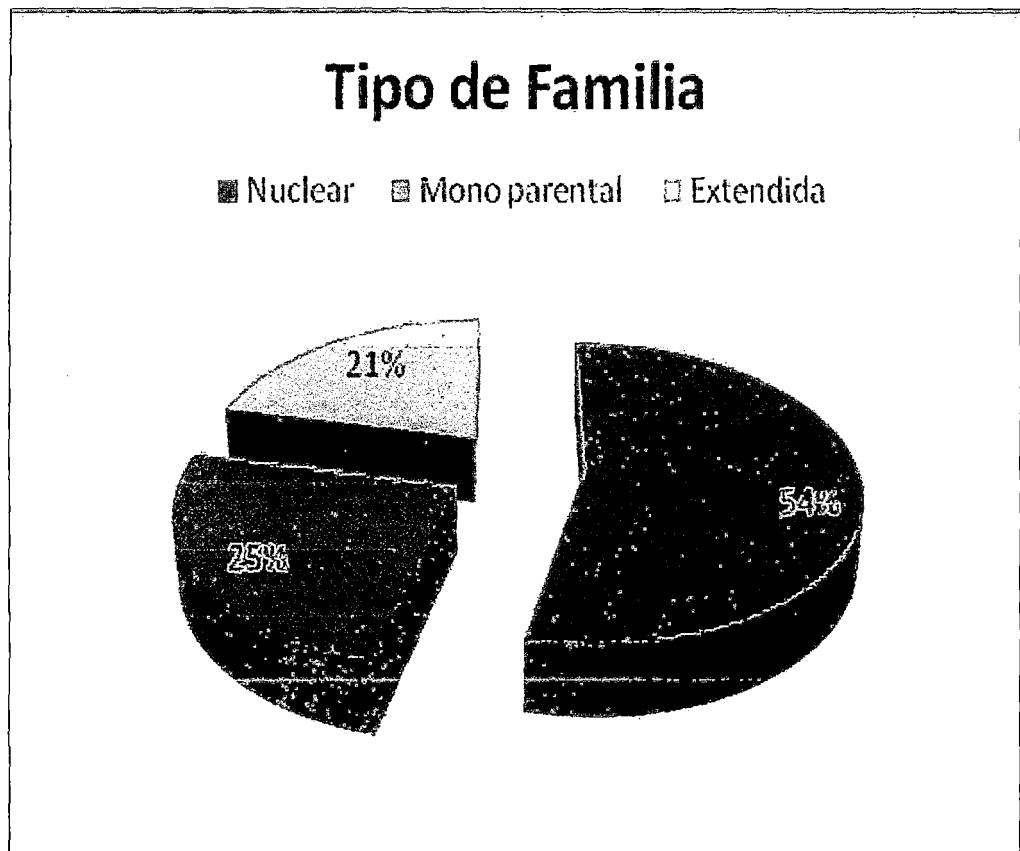
FUENTE: Encuesta.

#### DESCRIPCIÓN:

Del total de la población de estudio, el 54% pertenece a una familia nuclear, mientras el 25% pertenece a una familia mono parental, a diferencia del 21% que pertenece a una familia extendida.

## GRAFICO N°04

### FACTOR DE RIESGO N° 4: TIPO DE FAMILIA DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°4

## CUADRO N°05

### FACTOR DE RIESGO N° 5: FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Familia Funcional	41	37%
Familia Disfuncional	71	63%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

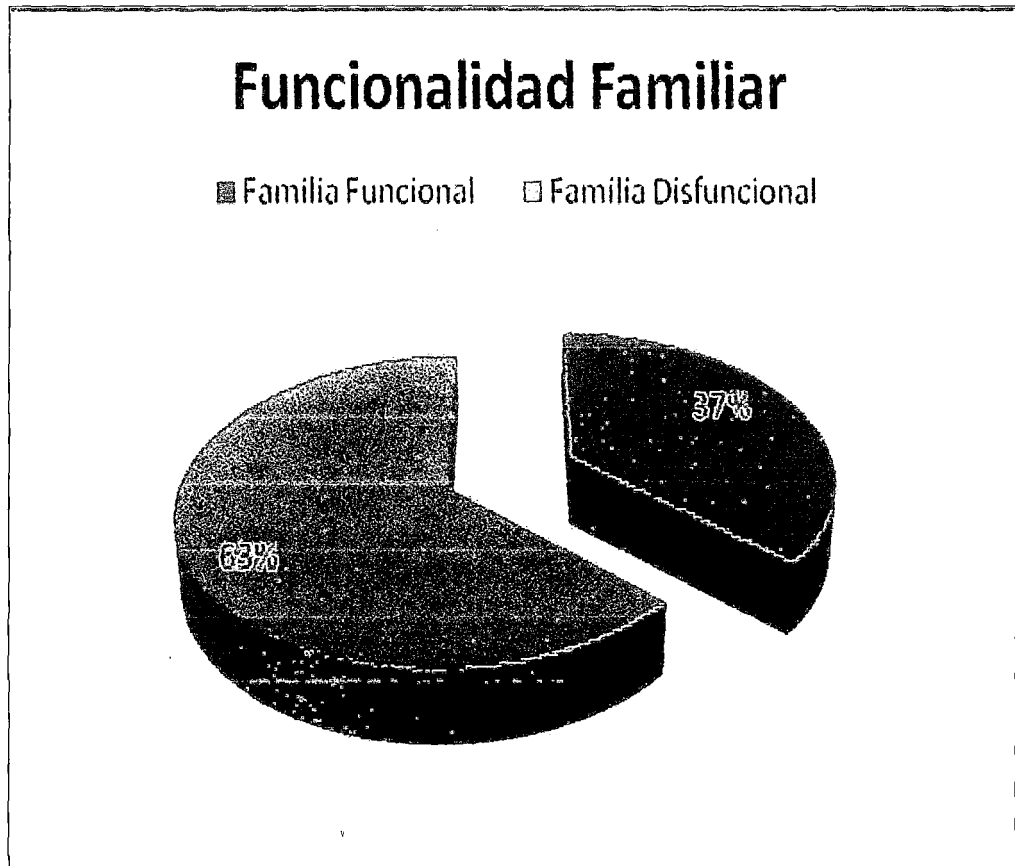
FUENTE: Encuesta.

#### DESCRIPCIÓN:

Se observa que del total de la población de estudio, el 63% pertenece a una familia disfuncional, a diferencia del 37% que pertenece a una familia funcional.

**GRAFICO N°05**

**FACTOR DE RIESGO N° 5: FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LA  
POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE  
DE MAC – LEAN DE TACNA 2012**



**FUENTE:** Cuadro N°5

## CUADRO N°06

### SALUD MENTAL: TRASTORNO DEPRESIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

TRASTORNO DEPRESIVO	Nº	%
Alta Probabilidad	81	72%
Baja Probabilidad	31	28%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

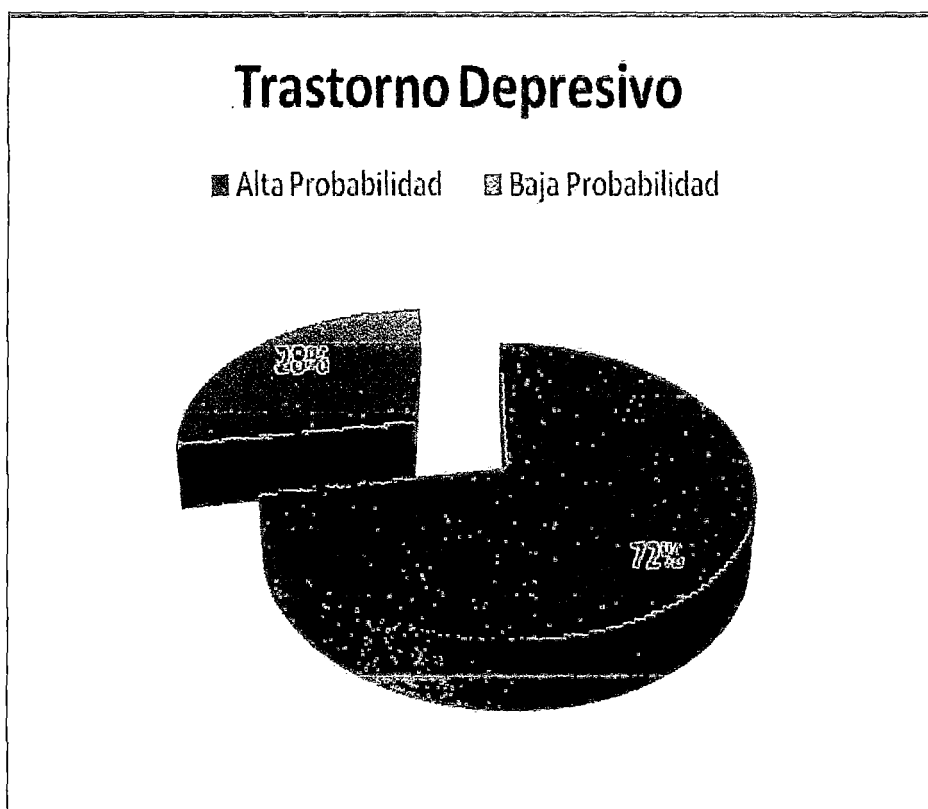
FUENTE: Encuesta.

#### DESCRIPCIÓN:

Del total de la población de estudio, el 72% de las adolescentes tienen alta probabilidad de sufrir algún trastorno depresivo, a diferencia del 28% de las adolescentes que tienen baja probabilidad de sufrir trastorno depresivo.

**GRAFICO N°06**

**SALUD MENTAL: TRASTORNO DEPRESIVO DE LA POBLACION  
DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE  
DE MAC – LEAN DE TACNA 2012**



FUENTE: Cuadro N°6

## CUADRO N°07

### SALUD MENTAL: TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

TRASTORNO PSICOTICO	N°	%
Alta Probabilidad	107	96%
Baja Probabilidad	5	4%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta.

#### DESCRIPCIÓN:

Del total de la población de estudio, el 96% de las adolescentes tienen alta probabilidad de sufrir un trastorno psicótico, a diferencia del 4% de las adolescentes que tienen baja probabilidad de sufrir un trastorno psicótico.

**GRAFICO N°07**

**SALUD MENTAL: TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION  
DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE  
DE MAC – LEAN DE TACNA 2012**



**FUENTE:** Cuadro N°7

## CUADRO N°08

### SALUD MENTAL: TRASTORNO CONVULSIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

TRASTORNO CONVULSIVO	N°	%
Alta Probabilidad	4	4%
Baja Probabilidad	108	96%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

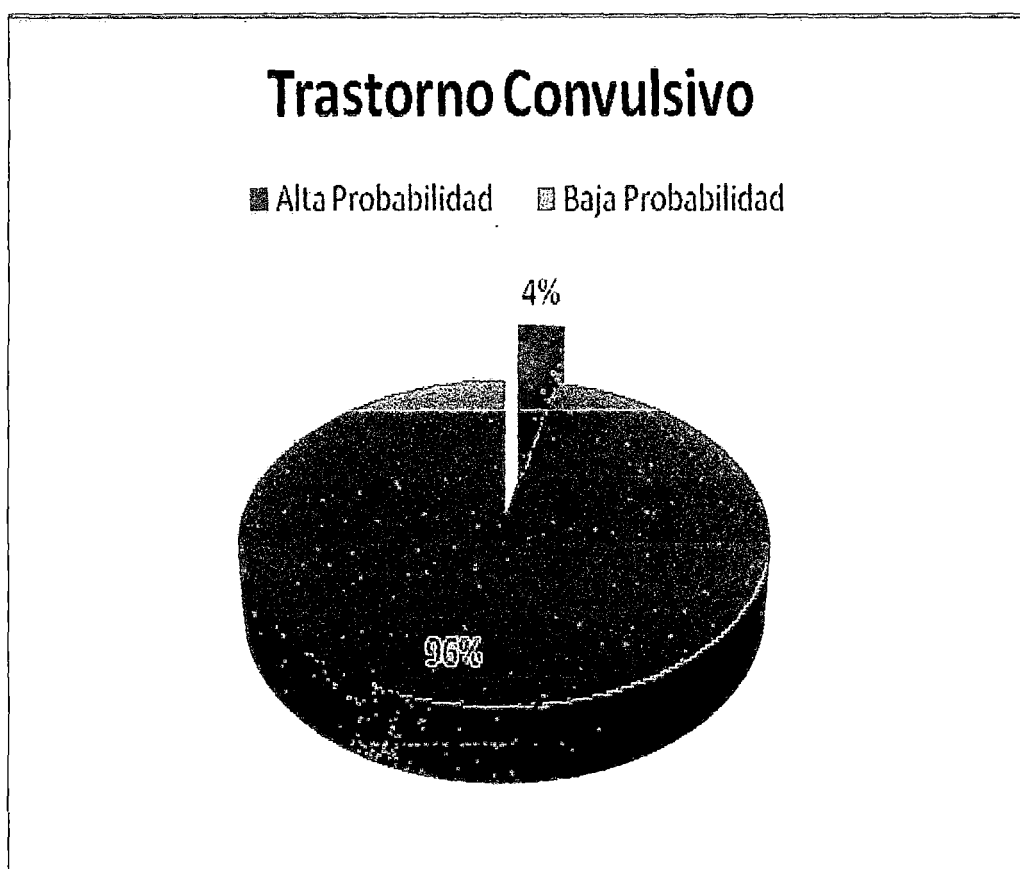
FUENTE: Encuesta.

#### DESCRIPCIÓN:

Del total de la población de estudio, el 96% de las adolescentes tienen baja probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo, a diferencia del 4% de las adolescentes que tienen alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

## GRAFICO N°08

**SALUD MENTAL: TRASTORNO CONVULSIVO DE LA  
POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE  
DE MAC – LEAN DE TACNA 2012**



FUENTE: Cuadro N°8

## CUADRO N°09

### SALUD MENTAL: CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

<b>CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alta Probabilidad	23	21%
Baja Probabilidad	89	79%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

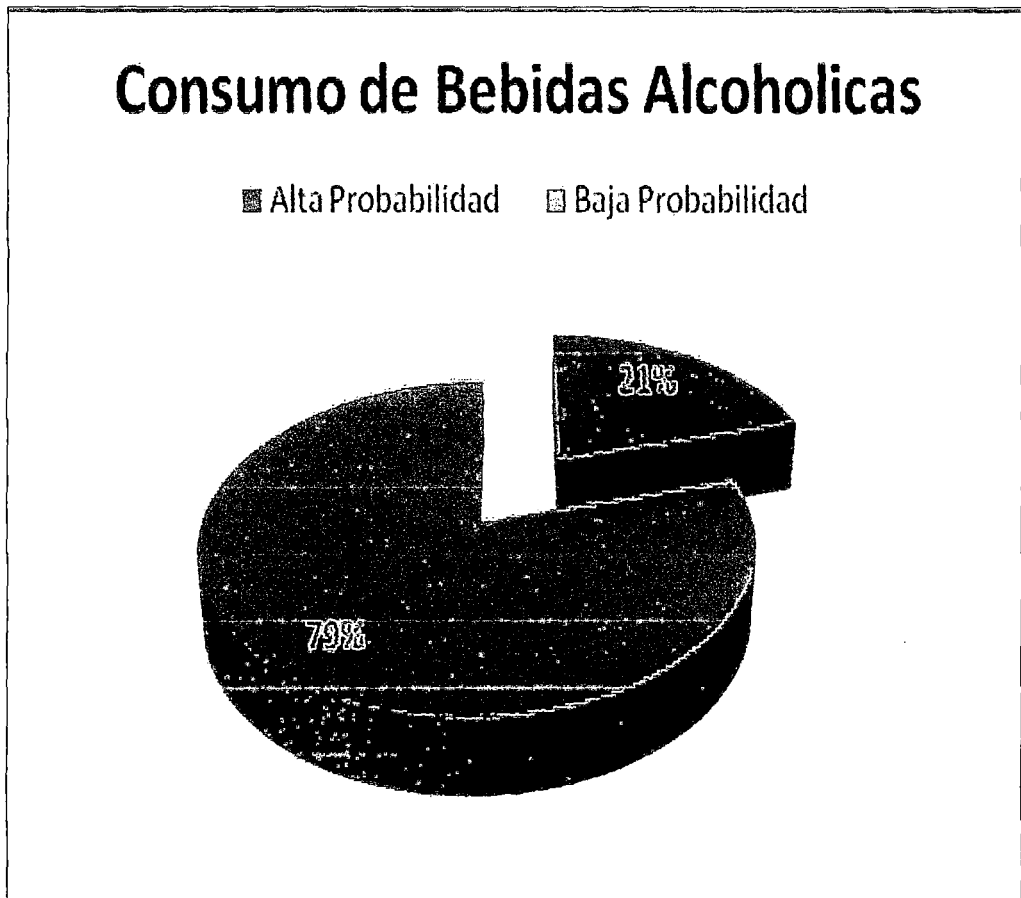
FUENTE: Encuesta.

