

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
VICE RECTORADO ACADÉMICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
CENTRO DE INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS Y EDUCACIONALES  
(IIFE) “WALTER BLUMENFELD”**

---

**1. TÍTULO:**

**“PREVALENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE TRASTORNOS  
PSICOPATOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA”.**

**2. INVESTIGADOR RESPONSABLE:**

ERNESTO OLIVER PAREDES.

Médico-Cirujano.

Segunda Especialidad en Psiquiatría.

Maestro en Medicina Humana.

Doctor en Medicina Humana.

Profesor Principal Ordinario a Dedicación Exclusiva de la URP.

**3. UNIDAD ACADÉMICA:**

Facultad de Psicología.

Instituto de Investigaciones Psicológicas y Educativas (IIFE) “Walter Blumenfeld”

**4. CRONOGRAMA:**

Fecha de entrega del Proyecto: Octubre del 2013.

Fecha de inicio del Proyecto: Febrero del 2014.

Fecha de término del Proyecto: Noviembre del 2014.

**5. LINEA DE INVESTIGACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:**

Investigación de tipo epidemiológica, de carácter descriptivo y comparativo, con aportes al campo Clínico y de la Psicología Clínica y de la Salud, educacional y de la psicopatología del desarrollo y de la adolescencia.

**6. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Investigación Básica y Aplicada.

**7. ÁREA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicología Clínica y de la Salud, Educativa, Social y Epidemiológica clínica de la adolescencia, en la línea de la Psicopatología del Desarrollo.

**8. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:**

Es del caso el señalar que en nuestro medio los estudios epidemiológicos de prevalencia y los de incidencia, son muy pocos y los referidos a la edad de la adolescencia propiamente dicha, sobre todo en el campo de un estudio descriptivo y comparativo, todo esto basado en la línea de investigación que durante muchos

años viene realizando el autor de la presente investigación, marcando un hito extremadamente difícil de igualar, debido a la contribución que hace y a la constancia de la línea investigada, la de la Psicopatología del Desarrollo, es por ello que ahora, al haber acumulado varios estudios epidemiológicos, fundamentalmente de prevalencia, en las edades de la infancia, educación primaria, educación secundaria, es que intenta abordar la psicopatología de la adolescencia, con aspectos epidemiológicos buscando indicadores de psicopatología en esta edad del desarrollo humano.

Será un estudio al cual se pueda recurrir para información, pues no existen registros de esa índole, y los datos hallados se pierden, o en el mejor de los casos, a ellos no se les da la aplicación y difusión adecuadas, quedando al final en obsoletos e inservibles, pese al gran trabajo que significó para los estudiosos e investigadores, ahora con la adolescencia y la búsqueda de indicadores psicopatológicos, acontece lo mismo, razón por la cual el autor intenta culminar esa línea de investigación, empezada hace ya muchos años.

Además, será la continuación de los estudios, en este caso haciendo un estudio descriptivo y comparativo, que permita precisar los hallazgos anteriores, llevados a cabo por Oliver Paredes, Ernesto; los que ponen de manifiesto la inquietud del investigador, y/o su compromiso de ir acercándose a una realidad olvidada en el campo de la Salud Mental, y será original en el campo de la Salud Mental del Adolescente, en nuestro medio, pues se centraran en el estudio de los sujetos en un universo cautivo, cual es la pertenencia a una sola Universidad, en este caso la Universidad Ricardo Palma.

Ahora se tienen como antecedentes directos, los estudios referidos de Oliver Paredes, Ernesto, los que servirán de base para el presente estudio, así:

1. Del año 2000 denominado: **“Aproximación Discreta a la Epidemiología de las Manifestaciones Psicopatológicas Infantiles, en Niños Pre-escolares del Cono Sur de Lima Metropolitana”**; el cual informa de un 92.66% de morbilidad.
2. El estudio del año 2001, titulado: **“Aproximación Epidemiológica a los Trastornos Psicopatológicos, en Pre-escolares de Lima Metropolitana”**; el cual informa de un 89.25% de morbilidad.
3. La investigación del año 2002, llamada: **“Aproximación Discreta al estudio de la Prevalencia de los Trastornos Psicopatológicos, en Pre-escolares de Lima Metropolitana”**; el cual informa de un 86.84% de morbilidad.
4. La del año del 2003, en la investigación titulada **“Prevalencia de la Salud Mental, en Pre-escolares de Lima Metropolitana”**; el cual informa de una morbilidad del 82.35%.

5. El estudio del año 2004, denominado: **“Epidemiología del Comportamiento Anormal, en Niños de Lima Metropolitana”**; el cual informa de un 78.42% de morbilidad.
6. En el año del 2005, llamada: **“Aproximación Discreta al Estudio de la Prevalencia de los Trastornos Psicopatológicos Específicos, en Niños Pre-escolares de Lima Metropolitana”**, en la cual informa de un 75.11% de morbilidad.
7. En el 2006a, en la investigación llamada **“Epidemiología: Indicadores psicopatológicos específicos, en niños limeños menores de seis años de edad”**, comprendiendo todos los estratos socio-económicos de manera representativa, presenta lo hallado de la manera siguiente; con morbilidad el 75%.
8. El mismo año 2006b, en la investigación, ahora ya referida a niños en edad escolar primaria, titulada, **“Aproximación a la prevalencia de los trastornos psicopatológicos, en niños de edad escolar primaria de Lima Metropolitana”**, comprendiendo a los estratos socio-económicos representativos, presenta lo hallado así. Con morbilidad el 67.08%.
9. En el año de 2007a, en la investigación, en niños en edad escolar primaria, titulada: **“Trastornos psicopatológicos en niños en edad escolar primaria de los 6 años a los 12 años de edad”**. Halla una morbilidad del 69.5%.
10. Oliver Paredes, Ernesto, hace un compendio de una investigación original, no tomada en cuenta los estudios anteriores, y lo publica, en el 2007b, como un libro, que se denomina: **“Psicopatología Infantil y Epidemiología Clínica: Indicadores de alteraciones psíquicas”**, donde encuentra una morbilidad del 75%, para los niños pre-escolares.
11. En el año del 2008, en la investigación titulada: **“Indicadores generales de trastornos psicopatológicos, en niños en edad escolar primaria”**. Halla una morbilidad del 89.13%.
12. En el año del 2009, **“Indicadores generales de trastornos psicopatológicos en niños en edad escolar primaria”**.
13. En el año del 2010 y 2011, **“Prevalencia psicopatológica en niños limeños menores de 13 años de edad”** , en el cual informa de un 82.88% de morbilidad.
14. En el año del 2012, **“Prevalencia de sustancias psicoactivas en escolares de educación primaria”**.
15. En el año del 2013, la investigación titulada **“Estudio Descriptivo, comparativo y correlacional de las manifestaciones psicopatológicas en niños limeños”**.

Todos estos estudios, desde el año 2000 hasta el año 2014, fueron auspiciados por el **Centro de Investigación de la Universidad Ricardo Palma**, expresado en

la designación, de una carga académica de un número de horas no lectivas, referencial de 04 horas semanal-mensual, para su ejecución; por cuanto el referido autor es Profesor Principal Ordinario a Dedicación Exclusiva y Profesor Investigador de dicha Casa Superior de Estudios; y las investigaciones están dirigidos en la línea de investigación de la Psicopatología del Desarrollo.

#### **9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:**

Como lo señala la literatura especializada, en principio, y luego la práctica clínica con la adolescencia, sobre el tema referido al estudio de los métodos y procedimientos empleados en el diagnóstico y tratamiento en los campos de la psiquiatría del adolescente, psicopatología de la adolescencia y psicología del adolescente, se requieren de sólidos conocimientos de la Psicopatología del Desarrollo y de los fundamentos de la probable causalidad, así como de conocer cuáles son los problemas más frecuentes, que originan el envío a tratamiento por el especialista de determinados adolescentes; y cuando esto acontece, el abordaje al estudio de la familia se hace básico e indispensable, pero todo este planteamiento, tiene que estar fundado en el conocimiento previo, de los aspectos epidemiológicos, primero probablemente causales de índole cualitativa e inmediatamente los de carácter cuantitativo, donde la prevalencia (el número de casos de una enfermedad existente en una población, en un tiempo determinado), así como los aspectos de la morbilidad que configuran los comportamientos anormales, y dentro de ellos los correspondientes a la edad de la adolescencia, el cual está dentro de la saga que se inició en el año 2000, pareciendo que el presente estudio, aportaría la aproximación discreta más cercana a la realidad de lo que acontece en toda la edad evolutiva de nuestros niños, púberes y adolescentes de Lima Metropolitana, por ser en este período donde aparecen las primeras manifestaciones, que en el futuro próximo podrían convertirse en serios problemas psicopatológicos y/o psiquiátricos a tratar, es por ello que este estadio del desarrollo, se vuelve inevitablemente importante, y los datos epidemiológicos de prevalencia se constituyen en una guía válida y un derrotero hacia un mejor afronte preventivo al inicio y diagnóstico y terapéutico posterior, para el especialista en el campo de la salud mental del desarrollo humano; así como para el interesado en estos grupos de edades, o de las etapas del desarrollo humano de manera general.

La actual población de nuestro país, por su estructura de edad es “relativamente joven”; sin embargo, considerando las tendencias de la dinámica demográfica, en el año 2020 se produciría un cambio importante en su composición.

Los menores de 15 años perderán su importancia relativa, llegando al 27% (actualmente son el 34%, aunque en números absolutos los niños seguirán siendo un importante contingente de alrededor de 10 millones de habitantes; los adultos mayores en ese año, representarían el 8%, actualmente son el 5%).

Este cambio de proporciones situara al Perú entre los países de “envejecimiento incipiente”.

A continuación expondremos algunas cifras demográficas importantes, tales como:

Población del año 2002, fue de 26.7 millones de habitantes.

Población del año 2003, fue de 27.148 millones de habitantes.

Población proyectada al 2006, era de 28.044 millones de habitantes.

El Censo poblacional del 2005, dio una cifra de 27 millones de habitantes.

Población proyectada al año 2010, era de 30 millones de habitantes.

Población proyectada al año 2020, será de 34 millones de habitantes.

Población de menores de 15 años al 2003, fue del 33% de la población.

El Perú representa 11 eco-regiones naturales.

El Perú representa 3 regiones naturales.

La costa alberga al 52% de la población.

La sierra alberga al 34% de la población.

La selva alberga al 14% de la población.

La ciudad de Lima Metropolitana alberga al 30% de la población nacional.

En el año del 2001 trabajaban 1.219, 000 niños.

Del total de la población de 6 a 17 años de edad, estimada en 6.943,000 habitantes, se encontraba ocupada cerca del 29%, de ella cerca del 80% asisten a los centros educativos, sin embargo el 68% es analfabeta.

Los niños entre 6 a 16 años de edad, que suman 1, 253, 000 habitantes, no concurren a las escuelas.

El 54% de la población peruana es pobre, siendo los más afectados los niños.

La pobreza no extrema en el 2002, era el 39% de la población.

La pobreza extrema era el 15% de la población total, en el año 2002.

La desnutrición crónica, actualmente compromete al 25.4% de niños menores de 5 años de edad.

La incapacidad de tener recursos financieros suficientes aflige todavía al 70% de la población peruana.

En Lima Metropolitana, la mejor zona socioeconómica del país, los pobres son el 44%, los pobres no extremos el 39% y los pobres extremos son el 5%.

El Perú, es un país, donde la población menor de 15 años de edad, es del 33% y dentro de ésta, la población pre-escolar (hasta antes de cumplir los 6 años de edad), ocupa un lugar muy importante, con el 14.25% según el INEI 1993, de dicha población; la cual configura que estas edades, sean ampliamente mayoritarias, es decir; nuestro país está poblado ahora por gente de muy corta edad, pero paradójicamente, es un grupo poblacional al cual se le presta muy poca o casi ninguna atención, por decir lo menos; desde la perspectiva de la salud mental, pues se desconoce con propiedad la prevalencia actual de los múltiples trastornos psicopatológicos y psiquiátricos que puedan afectarla, desde el punto de vista de las edades que comprende, así como las características de

estas entidades clínicas que también puedan afectarla y cuáles son los estratos socio-económicos significativamente más comprometidos; pues los datos que se conocen y se usan, generalmente, están basados en estudios y referencias extranjeras, las cuales como es lógico de suponer, distan mucho de aproximarse al conocimiento de lo que acontece en nuestra realidad; además los hallazgos locales tienen la dificultad de no poder extrapolarse, por la heterogeneidad poblacional, debido a las características étnicas, sociales, educacionales, culturales, económicas y geográficas de nuestro país.

Es por todo ello que un estudio epidemiológico que nos aproxime, así sea de una manera muy discreta a esta realidad, será de un gran valor, al inicio, en una labor en el campo de la Prevención Primaria, al conocer la prevalencia actual y posteriormente, con el conocimiento cuántico de cada una de estas entidades, constituirse estos hallazgos en el referente y elemento auxiliar indispensable y fundamental para los trabajadores de la Salud Mental del Desarrollo y Disciplinas Afines.

Volvemos a señalar que los estudios epidemiológicos en la edad pre-escolar, en nuestro medio son casi inexistentes, los pocos estudios, de los cuales se pueden obtener datos epidemiológicos de prevalencia actual, se dan en poblaciones de riesgo donde la prevalencia actual, de manera general o global, se considera, puede situarse entre el 25% y el 35%, pero las cifras de prevalencia actual, que nosotros vamos hallando, desde el primer estudio del año 2000 hasta el año 2005, se encuentran en porcentajes mucho más elevados, evidenciándose de esta manera la magnitud y la importancia del problema a estudiar, razón por la cual cada año, en cada nueva investigación, si bien es cierto, abordado el tema epidemiológico, este va haciéndose progresivamente más selectivo, en el año 2006, nuestro estudio fue dirigido a los **Indicadores y las Manifestaciones Psicopatológicas Específicas**, como es lógico de suponer en una aproximación discreta, pero no por ello menos importante y valiosa.

En el estudio realizado por Oliver Paredes, Ernesto (2000), trabajo pionero en este campo, él halla una prevalencia actual del 92.66%, en niños preescolares del Cono Sur de Lima Metropolitana, de los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador, pertenecientes al estrato socio-económico inferior, sorprendiendo la alta cifra de morbilidad encontrada y poniendo en evidencia la magnitud y gravedad del problema. Utiliza el instrumento llamado IPRESKO, hecho por él.

Así también, el propio Oliver Paredes, Ernesto (2001) en un nuevo estudio de prevalencia actual, siguiendo esta línea de investigación, que abarca a distritos representativos de los estratos socio económicos de Lima Metropolitana, halla de manera global un 89.25% de morbilidad, en niños pre-escolares y escolares primarios.

Continúa utilizando el instrumento IPRESKO.

Oliver Paredes, Ernesto (2002) continuando en la misma línea de investigación de los dos años anteriores, en un estudio de prevalencia actual en el mismo universo infantil, pero afinando el instrumento y su aplicación, halla de manera general un 86.84% de morbilidad, hallazgo que corrobora los altos porcentajes de los estudios anteriores.

Sigue utilizando el instrumento llamado IPRESKO.