#### DESCRIPCIÓN:

Del total de la población de estudio, el 79% de las adolescentes tienen baja probabilidad de sufrir problemas con el consumo de bebidas alcohólicas, a diferencia del 21% de las adolescentes que tienen alta probabilidad de sufrir problemas con el consumo de bebidas alcohólicas.

**GRAFICO N°09**

**SALUD MENTAL: CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DE LA  
POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE  
DE MAC – LEAN DE TACNA 2012**



FUENTE: Cuadro N°9

## CUADRO N°10

### RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Lugar de Procedencia	CONSUMO DE ALCOHOL				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tacna	81	72,3%	17	15,2%	98	87,5%
Puno	5	4,5%	1	0,9%	6	5,4%
Arequipa	0	0%	2	1,8%	2	1,8%
Otros	3	2,7%	3	2,7%	6	5,4%
Total	89	79,5%	23	20,5%	112	100%

FUENTE: Encuesta

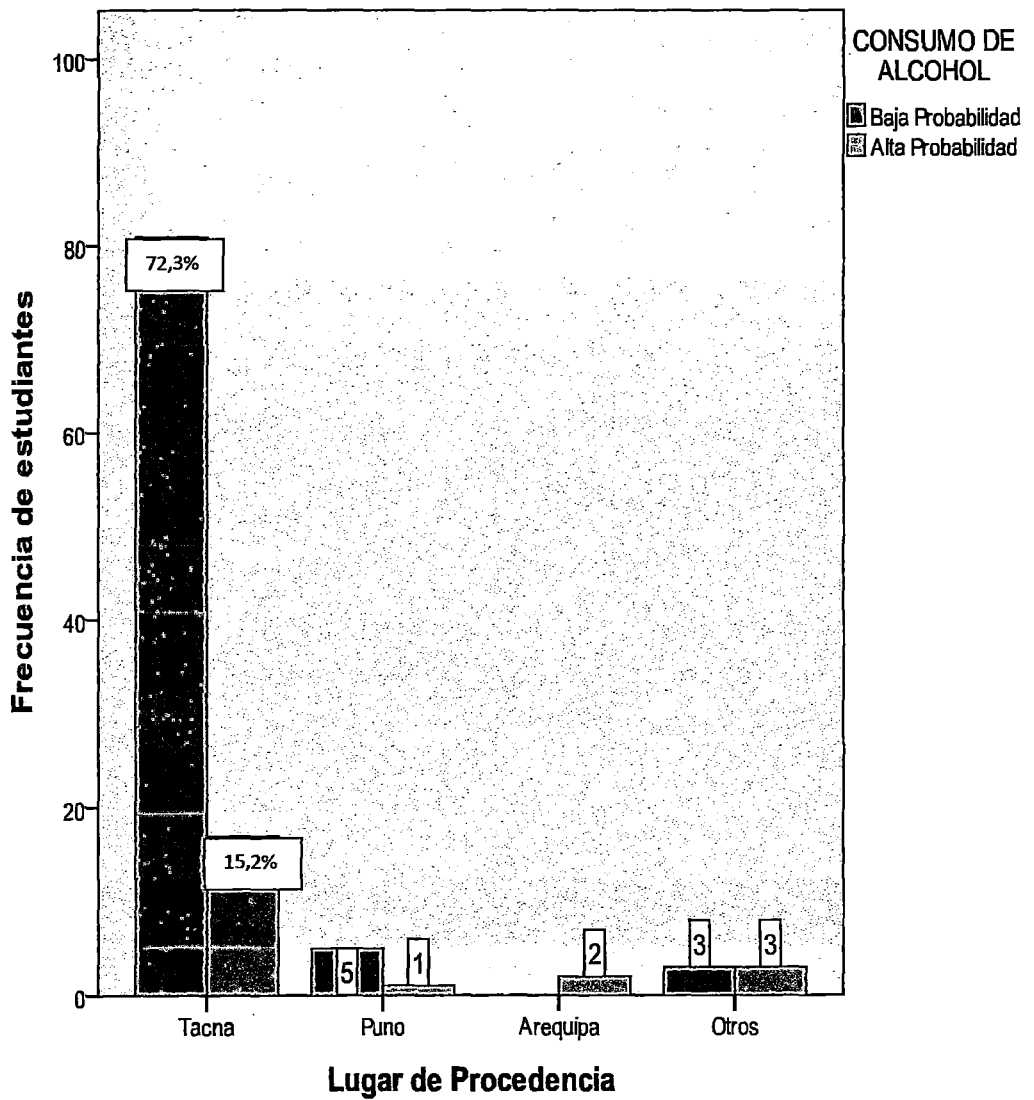
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 11,597$ $P = 0,009 < 0,05$
---

## DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 72,3% de las adolescentes procedentes de la ciudad de Tacna tienen baja probabilidad de tener problemas con el consumo de alcohol, a diferencia del 15,2% tiene alta probabilidad de tener problemas con el consumo de alcohol. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación a la procedencia con consumo de alcohol se evidencio que  $P < 0.05$  lo que significa que **EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA**, entre estas dos variables.

### GRAFICO N°10

## RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°10

## CUADRO N°11

### RELACION ENTRE TIPO DE FAMILIA Y TRASTORNO DEPRESIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Tipo de Familia	TRASTORNO DEPRESIVO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	N°	%	N°	%	N°	%
Nuclear	23	20,5%	37	33%	60	53,6%
Mono Parental	3	2,7%	25	22,3%	28	25%
Extendida	8	7,1%	16	14,3%	24	21,4%
Total	34	30,4%	78	69,6%	112	100%

FUENTE: Encuesta

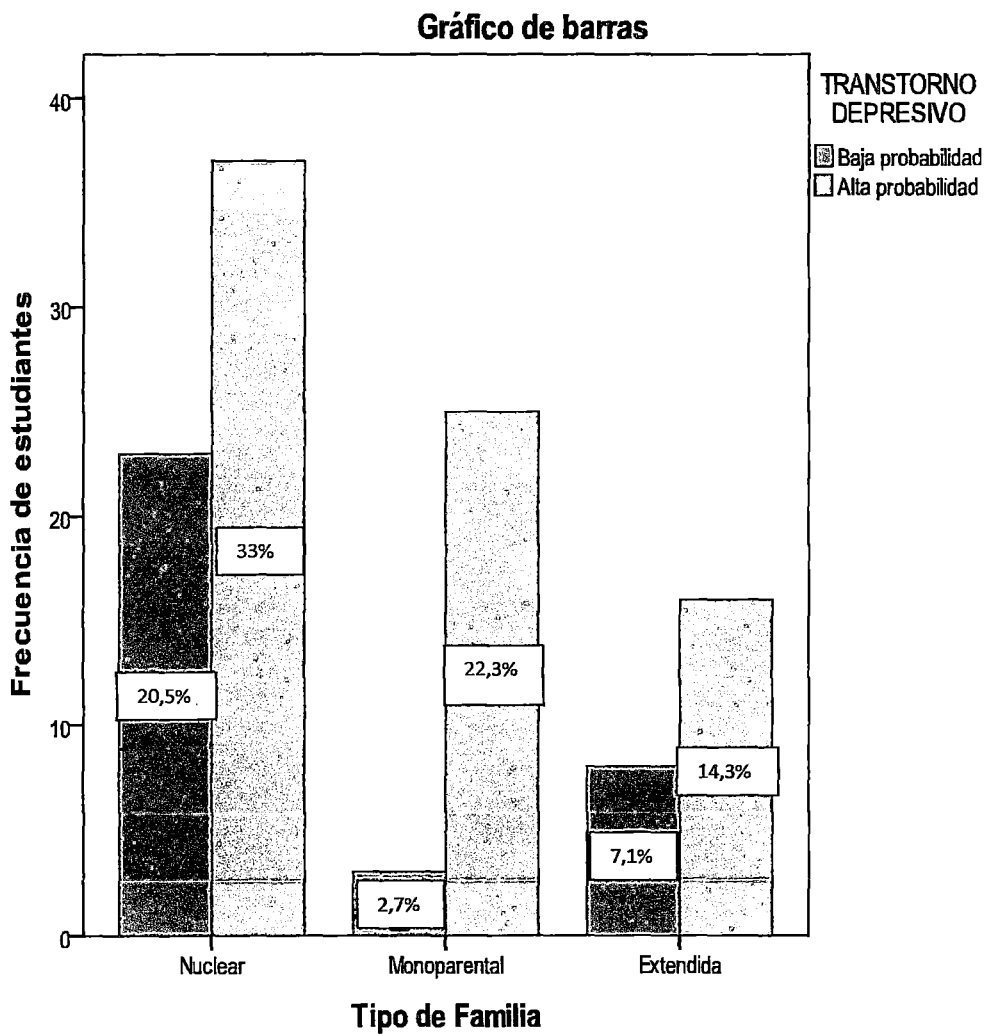
Prueba de Chi - cuadrado:  $\chi^2 = 7,016$  P= 0,03 < 0,05

#### DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 33% de las adolescentes que pertenecen a una familia nuclear tienen alta probabilidad de sufrir trastorno depresivo, a diferencia del 20,5% que tiene baja probabilidad de tener trastorno depresivo. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación al tipo de familia con trastorno depresivo se evidenció que  $P < 0.05$  lo que significa que EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA, entre estas dos variables.

### GRAFICO N°11

## RELACION ENTRE TIPO DE FAMILIA Y TRASTORNO DEPRESIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°11

## CUADRO N°12

### RELACION ENTRE ENAMORAMIENTO Y CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Tiene Enamorado	CONSUMO DE ALCOHOL				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	40	35,7%	18	16,1%	58	51,8%
No	49	43,8%	5	4,5%	54	48,2%
Total	89	79,5%	23	20,5%	112	100%

FUENTE: Encuesta.

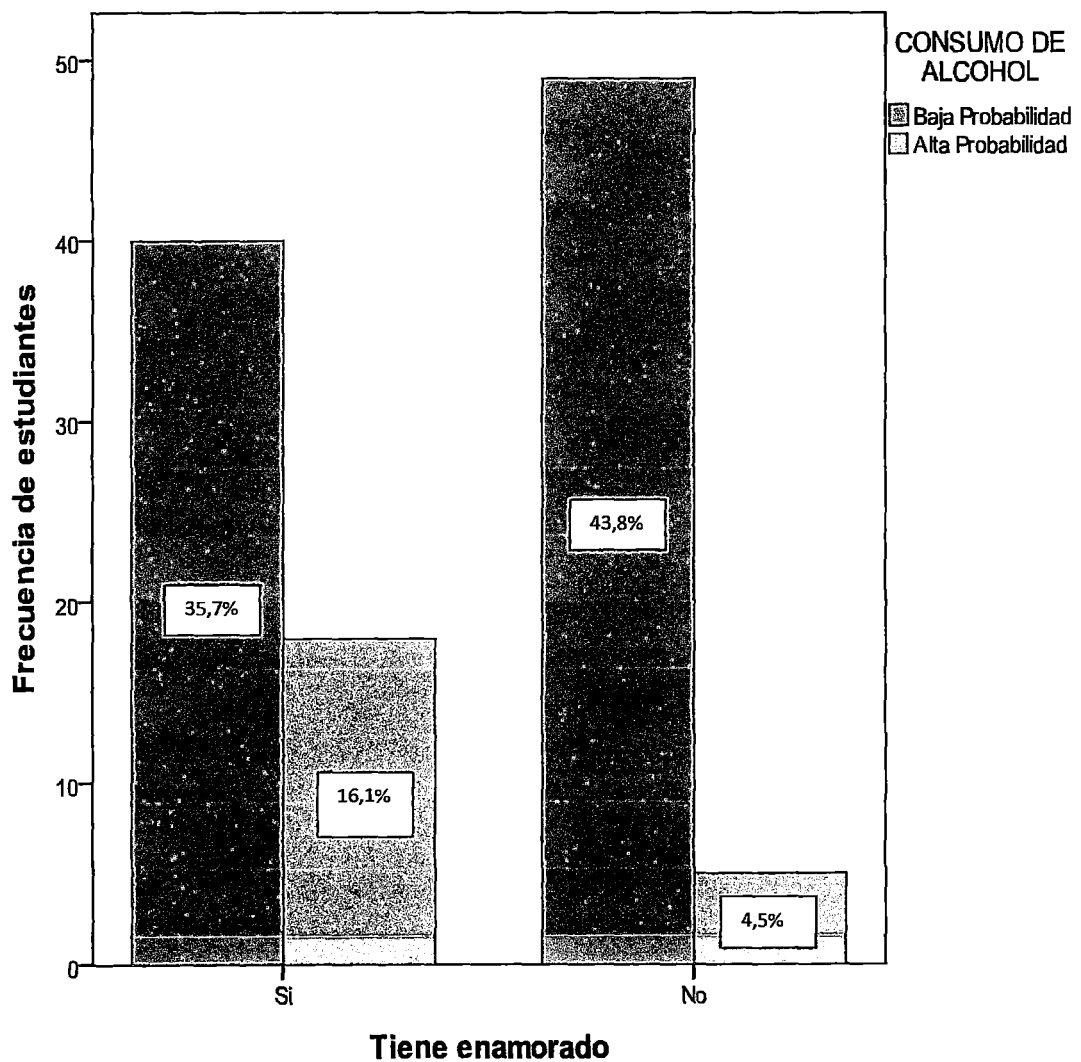
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 8,125$ $P = 0,004 < 0,05$
--

#### DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 35,7% de las adolescentes que tienen enamorado presentan baja probabilidad de tener problemas con el alcohol, a diferencia del 16,1% tiene alta probabilidad de tener problemas con el alcohol. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación del enamoramiento con consumo de alcohol se aprecia que  $P < 0,05$  esto determina que EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA entre estas dos variables.