En el año del 2003, Oliver Paredes, Ernesto; en la misma línea de investigación de los años precedentes (2000; 2001 y 2002), así como en un universo de estudio muy similar, halla una prevalencia actual del 82.35% de morbilidad.

Continúa utilizando el instrumento denominado IPRESKO.

En el año del 2004, Oliver Paredes, Ernesto, siguiendo la misma línea de investigación de los años precedentes (2000, 2001, 2002 y 2003), así como en un universo de estudio muy similar, halla una prevalencia actual del 78.42% de morbilidad.

Pero esta vez abreviando su instrumento llamándolo IPRESKO-ABREVIADO o (IPRESKO-A).

En el año del 2005, Oliver Paredes, Ernesto, continuando la misma línea de investigación de los años precedentes (2000, 2001, 2002, 2003, 2004), así como en un universo de estudio muy similar, halla una prevalencia actual del 75.11% de morbilidad. Utiliza como base el instrumento del año precedente IPRESKO-ABREVIADO (IPRESKO-A); pero esta vez abreviado y revisado, al que denomina IPRESKO-ABREVISA. Es del caso el precisar que en el estudio que corresponde al 2006, desarrollado entre los meses de Enero a Abril; donde el investigador hace uso de un nuevo instrumento basado e inspirado en todos los anteriores instrumentos aplicados, pero al cual denomina IPSIN, y tiene sus connotaciones muy propias y particulares, en sus hallazgos de prevalencia actual, presenta cifras ya más exactas, el de un 75% de morbilidad, y lo que realmente acontece en los estratos representativos de la población de niños limeños menores de seis años de edad, pues el instrumento ya mejor afinado, de igual manera que la aplicación del mismo, con un número menor de encuestadores, la mejor preparación de éstos, conjuntamente con la seriedad del trabajo realizado, en virtud del profesionalismo; evitando tener muchas variables no controlables como parece haber sucedido en los estudios anteriores, servirán para corroborar los estudios anteriores y/o planear un estudio más extenso, en el sentido de abarcar un universo mayor y con un instrumento, si cabe el término más funcional, como el que se pretende presentar ahora, intentando hacerlo más flexible, fluido, menos complicado, el cual de respuestas más precisas.

Llega a presentar lo que él denomina: Indicadores de Trastornos Psicopatológicos Específicos, en esta población estudiada, es decir, no sólo se queda en el hecho de señalar la prevalencia actual, sino va un poco más allá, señalando los

probables indicadores que orientaran a una psicopatología posterior, así como ayudarán a realizar un mejor diagnóstico, convirtiéndose es una valiosa y objetiva contribución a todos los trabajadores que tienen que ver con los niños menores de los seis años de edad.

Así es importante el reflexionar en referencia que a pesar de las consecuencias de los comportamientos anormales, trastornos psicopatológicos y hasta psiquiátricos que trae, la ausencia de programas de intervención temprana, como la Prevención Primaria, hace que en lugar de disminuir estos procesos vayan en aumento; otras explicaciones para este incremento (referido al caso de los no pre-escolares específicamente), es el aumento en la expectativa de vida, la intensificación del estrés, la crisis de la familia y la falta de soporte social, la facilidad con la cual la oferta de las sustancias psicoactivas llegan a ellos, la vagancia, el pillaje en grupo, y en esencia la carencia de referentes de valor ético a los cuales recurrir o imitar, debido a la descomposición social de las últimas décadas, en las cuales las figuras públicas han caído, así como la descontrolada información deformada de la prensa en todas sus formas, al uso indiscriminado del Internet, que hacen que los niños en los hogares se vuelvan contestatarios y entiendan de manera equivocada su derecho a la libertad de opinión, probablemente por la globalización que los niños ahora también viven e influye sobre ellos, en edades en las cuales tienen que ser conducidos para estructurar una conducta acorde a los moldes, costumbres, valores e ideales adecuados de nuestra sociedad.

Pero todo lo mencionado no es sólo responsabilidad del niño sino de los progenitores, quienes también, por la lucha por la vida o subsistencia, abandonan muchas responsabilidades básicas, y dejan al niño sin control.

Según la dimensión actual del problema y de las proyecciones, no existen recursos económicos suficientes para atender esta gran demanda de Salud Pública, se requiere entonces del conocimiento detallado y minucioso de la epidemiología que nos conduzca a una programación racional de recursos, los cuales puedan cubrir la necesidad actual y prevenir el incremento en la demanda de los Servicios de Salud Mental, por el aumento directo y desmesurado de estos comportamientos anormales o procesos psicopatológicos, los cuales serán más evidentes y limitantes de una mejor calidad de vida, conforme las edades vayan siendo mayores, y los procesos mórbidos no pasen, como en la mayoría de casos, desapercibidos, en razón de la edad tan temprana del grupo menor de 16 años de edad estudiados.

Ahora abordamos a la adolescencia, comprendida entre los 18 a los 22 años de edad, edad en la cual termina la maduración del Sistema Nervioso Central, desde un punto de vista biológico y de inseguridad e inestabilidad psíquica, por ello la predisposición a presentar alteraciones psicopatológicas las cuales ahora intentamos precisar.

## **10. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION:**

La epidemiología es una disciplina de primera importancia, sobre todo en aquellos países donde hay una preocupación por hacer un frente serio de la Salud en general, y en el campo de la Salud Mental, su importancia cobra una mayor relevancia en virtud de los grados de incapacidad, cronicidad y gasto económico que generan al Estado, a la Sociedad y a la Familia estos trastornos psíquicos.

En nuestro medio, siendo un país pobre y sin recursos para realizar estudios gubernamentales en el campo de la Salud, mucho menos interesa el campo de la Salud Mental, y dentro de ella, muy alejada de los intereses de los gobiernos de turno se halla el de la Salud Mental del Adolescente, la cual sigue siendo postergada, no solamente por los organismos estatales y privados, sino por las investigaciones académicas, tal como lo demuestran la poquísima o carencia de tesis universitarias, artículos de investigación o de reflexión, abordaje en la formación de los futuros trabajadores de las Ciencias de la Conducta Humana y Disciplinas Conexas y en síntesis por la falta de interés de los profesionales relacionados con el trabajo en esta edad.

Los hallazgos a obtener siempre serán de mucho valor para las diversas Disciplinas Conexas con la Salud Mental en general y la Salud Mental del Adolescente en particular, tales como la Psicología Clínica, la Psicología Educativa, la Psicología Clínica y de la Salud, la Psiquiatría Infantil, la Psicopatología Infantil, la Psicopatología del Desarrollo, la Pediatría, la Neurología Infantil, la Educación Inicial, la Educación Primaria, la Psicoterapia Infantil, la Psicoterapia de Familia, y también para las ramas de la Economía y la Política, pues debido a la cronicidad y deterioro que muchas de estas entidades clínicas traen consigo, interesan no tan sólo desde una perspectiva médica, educativa, sino familiar, socio-económica y política.

La política general es la suma de las decisiones que hacen que la sociedad se configure de determinada manera. Proporciona un marco en el cual se desarrollan, por ejemplo, la producción industrial y agrícola, la gestión de las empresas y los servicios de salud. Perfila el abanico de opciones en el que las organizaciones y los individuos hacen sus elecciones y, por lo tanto, influye directamente sobre el ambiente y sobre los hábitos de vida.

La política sanitaria suele referirse específicamente a los aspectos de asistencia médica, pero la salud depende de una gran variedad de decisiones políticas que no se limitan al campo médico o sanitario. Por tanto, una verdadera política sanitaria proporciona un marco de las actividades de promoción de la salud, tanto en la economía general de una comunidad, como en la agricultura, la industria, el trabajo, la energía, el transporte y la educación.

Si se quiere que la epidemiología tenga éxito en la prevención y en el control de las enfermedades, la investigación epidemiológica deberá influir sobre la política general y no sólo sobre la política sanitaria. Por el momento, la epidemiología no

ha alcanzado, en nuestro medio, todas sus posibilidades a este respecto y son pocas las áreas en las que la investigación epidemiológica ha sido aplicada por completo. No obstante, cada vez es mayor el reconocimiento de la importancia de la epidemiología en la adopción de políticas concretas.

La influencia de la epidemiología suele estar mediada por la opinión pública. Los políticos de muchos países, en lugar de dirigir la opinión pública, suelen ir detrás de ella; la atención que los medios de comunicación dedican a la investigación epidemiológica aumenta cada día y ha hecho que la opinión pública se sensibilice, la epidemiología influye muchas veces en la política general de manera relevante aunque casi siempre se tienen también en cuenta otros factores.

En 1986, la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, estableció claramente que en la salud influyen decisiones políticas en muy diversos campos. La política sanitaria no es responsabilidad única de los ministerios de salud. Las políticas de muy diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales tienen repercusiones importantes sobre la salud.

En todos los campos de la política general debe haber una preocupación constante por la salud y la equidad. Las políticas agrícolas influyen sobre la disponibilidad, precio y calidad de sus productos; las políticas fiscales y de publicidad influyen sobre el precio y la disponibilidad de los productos; la política del transporte influye sobre la magnitud de la contaminación ambiental urbana y sobre el riesgo de los accidentes de tránsito.

En muchos países, la estrategia de salud para todos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), proporciona una base para la política sanitaria. Un aspecto fundamental de esta estrategia es el establecimiento de objetivos y metas de salud. El enfoque varía, pero en todos los países esos objetivos se establecen tomando como base el conocimiento epidemiológico.

## **11. OBJETIVO GENERAL:**

El objetivo general estará dirigido a poder detectar y cuantificar, los indicadores de probables trastornos psicopatológicos de los adolescentes de 18 a 22, señalando la prevalencia actual, los indicadores de probables trastornos psicopatológicos, la morbilidad correspondiente, en porcentajes, de manera general y de manera singular en aquellos grupos de adolescentes, con morbilidad, que se encuentren. Todos estos sujetos, estudiantes adolescentes de la Universidad Ricardo Palma.

## **12. HIPOTESIS:** Estas son:

1. "Hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una prevalencia significativa de trastornos psicopatológicos por áreas, que se deben cuantificar, comparándolos con los anteriores estudios semejantes".

2. "Hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una serie de trastornos psicopatológicos, los cuales hay la necesidad de especificarlos y precisarlos, comparándolos con los anteriores estudios semejantes".
3. "Hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una serie de trastornos psicopatológicos, los cuales hay la necesidad de cuantificarlos de manera independiente, para luego realizar un estudio comparativo y correlacional, lo cual nos dará la incidencia".
4. "Hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una serie de indicadores específicos de psicopatología, los cuales hay la necesidad de cuantificarlos, precisarlos, comparándolos y describiéndolos con los estudios similares, anteriormente realizados".
5. "Hay la necesidad, basados en los estudios similares, el de poder obtener la prevalencia e incidencia de estas entidades psicopatológicas".

### **13. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN PSICOPATOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA.**

#### **a. Método y Procedimiento:**

Si bien es cierto, para los investigadores en general, la metodología a utilizar en una investigación, no es motivo de mayor problema o preocupación; pero en el campo de la investigación en psicopatología del adolescente, el método se torna un poco más complicado, en razón de las condiciones socio-demográficas y patológicas de la calidad sui generis del universo a investigar.

Se tienen que considerar algunas reflexiones, en torno a lo que podemos denominar "**Sistema Básico de Muestreo**", para garantizar su representatividad, dirigidos a nuestro estudio epidemiológico de prevalencia actual, de los indicadores específicos de los trastornos psicopatológicos, en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad.

Una parte importante de la investigación en Ciencias Humanas, en las Ciencias de la Conducta Humana, en el Área Clínica, en el Área de la Psicopatología del Desarrollo; es la investigación basada en muestras de sujetos.

En el caso específico de los estudios epidemiológicos, las muestras adquieren una importancia mucho mayor, por cuanto se tiene que abordar los aspectos de ella y las variables a estudiar, planteándonos que ellas tienen que ser las que mejor controlemos, así como el factor del tiempo, por cuanto, la prevalencia actual, va ha estar referida al hallazgo en un aquí y ahora del proceso mórbido.

Dos son los aspectos que definen la pertinencia de un sistema de muestreo apropiado para propósitos de adaptación: la aleatoriedad y la representatividad.

**1. La aleatoriedad**, la cual supone tener evaluados, seleccionados, bajo un sistema probabilístico, el cual garantiza una misma probabilidad para todos los sujetos inmersos en la investigación que se está desarrollando.

**2. La representatividad**, se refiere más bien a garantizar la idoneidad de la muestra, para representar a la población, es decir, para parecerse mucho más a ella, de manera casi real, por ello el universo tiene que ser escrupulosamente seleccionado.

Tanto la aleatoriedad como la representatividad, buscan minimizar la presencia del sesgo, es decir, la posibilidad de error, o un error mayor en los resultados.

Existen diversos tipos de sesgos que pueden producirse: ajenos o no al sistema de muestreo empleados.

Pero evitar el sesgo supone tener un sistema de muestreo muy caro económicamente, al menos para los investigadores individuales de nuestro medio; un sistema de muestreo razonable no sólo es caro en su formulación, sino fundamentalmente en su ejecución, en su procedimiento, en su desarrollo. A ello hay que agregar que es difícil tener marcos de muestras apropiadas, pues lamentablemente se carece de tal información.

La aleatoriedad y la representatividad no son fáciles de obtener. Es común observar el error de muchos investigadores mal informados, que suponen que usar una fórmula de tamaño de muestra basado en un diseño probabilístico hace aleatorio el sistema de muestreo.

Pero aún es más preocupante que su selección sea intencional, sin explicar la representatividad de ella, es decir, sin definir ni justificar a quien o a quienes representa realmente la muestra.

Aunque es plausible sacrificar la aleatoriedad, de ninguna manera se puede sacrificar la representatividad. No se trata de decir, tengo una muestra, qué se puede hacer; se trata de definir una población y definirla en un sistema de muestreo que la represente. Mejor aún si la selección de unidades del muestreo se obtienen al azar.

Otro caso que ocurre con frecuencia en los estudios epidemiológicos, es trabajar con edades comprendidas dentro de lo que podemos llamar “la escolaridad”, bien sean estas la educación primaria, la educación secundaria o la educación superior o universitaria, que pese a que ésta última puede, en ocasiones, desbordar la edad propiamente escolar, pero siempre es estudiada

Los sistemas de muestreo elementales suponen que es posible muestrear individuos a partir de un marco teórico.

Evaluar a participantes en el rango de 18 a 22 años de edad, de manera confiable, lo cual supone pasar de sistemas de muestreo elementales a sistemas de muestreo más complejos, por etapas, tomando en cuenta diversas jerarquías.

Por otro lado, un tipo de muestreo de interés en los estudios epidemiológicos, es investigar por niveles socioeconómicos. Este problema no se encuentra resuelto en nuestro medio. Por ello, se dan las posibilidades de tomar el nivel socioeconómico de la institución a la que pertenece el participante, la zona donde está su domicilio, a la condición de empleo de sus progenitores, u otras

condiciones que nos permitan asignársela a él (el sujeto de investigación) la condición socio económica correspondiente, merced a indicadores directos o mayormente indirectos. En cada caso no es fácil encontrar una manera convincente de muestrear por nivel socioeconómico. En el primer caso, se tendría que evaluar el nivel socioeconómico de cada sujeto, es decir, el muestreo se define a posteriori. Además se requiere tener información sobre diversos aspectos para considerarlos en un indicador socioeconómico, y esto supondría una encuesta propia. Así también, los participantes no sólo tienen que ser confiables al dar ésta información, sino que deben de ser capaces de darla.

En el otro caso, no se puede llegar al hecho simple de asignar el nivel socioeconómico a la institución (colegios, universidades, domicilios, calles, etc.), y al individuo que se encuentra en ella. Se tiene que encontrar un sistema convincente de asignación de niveles socioeconómicos a las instituciones y con esto asignársela a los que concurren a ellas.

Los sistemas de muestreo más eficientes son aquellos que permiten establecer y manejar márgenes de error, y que además permiten realizar estimaciones de errores de las muestras.

Estos muestreos son probabilísticos; pero si éstos no son posibles de realizar, por algunas de las razones que hemos expuesto, los muestreos no probabilísticos por etapas que garantizan representatividad y proporcionalidad pueden ser una buena alternativa.

Creemos que en este sistema de muestreo que se presenta puede tenerse una alternativa razonable para realizar el muestreo en los estudios epidemiológicos.

Esta alternativa no pretende sustituir a sistemas más efectivos, pretende sustituir a sistemas más bien erróneos que han predominado en la investigación epidemiológica en nuestro país.

#### **b. Metodología de la Investigación:**

El tipo y diseño es múltiple, así se considera que es:

1. **Descriptivo**; por cuanto se describirán los trastornos psicopatológicos y los indicadores correspondientes que se hallen.
2. **Exploratorio**; se indagará tratando de encontrar los indicadores específicos de los trastornos psicopatológicos.
3. **Observacional**; centrada en la percepción directa del encuestador y de lo informado por la madre.
4. **Transversal**; el estudio se situará en un tiempo determinado, haciendo un corte vertical en ese tiempo, el cual es el momento del estudio.
5. **Comparativo**; se tendrá como referentes a estudios similares, en su totalidad o parcialmente, realizados con anterioridad y que tengan alguna conexión con el que se esta desarrollando.

**6. Clínico;** por cuanto se buscarán los indicadores específicos de los trastornos psicopatológicos, los cuales en esencia son netamente clínicos.

**c. Variables:**

Variables Independientes: Sexo; Carrera; Ciclo y Edad.

Variables Dependientes: Tendencia psicopatológica.

**d. Población:**

Se estudiará la población de todas las carreras profesionales de la Universidad Ricardo Palma, es decir de adolescentes comprendidos entre los 18 a 22 años de edad, por consiguiente pertenecientes a Lima Metropolitana.

**e. Tamaño de la muestra:**

Se espera como mínimo un promedio de 626 sujetos que corresponden aproximadamente al 5% del total del universo de 12,339 sujetos universitarios, los que respondan el instrumento (IPA), fraccionados en el 5% de la población total de las 18 carreras que la Universidad ofrece. Este es el marco numérico al que hay que tener presente y referirse para darse cuenta de la magnitud del problema a estudiar, a nivel cuántico, para un mejor y cuidadoso abordaje, que nos de cómo resultados, cifras más cercanas a la realidad que pretendemos investigar.

De la cual se esperan 62,600 respuestas posibles; las cuales pasaran por una criba de validez correspondiente, tales como 10 respuestas seguidas como Si o No serán invalidadas; si han sido respondidas todas como Si o como No serán también invalidadas.

**CARRERAS Y ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**FACULTAD DE ARQUITECTURA**

Arquitectura y Urbanismo:..... 1973

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES**

Administración y Gerencia:..... 772

Administración de Negocios Globales:..... 890

Contabilidad y Finanzas:..... 614

Economía:..... 120

Marketing Global y Administración Comercial:..... 95

Turismo, Hotelería y Gastronomía:..... 365

**FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS**

Biología:..... 287

Medicina Veterinaria:..... 262

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y LENGUAS MODERNAS**

Traducción e Interpretación:..... 799

**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA**

Derecho y Ciencia Política:.....	288
<b>FACULTAD DE INGENIERÍA</b>	
Ingeniería Civil:.....	1865
Ingeniería Electrónica:.....	206
Ingeniería Industrial:.....	1071
Ingeniería Informática:.....	386
Ingeniería Mecatrónica:.....	296
<b>FACULTAD DE MEDICINA HUMANA</b>	
Medicina Humana:.....	1475
<b>FACULTAD DE PSICOLOGÍA</b>	
Escuela de Psicología:.....	575
<b>TOTAL ESTUDIANTES:.....</b>	<b>12,339</b>

**f. Definición de la Muestra:**

La selección de la muestra es no probabilística, ya que se realizará de manera intencional, proporcional al tamaño, 5% del total de la población, siendo 1240 universitarios adolescentes de ambos sexos, los cuales serán tomados por carreras profesionales, así:

Arquitectura y Urbanismo:	98.
Administración y Gerencia:	38.
Administración de Negocios Globales:	44.
Contabilidad y Finanzas:	30.
Economía:	06.
Marketing Global y Administración Comercial:	06.
Turismo, Hotelería y Gastronomía:	18.
Biología:	14.
Medicina Veterinaria:	14.
Traducción e Interpretación:	40.
Derecho y Ciencia Política:	14.
Ingeniería Civil:	94.
Ingeniería Electrónica:	10.
Ingeniería Industrial:	54.
Ingeniería Informática:	20.
Ingeniería Mecatrónica:	16.
Medicina Humana:	74.
Psicología:	30.
<b>TOTAL ESTUDIANTES: .....</b>	<b>626.</b>

La muestra que responderá el Instrumento el cual se halla sistematizado de la siguiente manera:

1. Indicadores de Probable Psicopatología Psicótica:
  - a. Las Esquizofrenias: 1; 2; 3; 4; 5.
  - b. La Hipomanía: 6; 7; 8; 9, 10; 11; 12.
2. Indicadores de Probable Psicopatología Orgánica Cerebral:
  - a. Convulsiones: 3; 35.
  - b. Ausencias: 3; 36.
3. Indicadores de Probable Psicopatología Neurótica:
  - a. Ansiedad: 28; 29; 30, 31; 32.
  - b. Depresión: 27; 33, 34.
  - c. Conversión: 20; 21.
  - d. Disociación: 22; 23;
  - e. Obsesión: 13; 14; 15; 16; 24.
  - f. Compulsión: 17; 18; 19; 25; 26.
4. Indicadores de Consumo de Sustancias Psicoactivas:
  - a. Alcohol: 37.
  - b. Cocaína en hojas: 43.
  - c. Cocaína en polvo: 41.
  - d. Cocaína en pasta: 42.
  - e. Marihuana: 40.
  - f. Anfetaminas: 39.
  - g. Nicotina: 38.

**g. Dominios de la Muestra:**

Para efectos del estudio se considerarán los siguientes criterios:

**1. Criterios de inclusión:**

- a.- Sujetos adolescentes universitarios que acceden a la encuesta.
- b.- Carreras profesionales que se están estudiando.
- c.- Edades de los adolescentes universitarios (Se les tiene en el rango de 18 a 22 años de edad).

**2. Criterios de exclusión:**

- a.- Relacionada con las características de la muestra:
  - Fuera del rango de edad del adolescente universitario.
  - Falta de datos, sobre todo los socio demográficos.
- b.- Relacionada con la respuesta:

**Respuesta excesiva:** cuestionarios con más de diez preguntas contestadas positivamente o negativamente.

**Respuesta azarosa:** cuestionarios que evidencian patrones sistemáticos de respuestas azarosas, o que se entregan en un tiempo extremadamente breve, o se evidencia desgano o falta de interés al

responder. Estas respuestas denotan poca colaboración del participante.

c.- Pruebas que según protocolo sean inválidas.

**Sobre respuestas:** cuestionarios en los cuales se hayan contestado masivamente, bien sea con un No o un Sí.

#### **h. Procedimiento:**

Para garantizar la representatividad de la muestra respecto a la población, el muestreo será en varias etapas, es decir, polietapico, porque comprenderá las siguientes dos etapas sucesivas que se reconocen para llegar a los sujetos de investigación, donde se tiene que pasar por lo menos dos etapas obligatoriamente. En este caso, en una primera etapa se seleccionarán a los sujetos por sus datos demográficos y en una segunda etapa a las carreras profesionales que están estudiando.

#### **i. Selección de las carreras:**

De acuerdo al tamaño prefijado de los sujetos por carreras profesionales y niveles socioeconómicos de la etapa anterior, se aconseja una selección, considerando las características visibles de estas, pero tomando en cuenta las preguntas socio-demográficas, que se incorporan en la encuesta.

#### **A. Técnica de recolección de datos:**

Una vez que se diseñó el instrumento específico, al cual se denominó **“INDICADORES PSICOPATOLOGICOS EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS (IPAU)”**, el cual servirá de base para la caracterización de los comportamientos anormales en adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, se consideró necesario el precisar la muestra en los sujetos por cada carrera profesional que se halle estudiando.

Para la recolección de datos se aplicara, en el trabajo de campo el instrumento respectivo (IPAU) a los adolescentes universitarios.

#### **B. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos:**

Los datos obtenidos, se procesaran y analizaran de manera minuciosa y se catalogaran según el probable indicador del trastorno psicopatológico, en su área general correspondiente y dentro de ésta en la correspondiente alteración específica psicopatológica.

#### **TERMINOLOGÍA OPERACIONAL:**

**Adolescente:** Persona humana que va camino de completar la maduración del Sistema Nervioso Central, así como el afianzamiento psicológico, y que en este caso se ha tomado una edad comprendida desde los 18 hasta los 22 años.

**Enfermedad:** Vendría ser lo opuesto al concepto de salud, en consecuencia la enfermedad sería:” La condición caracterizada por el malestar o incomodidad que obstaculiza o impide al individuo realizar sus actividades habituales o comunes”. Por ello la enfermedad sería resultado de la ruptura del equilibrio o de la interacción del hombre con el medio ambiente en el cual se desenvuelve.

**Epidemiología:** Ciencia que trata de los factores y condiciones que determinan la ocurrencia y distribución de las enfermedades, salud, defecto, incapacidad y muerte en las poblaciones. También se le conoce como el estudio de las manifestaciones en masa (población) de una determinada enfermedad.

**Epidemiología Clínica:** Es la comprensión epidemiológica a partir del individuo enfermo tomando al grupo primario: la familia. Desde el punto de vista operativo estudia a la familia en sus diferentes variables: Física, Biológica, Psicológica, así como las relaciones interpersonales correspondientes. Desde el punto de vista formativo ésta llena el vacío que hay entre la epidemiología y la clínica.

**Epidemiología Descriptiva:** Es la que se ocupa de, el **qué**, señalando la magnitud del problema de Salud Mental.

**Epidemiología Explicativa:** Es la que se ocupa del **porqué**, apuntando a las causas del problema, con sus dos vertientes, predisponentes o genéticas y desencadenantes o sociales.

**Epidemiología Operativa:** Trata del **para quién**, y esto es crucial pues nos enfrenta a cómo solucionar el problema planteado y reducir la prevalencia o incidencia de los desórdenes mentales.

**Incidencia:** Es el número de casos nuevos que aparecen, durante un período especificado, en una población determinada expuesta a riesgo, durante ese período. La tasa de incidencia, es la medida de los casos nuevos de una enfermedad en un período de tiempo; y se le halla multiplicando el número de casos nuevos de la enfermedad en un período determinado por diez, dividiéndola entre el número total de personas que hay en la zona estudiada con sus particularidades, en este caso la edad preescolar.

**Indicador Psicopatológico:** Para los fines operativos de la investigación, consideramos como tal a las manifestaciones tempranas que el adolescente puede presentar estando comprendidas en un comportamiento anormal o no adecuado, que podrían ser el hilo conductor de probables patologías el día de mañana, es decir, aquella manifestación primera de un proceso mórbido ulterior.

E Indicador, en el sentido lato, es el mostrar o significar algo con indicios o señales

**Investigación epidemiológica:** Es la que tiene por objeto determinar el riesgo de que una colectividad se vea afectada por determinados trastornos, y descubrir indicios sobre su origen y su modo de propagación.

**Prevalencia:** Es el número de casos de una enfermedad determinada, existente en una población en un tiempo dado. La tasa de prevalencia, es la medida del número de casos existentes en un momento determinado, sin distinguir si son casos nuevos o antiguos; y se le halla multiplicando el número de personas con morbilidad por diez, dividiéndola entre el número total de personas que hay en la zona estudiada con sus particularidades, en este caso la edad preescolar.

### **Salud:**

**a. Definición de uso común:** “La salud es aquel estado en el que el individuo se siente bien y es capaz de realizar normalmente y sin dificultad sus actividades habituales acorde a su edad”. En este caso, lo normal es concebido como sano y lo anormal como enfermo.

**b. Definición de la OMS:** “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. Esta es la definición oficial, con vigencia a nivel mundial, sin embargo se le considera como una meta ideal.

**c. Definición dinámica:** “La salud es el proceso de equilibrio inestable entre la población humana y su ambiente, a través de la satisfacción de sus necesidades.

**d. Definición ecológica:** Es el concepto vigente en la actualidad y considera que la enfermedad se produce por el desequilibrio de múltiples factores en juego, concentrados en tres elementos fundamentales: **Agente, Huésped y Ambiente**. Estos tres elementos constituyen el triángulo epidemiológico.

El comportamiento anormal de cualquiera de estos tres elementos puede ocasionar trastornos que desequilibren a los otros dos y ocasionan la enfermedad.

**Salud Mental:** La Salud Mental es el estado dinámico de bienestar subjetivo y de interacción inclusiva con el medio social, derivado de las dimensiones biopsicosociales y espirituales que se sintetizan de manera compleja a nivel cortical y se expresan en todas las esferas de la conducta cotidiana (comportamientos, actitudes, afectos, cogniciones y valores) de la persona quien logra progresivos niveles de integración en relación con su sexo, edad y especialmente con su grupo étnico y social, permitiéndole recibir y aportar beneficios significativos a su familia, grupo, comunidad y sociedad.

A la Salud Mental, es por ello que se le puede considerar como una entidad biológica; como un estado subjetivo; como la capacidad de adaptarse a las

normas culturales y también como una teoría o concepción del funcionamiento mental o psíquico.

**Tendencia:** Es el aproximarse progresivamente a un valor determinado, sin llegar nunca a alcanzarlo. O bien tener una cualidad o característica no bien definida pero si aproximada a otra de la misma naturaleza.

**Trastorno Psicopatológico:** Manifestación conductual de alteración en el comportamiento de los seres, la cual escapa de la norma y tiene que ver con alteraciones de leves a severas en la interacción social, lo cual implica ya un proceso mórbido de la Salud Mental. Se le puede conocer también como Enfermedad Mental, Comportamiento Anormal, Proceso Psicopatológico, Anormalidad Psíquica, Conducta Anormal, Anormalidad, Desviación Mental; donde todos estos sinónimos implican que se ha salido de la norma sociocultural de donde se habita.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la “Salud Mental es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo, se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social”.