## GRAFICO N°12

### RELACION ENTRE ENAMORAMIENTO Y CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°12

**CUADRO N°13**

**RELACION ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL TRASTORNO  
DEPRESIVO LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA  
UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012**

Funcionalidad Familiar	TRASTORNO DEPRESIVO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad		N°	%
	N°	%	N°	%		
Disfuncional	6	5,4%	65	58%	71	63,4%
Funcional	28	25%	13	11,6%	41	36,6%
Total	34	30,4%	78	69,6%	112	100%

FUENTE: Encuesta

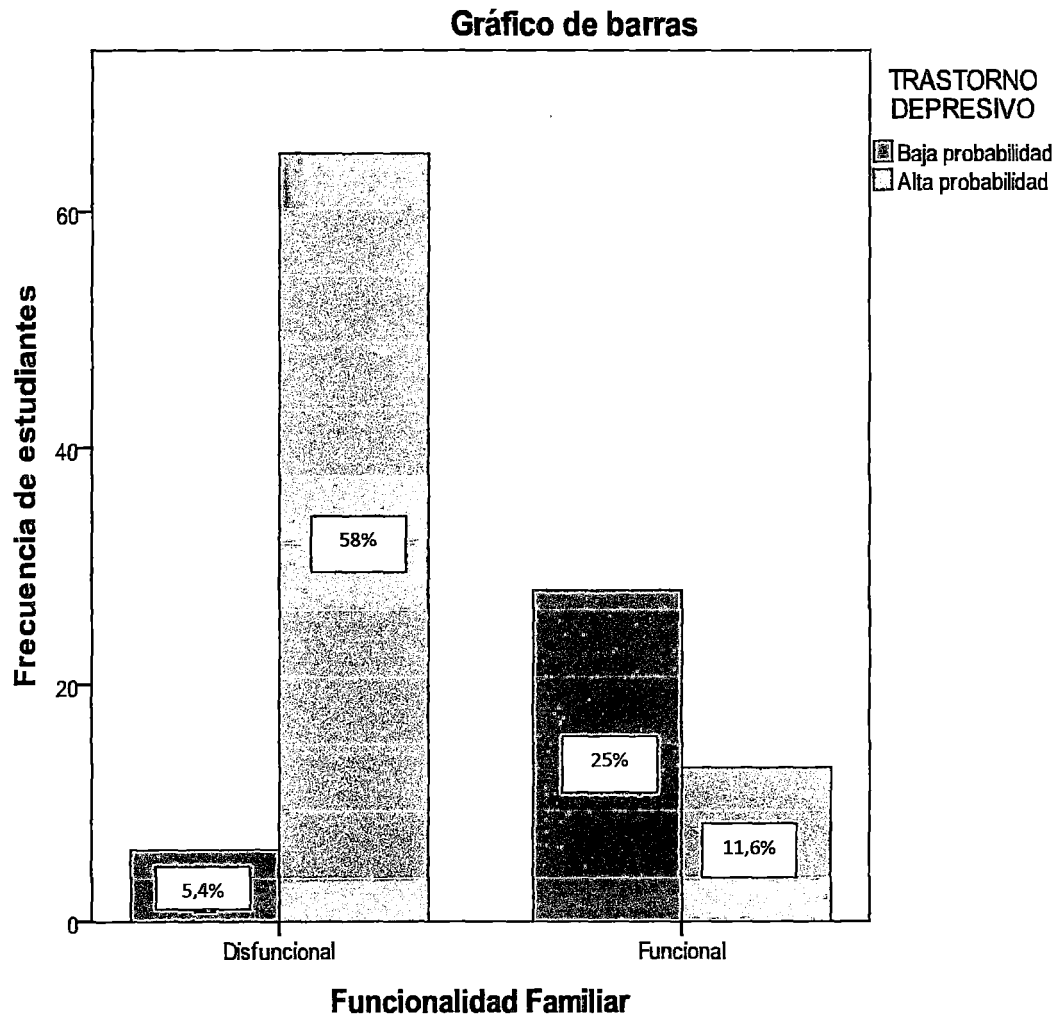
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2= 44,025$ $P= 0,000 < 0,05$
---

**DESCRIPCION**

Del total de la población de estudio, se destaca que el 58% de las adolescentes que pertenecen a una familia disfuncional tienen alta probabilidad de tener trastorno depresivo, a diferencia del 5,4% que tiene baja probabilidad de tener trastorno depresivo. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación de la funcionalidad familiar con trastorno depresivo se aprecia que  $P < 0,05$  esto determina que EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA entre estas dos variables.

### GRAFICO N°13

## RELACION ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL TRASTORNO DEPRESIVO LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°13

## 4.2. DISCUSIÓN

En la actualidad la salud mental en el adolescente es un problema que va tomando importancia en el mundo. En tal sentido, el presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar los factores de riesgo relacionados a la salud mental en las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012. Según los objetivos trazados se discutirá los resultados obtenidos y su relación con estudios similares nacionales e internacionales, así mismo se realizara la confrontación con la literatura revisada.

De acuerdo a los datos obtenidos en el cuadro N° 01, la población de estudio en su mayoría estuvo conformada por el 92% de las adolescentes que tienen una edad de 16 a 17 años. Los hallazgos son similares en el estudio realizado por Jimenez, T. (13) quien realizó un estudio a 431 adolescentes pertenecientes a la edad de 15 a 17 años, es decir los adolescentes cada día se encuentran asumiendo retos que puedan hacerlos vulnerables frente a todos los estímulos del medio externo, por ello el profesional de enfermería debe promocionar la salud mental en este grupo de riesgo.

Según el lugar de procedencia de las adolescentes, en el cuadro N° 02, predomina que el 88% es procedente de la ciudad de Tacna, es decir de la zona urbana, los hallazgos son concordantes en el estudio realizado por Perales, A. y col. (24) quienes realizaron un estudio desde el hogar a 77 adolescentes pertenecientes a la zona urbana de las delicias en Trujillo, es decir este grupo etareo puede verse afectado de alguna manera por los trastornos de salud mental debido a que puedan extrañar la tierra natal, sus costumbres, carencia de amigos, o la discriminación social por su lugar de origen.

Según el cuadro N° 03, las adolescentes que tienen enamorado representan al 52%, los hallazgos son similares en el estudio realizado por Rodríguez, T. y col. (19) quienes encontraron que el 43,50% de los adolescentes refieren tener enamorado, es decir las adolescentes en su gran mayoría se sienten atraídas por el sexo opuesto y tienen a querer experimentar nuevas situaciones sin control del mismo, en ocasiones podrían llevarlas a tomar decisiones irresponsables que no sean beneficiosas para su vida.

Según el tipo de familia en el cuadro N° 04, el 54% de las adolescentes pertenecen a una familia nuclear, el 25% pertenecen a

una familia mono parental y el 21% pertenecen a una familia extendida, los hallazgos son similares en el estudio realizado por Muñoz, J. y col. (22) quienes encontraron que el 31% de los adolescentes pertenecen a una familia nuclear, el 32% pertenecen a una familia mono parental, el 22% pertenecen a una familia extendida y el 15% a otros tipos de familia, es decir la familia es esencial para el pleno desarrollo de las adolescentes, y cuando se tiene el apoyo respectivo se convierten en miembros creativos y solidarios de su familia y comunidad.

En el cuadro N° 05, según la funcionalidad familiar el 63% de las adolescentes en su gran mayoría pertenece a una familia disfuncional y un 37% pertenece a una familia funcional, los hallazgos son concordantes en el estudio realizado por Arenas, S. (23) quien encontró que el 65% de los adolescentes pertenecen a una familia disfuncional mientras que el otro 35% pertenecen a una familia funcional, es decir las relaciones dentro de la familia son un sistema que ayuda a enfrentar y superar a las adolescentes las crisis en las que atraviesa.

Según el trastorno Depresivo en el cuadro N° 06, el 72% de las adolescentes tiene alta probabilidad de sufrir un trastorno depresivo, a diferencia del 28% que tiene baja probabilidad de sufrir un trastorno depresivo, los hallazgos son similares en el estudio realizado por Velásquez, R. (12) quien encontró que el 38,91% de los adolescentes presentaron algún trastorno mental, de los cuales el trastorno más frecuente es el depresivo con un 10,5% de la población estudiada, es decir las adolescentes pasan por crisis las cuales pueden ser afectadas si no se tiene una estabilidad emocional.

De acuerdo a los datos obtenidos en el cuadro N° 07, el 96% de las adolescentes tienen alta probabilidad de sufrir un trastorno psicótico, a diferencia del 4% que tiene baja probabilidad de sufrir un trastorno psicótico, los hallazgos son similares en el estudio realizado por Pari, M. (10) quien encontró que el 8,7% del total de adolescentes de la ciudad de Tacna presentan probabilidad de trastorno psicótico, es decir las adolescentes día a día se encuentran en un entorno cambiante esto puede contribuir a padecer dicho trastorno y comienzan a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacían antes.

Según el cuadro N° 08, el 96% de las adolescentes tienen baja probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo, a diferencia del 4% que tiene alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo, los hallazgos son similares en el estudio realizado por Pari, M. (10) quien encontró que el 34,84% de los adolescentes presenta otros trastornos de salud mental considerando al trastorno convulsivo poco particular, es decir este trastorno es poco común pero puede ser tratado a tiempo si se tiene el conocimiento de sus manifestaciones.

Según el cuadro N° 09, el 79% de las adolescentes tienen baja probabilidad de tener problemas con el consumo de bebidas alcohólicas, mientras que el otro 21% tienen alta probabilidad de tener problemas con el consumo de bebidas alcohólicas, los hallazgos son similares en el estudio realizado por Rodríguez, T. y col. (19) quien encontró que el 82,18% de las adolescentes consume alcohol y el 15,44% tiene problemas por el consumo del mismo, es decir actualmente el consumo de bebidas alcohólicas se ha convertido en un hábito para las adolescentes, no es un comportamiento individual, sino que se encuentra fuertemente influenciado por normas sociales y por el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos.

En el cuadro N° 10, en el cruce de las variables lugar de procedencia y consumo de bebidas alcohólicas, se destaca que el 72,3% de las adolescentes procedentes de la ciudad de Tacna tienen baja probabilidad de tener problemas con el consumo de alcohol, a diferencia del 15,2% que tiene alta probabilidad de tener problemas con el consumo de alcohol y según la prueba de Chi – Cuadrado se evidenció que  $P < 0,05$  lo que significa que existe relación significativa entre estas dos variables, es decir que las adolescentes se ven más afectadas por su entorno en el que viven y las rodea.

En relación al tipo de familia y trastorno depresivo en el cuadro N° 11, se destaca que el 33% de las adolescentes que pertenecen a una familia nuclear tienen alta probabilidad de sufrir trastorno depresivo, a diferencia del 20,5% que tiene baja probabilidad de tener trastorno depresivo y según la prueba de Chi – Cuadrado se evidencio que  $P < 0,05$  lo que significa que existe relación significativa entre estas dos variables, los hallazgos son similares en el estudio realizado por Muñoz, J. y col (22) quien encontró una asociación significativa entre trastorno depresivo con idea suicida y el tipo de familia en los adolescentes, es decir los problemas

familiares pueden llegar a desencadenar un comportamiento depresivo en las adolescentes por la falta de atención o por la falta de amor.

En el cuadro N° 12, en el cruce de variables de enamoramiento y consumo de bebidas alcohólicas, se destaca que el 35,7% de las adolescentes que tienen enamorado presentan baja probabilidad de tener problemas con el alcohol, a diferencia del 16,1% que tienen alta probabilidad de tener problemas con el consumo de alcohol y según la prueba estadística de Chi – Cuadrado se aprecia que  $P < 0,05$  esto determina que existe una relación significativa entre estas dos variables, los hallazgos son similares en el estudio realizado por Rodríguez, T. y col (19) quien encontró que el tener enamorado e iniciar precozmente las relaciones sexuales están relacionadas significativamente con el consumo de alcohol, ya que en esta edad la gran mayoría de las adolescentes tienen enamorado, es decir las adolescentes son influenciadas por su entorno social, tanto sea para ser aceptadas en un grupo de amigos o demostrar que son capaces de hacer todo.

En relación a la funcionalidad familiar y trastorno depresivo en el cuadro N° 13, se destaca que el 58% de las adolescentes que pertenecen a una familia disfuncional tienen alta probabilidad de tener trastorno depresivo, a diferencia del 5,4% que tienen baja probabilidad de tener trastorno depresivo y según la prueba estadística de Chi – Cuadrado se aprecia que  $P < 0,05$  esto determina que existe una relación significativa entre estas dos variables, los hallazgos son diferentes en el estudio realizado por Arenas, S. (23) quien encontró que la percepción de los niveles de la funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada, lo cual se refuta con la investigación realizada ya que la funcionalidad familiar si presenta una relación significativa con los trastornos de depresión según la estadística aplicada en esta investigación, es decir en nuestra región las relaciones familiares de padres a hijos son de gran importancia porque afectan directamente al comportamiento de las adolescentes en su periodo de transición.

En general puedo decir que la Salud mental de las adolescentes está ligada específicamente al entorno familiar y su funcionalidad como unidad básica de la sociedad, es decir el

adolescente esta en el centro de muchos estímulos tantos positivos y negativos de su entorno, y es objetivo de la familia en especial hacer que estas adolescentes puedan seguir su camino hacia el desarrollo y progreso de su futuro.

Entonces como profesionales de enfermería es parte de nuestra labor servir como orientadores para las familias de hijos adolescentes, promocionando la salud de las adolescentes y previniendo las enfermedades y también los riesgos que estas puedan tener para de esta manera satisfacer las necesidades de las adolescentes, mejorando su bienestar, su calidad de vida de las adolescentes y su entorno familiar.

## **CONCLUSIONES**

1. La población de las adolescentes en cuanto a la edad de 16 a 17 años es el 92% y según el lugar de procedencia el 88% son de la ciudad de Tacna.
2. En el factor de riesgo de la Salud mental enamoramiento, las adolescentes en un 58% tienen enamorado y un 48% responde no tener enamorado.
3. Las adolescentes pertenecen al tipo de familia nuclear en un 54%, aunque el 25% pertenece a una familia mono parental y el 21% pertenece a una familia extensa.
4. La funcionalidad familiar en las adolescentes es manifestada por el 71% de familias disfuncionales, esto indica que la mayoría de carga de los adolescentes viene desde el hogar.
5. Se encontró en un 72% de las adolescentes que tienen alta probabilidad de padecer un trastorno depresivo.

6. Que el 96% de las adolescentes tienen alta probabilidad de sufrir un trastorno psicótico, esto se debe a los cambios y espíritus de grandeza que tienen las adolescentes frente a la realidad subjetiva.
7. Un 21% de las adolescentes en estudio a consumido bebidas alcohólicas, en algunos casos faltaron al colegio para ingerir alcohol con otros grupos sociales.
8. Que existe una relación significativa entre el lugar de procedencia y la alta probabilidad del consumo de bebidas alcohólicas.
9. Que existe una relación altamente significativa entre el tipo de familia y la alta probabilidad de padecer un trastorno depresivo.
10. Que existe una relación significativa entre el enamoramiento y la alta probabilidad del consumo de bebidas alcohólicas.
11. Que existe una relación altamente significativa entre la funcionalidad familiar y la alta probabilidad de padecer un trastorno depresivo.

## RECOMENDACIONES

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

- ❖ Que la Dirección Regional de Salud de Tacna implementen proyectos y/o programas sobre la Salud Mental en los Adolescentes de las instituciones estatales y no estatales de nuestra localidad.
  
- ❖ Al Director de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean, que se aperture la formación de proyectos de prevención para la salud del adolescente, mediante un cuerpo estratégico de personal capacitado que asesoren a los padres de familia sobre la convivencia con las hijas adolescentes, ya que la principal causa de los problemas de salud mental del adolescente, parte de las familias disfuncionales, también que se inserte talleres de enseñanza de habilidades sociales en las adolescentes para que adquieran herramientas, no solo para su propio cuidado, sino

también para mejorar las relaciones con sus docentes, compañeras(os), persona y familia en general.

- ❖ A los profesionales de Enfermería y en general a todo el equipo de salud fomentar la educación y las actividades preventivo promocionales respecto a la Salud Mental en los adolescentes, familiares y la comunidad.
  
- ❖ Realizar a futuro trabajos de investigación cuantitativa donde se analicen otros factores: como culturales, económicos, sociales que determinen el nivel de Salud Mental de las Personas, ya que es un problema de Salud Pública no solo en nuestra región sino a nivel mundial, y cada vez va aumentando el número de casos con los problemas de salud mental de las personas en general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD; "Modulo de atención integral de salud en adolescentes"; Dirección Ejecutiva para la Salud. Perú, 2009.
2. DESJARLAIS, R. "La Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos". Washington, 1997.
3. MINISTERIO DE SALUD. "Aproximaciones hacia el estado de la información en salud mental en el Perú". Perú, 2001.
4. MINISTERIO DE SALUD "Análisis de la Situación de salud de los y las adolescentes". Perú, 2009. Disponible en:  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/416\\_DGSP249.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/416_DGSP249.pdf)
5. MINISTERIO DE SALUD. "Plan nacional de salud mental". Perú, 2009.

6. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. [Artículo en internet] Disponible en:  
[http://www.ops.org.ar/10http://new.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=698&Itemid=245](http://www.ops.org.ar/10http://new.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=698&Itemid=245)
7. MINISTERIO DE SALUD. "Lineamientos de política de salud mental". Perú, 2004.
8. VÁSQUEZ, FREDDY: «Seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». En: Anales de Salud Mental (1998) XIV: 65-76.
9. MINISTERIO DE SALUD "Guía de práctica clínica para el afronte de la psicosis en el primer y segundo nivel de atención". Perú, 2005.
10. PARI M, "Diagnostico situacional de la Salud mental del Adolescente". Tacna, 2009.