## **II.- MARCO TEORICO:**

### **1. EPIDEMIOLOGÍA:**

#### ***Reseña Histórica:***

La epidemiología tiene su origen en la idea, expresada por primera vez hace más de dos mil años por Hipócrates y otros estudiosos y observadores de la salud humana, de que los factores ambientales pueden influir en la aparición de la enfermedad. Sin embargo, hasta el siglo XIX, no empezó a ser relativamente frecuente que se midiera la distribución de la enfermedad, en grupos determinados de la población. Estos trabajos no solo marcaron el comienzo formal de la epidemiología, sino que significan también algunos de sus logros más importantes; por ejemplo, el hallazgo de John Snow en Londres (Inglaterra), que el riesgo de enfermar de cólera estaba relacionado entre otras cosas con la ingestión de agua suministrada por una determinada compañía.

Los estudios epidemiológicos de Snow fueron uno de los aspectos de una amplia gama de investigaciones, en los que se estudiaron diversos procesos físicos, químicos, biológicos, sociológicos, económicos y políticos.

Él, localizó el domicilio de cada una de las personas que murieron de cólera en Londres durante los años de 1848-49 y 1853-54 y descubrió una asociación

evidente entre el suministro de agua potable y las defunciones. Preparó una comparación estadística de las muertes por cólera en los distritos londinenses, con suministros de aguas diferentes y demostró así que el número de fallecimientos y lo que es más importante, la tasa de mortalidad, eran mayores en las personas que recibían el suministro de la compañía Southwark. Basándose en meticulosas investigaciones elaboró una teoría sobre el contagio de las enfermedades infecciosas en general y sugirió que el cólera se propagaba a través del agua contaminada, pudo así estimular la mejora de los suministros de agua mucho antes de que se descubriera el microorganismo responsable de la enfermedad; su investigación tuvo un impacto directo sobre la política general de salud. El enfoque epidemiológico de comparación de tasas de enfermedad en pequeños grupos de la población humana se utilizó cada vez más a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Sus principales aplicaciones fueron las enfermedades contagiosas demostrándose que este método es una poderosa herramienta para revelar asociaciones entre condiciones o agentes ambientales y enfermedades específicas. Un buen ejemplo del desarrollo más reciente de la epidemiología son los trabajos de Doll, Hill y demás investigadores que estudiaron durante la década de los 50, la relación entre el tabaco y el cáncer de pulmón. Estos trabajos habían sido precedidos por observaciones clínicas que vinculaban el consumo de tabaco con la neoplasia. Uno de sus efectos fue aumentar el interés epidemiológico por las enfermedades crónicas. Un estudio a largo plazo efectuado por médicos británicos, indicó una fuerte asociación entre el hábito de fumar y el desarrollo del cáncer pulmonar. Pronto se hizo evidente que en muchas enfermedades, son diversos los factores que contribuyen a su causalidad. Algunos son imprescindibles para la aparición de la enfermedad, mientras que en otros se limitan a incrementar el riesgo del desarrollo de la misma; el análisis de estas relaciones obligo a elaborar nuevos métodos de estudio de la epidemiología.

En la actualidad, la epidemiología de las enfermedades transmisibles sigue siendo de vital importancia en los países en vías de desarrollo, donde el paludismo, la esquistosomiasis, la lepra, la poliomielitis, la tuberculosis y otras enfermedades son frecuentes. Esta rama de la epidemiología ha vuelto a adquirir importancia en los países desarrollados, tras la aparición de nuevas enfermedades transmisibles, como la enfermedad del legionario, y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y aquellas enfermedades no trasmisibles, pero si socialmente condicionadas como el consumo adictivo de las sustancias psicoactivas.

***Definición:***

La Epidemiología se ha definido como “el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud, en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios”; está definición subraya el hecho de que los epidemiólogos no sólo estudian la muerte, la enfermedad y la discapacidad, sino que también se ocupan

de los estados sanitarios más positivos y de los medios para mejorar la salud y prevenir la enfermedad.

El objeto del estudio epidemiológico en una población humana puede definirse en términos geográficos o de otra naturaleza; por ejemplo, un grupo específico de pacientes hospitalizados o trabajadores de una industria pueden ser una unidad de estudio. La población más utilizada en epidemiología es la que se encuentra en una zona o país en un momento determinado, esta población es la base para definir pequeños grupos según el sexo, la edad, el grupo étnico, etc. Las estructuras de las poblaciones varían según la zona geográfica y el momento histórico, el análisis epidemiológico, ha de tener en cuenta este tipo de variaciones.

En el extenso campo de la Salud Pública, la epidemiología se utiliza de muchas formas; los primeros estudios trataban de las causas, es decir la etiología de las enfermedades transmisibles, trabajo que sigue siendo fundamental, ya que puede conducir a la identificación de métodos preventivos, en este sentido, la epidemiología, es una ciencia médica básica, cuyo objetivo es mejorar la salud de las poblaciones.

La génesis de algunas enfermedades puede depender únicamente de factores genéticos, como es el caso de la fenilcetonuria, pero es mucho más frecuente que dependan de la interacción entre los factores genéticos y ambientales.

En ese contexto, el ambiente se define en su sentido más amplio e incluye cualquier factor biológico, químico, físico, psicológico o de otro tipo que pueda afectar a la salud. El comportamiento y el modo de vida tienen una gran importancia a este respecto y la epidemiología se utiliza cada vez más para estudiar tanto sus influencias como la intervención preventiva encaminada a la promoción de la salud.

La epidemiología estudia también la evolución y el resultado final, es decir, la historia natural de las enfermedades en personas y grupos. La aplicación de los principios y métodos epidemiológicos a los problemas de los distintos pacientes que se encuentran en la práctica de la Medicina ha dado lugar al desarrollo de la Epidemiología Clínica. Por tanto, la epidemiología presta un fuerte apoyo tanto a la medicina preventiva como a la medicina clínica.

A menudo se utiliza la epidemiología para describir el estado de salud de los grupos en la población. El conocimiento de la carga de enfermedad en las distintas poblaciones es esencial para las autoridades sanitarias, que han de buscar la forma de utilizar recursos limitados para lograr el mejor efecto posible, lo que les obliga a identificar programas sanitarios prioritarios de prevención y de asistencia. En algunos campos especializados como la epidemiología ambiental y la epidemiología ocupacional o laboral, el objeto principal de estudio son las poblaciones con tipos específicos de exposición ambiental.

Recientemente, los epidemiólogos han intervenido en la evaluación de la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios, determinando la adecuada duración de la estancia hospitalaria en cuadros específicos, el valor del tratamiento de la hipertensión, la eficiencia de las medidas sanitarias en cuanto al control de las enfermedades diarreicas, el impacto sobre la salud pública de la reducción de los aditivos de plomo en la gasolina, etc.

### ***Observaciones y experimentos:***

Los estudios epidemiológicos pueden clasificarse como de observación y de experimentación. **Los estudios de observación**, dejan que la naturaleza siga su curso: el investigador mide pero no interviene. Estos estudios pueden ser de dos tipos:

**1.- Estudio descriptivo** se limita a una descripción de la frecuencia de una enfermedad en una población y a menudo es la primera etapa de una investigación epidemiológica.

**2.- Estudio analítico** va más allá y analiza las relaciones entre el estado de salud y otras variables.

Salvo en los estudios descriptivos más sencillos, los estudios epidemiológicos son de carácter analítico.

Una información descriptiva limitada, como una serie de casos en la que se describen las características, de un determinado número de pacientes con una enfermedad específica, pero en la que no se establecen comparaciones con una población de referencia, suele estimular el inicio de un estudio epidemiológico más detallado. Por ejemplo, Gottlieb y colaboradores, describieron cuatro varones jóvenes con una forma previamente rara de neumonía y abrieron el camino para toda una serie de estudios epidemiológicos sobre este cuadro que acabó siendo conocido como SIDA.

### **Estudios experimentales o de intervención.**

Implican un intento activo de cambiar un determinante de la enfermedad, como una exposición o una conducta, o el progreso de la enfermedad, mediante su tratamiento, y son similares en cuanto a diseño, a los experimentos realizados en otros campos de la ciencia. Sin embargo, están sujetos a limitaciones adicionales, ya que la salud de las personas del grupo de estudio puede correr peligro.

El principal diseño de estudio experimental es el ensayo controlado aleatorio, en el que se utilizan pacientes como sujetos del estudio.

Los ensayos de campo y los ensayos comunitarios son también diseños experimentales en los que los participantes son, respectivamente, personas y comunidades sanas.

En todos los estudios epidemiológicos es esencial contar con una definición clara de "caso" de la enfermedad, que se va investigar, es decir, los síntomas, signos y demás características que indican que una persona sufre de una enfermedad.

También es necesario disponer de una definición clara de persona expuesta, es decir, de las características que identifican a una persona como expuesta al factor que se estudia. Cuando no se parte de definiciones claras de enfermedad y exposición, es probable que resulte sumamente difícil interpretar los datos obtenidos en el estudio epidemiológico.

### ***Epidemiología Observacional:***

**1.- Estudios descriptivos:** Una descripción sencilla del estado de salud de una comunidad, basada en los datos habitualmente disponibles u obtenidos en encuestas especiales, suele ser el primer paso de una investigación epidemiológica. En muchos países existe un centro nacional encargado de las estadísticas sanitarias que hace este tipo de estudios. Los estudios descriptivos no intentan analizar los vínculos entre exposición y efecto; suelen basarse en las estadísticas de mortalidad y pueden examinar los patrones de muerte según edad, sexo o grupo étnico durante períodos concretos de tiempo o en zonas distintas.

**2.- Estudios ecológicos:** Los estudios ecológicos o de correlación también sirven a menudo como punto de partida del proceso epidemiológico.

En un estudio ecológico, las unidades de análisis no son los individuos, sino las poblaciones o grupos de personas. Por ejemplo, en un país se demostró que existía una clara relación entre el promedio de ventas de fármacos antiasmáticos y la ocurrencia de un número inusualmente alto de muerte por asma; esta relación puede estudiarse comparando las poblaciones de diferentes países en el mismo período o la misma población de un país en distintos períodos.

Este último enfoque permite soslayar algunos de los factores socioeconómicos que pueden inducir a confusión y que son un problema potencial en los estudios ecológicos. Aunque son sencillos de llevar a cabo y, por tanto, atractivos, los estudios ecológicos suelen ser de difícil interpretación, ya que rara vez es posible examinar directamente las diversas explicaciones posibles de los hallazgos, pues los estudios ecológicos se basan generalmente en datos recogidos para otros fines; es posible que no se dispongan de datos sobre otras exposiciones o factores socioeconómicos que pudieran ser pertinentes.

Además, como la unidad de análisis es una población o un grupo, no puede establecerse el vínculo individual entre la exposición y el efecto. Uno de los atractivos de estos estudios es que los datos pueden utilizarse para poblaciones de características muy distintas. Si a partir de los datos ecológicos se extraen conclusiones inadecuadas, se produce la llamada falacia ecológica o sesgo ecológico. La asociación observada entre variables a nivel de grupo no necesariamente representa la asociación existente a nivel individual; no obstante, los estudios ecológicos son a menudo un punto de partida provechoso para trabajos epidemiológicos más detallados.

**3.- Estudios transversales:** Los estudios transversales miden la prevalencia de una enfermedad y con frecuencia reciben, simplemente el nombre de estudios de

prevalencia. En un estudio transversal las mediciones de la exposición y de su efecto corresponden al mismo momento. No resulta fácil valorar las razones que justifican las asociaciones demostradas en los estudios transversales; la cuestión clave es si la exposición precede o sigue al efecto. Si se sabe que los datos de exposición representan una exposición anterior a la aparición de cualquier efecto, el análisis de los datos puede ser similar al de los estudios de cohortes. Los estudios transversales son relativamente fáciles y económicos y resultan útiles para investigar exposiciones que constituyen características fijas de los individuos, como trastornos referidos a la edad, al grupo étnico, el nivel socioeconómico o el grupo sanguíneo; en los brotes repentinos de una enfermedad, los estudios transversales que implican la medición de varias exposiciones constituyen a menudo el primer paso correcto para la investigación de la causa.

Diversos países llevan a cabo en muestras representativas de sus poblaciones estudios transversales periódicos, de características personales o demográficas y hábitos relacionados con la salud y enfermedad, se estudia de esta manera la frecuencia de la enfermedad en distintos aspectos, como sexos, edades y grupos étnicos, estos datos ayudan a valorar las necesidades de asistencia sanitaria de esas poblaciones.

Las encuestas transversales de morbilidad y de utilización de servicios de salud suelen dar resultados muy distintos en países diferentes, lo que en general refleja variaciones metodológicas en la realización de las encuestas, además de diferencias reales entre unas poblaciones y otras.

La falta de estandarización de los métodos de encuesta puede impedir las comparaciones entre tasas de morbilidad o de utilización. Se han hecho recomendaciones sobre la forma de mejorar la metodología de las encuestas sanitarias mediante entrevistas en los países en vías de desarrollo.

No debe perderse de vista el objetivo fundamental de la encuesta; los cuestionarios deben estar bien diseñados y la muestra elegida debe ser adecuada.

**4.- Estudios de casos y controles:** Los estudios de casos y controles, o de casos y testigos, son relativamente sencillos y económicos y cada vez se usan más para investigar las causas de la enfermedad, en especial de enfermedades raras o muy poco frecuentes. En este tipo de investigación se estudian un grupo de personas con la enfermedad u otro resultado final y un grupo de “controles” o “testigos” adecuados (grupo control, testigo, de comparación o de referencia), que no tienen la enfermedad o el resultado final que se quiere estudiar. Se compara la frecuencia con la que una posible causa se dio entre los casos por una parte y entre los controles por otra. Los datos que se utilizan corresponden a varios puntos temporales; los estudios de casos y controles son, pues, longitudinales y no transversales. Se han llamado también **estudios retrospectivos**, ya que el investigador busca “hacia atrás”, a partir de una enfermedad, la posible causa de la misma. Esta denominación puede inducir a confusión, ya que los términos

retrospectivo y prospectivo se utilizan cada vez más para describir el período de recogida de datos respecto a la fecha actual. En este sentido, un estudio de casos y controles puede ser tanto retrospectivo, cuando todos los datos se toman del pasado, como prospectivo, cuando la recogida de datos continúa a medida que el tiempo va pasando. Los estudios de casos y controles comienzan con la selección de los casos, que deben ser representativos de todos los casos de una población determinada. Lo más difícil es seleccionar los controles de manera que en cuanto a prevalencia de exposición sean una muestra de la población que generó los casos. Además en la elección de los controles y de los casos no debe influir que hayan estado o no expuestos al factor en estudio. El estado de exposición o no exposición debe determinarse de igual forma para los sujetos de ambos grupos, no es necesario que los casos y los controles sean una muestra del conjunto de la población; de hecho pueden limitarse a un subgrupo predeterminado, como ancianos, varones o mujeres. Los controles deben ser personas que podrían haber sido designadas casos del estudio si hubieran desarrollado la enfermedad. Lo ideal es que en estos estudios, se utilicen casos nuevos (casos “incidentes”) para evitar la dificultad que supone discernir entre factores relacionados con la causalidad y factores relacionados con la supervivencia; de todas formas se han realizado muchos estudios de casos y controles con datos de prevalencia, por ejemplo estudios sobre malformaciones congénitas.