11. UNICEFF EN EL PERU. [Artículo en Línea]. Disponible en:  
<http://www.unicef.org/peru/spanish/overview.html>
  
12. VELASQUEZ, R. "Diagnostico de Salud Mental de las y los adolescentes de las escuelas nacionales de la ciudad de Guatemala y departamento de Zacapa de Enero – Abril". Guatemala, 2010.
  
13. JIMENEZ, T. y col. "Familia y problemas de desajuste en la adolescencia: El papel mediador de los Recursos Psicosociales en Valencia". España, 2003.
  
14. LAZARO, C. "Hábito de consumo de alcohol y su relación con la condición de vida en adolescentes de la Región de Murcia". España, 2011.
  
15. CORDENTE, C. y col. "Factores epidemiológicos y de otros parámetros de interés relacionados con la salud Bio-psico-social de los alumnos de escuelas públicas y privadas del municipio de Madrid". España, 2006.

16. CASSOLA, I. y col. "Conductas de riesgo, expectativas hacia el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Córdoba". España, 2005.
17. ALFONSO, J. y col. "Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia de provincia de Alicante". España, 2009.
18. GONZALES, C. y col. "Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes estudiantes del Centro Histórico de la ciudad de México". México, 2003.
19. RODRIGUEZ, T. y col. "Consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes del sexo femenino de las escuelas públicas y privadas de Caracas". Venezuela, 2001.
20. MARSIGLISA, O. y col. "Componentes de Salud Mental Presentes en Adolescentes cuyos padres asistieron a un programa de intervención de enfermería en salud mental durante la gestación, parto y puerperio de la ciudad de Bogotá". Colombia, 2009.

21. HAQUIN, C. y col. “Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama”. Chile, 2004.
22. Muñoz, J. y col. “Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes pre universitarios de la Universidad Nacional de San Marcos”. Lima, 2005.
23. ARENAS, S. “Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes que asisten al Hospital Nacional Hipólito Unanue del El Agustino”. Lima, 2009.
24. PERALES, A y col. “Salud Mental en los adolescentes de las Delicias”. Trujillo, 2001.
25. TEORIA ECOLOGICA DE BRONFENBRENNER. [monografía en internet] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/16645430/Teoria-Ecologica-de-Bronfenbrenner>
26. PAPALIA, D. “Psicología”. Editorial Mc Graw – Hill. México, 1987.

27. LA ADOLESCENCIA UNA PROBLEMÁTICA ACTUAL.  
[monografía en internet] Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342012000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342012000400003&script=sci_arttext).
28. FREYRE. E. "La salud del adolescente, aspectos médicos y psicosociales". Editorial A&B S.A. Lima. 1994.
29. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [10 Datos sobre la Salud Mental en Línea] Disponible en:  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index.html)
30. GAJARDO R. "El concepto de Procedencia", Chile. 2002.
31. RUBIO Y. "Hablemos de duelo migratorio". Psicología social.  
[Monografía en internet] Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/monografias/hablemos-de-duelo-migratorio/#recomendaciones>.

32. MUJER “El enamoramiento”. [Sexualidad en Línea] Disponible en:

<http://www.mujer.com/sexualidad/enamoramiento.html>

33. UNICEF “El Adolescente en la Familia” [Artículo en Línea].

Disponible en:

[http://www.unicef.org/spanish/child\\_family/22352\\_23544.html](http://www.unicef.org/spanish/child_family/22352_23544.html)

34. TADEO, F. “TIPOS DE FAMILIA”. [Monografía en Línea].

Disponible en: [http://es.scribd.com/doc/5365753/TIPOS-DE-](http://es.scribd.com/doc/5365753/TIPOS-DE-FAMILIAS)

FAMILIAS

35. VALLE, C. “Medicina Familiar”. [Monografía en Línea] Disponible

en: [http://medicinafamiliaramazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionali-](http://medicinafamiliaramazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad-familiar.html)

[dad-familiar.html](http://medicinafamiliaramazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad-familiar.html)

36. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD “Salud Mental: Un

estado de bienestar”. [Artículo en Línea] Disponible en:

[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html)

37. MINISTERIO DE SALUD "Guía de práctica clínica para el afronte de la psicosis en el primer y segundo nivel de atención". [Artículo en Línea] Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/GuiaClinicaPsicosis.pdf>
38. MERK, S. "Trastornos Convulsivos". Madrid, España. [Monografía en Línea] Disponible en: [http://www.msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_06/seccion\\_06\\_073.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_06/seccion_06_073.html)
39. JOHNSON DOROTHY "Análisis de la teoría del sistema conductual" [monografía en internet]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/sistema-conductual/sistema-conductual.shtml#ANALI>
40. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª edición. México: Editorial Ultra, 2008.

# **ANEXOS**

## **ANEXOS**

### **ANEXO N° 01**

CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

### **ANEXO N° 02**

TESTE DE APGAR FAMILIAR

### **ANEXO N° 03**

CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL S.R.Q.

### **ANEXO N° 04**

CONFIABILIDAD DEL APGAR FAMILIAR

### **ANEXO N° 05**

CONFIANILIDAD DEL CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL  
S.R.Q

### **ANEXO N° 06**

RESULTADOS DEL CRUCE DE VARIABLES SIN RELACION  
SIGNIFICATIVA

## ANEXO 01

### UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHAMNN

### ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

#### I) Presentación:

Estimada amiga, mi nombre es Angelica del Rosario Cruz Jimenez, Bachiller de la Escuela de Enfermería de la UNJBG, estoy llevando a cabo un trabajo de investigación referido a la Salud Mental, en el presente cuestionario le pido responder con sinceridad ya que es de carácter anónimo. Anticipadamente agradezco su colaboración.

#### II) Instrucciones:

A continuación se presenta una lista de preguntas, marque con una Aspa sus respuestas.

#### III) Datos Específicos:

1. Edad:

- a) De 14 a 15 años      b) De 16 a 17 años      c) De 17 a más.

2. Lugar de procedencia:

- a) Tacna      b) Puno      c) Arequipa      d) Otro

3. En tu casa vives con:

- a) Padre y Madre  
b) Solo madre o Solo padre  
c) Con muchos familiares.  
d) Sola sin tus padres en la misma ciudad.

4. Tienes Enamorado:

Si (    )      No (    )

## ANEXO 02

### TEST DE APGAR FAMILIAR

#### I) Instrucciones:

A continuación encontrara una lista de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia, marque con una Aspa la respuesta que estime conveniente utilizando los siguientes criterios:

- ✓ **N:** Nunca
- ✓ **RV:** Rara vez
- ✓ **AV:** A veces
- ✓ **AM:** A menudo
- ✓ **S:** Siempre

Nº	Afirmaciones	N	RV	AV	AM	S
1	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
2	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
3	Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor.					
4	Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa y el dinero.					
5	Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (as).					

## ANEXO 03

### CUESTONARIO DE SINTOMAS EN SALUD MENTAL

#### I) Instrucciones:

A continuación encontrara una lista de preguntas, marque con una Aspa la respuesta que estime conveniente utilizando los criterios:

- ✓ **N:** Nunca
- ✓ **RV:** Rara vez
- ✓ **AV:** A veces
- ✓ **AM:** A menudo
- ✓ **S:** Siempre

Nº	Preguntas	N	RV	AV	AM	S
1	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?					
2	¿Tiene mal apetito?					
3	¿Duerme mal?					
4	¿Se asusta con facilidad?					
5	¿Sufre temblor en las manos?					
6	¿Se siente nervioso o tenso?					
7	¿Sufre de mala digestión?					
8	¿Es incapaz de pensar con claridad?					
9	¿Se siente triste?					
10	¿Ud. Llora con mucha frecuencia?					
11	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?					
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?					
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?					
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?					
15	¿Ha perdido interés en las cosas?					
16	¿Se siente aburrido?					
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?					
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?					
19	¿Siente Ud. Que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?					
20	¿Es Ud. Una persona mucho más importante de lo que					

	piensan los demás?					
<b>21</b>	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?					
<b>22</b>	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no puedan oír?					
<b>23</b>	¿Ha tenido convulsiones, ataques, con movimientos de brazos y piernas?					
<b>24</b>	¿Alguna vez le ha parecido a su familia que Ud. Estaba bebiendo demasiado?					
<b>25</b>	¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?					
<b>26</b>	¿Ha tenido dificultad en el estudio a causa de la bebida como beber en el colegio o faltar a ellos?					
<b>27</b>	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?					
<b>28</b>	¿Le ha parecido alguna vez que Ud. Bebía demasiado?					

## ANEXO 04

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

$$\alpha = \frac{N \cdot \bar{\rho}}{1 + \bar{\rho}(N - 1)}$$

Donde: N = N° de ítems de la escala

$\bar{\rho}$  = promedio de las correlaciones

#### Estadísticos de fiabilidad del Apagar Familiar

Alfa de Cronbach	N de elementos
,798	5

- El resultado del Alpha de Cronbach asciende a 0,798 lo cual muestra que es confiable para la investigación.

## ANEXO 05

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

$$\alpha = \frac{N \cdot \bar{\rho}}{1 + \bar{\rho}(N - 1)}$$

Donde: N = N° de ítems de la escala

$\bar{\rho}$  = promedio de las correlaciones

#### Estadísticos de fiabilidad del Cuestionario de Salud Mental S.R.Q

Alfa de Cronbach	N de elementos
.838	28

- El resultado del Alpha de Cronbach asciende a 0,838 lo cual muestra que es confiable para la investigación.

## ANEXO 06

### CUADRO N°1

#### RELACION ENTRE LA EDAD Y EL TRASTORNO DEPRESIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Edad	TRASTORNO DEPRESIVO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14 a 15 años	0	0%	1	0,9%	1	0,9%
16 a 17 años	32	28,6%	71	63,4%	103	92,0%
17 a mas	2	1,8%	6	5,4%	8	7,1%
Total	34	30,4%	78	69,6%	112	100,0%

FUENTE: Encuesta.

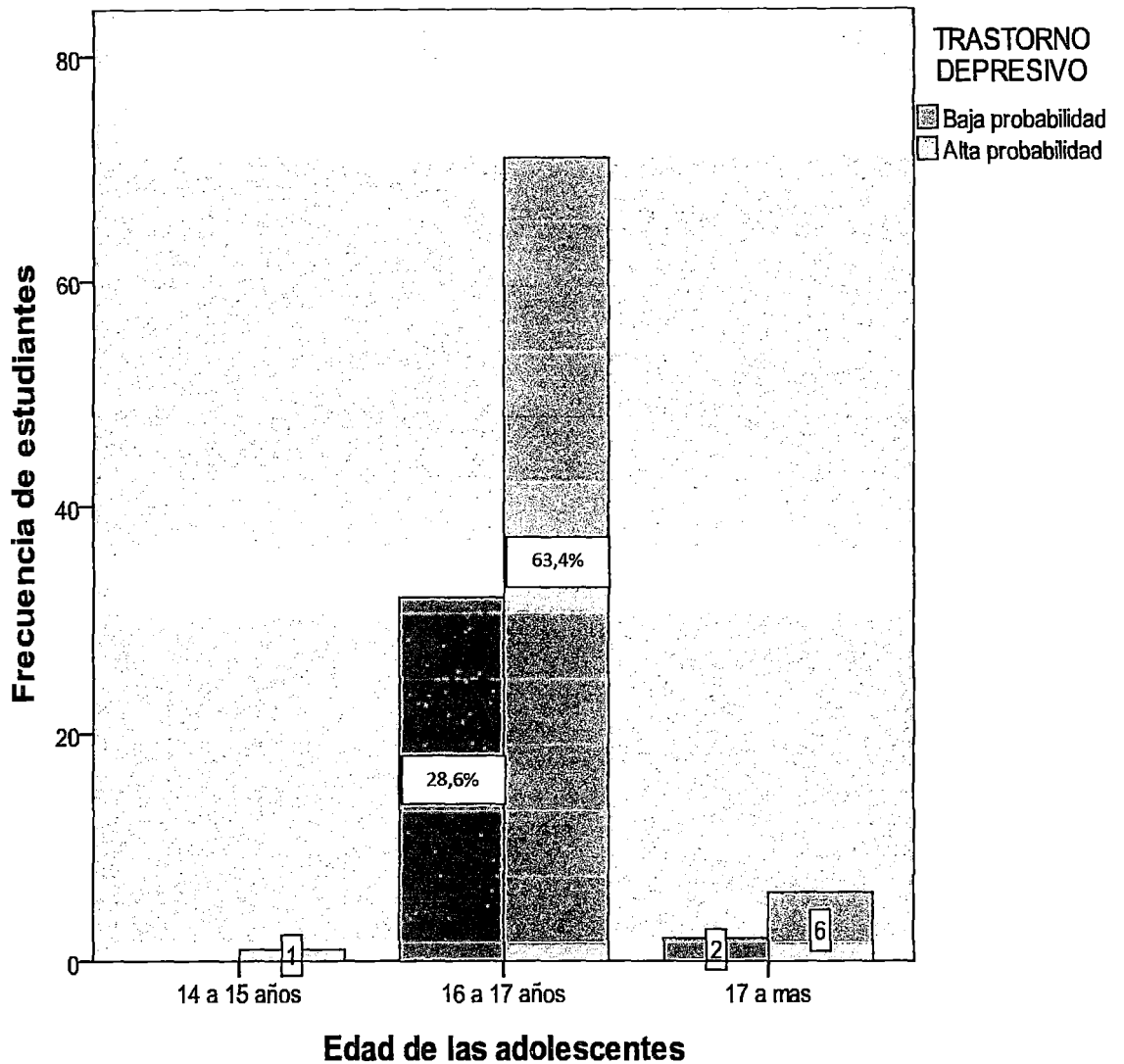
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 0,569$ $P = 0,752 > 0,05$
--

#### DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 63,4% de las adolescentes comprendidas en las edades de 16 – 17 años tienen alta probabilidad de sufrir algún tipo de trastorno depresivo. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación a la edad con el trastorno depresivo NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.