Un aspecto importante de estos estudios, es la determinación del comienzo y de la duración de la exposición, tanto en los casos como en los controles. Por el diseño de estos estudios, el estado de exposición de los casos suele determinarse después de que la enfermedad se ha desarrollado (datos retrospectivos), en general, mediante entrevista directa a la persona en cuestión o un familiar o conocido.

En las respuestas del informante puede influir su conocimiento de la hipótesis que se investiga o la propia experiencia de la enfermedad; a veces la exposición se determina mediante pruebas bioquímicas, por ejemplo, plomo en sangre o cadmio en orina, que pueden modificarse por efecto de la enfermedad.

Este problema puede evitarse si se disponen de datos de exposición exactos procedentes de un sistema habitual de registro, por ejemplo, registros de ocupación en la industria, o si el estudio de casos y controles se lleva a cabo de manera prospectiva, recogiendo los datos de exposición antes de que aparezca la enfermedad. Un diseño de este tipo constituye el estudio de casos y controles anidado. Un ejemplo clásico de estudio de casos y controles fue el descubrimiento de la relación existente entre la talidomida y las raras malformaciones de las extremidades, llamadas focomelias, por el parecido de los miembros superiores con los brazos de las focas, que aparecieron en niños nacidos en Alemania entre 1959 y 1960. En el estudio, llevado a cabo en 1961, se compararon los niños afectados con niños normales; de las 46 mujeres cuyos hijos tenían

malformaciones típicas, 41 habían tomado talidomida entre la cuarta y la novena semanas de gestación, mientras que ninguna de las madres cuyos niños eran normales habían tomado el fármaco en dichos estadios del embarazo.

**5.- Estudios de cohorte:** Los estudios de cohorte, también llamados estudios de seguimiento o de incidencia, se inician con un grupo de personas (una cohorte) sanas, que se clasifican en pequeños grupos según la exposición a una causa potencial de enfermedad u otro resultado final. Se especifican y se miden las variables de interés y se sigue la evolución de la totalidad de la cohorte para ver como la aparición posterior de nuevos casos de enfermedad, o el resultado de lo estudiado, difiere entre los grupos con y sin exposición. Como los datos recogidos hacen referencia a distintos puntos temporales, los estudios de cohortes, al igual que los de casos y controles, son longitudinales. Los estudios de cohorte también se llaman a veces estudios prospectivos, pero esta terminología resulta confusa y debe evitarse; estos estudios proporcionan la mejor información sobre la causalidad u origen de la enfermedad y la medida más directa del riesgo de desarrollo de la misma. Conceptualmente son sencillos, pero en la práctica representan una tarea enorme y a menudo precisan largos períodos de seguimiento, ya que la enfermedad puede aparecer mucho tiempo después de la exposición, por ejemplo, el período de inducción de la leucemia provocada por radiación son de muchos años, lo que obliga a seguir la evolución de los participantes durante un período igualmente largo. Muchas de las exposiciones que se investigan son por su propia naturaleza prolongadas y obtener una información adecuada exige que se recopilen datos a lo largo de mucho tiempo; sin embargo, en el caso del consumo de tabaco, por ejemplo, muchas personas tienen hábitos estables que permiten recoger la información sobre la exposición previa en el mismo momento en que se define la cohorte.

En situaciones de exposiciones agudas y bruscas, la relación causa efecto para los resultados agudos puede resultar evidente, pero los estudios de cohorte también se utilizan para investigar efectos crónicos o tardíos. Como estos estudios comienzan con personas expuestas y no expuestas, es importante establecer en qué medida es difícil medir la exposición o conseguir datos existentes de exposición individual para determinar si será fácil o difícil llevar a cabo el estudio, si la enfermedad es rara tanto en el grupo expuesto como en el no expuesto, puede resultar también difícil conseguir un grupo de estudio de tamaño suficiente.

El costo de un estudio de cohorte puede reducirse utilizando fuentes habituales de información sobre mortalidad o morbilidad como registros de enfermedades o registros nacionales de defunciones.

### **Epidemiología experimental:**

Una intervención, ensayo o experimento implica el intento de cambiar una variable en uno o más grupos de personas, puede ser la eliminación de un factor dietético

que se piensa produce alergia o la comprobación de un tratamiento nuevo en cierto grupo de pacientes. Los efectos de una intervención se miden comparando la evolución del grupo experimental con la de un grupo control, como las intervenciones están estrictamente definidas en el protocolo, las consideraciones éticas adquieren una importancia esencial en el diseño de estos estudios, por ejemplo, a ningún paciente se le puede negar un tratamiento adecuado como consecuencia de su participación en un experimento y el tratamiento que se estudia debe ser aceptable teniendo en cuenta los conocimientos existentes.

Este tipo de estudio puede ser de tres clases:

**A. Ensayos controlados aleatorios**, o ensayo clínico aleatorio, es una investigación experimental epidemiológica destinada a estudiar un nuevo protocolo preventivo o terapéutico. Las personas de una población se asignan de forma aleatoria a uno de dos grupos, llamados generalmente “de tratamiento” y “de control”. Los resultados se valoran comparando la evolución en los dos o más grupos que se hayan formado. El resultado final que se estudia puede ser la reaparición de la enfermedad o la recuperación de una enfermedad ya establecida.

**B. Ensayos de campo**, a diferencia de los ensayos clínicos, en los ensayos de campo participan personas sanas que se suponen expuestas al riesgo de contraer una enfermedad; la recogida de datos se hace “en el campo” o “sobre el terreno”, generalmente entre personas de la población general no ingresadas a instituciones. Como son personas sanas y el objetivo del estudio es prevenir la aparición de enfermedades que pueden ocurrir con una frecuencia relativamente baja, los ensayos de campo suelen ser una tarea enorme que implica consideraciones logísticas y financieras importantes.

**C. Ensayos comunitarios**, en esta forma de experimentación, los grupos de tratamiento son, en lugar de personas, son las comunidades. Este método resulta especialmente adecuado para investigar las enfermedades que tienen su origen en condiciones sociales, sobre las que resulta más fácil intervenir de forma directa, tanto si se trata de la conducta de grupos como si corresponden a la de los individuos.

### **Errores potenciales en los estudios epidemiológicos:**

Un objetivo importante de la mayor parte de las investigaciones epidemiológicas es medir con exactitud la ocurrencia de la enfermedad; sin embargo, las mediciones epidemiológicas, no siempre son fáciles y existen muchas posibilidades de error en ellas; como nunca pueden eliminarse todas las posibilidades de error, hay que prestarles una gran atención y valorar su importancia. Los errores pueden ser:

**Error aleatorio:** es la divergencia solo debida al azar, entre una observación hecha en una muestra y el verdadero valor que corresponde a la población, lo que

lleva a una falta de precisión en la medida de una asociación; existiendo tres fuentes principales de error aleatorio: a) La variación biológica individual.

b) El error de muestreo.

c) El error de medición.

**Error sistemático:** en epidemiología se habla de error o sesgo sistemático cuando existe una tendencia a obtener resultados que difieren de forma sistemática de los valores verdaderos; si un estudio tiene un error sistemático pequeño su exactitud se considera elevada, la exactitud no depende del tamaño de la muestra.

**Epidemiología y prevención:** El conocimiento epidemiológico estimula la práctica de la prevención en el trabajo clínico habitual. Gran parte de esta prevención es de nivel secundario o terciario, pero también puede practicarse sistemáticamente la prevención primaria. Los pediatras la han practicado desde hace mucho tiempo, por ejemplo mediante programas de vacunación, detección sistemática de enfermedades metabólicas congénitas como la fenilcetonuria, control periódico del peso del niño y uso de gráficos normalizados para vigilar el desarrollo, la atención prenatal también es un buen ejemplo de la integración de la prevención en la práctica clínica habitual, ya sea del médico o de otros profesionales de la salud. Por ejemplo se ha demostrado que los profesionales de la salud pueden convencer, con más facilidad, al menos a algunos de sus pacientes para éstos que dejen de fumar.

## **2. PSICOPATOLOGÍA.**

### **Definición:**

La Psicopatología es una disciplina que se ocupa de la psicología patológica, anormal o enferma. El concepto de patológico o enfermo puede ser definido con facilidad, pues resulta claro es que el término enfermedad, se ha venido aplicando preferentemente a las alteraciones corporales de las que se ocupa la Medicina.

La Psicopatología como ciencia, se ha constituido dentro del marco de las Ciencias Médicas y durante mucho tiempo ha utilizado criterios médicos en detrimento de los psicológicos.

Junto al concepto médico de lo psicopatológico se preconiza uno preferentemente psicológico, calificando de enfermo psíquico o psiquis patológica, a los individuos que, debido a sus peculiares caracteres psicológicos, se encuentran incapacitados para realizarse como un ser biológico, personal y social, lo cual podría coincidir o no con un desequilibrio corporal o somático; esta posibilidad debe realizarse satisfactoriamente y supone un conocimiento correcto de la realidad exterior, una capacidad de sintonía emocional con los otros hombres, con su familia, con su

sociedad y con el mundo, añadiendo a esto una conducta o comportamiento adecuado.

### **Definición de salud y enfermedad:**

La definición más ambiciosa de la salud es la que propuso la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1948: "Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia". Como se comprende se necesitan definiciones más prácticas de salud y enfermedad.

La epidemiología se centra en aspectos de la salud, que son relativamente fáciles de medir y que constituyen prioridades para la acción. En las comunidades en las que se ha realizado progresos en la prevención de la muerte e incapacidades prematuras se presta cada vez más atención a los estados positivos de la salud.

Las definiciones del estado de salud que utilizan los epidemiólogos tienden a ser simples, por ejemplo: "presencia de enfermedad" o "ausencia de enfermedad", el desarrollo de criterios para la determinación de la presencia de una enfermedad requiere una definición de normalidad y anormalidad; sin embargo, a menudo es difícil definir lo que es normal y la distinción entre lo normal y lo anormal muchas veces no es clara, pues los criterios diagnósticos suelen basarse en síntomas, signos y resultados de pruebas complementarias.

En algunos casos está justificado el uso de criterios muy sencillos; las normas de tratamiento dadas por la OMS, recomiendan que la detección de algunas enfermedades se haga teniendo en cuenta sólo signos clínicos, sin auscultación, radiografías, etc.

Los criterios diagnósticos pueden cambiar muy rápidamente a medida que aumentan los conocimientos o mejoran las técnicas.

Cualesquiera que sean las definiciones utilizadas en epidemiología, es imprescindible que estén claramente expresadas y que resulten fáciles de usar y aplicar de forma estandarizada en muy diversas circunstancias y por distintas personas.

Las definiciones usadas en la práctica clínica se especifican de forma menos rígida y el juicio del clínico adquiere mayor importancia en el diagnóstico, lo que se debe, al menos en parte, a que suele ser posible proceder de forma escalonada, realizando una serie de pruebas hasta que se confirme el diagnóstico.

Los estudios epidemiológicos pueden utilizar datos de la práctica clínica, pero a menudo se basan en datos recogidos con objeto de detectar de manera precoz la enfermedad.

### **Frecuencia de la enfermedad:**

***Población expuesta a riesgo***: varias medidas de frecuencia de enfermedad se basan en los conceptos fundamentales de prevalencia e incidencia.

Es importante señalar que el cálculo de medidas de frecuencia de enfermedad, dependen de una estimación correcta del número de personas que se está

considerando, lo ideal es que estas cifras incluyan solo a las personas potencialmente susceptibles de padecer la enfermedad en estudio, por ejemplo, es evidente que los varones no deben ser incluidos en los cálculos de frecuencia del carcinoma de cuello uterino.

La parte de la población que es susceptible a una enfermedad se denomina población expuesta al riesgo.

***Prevalencia e incidencia:***

**a.- La prevalencia** de una enfermedad es el número de casos de la misma en una población y en un momento dado.

**b.- La incidencia** es el número de casos nuevos que se producen durante un período de tiempo determinado en una población especificada. Se trata de instrumentos esencialmente distintos para medir la ocurrencia de la enfermedad; la relación entre prevalencia e incidencia varía de unas enfermedades a otras. Hay enfermedades de alta prevalencia y baja incidencia, como la diabetes, o de baja prevalencia y alta incidencia, como el resfriado común; los resfriados son más frecuentes que la diabetes, pero solo durante un intervalo muy corto, mientras que una persona que se convierte en diabética padecerá de la enfermedad diabética de manera permanente. La medición de la prevalencia y la incidencia implica básicamente el recuento de casos en poblaciones definidas expuestas al riesgo; el número de casos por sí mismo y sin referencia a la población expuesta al riesgo, puede dar en ocasiones cierta idea de la magnitud global de un problema sanitario o su tendencia a corto plazo en una población, por ejemplo, durante una epidemia. Los datos de prevalencia e incidencia adquieren una utilidad muy importante si se convierten en tasas. Una tasa se calcula dividiendo el número de casos por el número correspondiente de personas de la población expuesta al riesgo.

**Tasa de prevalencia:** Esta tasa puede aumentar por la mayor duración de la enfermedad, por la prolongación de la vida de los pacientes sin curación, por el aumento de casos nuevos (aumento de incidencia), por la inmigración de casos, por la emigración de las personas sanas, por la inmigración de las personas susceptibles y por las mejoras de las posibilidades diagnósticas. Así también puede disminuir por la menor duración de la enfermedad, por la elevada tasa de letalidad o muerte de la enfermedad, por la disminución de casos nuevos (disminución de la incidencia), por la inmigración de las personas sanas, por la emigración de casos y por el aumento de la tasa de curación de casos.

**Tasa de incidencia:** en el cálculo de la tasa de incidencia, el numerador es el recuento de episodios nuevos que se producen en un período de tiempo definido y el denominador es la población expuesta al riesgo de sufrir el episodio durante dicho período; esta tasa toma en consideración los periodos variables durante los cuales las personas están libres de la enfermedad y, por tanto, expuestas al riesgo de desarrollarla. Como muchas veces no es posible medir con precisión los períodos libres de enfermedad, a menudo el denominador se calcula de forma

aproximada, multiplicando el tamaño medio de la población en estudio por la longitud del período de estudio; esta opción es razonablemente exacta cuando el tamaño de la población permanece estable y la tasa de incidencia es baja.

**Tasa de incidencia acumulada o riesgo acumulado.** La tasa de incidencia acumulada es una medida más sencilla de la ocurrencia de una enfermedad o estado de salud, a diferencia de la tasa de incidencia, en la tasa de incidencia acumulada el denominador solo se mide al iniciar el estudio, y se suele presentar como casos por 1000 (mil) habitantes. El período puede tener cualquier duración, pero suele ser de varios años o incluso de toda la vida, por tanto, la tasa de incidencia acumulada es similar al “riesgo de muerte”, concepto usado en los cálculos actuariales y de tablas de mortalidad.

**Letalidad:** es una medida de la gravedad de una enfermedad y se define como la proporción de casos de una enfermedad o evento determinado que resultan mortales en un período especificado, también se le llama **tasa de letalidad**.

**Causalidad en epidemiología:** En el campo de la salud, el conocimiento de las causas de la enfermedad es importante no solo para su prevención, sino también para el diagnóstico y la aplicación del tratamiento adecuado; el concepto de causalidad ha dado lugar a muchas controversias en epidemiología, al igual que en otras ciencias. La filosofía de la ciencia continúa el estudio del proceso de inferencia causal por el que se llega a un juicio que relaciona la causa propuesta con el resultado final. Una causa de una enfermedad es un acontecimiento, circunstancia, característica o combinación de estos factores que desempeña un papel importante en la producción de la enfermedad, como es lógico, la causa debe preceder a la enfermedad, se dice que una causa es “suficiente” cuando inevitablemente produce o inicia la enfermedad y “necesaria” cuando la enfermedad no puede desarrollarse en su ausencia. Pueden distinguirse cuatro tipos de factores que intervienen en la causalidad de la enfermedad, todos pueden ser necesarios, pero raramente son suficientes para provocar una enfermedad o estado determinado, así:

**A. Factores predisponentes,** tales como la edad, el sexo o el padecimiento previo de un trastorno de salud pueden crear un estado de sensibilidad para un agente productor de enfermedad.

**B. Factores facilitadores,** tales como ingresos económicos reducidos, alimentación escasa, vivienda inadecuada y asistencia médica insuficiente, que pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad. A su vez, las circunstancias que favorecen la recuperación de las enfermedades o el mantenimiento de una buena salud también podrían llamarse factores facilitadores.

**C. Factores desencadenantes,** como la exposición a un agente patógeno o nocivo específico, que pueden asociarse a la aparición de una enfermedad o un estado determinado.

**D. Factores potenciadores**, como una exposición repetida o un trabajo demasiado duro, que pueden agravar una enfermedad ya establecida.

### **Epidemiología Clínica y Psicopatología:**

La epidemiología clínica es la aplicación de los principios y métodos de la epidemiología a la práctica de la medicina clínica, esta disciplina aún está perfeccionando sus métodos, desarrollados fundamentalmente a partir de la epidemiología, e integrándolos con la ciencia de la medicina clínica.

La epidemiología clínica es una de las ciencias médicas básicas, aunque en casi todas las facultades de medicina sigue sin ser reconocida como tal. Utiliza los métodos empleados por los clínicos para evaluar los procesos y resultados finales de su trabajo. Se ha sugerido que “Epidemiología Clínica” es una contradicción en los términos, ya que la epidemiología se refiere a poblaciones, mientras que la clínica se refiere a personas; este conflicto aparente desaparece si se considera que la epidemiología clínica trabaja con una población definida de pacientes, en lugar de una población en general; no hay duda que la epidemiología desempeña un papel importante en el progreso de la práctica clínica de los profesionales médicos, de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos clínicos y de muchos otros trabajadores sanitarios. La justificación de la disciplina radica en que las decisiones clínicas deben tener un fundamento científico claro, lo que requiere, entre otras cosas, de una investigación adecuada con un componente epidemiológico importante. Los temas centrales de la epidemiología clínica son las definiciones de normalidad y anormalidad, la exactitud de las pruebas diagnósticas, la historia natural de la enfermedad y su pronóstico, la eficacia del tratamiento y la prevención en la práctica clínica.

### **Ciencias de la Conducta Humana y Epidemiología Clínica.**

#### **Base Teórica.**

Para Rotondo Grimaldi, Humberto; representa un intento de sistematización de conceptos básicos de las llamadas Ciencias del Comportamiento o de la Conducta (Psicología, Sociología, Antropología cultural, etc.), con miras a su empleo en una comprensión del contexto psicológico, social y cultural de la enfermedad y del cuidado médico. Desde un comienzo recordemos a Whitehead, cuando escribía: “En todo pensamiento sistemático hay un dejo de pedantería. Dejamos aparte nociones, experiencias y sugerencias con la fina excusa de que naturalmente no pensamos en tales cosas....Tener sistema es importante. Es necesario para el manejo, la utilización y la crítica de los pensamientos que irrumpen en nuestra experiencia....Debemos ser sistemáticos. Pero es preciso que dejemos abiertos nuestros sistemas: debemos sentir sus limitaciones”. Nuestra ponencia es de índole “teórica” en cuanto expone conceptos e hipótesis que pueden utilizarse a manera de instrumentos, de trabajo en situaciones concretas: la relación médico

paciente, el diagnóstico, el análisis de los diversos factores psicológicos, sociales y culturales que pueden facilitar o dificultar las diversas intervenciones preventivas (primarias, secundarias y terciarias), la utilización de los recursos médicos, etc.

En lugar de presentar un grupo de conceptos de una determinada disciplina, presentamos aquí conceptos interrelacionados de la Psicología, Sociología y Antropología, de tal suerte que sin llegar a la pretensión de constituir un sistema, puedan servir al futuro trabajador de las ciencias de la conducta, para desarrollar una mejor comprensión de las situaciones concretas implicadas en su práctica cotidiana. El médico al enfocar su atención a una comunidad específica o en un paciente y su familia, está siempre ante situaciones sociales muy concretas en que operan simultáneamente factores psicológicos (actitudes, estados emocionales, etc.), y culturales (valores, costumbres, creencias, etc.), condicionando la aparición de la enfermedad, facilitando o dificultando la recuperación de la salud, etc. Aquí trataremos de cómo utilizar esos conceptos en el diagnóstico y tratamiento de esas situaciones concretas.

### **Método clínico y epidemiología clínica.**

El método clínico es un método aplicado, dirigido al estudio integral de casos o situaciones determinadas o específicas, por ejemplo un paciente, una familia, una situación de trabajo, etc. Utiliza sin embargo, conocimientos, principios y técnicas generales, aplicándolas juiciosamente de acuerdo a la índole o requerimiento del “caso” (el individuo, la situación de estudio) para su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. El método clínico es básicamente un medio para el estudio de todos los factores o aspectos presentes en un “caso”, sin excluir ninguno y prestando atención a la interrelación concreta de todos ellos, tal y conforme se dan en el caso considerado o estudiado.

### **El Método Clínico en las Ciencias de la Conducta Humana.**

El método de estudiar los fenómenos sociales como un todo, sin ignorar ninguna variable presente, psicológica y cultural, recibe el calificativo de clínico; aplicando el método clínico estudiando al paciente y a su familia, al paciente en relación con el médico, o a una determinada situación (Centro de Salud, Hospital, Consultorio, etc.), prestamos atención a todos los factores presentes y sin subjetividades, señalamos su importancia relativa, tal como se dan en un “ahora” y un “aquí”.

Este enfoque clínico, individual o “idiográfico” no se opone al empleo de esquemas conceptuales orientadores, resultado de generalizaciones obtenidas de la familiaridad o experiencia propia o ajena con muchas situaciones parecidas.

Usando así un esquema conceptual se ordena los hechos similares en ciertas categorías, esto es lo que permite comparar las nuevas situaciones con las ya conocidas o familiares. En este caso podemos ignorar las diferencias y prestar preferente atención a las semejanzas; sin embargo a través de un estudio, siguiendo el método “clínico”, reconoceremos, además, las diferencias

significativas presentes en la situación concreta, si realmente se encuentran una variedad de factores, relacionándose entre sí, otorgándole una configuración especial o “individual”. El “método clínico” en las ciencias del comportamiento no es reñido con el empleo sobrio de la teoría. Son útiles las teorías de nivel intermedio que de acuerdo a la formulación de Merton, son de alcances limitados y operan a través de hipótesis menores para los fines del trabajo cotidiano de la investigación. Resultan un recurso o medio que permite observar sobre la base de cierta hipótesis, ciertas relaciones entre un hecho o acontecimiento y otro; así, siguiendo el modelo ecológico de la enfermedad prestamos atención a las interacciones entre el organismo humano, las noxas y el medio ambiente (social, cultural, psicológico, biológico, físico); un concepto valioso, el de las relaciones directas entre motivación y aprendizaje que nos lleva a determinar las condiciones que pueden estar asociadas a un escaso aprendizaje, precisando al lado de otros factores, si hay o no interés por la materia señalada, etc.

La teoría, entendida de esta manera, es un conjunto de orientaciones que nos llevan a observar ciertos hechos y a tener en cuenta determinadas variables.

A veces escuchamos de la inutilidad de la teoría en la enseñanza médica. Sin embargo nada más práctico que una buena teoría en cuanto ésta nos ayuda a ordenar los fenómenos observados y a verificar luego las hipótesis empleadas.

### **La función de la teoría en las Ciencias de la Conducta Humana.**

Una teoría cumple diversas funciones:

**a.** Nos conduce a observaciones ciertas relacionadas que sin ellas no se hubieran podido registrar.

**b.** Permite incorporar hechos a través de leyes que pronostican acontecimientos, así conociendo la manera cómo interpreta una persona, o grupo de personas, una determinada situación, podemos predecir un probable comportamiento, para dar un ejemplo, si sabemos de las creencias culturales de una madre ante la diarrea de su hijo, cuando sostiene que proviene del “mal del ojo, que lo han ojeado o del ojeo”, como es frecuente de hallar en nuestra población mestiza, podemos adelantar con gran probabilidad, de que llamara al curioso o curandero y no se acercara a la posta médica vecinal, etc.

**c.** Nos lleva a atender ciertos hechos, por ejemplo, debidamente orientados por un esquema conceptual, podemos atender a los aspectos subjetivos de una situación o sea cómo lo interpretan o perciben quienes se hallan en ella, y no solamente a lo que nosotros podemos observar desde fuera, sin colocarnos en la perspectiva y experiencia del otro, etc.

### **Macro y micro perspectiva sociocultural y epidemiología clínica.**

Al considerar los factores socioculturales en la enfermedad, es decir, al estudio de la ecología de la enfermedad, podemos ir desde una amplia perspectiva o macro perspectiva hasta una limitada, circunscrita o micro perspectiva.

Desde la primera podemos estudiar la incidencia y prevalencia de la enfermedad en personas ubicadas diferentemente en la estructura social, podemos determinar las tensiones, privaciones, y riesgos para enfermar. Bajo la macro perspectiva enfoca nuestra atención a los llamados grupos secundarios o a grandes poblaciones con determinadas características sociales o culturales; en este caso a propósito de una determinada morbilidad, por ejemplo tuberculosis o alcoholismo, tomada como variable dependiente, podemos estudiar como variable independiente social o cultural desde un país o región, atendiendo al grado de su desarrollo, a una clase social, grupo étnico (indios, mestizos, etc.), una determinada categoría ocupacional, etc. Esta amplia perspectiva, de índole nomotética, proporciona generalizaciones aplicables a grupos pequeños y a los individuos que pertenezcan a dichos conjuntos amplios. En cuanto, a la micro perspectiva sociocultural enfocada hacia los pequeños grupos y a los individuos, diremos que en ella convergen las amplias perspectivas mencionadas.

Siguiendo a Homans, en su análisis de los pequeños grupos, recordaremos que son totalidades estructuradas que implican fronteras y un ambiente exterior con el que mantienen transacciones indispensables para su supervivencia y funcionamiento. El ambiente exterior, puede didácticamente “desmembrarse en tres aspectos principales: físico, técnico y social, todos los cuales se encuentran interrelacionados”. Ahora bien, al analizar el comportamiento social, el funcionamiento de los pequeños grupos o sea de los grupos primarios, de naturaleza íntima y duradera (familia, grupo de trabajo, escuela, etc.), nos hemos de preguntar siempre:

¿Cuál es la naturaleza del ambiente del grupo?,

¿Sobrevive el grupo en ese ambiente?, y si el grupo sobrevive ¿Cuáles son los límites que esta condición coloca sobre las interacciones, las actitudes y las actividades del grupo?

¿Qué facilidades o dificultades encuentra para su funcionamiento o para la satisfacción de sus necesidades básicas?

Como vemos, inevitablemente la perspectiva **microsocial**, tal cual se da en el enfoque epidemiológico clínico, lleva a una consideración de los sistemas sociales exteriores, al lado de prestar atención al grupo primario, la unidad epidemiológica - la familia- a la que pertenece todo paciente. Ahora, si pasamos de una consideración del pequeño grupo a la del individuo, veremos que éste lleva estampada en su personalidad, en sus formas de reaccionar, el impacto de “su” cultura y de “su” sociedad como consecuencia del lugar particular que ocupa en la vida, que le han enseñado mal o bien, a desempeñar ciertas funciones en los diversos grupos a los que pertenece o ha de pertenecer. No nos vamos a referir a las diversas tensiones y privaciones, social y culturalmente condicionados que ponen a prueba sus capacidades de adaptación, biológicas y psicológicas, sino más bien trataremos de sintetizar un método de estudio de las situaciones

humanas que puedan servir para todo trabajo sea con el individuo sano, en el que hay que promover la salud, o con el enfermo, al que se ha de restaurar la salud, y naturalmente con el grupo familiar que ha de protegerse y atenderse.

**El enfoque situacional.** Es una aproximación amplia para el estudio de cualquier situación humana, permitiendo una consideración de todos los factores sociales, culturales, psicológicos que estuvieran presentes, sin prejuzgar acerca de su valor relativo, cosa que empíricamente a de determinarse en cada caso. Este enfoque iniciado por Thomas, es apenas un sobrio esquema de referencia, una teoría de nivel intermedio en el sentido que le da Merton, para los fines de la labor cotidiana de la investigación que puede y debe llevar a cabo todo médico, sea que trabaje con comunidades, o con pacientes y su familia a los que se enfrente con criterio médico-preventivo. El cual se basa en los siguientes postulados:

a. El comportamiento humano sólo ocurre en ciertas condiciones que pueden representarse por el concepto de situación.

b. La situación humana a menudo incluye algunos factores comunes, tanto para el observador, como para el actor(es) o personas implicadas, a saber: el ambiente físico, normas sociales y el comportamiento observado. Para esto el punto de partida es una descripción de lo observado, los llamados aspectos “objetivos” de la situación.

c. La situación humana incluye, también, factores que sólo existen para los “actores” o personas implicadas en ella, se trata de cómo perciben la situación, esto es lo que significa para ellos o como dice Thomas, “su definición de la situación”. En esto hay una coincidencia con la posición fenomenológica y existencial de Rogers”, lo subjetivo debe de ser comprendido en su carácter real, tal como lo vive la persona, o sea desde su esquema interior de referencia.

Se trata de prestar atención a una realidad más amplia que incluya no sólo el comportamiento, sino a la persona y a la perspectiva del observador y a la persona y perspectiva del observado. Limitarse a una consideración de comportamientos externos observables, elimina una consideración del universo de significados, fines, del curso de experiencias. Esto es cerrarse, de acuerdo a la posición fenomenológica, a lo que hay de real, vivo, por cuanto el comportamiento humano es siempre un obrar en situaciones y siempre función de cómo se las interpreta o percibe. Debemos encarar, todas las realidades del dominio psicológico, se exploran así los mundos privados de los significados personales, íntimos, en un esfuerzo para descubrir relaciones ordenadas con respecto a propósitos, objetivos, valores, elecciones, percepción de uno mismo, los esquemas personales sobre los que construimos nuestro mundo, las responsabilidades que aceptamos o rechazamos, todo el mundo fenoménico del individuo con su trama de significados, es decir los elementos que dan sentido al comportamiento humano”. Complementa Thomas, al decir: “la situación total

contará siempre con más o menos factores subjetivos y el comportamiento humano se puede estudiar sólo en conexión con el contexto total, la situación total como existe en términos objetivos verificables y como ha parecido existir en términos de las personas interesadas". Cada individuo o cada grupo viene a la situación con una experiencia única, una diferente perspectiva y esto a su vez puede llegar a ser un factor en la situación total, conducente a diferentes "definiciones de la situación" y, por consiguiente, a diferentes comportamientos que se condicionan como resultado de esas interpretaciones.