### GRAFICO N°1

## RELACION ENTRE LA EDAD Y EL TRASTORNO DEPRESIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°1

## CUADRO N°2

### RELACION ENTRE LA EDAD Y EL TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Edad	TRASTORNO PSICOTICO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14 a 15 años	0	0%	1	0,9%	1	0,9%
16 a 17 años	4	3,6%	99	88,4%	103	92,0%
17 a mas	1	0,9%	7	6,3%	8	7,1%
Total	5	4,5%	107	95,5%	112	100,0%

FUENTE: Encuesta

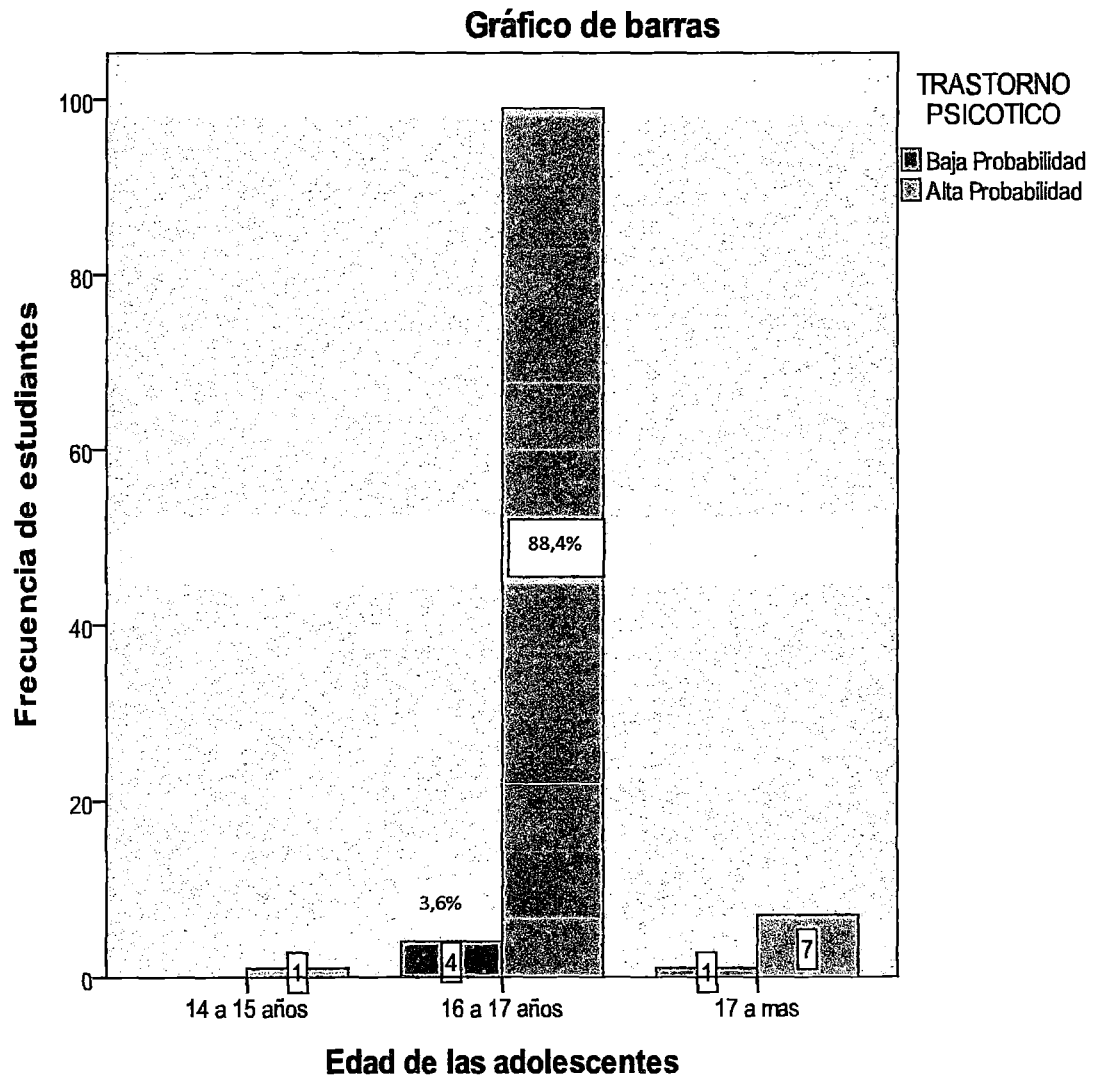
**Prueba de Chi - cuadrado:**  $\chi^2 = 1,339$   $P = 0,512 > 0,05$

#### DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 88,4% de las adolescentes comprendidas en las edades de 16 – 17 años tienen alta probabilidad de sufrir algún tipo de trastorno psicótico. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación a la edad con el trastorno psicótico NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.

## GRAFICO N°2

### RELACION ENTRE LA EDAD Y EL TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°

### CUADRO N°3

#### RELACION ENTRE LA EDAD Y EL TRASTORNO CONVULSIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Edad	TRASTORNO CONVULSIVO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad		N°	%
	N°	%	N°	%		
14 a 15 años	0	0%	1	0,9%	1	0,9%
16 a 17 años	100	83,9%	3	2,7%	103	92,0%
17 a mas	8	7,1%	0	0%	8	7,1%
Total	108	96,4%	4	3,6%	112	100,0%

FUENTE: Encuesta.

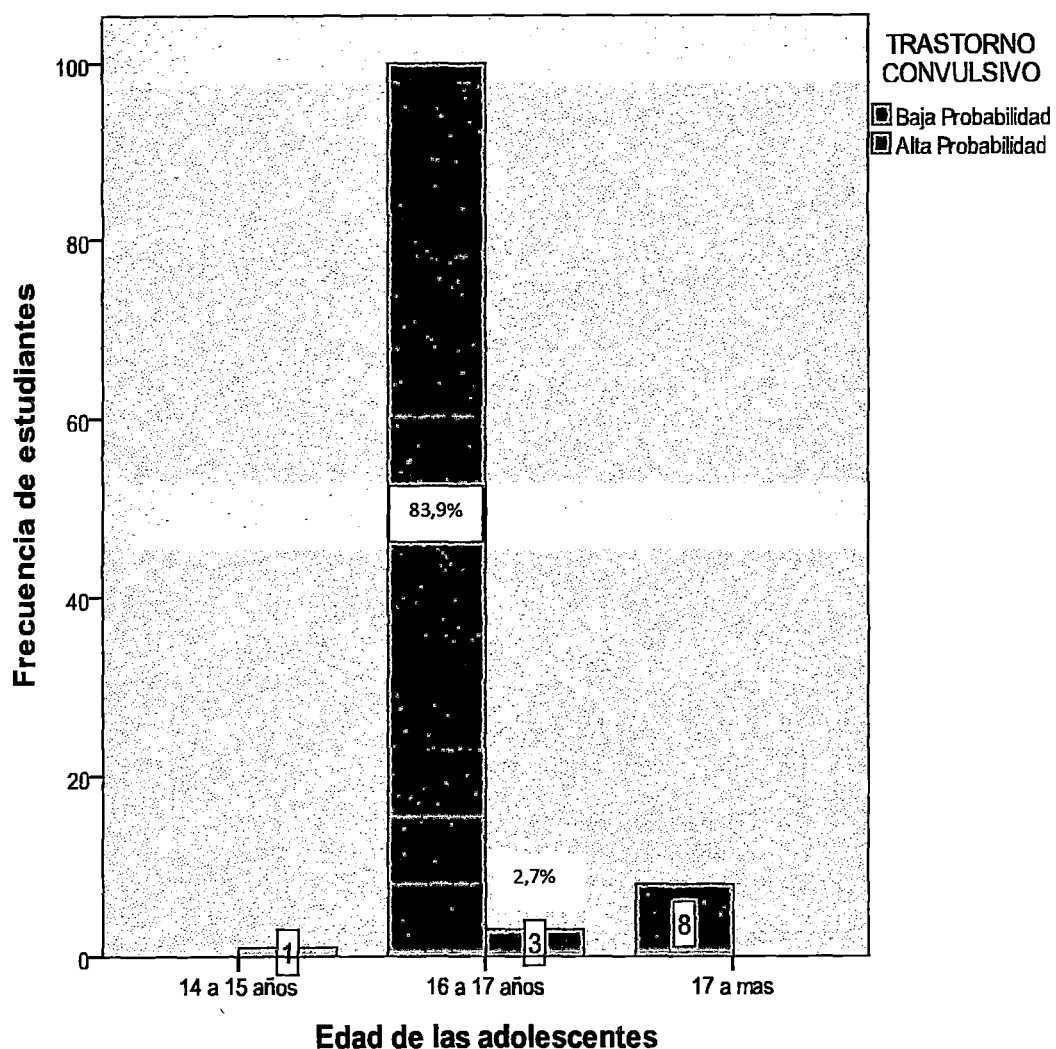
**Prueba de Chi - cuadrado:**  $\chi^2= 1,231$  P= 0,901 >0,05

#### DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 83,9% de las adolescentes comprendidas en las edades de 16 – 17 años tienen baja probabilidad de sufrir algún tipo de trastorno convulsivo. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación a la edad con el trastorno convulsivo NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.

### GRAFICO N°3

## RELACION ENTRE LA EDAD Y EL TRASTORNO CONVULSIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



Fuente: Cuadro N°3

#### CUADRO N°4

### RELACION ENTRE LA EDAD Y EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Edad	CONSUMO DE ALCOHOL				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14 a 15 años	1	0,9%	0	0%	1	0,9%
16 a 17 años	83	74,1%	20	17,9%	103	92,0%
17 a mas	5	4,5%	3	2,7%	8	7,1%
Total	89	79,5%	23	20,5%	112	100,0%

FUENTE: Encuesta

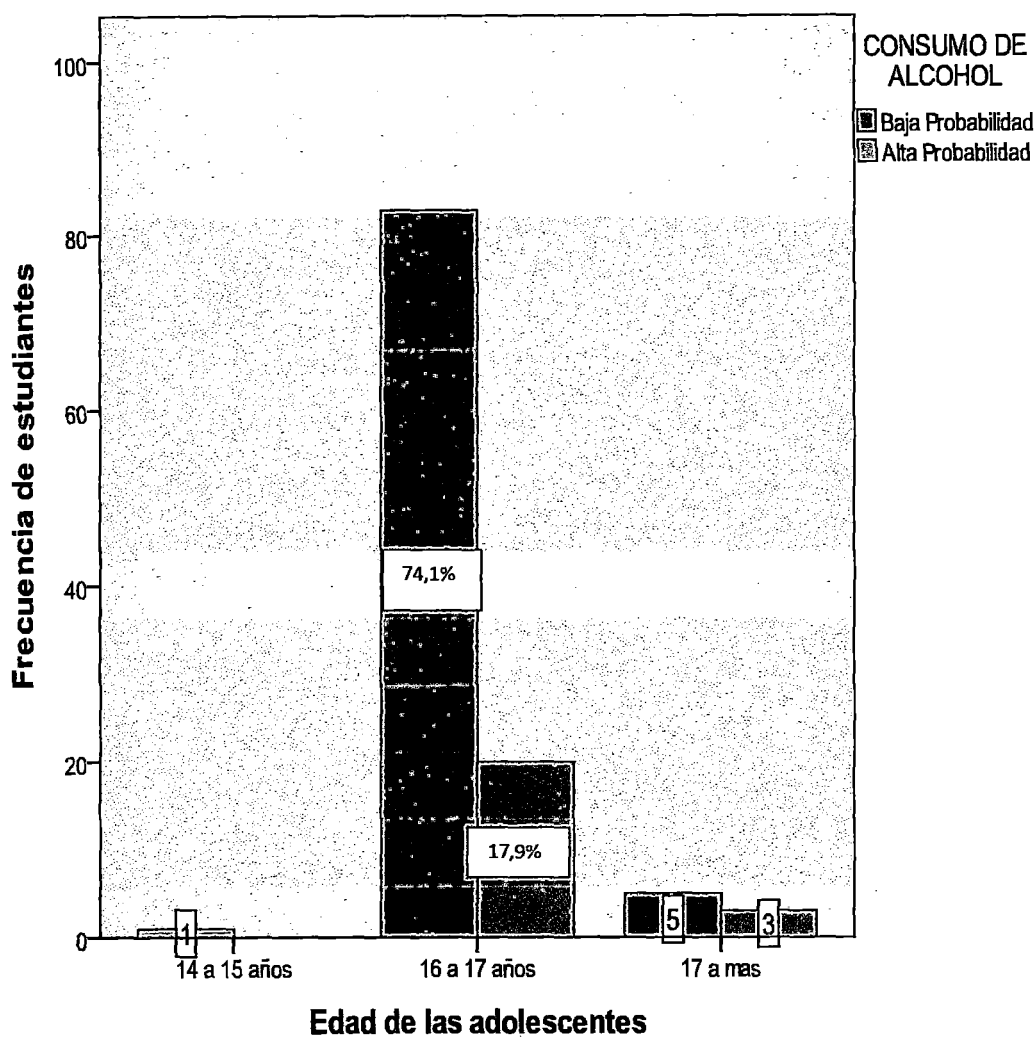
Prueba de Chi - cuadrado:  $\chi^2 = 1,748$  P= 0,417 > 0,05

#### DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 74,1% de las adolescentes comprendidas en las edades de 16 – 17 años tienen baja probabilidad de tener problemas con el alcohol, a diferencia del 17,9% tienen alta probabilidad de tener problemas con el alcohol. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación a la edad con el consumo de alcohol NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.

### GRAFICO N°4

## RELACION ENTRE LA EDAD Y EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



Fuente: Cuadro N° 4

## CUADRO N°5

### RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y TRASTORNO DEPRESIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Lugar de Procedencia	TRASTORNO DEPRESIVO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tacna	32	28,6%	66	58,9%	98	87,5%
Puno	1	0,9%	5	4,5%	6	5,4%
Arequipa	0	0%	2	1,8%	2	1,8%
Otros	1	0,9%	5	4,5%	6	5,4%
Total	34	30,%	78	69,6%	112	100%

FUENTE: Encuesta

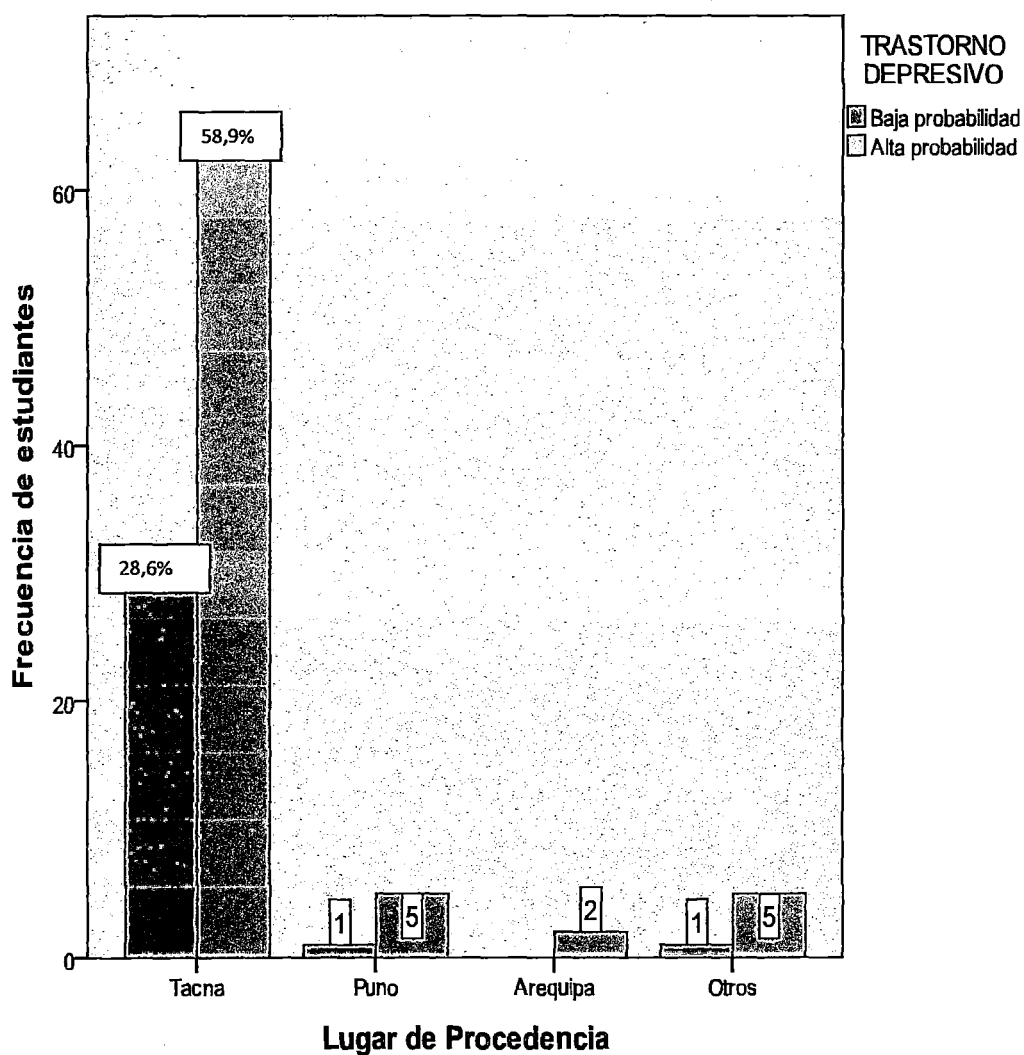
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 2,180$ $P = 0,536 > 0,05$
--

#### DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 58,9% de las adolescentes procedentes de la ciudad de Tacna tienen alta probabilidad de sufrir trastorno depresivo, a diferencia del 28,6% tiene baja probabilidad de sufrir trastorno depresivo. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación a la procedencia con trastorno depresivo NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.

### GRAFICO N°5

## RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y TRASTORNO DEPRESIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



Fuente: Cuadro N°5

## CUADRO N°6

### RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Lugar de Procedencia	TRASTORNO PSICOTICO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tacna	5	4,5%	93	83,0%	98	87,5%
Puno	0	0%	6	5,4%	6	5,4%
Arequipa	0	0%	2	1,8%	2	1,8%
Otros	0	0%	6	5,4%	6	5,4%
Total	5	4,5%	78	95,5%	112	100%

FUENTE: Encuesta.