La "definición de la situación" es la que, desde el punto de vista de una persona, por ejemplo un paciente, nos va a permitir comprender sus reacciones ante los diversos estreses a los que se ve expuesto o ha estado sometido, o dicho de otro modo en función de cómo los percibe... La "definición de la situación es el eslabón que une la experiencia pasada y el comportamiento adaptativo a la situación, el carácter de la definición o "interpretación" o "punto de vista" en cualquier situación (enfermedad, accidente, hospitalización, intervención quirúrgica, vacunación, etc.), dependerá de la convergencia de toda una variedad de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. En este análisis precisa determinar, de otra parte, cuánto hay de personal o de único. Las definiciones de grupo o sea las que están en relación con los valores, puntos de vista de los grupos de referencia actuales o futuros de las personas integradas en la situación son sólo un elemento al lado de los individuales que incluyen, por supuesto, factores constitucionales. Los procesos sociales, tal como se dan en la vida real, se hallan representados por una serie de situaciones que despiertan respuestas, no siempre apropiadas por parte de los implicados. Se trata siempre de una sucesión fluida de situaciones que pueden y deben dividirse, para fines específicos de estudio, en segmentos identificables bajo términos de duración, lugar, temas o "asuntos" básicos a resolver, a veces verdaderos "desafíos" para emplear la terminología de Toynbee, o situaciones de crisis, concepto introducido por Thomas, y que ha resultado de incalculables proyecciones aplicativas con Lindemann y Caplan en la Psiquiatría Preventiva.

En estos casos se trata de alguna enfermedad grave o accidente, la muerte de una figura significativa, el desempleo, una deserción, etc. Sin embargo, atendiendo a propósitos específicos, se enfocará más a un aspecto que a otro, sin olvidar, naturalmente, la interpelación de todos ellos y su repercusión en el "foco" de nuestra observación.

**e.** Al estudiar un comportamiento en una determinada situación se prestará atención sucesivamente a la actitud, al "valor" y a la situación. De esta manera se tienen en cuenta factores psicológicos, que en ciertos casos, pueden ser decisivos, en otros de menor peso frente a los factores sociales, cosa que hay que determinar en cada situación concreta. "La actitud es la tendencia a actuar", representa la tendencia, los estados afectivos, las necesidades. El "valor"

representa el objetivo o fin deseado y la situación representa la configuración de los factores condicionantes del comportamiento. También es posible analizar los procesos del comportamiento, desde el punto de vista de la adaptación, es decir de cómo se modifican las actitudes y valores de acuerdo a las demandas de una determinada situación, y de qué manera se reacciona frente al estrés o a la privación planteada por ella. El planteamiento de Thomas, abre las posibilidades para un análisis de las relaciones interpersonales implicadas en la situación que se analiza, y en este sentido tiene una aplicación fecunda en la comprensión de muchos problemas de salud emocional, o en general de salud, que aparecen como respuesta a las tensiones en las relaciones con los demás, sea en el grupo familiar o en otros. A este respecto continúa Thomas: “ Las situaciones que el individuo encuentra, o en las que se ve forzado a ingresar o crea, descubre el carácter de sus posibilidades de adaptación, positivas o negativas, progresivas o regresivas, sus aspiraciones, logros, renunciamentos y compromisos. Para la personalidad humana también el más importante contenido de las situaciones son las actitudes y valores de otras personas con las que ha entrado en conflicto o colaboración”. Pero también es posible ver, desde el punto de vista del aprendizaje, o de la innovación, como se pueden modificar las actitudes y valores, de acuerdo a las demandas de una determinada situación, sea a través de experiencias correctivas emocionales o en situaciones creadas con fines educativos.

### **Definiciones de normalidad y anormalidad:**

En cualquier consulta clínica lo más importante es determinar si los síntomas, signos o resultados de las pruebas complementarias de un paciente son normales o anormales. Eso es previo a adoptar cualquier medida, sea de estudio, tratamiento u observación. La tarea sería fácil si siempre hubiera una clara distinción entre las distribuciones de frecuencia de las observaciones en personas normales y anormales. Por desgracia, eso ocurre raramente, salvo en los trastornos genéticos determinados por un sólo gen dominante; en ocasiones, las distribuciones de frecuencia se superponen, pero aún es más frecuente que haya una sola distribución y que las personas llamadas anormales ocupen los extremos de una distribución normal, en estos casos se han utilizado tres tipos de criterios para ayudar a los clínicos a tomar decisiones prácticas:

#### **Normal como frecuente:**

El criterio habitualmente utilizado en la práctica clínica consiste en considerar normales los valores que se encuentran con frecuencia y anormales los que solo aparecen de forma ocasional; se admite como límite de la normalidad un punto arbitrario de la distribución de frecuencia (a menudo dos desviaciones estándar por encima o debajo de la media). Eso es lo que se denomina definición operativa de la anormalidad.

Si la distribución es tomando en cuenta la curva de Gauss (normal en sentido estadístico), ese límite de normalidad clasificará como anormal a un 2.5% de la población.

En otro enfoque en el que no se parte del supuesto de que la distribución sea estadísticamente normal, se utilizan los percentiles y generalmente se considera al percentil 95 como límite de separación de normalidad y anormalidad, se clasifica así como anormal al 5% de la población.

Una limitación fundamental de este criterio de normalidad es que en casi ninguna variable existe algún fundamento biológico que permita utilizar un valor arbitrario como límite de normalidad.

### ***Anormalidad asociada a enfermedad:***

Este criterio se basa en la distribución de las observaciones en personas tanto sanas como enfermas e intenta definir un límite que separe claramente ambos grupos; una comparación de las dos distribuciones de frecuencias suele mostrar una considerable superposición, como sucede con las distribuciones, por ejemplo, de las personas que tienen colesterol sérico sin cardiopatía isquémica; en estos casos resulta claramente imposible elegir un valor que separe netamente la normalidad de la anormalidad, pues siempre hay personas sanas al lado anormal del valor límite y casos verdaderos al lado normal.

Estos dos tipos de error de clasificación pueden expresarse cuantitativamente mediante la sensibilidad y la especificidad de la prueba; sensibilidad es la proporción de personas verdaderamente enfermas que son catalogadas como anormales por la prueba y especificidad, es la proporción de personas verdaderamente normales que son catalogadas como tales por la prueba, siempre ha de buscarse un equilibrio entre sensibilidad y especificidad, ya que el incremento de una supone la reducción de la otra.

### **Presencia de la Anormalidad.**

Anormalidad como susceptibilidad de tratamiento: las dificultades para distinguir entre normalidad y anormalidad utilizando los criterios anteriores han llevado al uso de criterios determinados en ensayos aleatorios controlados en los que se investiga el nivel a partir del cual el tratamiento produce más beneficio que perjuicio; por desgracia, solo en contadas ocasiones se dispone de este tipo de información en la práctica clínica. Lo que se considera tratable cambia con el tiempo, a medida que los estudios clínicos bien realizados aportan nuevas pruebas, las cifras recomendadas para iniciar un tratamiento cambian, sin embargo, cada nuevo límite de tratamiento que se propone tiene implicaciones logísticas y económicas importantes que se han de tener en cuenta.

En el campo de la Salud Mental y por ende en el de la Psicopatología, el concepto de epidemiología clínica, tiene un valor especial, pues, debido a la multicausalidad del enfermar mental, el individuo no se encuentra sólo en el mundo, sino que pertenece fundamentalmente a una familia, y este enfermar puede devenir del

grupo de familia hacia el paciente, o el enfermar del paciente va de todas maneras tocar a su grupo de familia el cual se verá más o menos alterado por esta situación presentada, las cuales en la gran mayoría de veces tienen que ser manejados y tratados en el seno del hogar, con las serias y severas implicancias e interferencias que el enfermar mental trae consigo.

### **3. ADOLESCENCIA**

La adolescencia es la etapa final de la edad evolutiva, considerando como tal, el lapso comprendido entre el nacimiento y la adquisición de la estabilidad somática, psicológica propia del adulto, íntimamente relacionada con la maduración estructural del Sistema Nervioso Central. Dos procesos caracterizan a la adolescencia: el crecimiento (talla corporal y la conformación sexual); y el desarrollo de la personalidad. En ambos intervienen factores endógenos, genéticos y fisiológicos, así como factores exógenos provenientes de la familia, el medio y la cultura. La antropología nos dice que las culturas primitivas carecían de adolescentes, pues cuando el individuo alcanzaba cierta edad pasaba a integrar el grupo de adultos. Aún hoy, muchos jóvenes, sobre todo de pueblos subdesarrollados y del estrato socio económico inferior, que deben de afrontar, desde la adolescencia, las responsabilidades de los adultos, por falta de éstos, bien sea por la ausencia de éstos en el hogar o por precariedad de recursos, enfrentando un mundo agresivo y alienante, en la mayoría de los casos, sin los elementos formativos. En la adolescencia se distinguen teóricamente tres periodos: la adolescencia temprana, que comprende, en promedio de los 10 a los 15 años de edad. La adolescencia intermedia, de los 13 a los 18 años de edad y la adolescencia avanzada, de los 16 a los 21 años de edad; siendo siempre más precoz en la mujer. Cada uno de estos periodos tiene expresividades propias en las áreas del pensamiento, sexualidad, socialización, esquema corporal y conducta.

La adolescencia es el momento de nuestras vidas en que realmente comenzamos a aprender sobre el mundo que nos rodea y a encontrar nuestro lugar en él. Este aprendizaje implica el intentar nuevas experiencias, algunas de las cuales pueden resultar arriesgadas o incluso peligrosas. En esta edad anhelan la excitación en una forma que la mayoría de los adultos encuentran difícil de comprender, sobre todo las actividades excitantes que pueden resultar peligrosas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad y está comprendida dentro del período de la juventud (entre los 10 y los 24 años de edad). La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años de edad. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años de edad. A la

adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años de edad. La OMS estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año.

La juventud es el período de vida que normalmente toma lugar entre la niñez y la adultez. De acuerdo a lo establecido por los organismos de las Naciones Unidas, a la hora de determinar exactamente el lapso de años en los que acontece la juventud, podríamos decir que ésta ocurre entre los 15 y los 25 años, siendo por lo tanto una de las etapas más importantes de la vida al definir intrínsecamente a la persona, sus intereses, sus proyectos y sus relaciones con el mundo que la rodea. Hoy a la adolescencia se le concibe como un periodo de transición, como una etapa que transcurre desde la niñez a la edad adulta y que supone numerosos cambios biológicos, psicológicos y sociales. Los cambios físicos y hormonales influyen en la imagen que el adolescente tiene de sí mismo, en su estado emocional, en su relación con los demás, en su forma de interacción y en su comportamiento en general. Se produce un marcado desarrollo cognitivo, lo que le permite tener una perspectiva temporal y preocuparse más por el futuro. El adolescente puede también prescindir de toda referencia concreta y analizar un proceso de abstracción en cualquier terreno de la vida. Al mismo tiempo, es un momento crucial para la consolidación y afirmación de su identidad, de su autonomía y de su integración en el grupo de iguales.

### **Características:**

La adolescencia sigue siendo un tema de palpitante actualidad, pues ella es, si cabe el término, un producto cultural, integrado por una constante psicodinámica universal y con variables de dimensiones ecológicas e históricas. Todo se inicia en la pubertad, con una verdadera crisis fisiológica. En esta etapa se desencadenan los conflictos y los desajustes de la conducta; él comienza a experimentar sus necesidades propias, a sentirse dueño de sus derechos, (situación lógica en un ser que completa su evolución para adquirir un estado definitivo); nacen las amistades, la integración con grupos de pares afines, (afinidad muchas veces imaginada por la necesidad de conseguir apoyo para afirmar la propia personalidad); descubre la naturaleza, la cultura, la sociedad, el sexo y el amor. Su curiosidad infinita y su instinto exploratorio lo arrastran a todos los campos del conocimiento. De la calidad y cantidad de sus contactos dependerá su personalidad adulta.

Normalmente, en el adolescente encontramos: la búsqueda de sí mismo y de su identidad; su tendencia a agruparse; la necesidad de intelectualizar y fantasear; la crisis religiosa, vocacional y existencial, su desubicación temporal, su evolución sexual, su actividad social reivindicatoria, las contradicciones sucesivas en todas

las manifestaciones de su conducta, la separación progresiva de sus progenitores y las constantes fluctuaciones de su afectividad.

### **Alteraciones más frecuentes en la adolescencia**

Se ha creído conveniente tomar como referente de nuestro medio, el estudio que realizó Oliver, Ernesto, el de la demanda de primeras consultas de adolescentes en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Complejo Hospitalario "San Juan-Daniel A. Carrión" de la Provincia Constitucional del Callao, en 1985, al mirar la fecha ésta no hace sino corroborar la orfandad de estudios, también en esta edad evolutiva tan importante, pero en términos generales no hay muchos cambios con lo que la práctica privada refiere, solo hay un alarmante incremento de las conductas de agresividad psicopatológicas, que terminan en homicidios causados por los adolescentes generalmente a sus parientes muy cercanos. Así tenemos:

1. Perturbaciones de las emociones peculiares de la adolescencia, se trata de trastornos emocionales no bien diferenciados, de duración prolongada, de meses a años, sin relación estrecha con el tipo y contenido de la situación de tensión, hallándose ansiedad, miedo, infelicidad, tristeza, hipersensibilidad, timidez, retraimiento social y problemas de relaciones interpersonales. La prevalencia fue de 16.08%.
2. Los trastornos neuróticos se caracterizan de manera individual, por ansiedad creciente, estado fóbico con misofobia (contaminación); cuadro obsesivo compulsivo referido a la limpieza y al esquema corporal; expresividad histérica con desmayos, convulsiones; depresión. Muy rara la hipocondría. La prevalencia fue del 13.08%.
3. Los trastornos de la personalidad más frecuentes fueron el antisocial, con baja tolerancia a la frustración, agresividad, cinismo, rechazo y trasgresiones a las normas establecidas. La prevalencia fue del 11.78%. Aquí podríamos mencionar a las perturbaciones de la conducta propiamente dichas con una prevalencia del 3.1%.
4. Las alteraciones psicóticas se inician mayormente con insomnio, irritabilidad, aislamiento y eclosionan con depresión. La más frecuente es la esquizofrenia paranoide, con delusiones no bien sistematizadas, que pueden acompañarse de pseudopercepciones y alucinaciones auditivas de contenido acusador. La prevalencia fue del 10.97%.
5. Las alteraciones de las funciones corporales originadas por factores psicógenos, tienen en la hiperhidrosis palmar su cuadro típico en la adolescencia. La hiperhidrosis genera gran ansiedad reactiva que incrementa la secreción; el síntoma puede ser tan intenso al punto de interferir seriamente con las relaciones interpersonales, tan importantes en este periodo. La prevalencia fue del 7.03%.