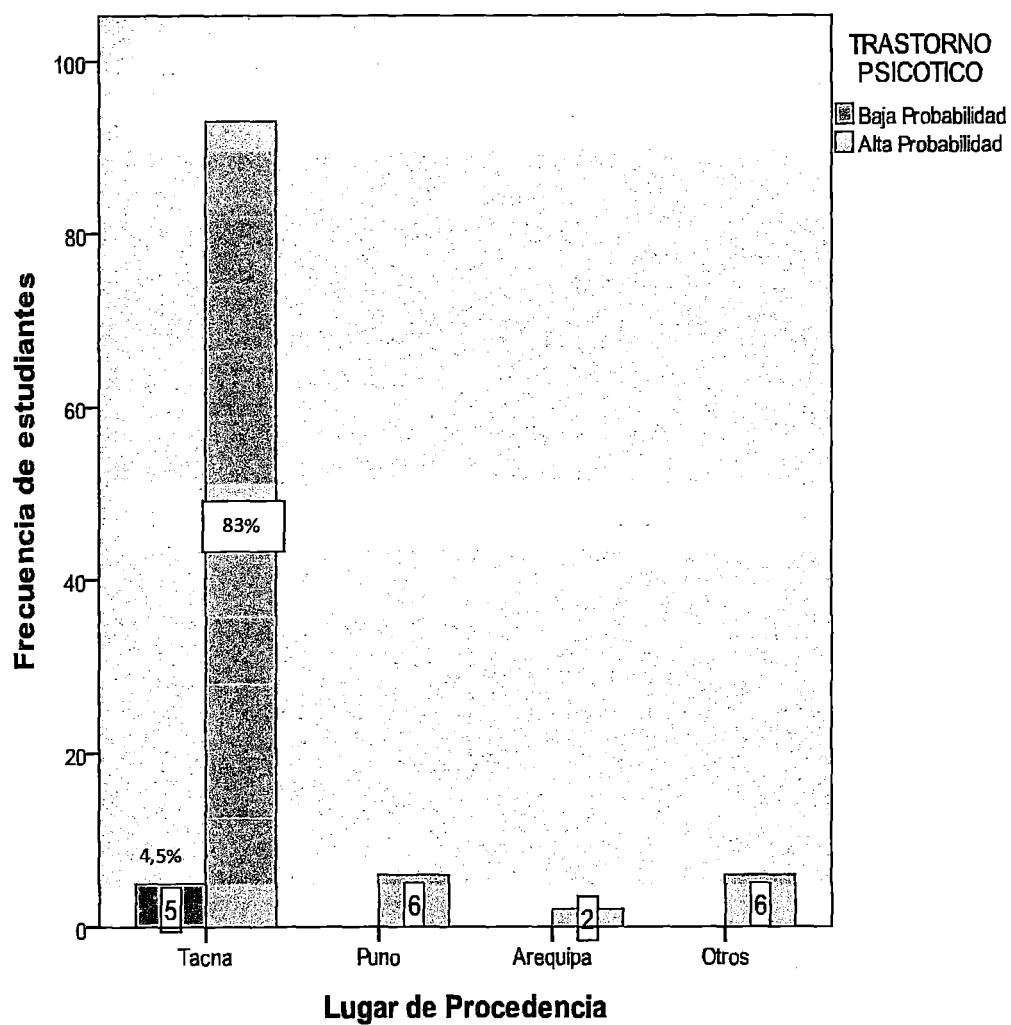
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 0,748$ $P = 0,862 > 0,05$
--

## DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 83% de las adolescentes procedentes de la ciudad de Tacna tienen alta probabilidad de sufrir trastorno psicótico, a diferencia del 4,5% que tiene baja probabilidad de sufrir trastorno psicótico. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación a la procedencia con trastorno psicótico **NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.**

## GRAFICO N°6

### RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



Fuente: Cuadro N°6

## CUADRO N°7

### RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y TRASTORNO CONVULSIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Lugar de Procedencia	TRASTORNO CONVULSIVO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	N°	%	N°	%	N°	%
Tacna	94	83,9%	4	3,6%	98	87,5%
Puno	6	5,4%	0	0%	6	5,4%
Arequipa	2	1,8%	0	0%	2	1,8%
Otros	6	5,4%	0	0%	6	5,4%
Total	108	96,4%	4	3,6%	112	100%

FUENTE: Encuesta

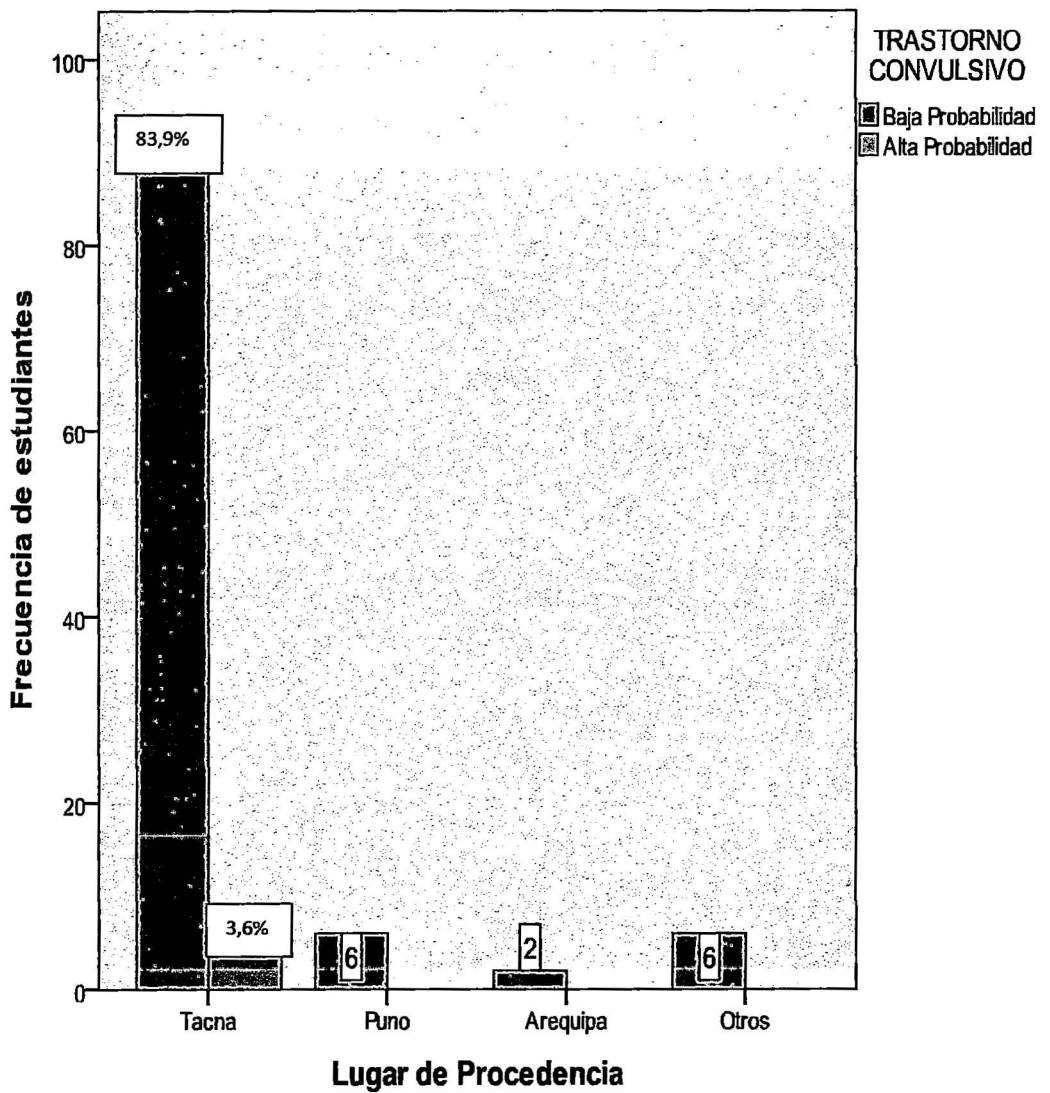
**Prueba de Chi - cuadrado:**  $\chi^2 = 0,593$  P = 0,898 > 0,05

#### DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 83,9% de las adolescentes procedentes de la ciudad de Tacna tienen baja probabilidad de sufrir trastorno convulsivo, a diferencia del 3,6% que tiene alta probabilidad de sufrir trastorno convulsivo. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación a la procedencia con trastorno convulsivo NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.

### GRAFICO N°7

#### RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y TRASTORNO CONVULSIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



Fuente: Cuadro N°7

## CUADRO N°8

### RELACION ENTRE TIPO DE FAMILIA Y TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Tipo de Familia	TRASTORNO PSICOTICO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nuclear	4	3,6%	56	50%	60	53,6%
Mono Parental	0	0%	28	25%	28	25%
Extendida	1	0,9%	23	20,5%	24	21,4%
Total	5	4,5%	107	95,5%	112	100%

FUENTE: Encuesta.

<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 1,996$ $P = 0,369 > 0,05$
--

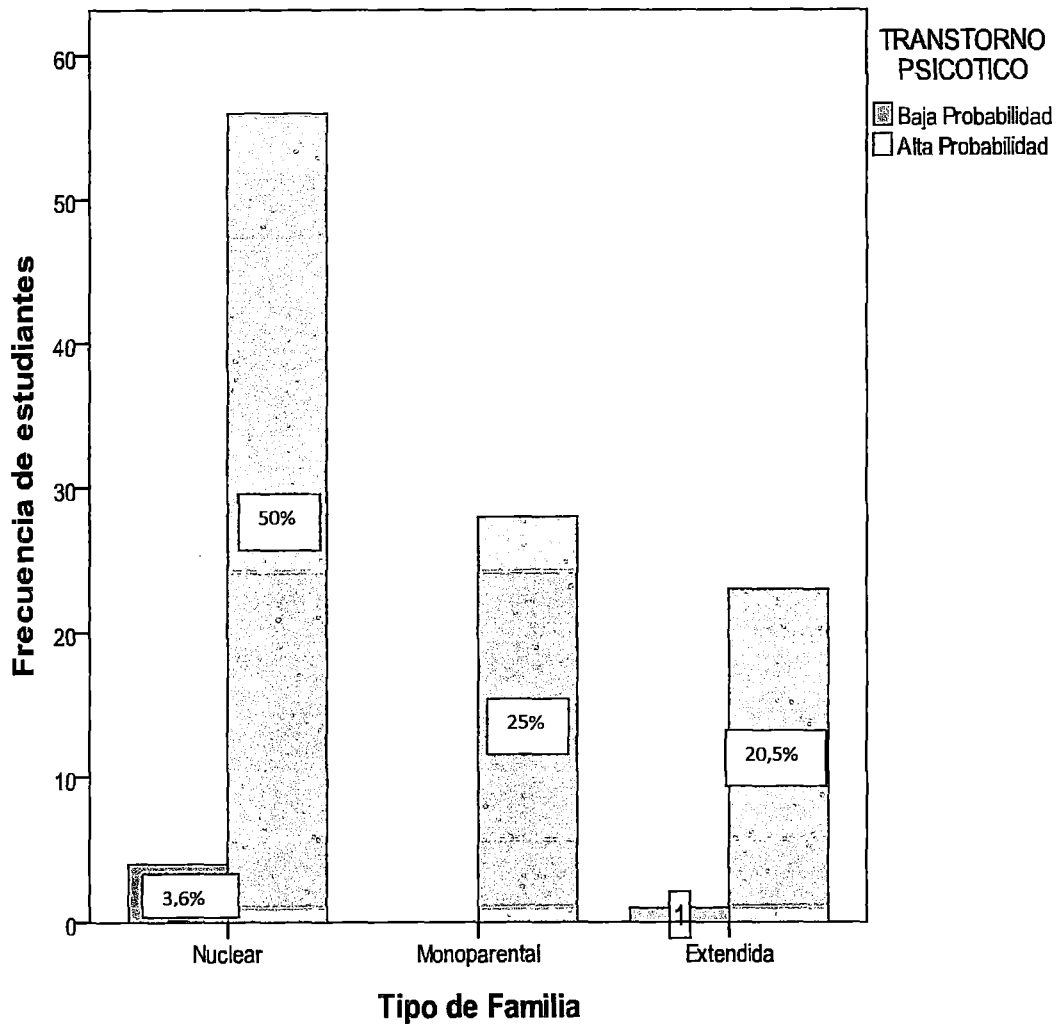
## DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 50% de las adolescentes que pertenecen a una familia nuclear tienen alta probabilidad de sufrir trastorno psicótico, a diferencia del 3,6% que tiene baja probabilidad de sufrir trastorno psicótico. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación al tipo de familia con trastorno psicótico se evidenció que NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.

### GRAFICO N°8

## RELACION ENTRE TIPO DE FAMILIA Y TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Gráfico de barras



Fuente: Cuadro N° 8

## CUADRO N°9

### RELACION ENTRE TIPO DE FAMILIA Y TRASTORNO CONVULSIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Tipo de Familia	TRASTORNO CONVULSIVO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nuclear	58	51,8%	2	1,8%	60	53,6%
Mono Parental	26	23,2%	2	1,8%	28	25%
Extendida	24	21,4%	0	0%	24	21,4%
Total	108	96,4%	4	3,6%	112	100%

FUENTE: Encuesta

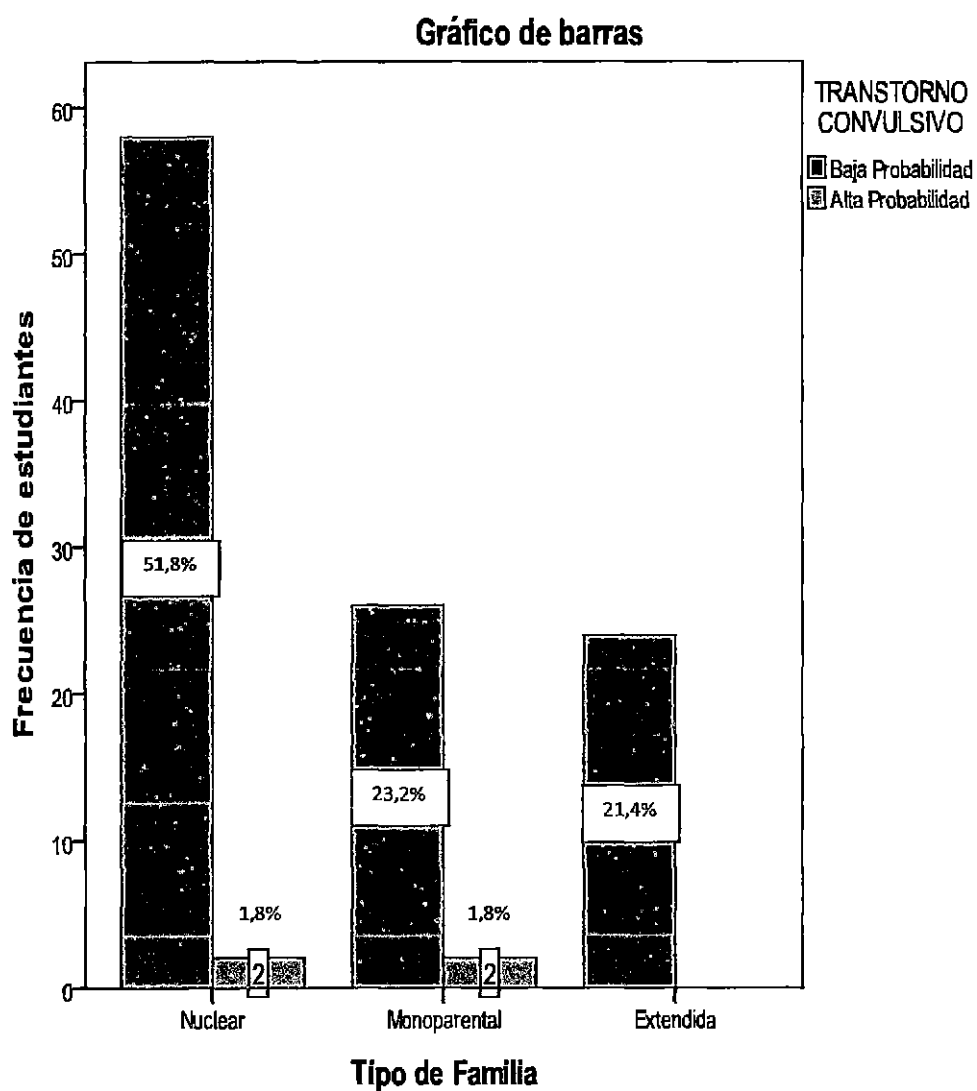
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 1,936$ $P = 0,380 > 0,05$
--

#### DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 51,8% de las adolescentes que pertenecen a una familia nuclear tienen baja probabilidad de sufrir trastorno convulsivo, a diferencia del 1,8% tiene alta probabilidad de sufrir trastorno convulsivo. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación al tipo de familia con trastorno convulsivo NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.

### GRAFICO N°9

## RELACION ENTRE TIPO DE FAMILIA Y TRASTORNO CONVULSIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°9

## CUADRO N°10

### RELACION ENTRE TIPO DE FAMILIA Y CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Tipo de Familia	CONSUMO DE ALCOHOL				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nuclear	49	43,8%	11	9,8%	60	53,6%
Mono Parental	23	20,5%	5	4,5%	28	25%
Extendida	17	15,2%	7	6,3%	24	21,4%
Total	89	79,5%	23	20,5%	112	100%

FUENTE: Encuesta

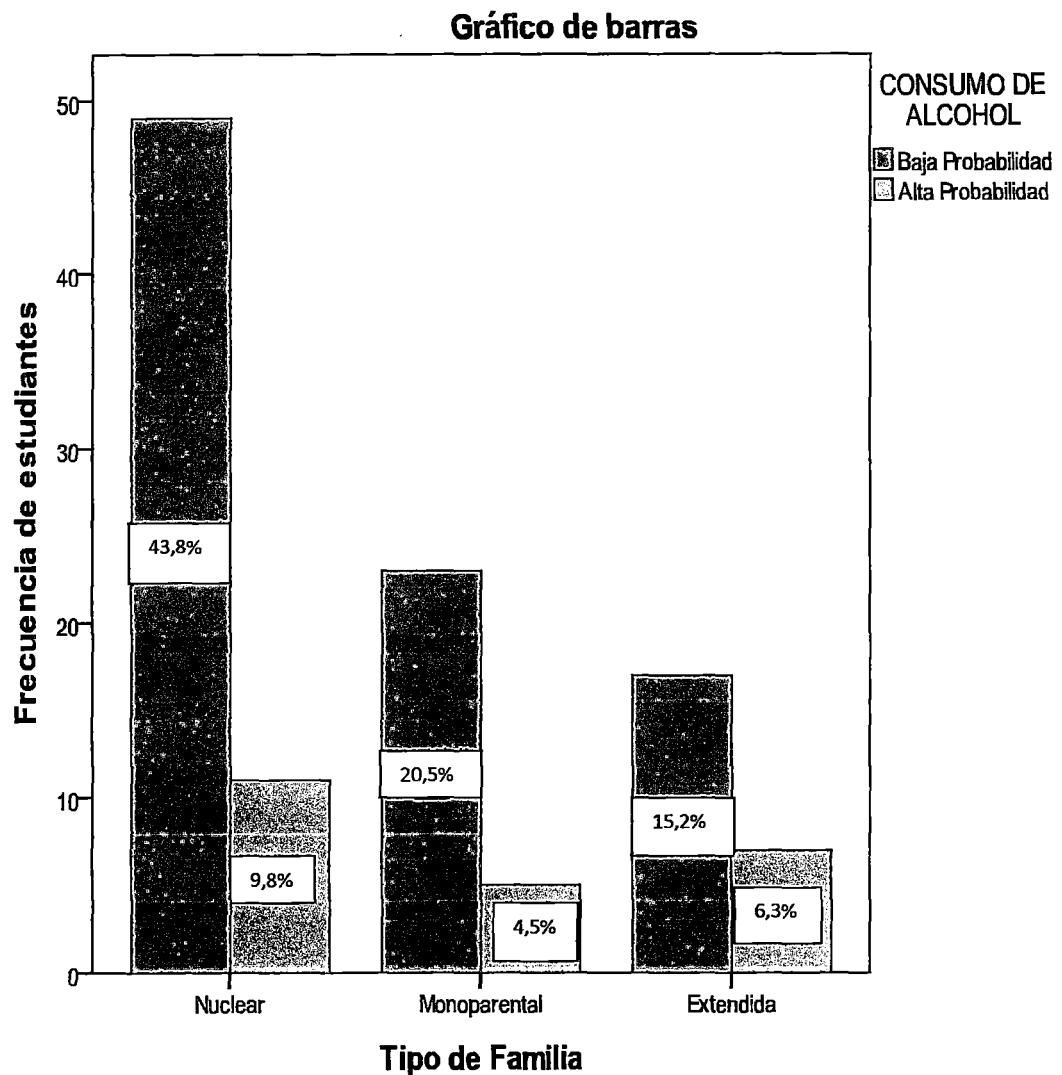
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 1,397$ $P = 0,497 > 0,05$
--

## DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 43,8% de las adolescentes que pertenecen a una familia nuclear tienen baja probabilidad de tener problemas con el consumo de alcohol, a diferencia del 9,8% tiene alta probabilidad de tener problemas con el alcohol. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación al tipo de familia con consumo de alcohol NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.

### GRAFICO N°10

## RELACION ENTRE TIPO DE FAMILIA Y CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 201



Fuente: Cuadro N° 10

## CUADRO N°11

### RELACION ENTRE ENAMORAMIENTO Y TRASTORNO DEPRESIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Tiene Enamorado	TRASTORNO DEPRESIVO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	18	16,1%	40	35,7%	58	51,8%
No	16	14,3%	38	33,9%	54	48,2%
Total	34	30,4%	78	69,6%	112	100%

FUENTE: Encuesta.

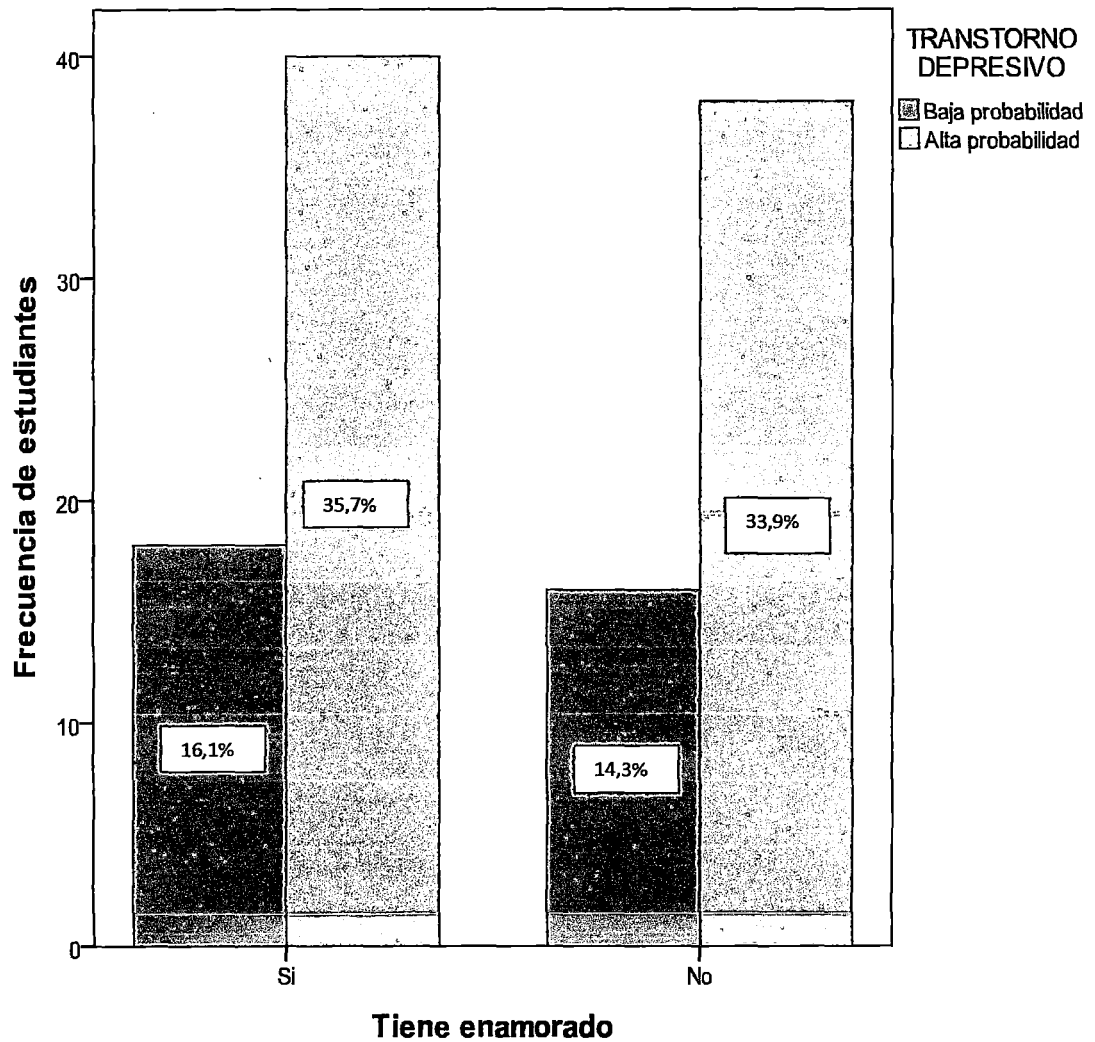
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 1,026$ $P = 0,872 > 0,05$
--

#### DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 35,7% de las adolescentes que tienen enamorado presentan alta probabilidad de tener trastorno depresivo, a diferencia del 16,1% tiene baja probabilidad de tener trastorno depresivo. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación del enamoramiento con trastorno depresivo **NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.**

### GRAFICO N°11

#### RELACION ENTRE ENAMORAMIENTO Y TRASTORNO DEPRESIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°11

## CUADRO N°12

### RELACION ENTRE ENAMORAMIENTO Y TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Tiene Enamorado	TRASTORNO PSICOTICO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	2	1,8%	56	50%	58	51,8%
No	3	2,7%	51	45,5%	54	48,2%
Total	5	4,5%	107	95,5%	112	100%

FUENTE: Encuesta.

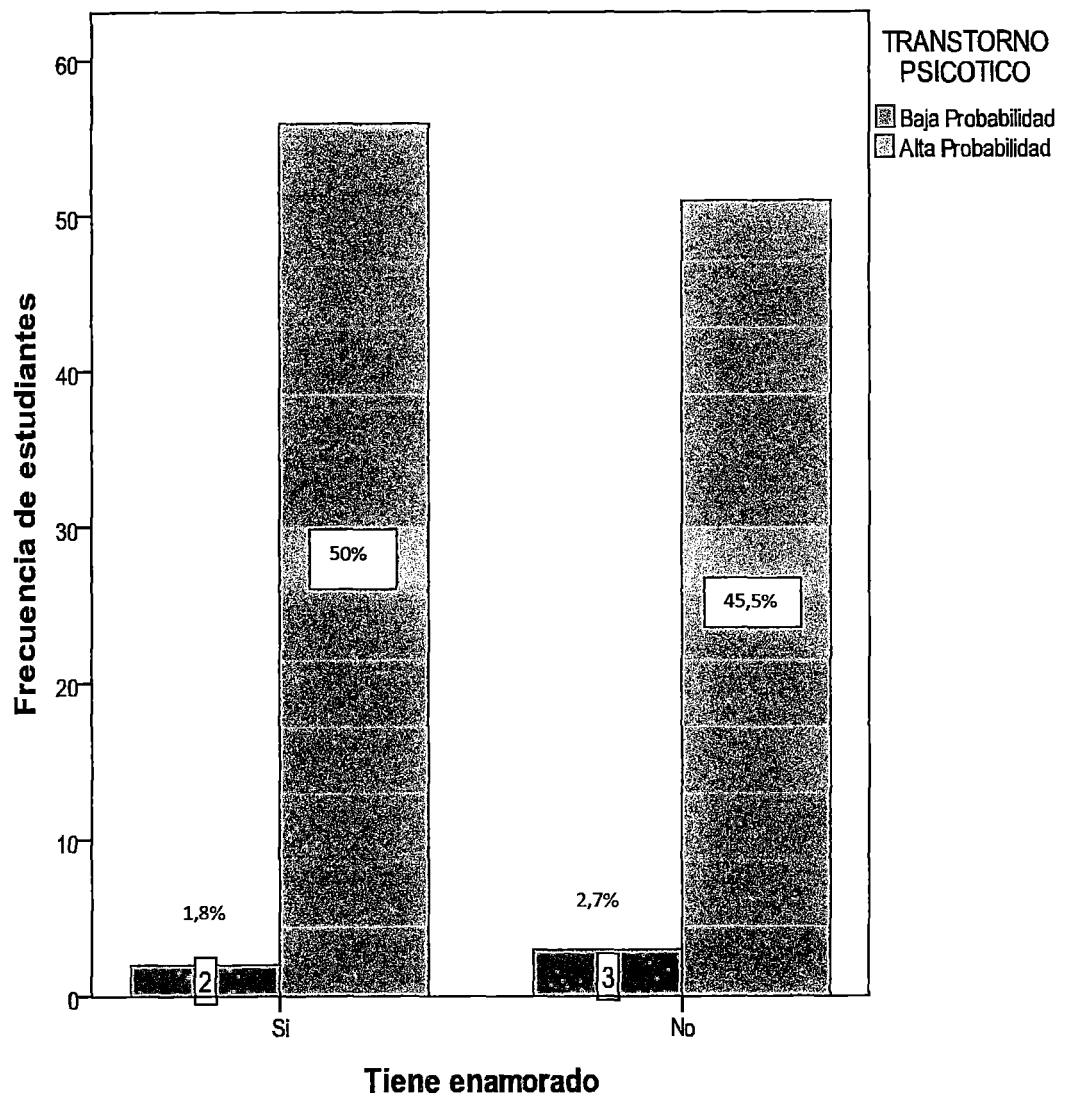
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 0,221$ $P = 0,589 > 0,05$
--

## DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 50% de las adolescentes que tienen enamorado presentan alta probabilidad de tener trastorno psicótico, a diferencia del 1,8% tiene baja probabilidad de tener trastorno psicótico. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación del enamoramiento con trastorno psicótico **NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA.**

## GRAFICO N°12

### RELACION ENTRE ENAMORAMIENTO Y TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°12

### CUADRO N°13

#### RELACION ENTRE ENAMORAMIENTO Y TRASTORNO CONVULSIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Tiene Enamorado	TRASTORNO CONVULSIVO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	57	50,9%	1	0,9%	58	51,8%
No	51	45,5%	3	2,7%	54	48,2%
Total	5	96,4%	4	3,6%	112	100%

FUENTE: Encuesta.

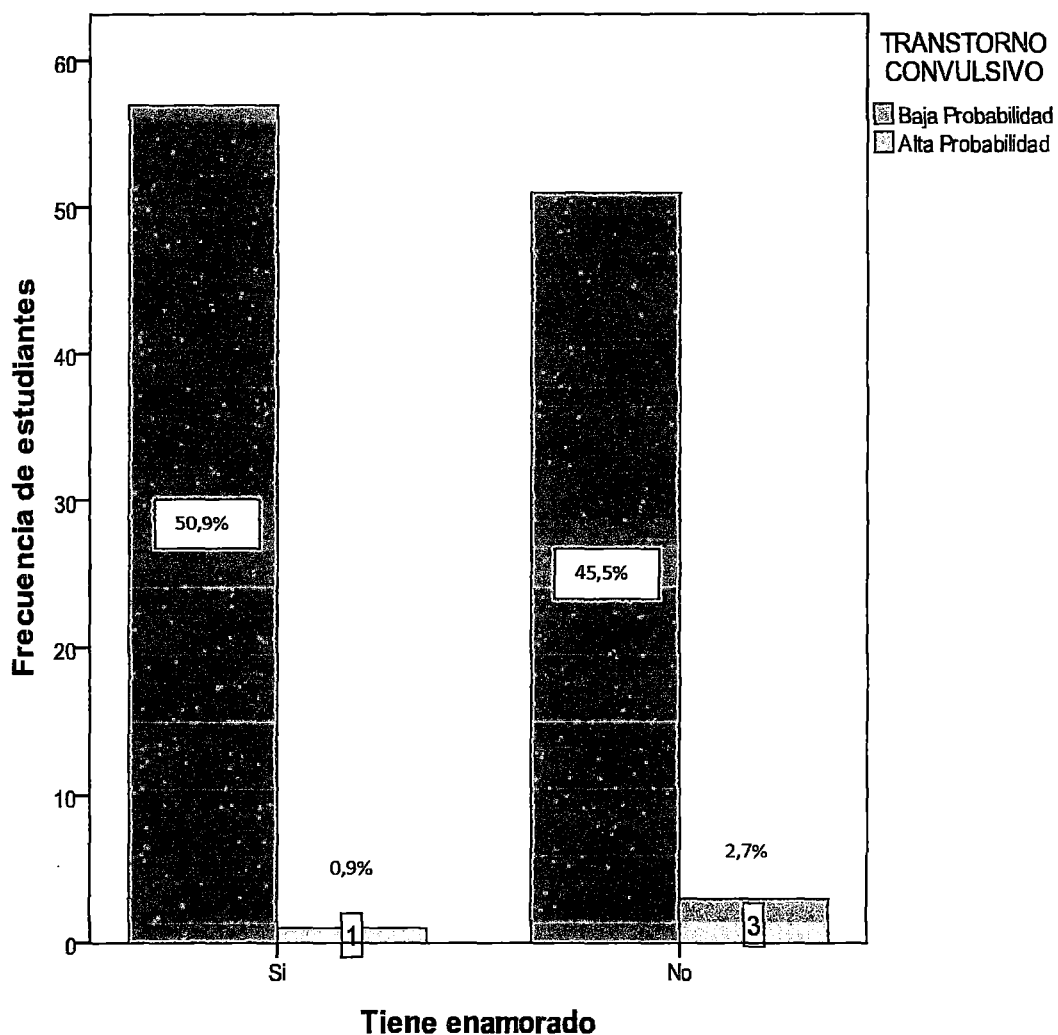
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 1,192$ $P = 0,275 > 0,05$
--

#### DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 50,9% de las adolescentes que tienen enamorado presentan baja probabilidad de tener trastorno convulsivo, a diferencia del 0,9% tiene alta probabilidad de tener trastorno convulsivo. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación del enamoramiento con trastorno convulsivo **NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA** entre estas dos variables.

### GRAFICO N°13

## RELACION ENTRE ENAMORAMIENTO Y TRASTORNO CONVULSIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°13

## CUADRO N°14

### RELACION ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Funcionalidad Familiar	TRASTORNO PSICOTICO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Disfuncional	4	3,6%	67	59,8%	71	63,4%
Funcional	1	0,9%	40	35,7%	41	36,6%
Total	5	4,5%	107	95,5%	112	100%

FUENTE: Encuesta

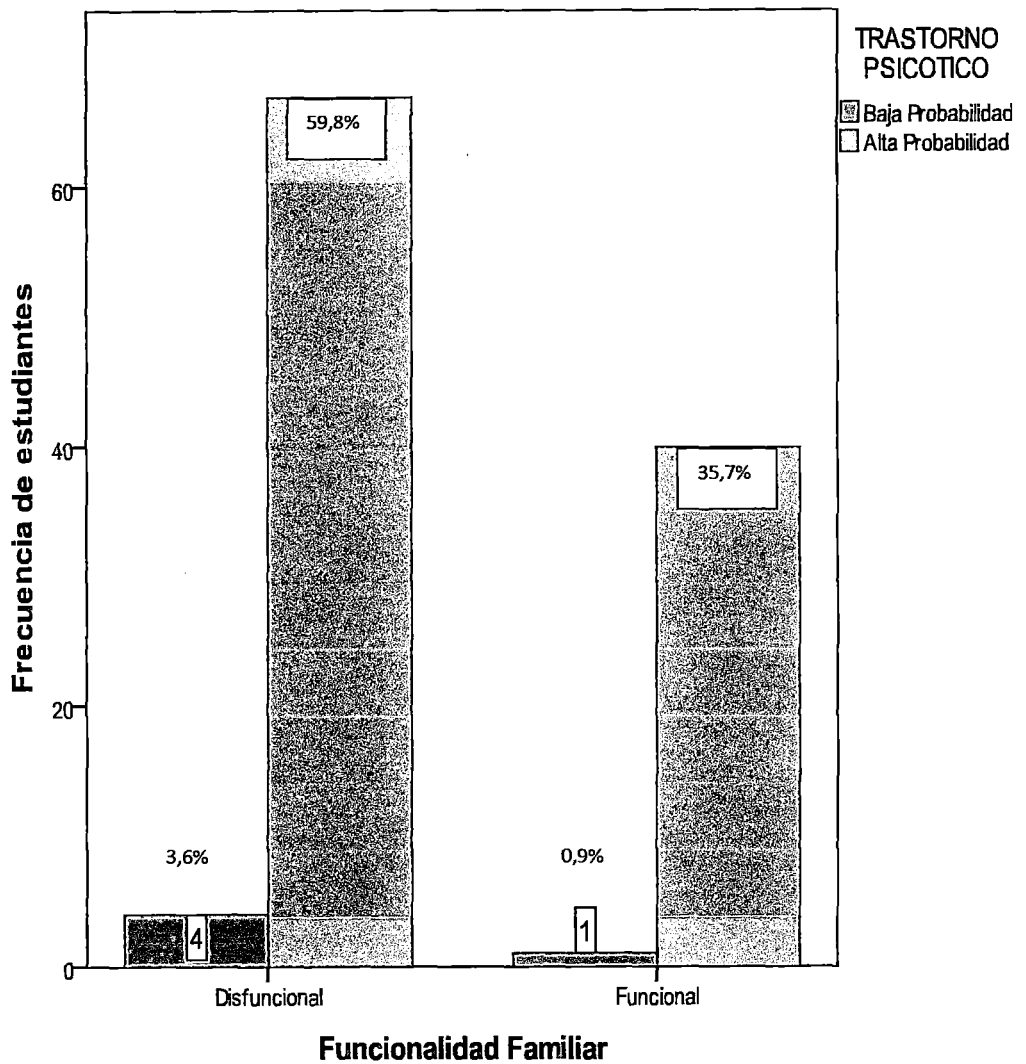
**Prueba de Chi - cuadrado:**  $\chi^2 = 0,622$  P= 0,430 > 0,05

## DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 59,8% de las adolescentes que pertenecen a una familia disfuncional tienen alta probabilidad de tener trastorno psicótico, a diferencia del 3,6% que tiene baja probabilidad de tener trastorno psicótico. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación de la funcionalidad familiar con trastorno psicótico **NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA** entre estas dos variables.

### GRAFICO N°14

## RELACION ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL TRASTORNO PSICOTICO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012



FUENTE: Cuadro N°14

## CUADRO N°15

### RELACION ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL TRASTORNO CONVULSIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Funcionalidad Familiar	TRASTORNO CONVULSIVO				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Disfuncional	69	61,6%	2	1,8%	71	63,4%
Funcional	39	34,8%	2	1,8%	41	36,6%
Total	108	96,4%	4	3,6%	112	100%

FUENTE: Encuesta.

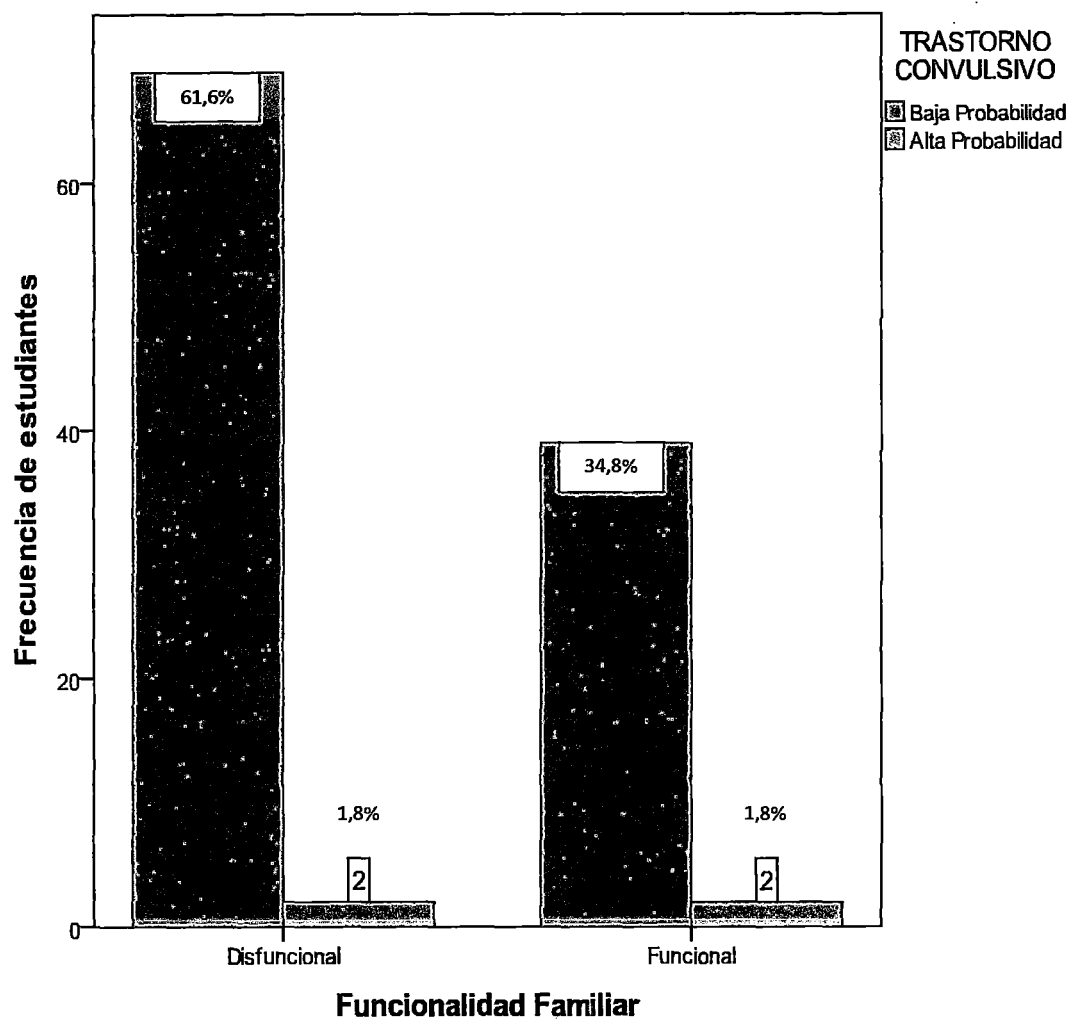
<b>Prueba de Chi - cuadrado:</b> $\chi^2 = 0,321$ $P = 0,551 > 0,05$
--

## DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 61,6% de las adolescentes que pertenecen a una familia disfuncional tienen baja probabilidad de tener trastorno convulsivo, a diferencia del 1,8% tiene alta probabilidad de tener trastorno convulsivo. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación de la funcionalidad familiar con trastorno convulsivo **NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA** entre estas dos variables.

**GRAFICO N°15**

**RELACION ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL TRASTORNO CONVULSIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012**



FUENTE: Cuadro N°15

## CUADRO N°16

### RELACION ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012

Funcionalidad Familiar	CONSUMO DE ALCOHOL				Total	
	Baja probabilidad		Alta probabilidad			
	N°	%	N°	%	N°	%
Disfuncional	54	48,2%	17	15,2%	71	63,4%
Funcional	35	31,3%	6	5,4%	41	36,6%
Total	108	79,5%	23	20,5%	112	100%

FUENTE: Encuesta.

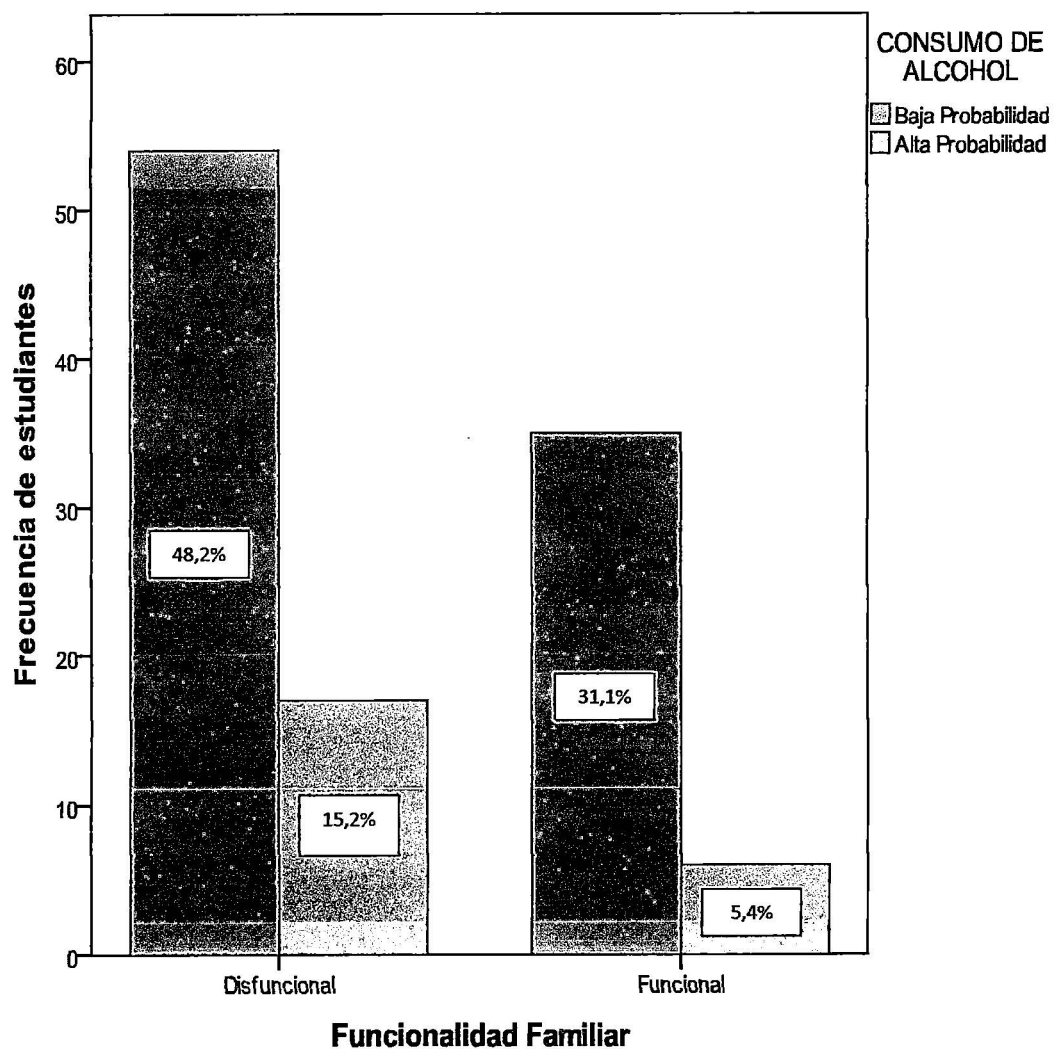
**Prueba de Chi - cuadrado:**  $\chi^2 = 1,380$  P = 0,240 > 0,05

## DESCRIPCION

Del total de la población de estudio, se destaca que el 48,2% de las adolescentes que pertenecen a una familia disfuncional tienen baja probabilidad de tener problemas con el alcohol, a diferencia del 15,2% tiene alta probabilidad de tener problemas con el alcohol. Según la Prueba de Chi - Cuadrado en relación de la funcionalidad familiar con consumo de alcohol NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA entre estas dos variables.

**GRAFICO N°16**

**RELACION ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA I.E MARIA UGARTECHE DE MAC – LEAN DE TACNA 2012**



FUENTE: Cuadro N°16