6. La dependencia a las sustancias psicoactivas en la adolescencia cobra su máxima expresividad, por cuanto la abarca completamente. El hecho adictivo tiene en el Sulfato de cocaína (Pasta de coa) su más alto exponente, con una participación del 80% de las adicciones, seguida de marihuana, anfetaminas y sedantes. Su prevalencia fue del 6.71%. La prevalencia hacia el alcoholismo fue del 2.2%.
7. El trastorno de adaptación es generalmente específico a una situación, es reversible y dura no más de seis meses. Puede darse con síntomas de depresión, ansiedad, temor, preocupación, agresividad o conducta antisocial. Su prevalencia fue del 5.07%.

### **Impulsos instintivos**

La pubertad, con el desarrollo de la capacidad reproductiva y orgásmica, trae aparejada una eclosión de la sexualidad que muchas veces toma "*por sorpresa*" al adolescente aun no habituado a satisfacer sus deseos sexuales. Esta irrupción incipiente de la sexualidad genital se pone de manifiesto tanto en sensaciones físicas, (sus preocupaciones románticas, su masturbación, sus escrúpulos morales y sus obsesiones sexuales), como en las costumbres grupales o la vestimenta, tendiente a seducir al sexo opuesto. Ahora bien, en la mayoría de las concepciones psicológicas tradicionales, se ha tendido a centrar el proceso de transformación adolescente en el desarrollo de su sexualidad. Sin duda este es un aspecto fundamental, pero por cierto que no el único.

### **Nuevos objetos de amor**

El adolescente atraviesa necesariamente por momentos en los que se siente vacío y teme esa sensación desagradable que se reitera sin que él pueda gobernar su aparición. A veces la sensación de vacío se liga a alguna razón conocida: la pérdida de algún amigo/a, o un enamorado/a, la muerte de algún ser querido, un fracaso escolar. La vivencia de vacío consiste en una experiencia dolorosa y perturbadora que los jóvenes a veces llaman "*depresión*". No es tristeza, más bien es hastío, desinterés, sensación de futilidad ante la vida, así como pérdida de la normal capacidad para enfrentar la sociedad y sobreponerse a ella. Las vivencias de vacío, tal como los sentimientos de vergüenza, inferioridad y los procesos de idealización y des-idealización son resultado de fenómenos de desequilibrio narcisista, perturbaciones en los sectores de la personalidad que regulan el estado del si-mismo (self) y la valoración que el individuo hace de sí mismo, su autoestima.

La adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una psicopatología, pues es el período de resolución del proceso simbiótico. Es cuando se produce la separación-individuación, la separación del grupo familiar, el duelo por la exogamia y el enfrentamiento con el mundo externo. Si el adolescente tiene un Yo débil, producto de todos los factores expuestos anteriormente, entonces va a necesitar una fuerza extra para poder cumplir con este desafío, y si tanto la familia

como la sociedad le muestran que las drogas son el combustible adecuado para afrontar las exigencias de la vida, él podrá poner en marcha la "*experiencia tóxica*". Una de las patologías más susceptibles de ser vulnerable, es la de los trastornos de la personalidad, en especial en los casos de personalidad fronteriza, porque son seres deficitarios en su personificación.

### **Presión Social**

Decíamos que el adolescente se halla en una búsqueda de nuevos objetos extra familiares para experimentar, y lucha contra su propia dependencia infantil de las figuras parentales. En consecuencia, pasa a depender en mayor grado de su grupo social y se torna más influenciable en sus opiniones, costumbres y hábitos por la presión que ejercen los medios modernos de comunicación, que muchas veces presentan los problemas que el adolescente presenta como situaciones de privilegio, como por ejemplo el consumo de drogas como placentero y excitante. De un modo más directo aun, la necesidad de nuevas figuras de identificación alienta la incorporación de patrones de conducta pertenecientes a otros jóvenes o adultos más o menos cercanos, que gocen de estima, prestigio y reputación. Esto puede brindar al adolescente que sufre por su debilidad relativa, una sensación de madurez y pertenencia grupal. Busca situaciones que le faciliten el afrontar situaciones de honda angustia social. Cree sentirse más fuerte, más aun si, como ocurre especialmente merced al uso de drogas, psicofármacos, tabaco y otros, sintiéndose cohesionado con sus pares y con sus ídolos. Otra perspectiva interesante de la situación grupal de los adolescentes es sobre la visión de sociedad que tienen los adolescentes. Los adolescentes distinguen básicamente tres comunidades:

1. La de los niños, débiles, dependientes y sometidos al arbitrio de los adultos;
2. La de los adultos, los que ostentan el poder, el conocimiento y el pleno derecho a la sexualidad y
3. La propia, la de los adolescentes, que se sienten relegados pero poseedores de la fuerza, la justicia y la esperanza.

Enfocando su conducta desde esta perspectiva podemos observar como muchos adolescentes, vacilantes por naturaleza en cuanto a su ubicación grupal, pueden utilizar el consumo de drogas en su intento por diferenciarse tanto del grupo desvalorizado de los niños como del de los adultos, al que de esa manera combaten también en sus preceptos.

La adolescencia es la etapa donde se van dejando atrás los valores de la infancia, y nace una necesidad de encontrar valores más acordes con los cambios que empiezan a percibir. Puede existir decepción con la sociedad en la que se encuentran, y querer cambiarlo todo. Suelen culpar a la familia por lo que no les gusta. Y en definitiva sentirse tremendamente solos, con lo que desarrollarían unos mecanismos de defensa que fácilmente se convierten en agresivos.

Esta etapa está marcada en la vida de cada ser humano en particular por los cambios biológicos y a su vez psicológicos por los que atraviesa. Este proceso se encuentra constantemente afectado e influenciado por distintos factores sociales en los que el adolescente se desempeña, como la familia, el colegio, el barrio o el club al que concurren. Es muy particular de los adolescentes encontrar en estos lugares en los que sociabiliza con sus iguales un “referente” o “guía” al cual tomarlo como tal; esto sucede casi inconscientemente porque es esta la etapa en la que los jóvenes comienzan a desarrollar su propia personalidad, y toman un personaje del cual adoptar desde su carácter, hasta su manera de vestir e incluso su dialecto. “En cualquiera de los casos constituye una especie de ‘modelo’ hacia el que aspiran el resto de los miembros del grupo al que pertenecen”. Se llama también a estos modelos que los adolescentes adoptan como “iniciadores” porque ellos esperan muchas veces parecerse a ellos para lograr el éxito social del que su modelo goza. Es esto uno de los principales motivos por lo que se encuentran cada vez más alejados de sus padres, teniendo en cuenta que va vinculado a esto el hecho de que la adolescencia es un período del desarrollo del hombre en el que parece “necesaria” cada una de las discusiones generadas entre padres e hijos ya sea, a la hora de elegir a qué lugar concurrir o no, y hasta por el corte de cabello que se hacen; en sus grupos de pares este tipo de discernimiento no surgen ya que todos apuntan a un mismo fin. Muchas veces estos grupos conformados son en general un influyente de la sociedad en sí, y en muchos casos estos grupos se forman por el hecho de que sus integrantes ven a esto como un medio de escapatoria al no encontrar en la sociedad “su lugar”.

En el aspecto emocional, significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer. Hasta entonces no ha escogido a sus seres queridos. Al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares. Después, de alguna manera, sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos. Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa. Llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. Esto debido a la llegada del pensamiento abstracto que le permite desarrollar su capacidad para relativizar. La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos.

Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto.

## **Características Psicofísicas**

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas. Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erikson consideran que la adolescencia abarca desde los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años. Según él, este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad, define al individuo para toda su vida adulta quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo.

**Maduración sexual:** En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de los caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona folículo estimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.

**Mujeres:** El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años. Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años; puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo, es cualitativo: la areola se hace más oscura y más grande, y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica, y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas. El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores, y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Suele comenzar a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios, y se extiende hasta el monte de Venus, y alcanza la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (aproximadamente entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y el vello corporal aparecen más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y la cantidad de folículos pilosos, hay una estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan de tamaño, así como el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen, para cubrir el introito. La vagina alcanza una profundidad de 8 cm y, luego a 10–11 cm. Por los efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la primera menstruación (conocida como menarquia o menarca). Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia (aparece el bacilo de Doderlein), la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración. Por último, en las mujeres que nacen con himen, éste se engrosa y su diámetro alcanza 1 cm. La menarquia o menarca, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que, visto al microscopio, tiene aspecto de hojas de helecho. La menarquia tiende a presentarse a los 11 o 12 años de edad. Se denomina pubertad precoz cuando aparece de manera anormalmente temprana, a los 8-10 años de edad.

**Varones:** Los testículos pre-puberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta por la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos. La espermatogénesis (es decir la producción de espermatozoides) se detecta histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la primera eyaculación o espermarquia es entre los 12 y los 16 años de edad. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumentan de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparecen las emisiones o poluciones nocturnas. El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, donde se aprecia más grueso y rizado. Puede comenzar a aparecer el vello axilar y, en ocasiones, en el labio superior (bigote). El vello en los brazos y en las piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años de edad. Aumenta la actividad endocrina (la secreción de las glándulas suprarrenales) con la aparición de humedad y olor axilares, igual que el acné, típico de esta etapa de la vida.

**Crecimiento y desarrollo:** Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características:

Se realizan en forma secuencial, es decir, unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación (regla o periodo), el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan

antes que el pene, etc. El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades y los sexos. Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico, su constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente sociocultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.

**Altura:** el estirón de la adolescencia. Crecer es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años, con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto, llamado punto de velocidad máxima (PVM), que se manifiesta por un aumento rápido de la talla o crecimiento lineal, de aproximadamente 8 cm en la mujer y de unos 10 cm en el varón. Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal, hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos, como consecuencia de los cambios hormonales. Actualmente se considera que el incremento en la velocidad de crecimiento es el primer signo de inicio de la pubertad en las niñas, aunque es más fácil de visualizar dicho cambio en el botón mamario. El crecimiento corporal no es homogéneo, por lo general se aprecia una gradiente distal-proximal, es decir, los pies y las manos crecen antes que las piernas y los antebrazos, y éstos lo hacen antes que los muslos y los brazos. La cadera crece antes que los hombros y el tronco, el cual se acompaña de una epífisis vertebral transitoria. Todos los órganos participan en el estirón del crecimiento, a excepción de la cabeza, el timo, el tejido linfático y la grasa subcutánea. El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres o el adolescente pueden manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo en el crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, hay disimetría fisiológica que causa cierta "torpeza" motora, aumenta el metabolismo del calcio en el período de crecimiento rápido.

**Peso:** En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo de 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el PVM. En los varones, el peso coincide con la talla, es decir, de 100 a 200 gramos por año. El aumento del peso puberal viene a representar el 50% del peso ideal del individuo adulto.

**Grasa corporal:** La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante, las mujeres depositan grasa de manera más rápida y más extensa que los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones no patológicas, en ningún momento de la

pubertad se espera que las mujeres pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco. La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra (tejido muscular, huesos y vísceras) y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos, los cuales coinciden con el PVM de crecimiento. Por el contrario, en las mujeres se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y en el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los varones tengan hasta un 45% de su peso corporal en músculos y que las mujeres hasta un 30% de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o de tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación con el tronco, las piernas son más largas en el varón.

**Cabeza:** Aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroideo y las cuerdas vocales, que tienen el triple de longitud en los niños que en las niñas.

**Crecimiento muscular:** Es un hecho sobresaliente, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos, que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, en función de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.

### **Sexualidad y Adolescencia**

Normalmente hablamos de los adolescentes como si se tratara de un grupo homogéneo, en realidad debemos hablar de etapas, cada una marcada por situaciones especiales que se manifestarán también en la sexualidad.

**Primera etapa,** llamada de **aislamiento** se da entre los 12 y 14 años de edad. En el varón es la época de las barras, de la mugre y el desorden como reacción a los cambios que su cuerpo viene sufriendo. Hay un rechazo a las niñas como forma de superar la dependencia materna. La masturbación es la única forma de actividad sexual. La niña en cambio no rechaza a los varones.

**Segunda etapa,** entre los 14 y 15 años de edad, llamada de **incertidumbre.** Se da mayor importancia a los pares, dependiendo muchas veces sus decisiones personales de las tendencias del grupo. El erotismo se da a través de chistes y conversaciones. En el varón se dan encuentros homosexuales, que no marcan una futura opción homosexual, sino que son fruto de la timidez propia de la etapa

que dificulta el acercamiento a personas del otro sexo. Comienzan los primeros enamoramientos.

**Tercera etapa**, entre los 15 y 17 años de edad, se da la apertura a la **heterosexualidad**. Es la época de los grandes amores "para toda la vida", "que sin la otra persona me muero", y a los tres días se cambió de amor, gran intensidad pero poca duración. Hay una gran idealización de la otra persona. Se dan fantasías masturbadoras más intensas. En esta etapa se define la orientación sexual ("quien me atrae, un hombre, una mujer o ambos").

**Cuarta etapa** llamada de **consolidación** se da entre los 17 y 19 años de edad. Se consolida la identidad ("uno sabe quién es, que quiere y a donde va"). Las relaciones afectivas son más estables, se deja de idealizar del ser amado sin tantos duelos intolerables. Recién aquí se puede hablar de libertad y responsabilidad.

Se debe tomar en cuenta también que los adolescentes presentan una serie de situaciones estresantes debido a que están en una etapa evolutiva en la cual importantes desafíos como cambios físicos, cognitivos, sociales y emocionales están presentes muchos de estos puede generar confusión y desconcierto debido a la mala información obtenida de su entorno como compañeros de su misma edad en los cuales solo encontrara mitos sobre temas de salud sexual, debido al manejo de información sexual distorsionada que encuentran en las redes sociales; todo ello causa el incremento el índice de embarazos no deseados, abortos y prolongación de enfermedades de transmisión sexual.

### **Desarrollo afectivo**

En el desarrollo afectivo encontramos los siguientes temas relevantes:

- a. **La Identidad Personal.** La adolescencia en un periodo de búsqueda y consecución de la identidad. El adolescente realiza juicios sobre sí mismos, conscientes o inconscientes, y se compara con su grupo de iguales. Estos juicios tienen connotaciones afectivas y nunca son neutros. El autoconcepto es el elemento central de la identidad personal, pero integra en sí mismo elementos corporales, psíquicos, sociales y morales. Los cambios fisiológicos obligan a revisar y rehacer la imagen del propio cuerpo. La preocupación por el propio físico pasa a primer plano. Pero no sólo la imagen del propio físico, sino la representación de sí mismo pasan a constituir un tema fundamental. La conducta sexual con la pubertad ha comenzado la capacidad sexual propia del organismo humano maduro, con la instauración de la genitalidad. La actividad más característica entre adolescentes suele ser la conducta heterosexual de caricias íntimas, dentro de un marco de encuentro, que puede dar lugar a desarrollar distintos tipos de sentimientos y comportamientos: desde la mera simpatía y amistad, hasta el enamoramiento propiamente dicho.

- b. Desarrollo social.** A lo largo del periodo adolescente la referencia familiar se debilita mientras que las relaciones sociales toman auge. La emancipación en estos individuos se da de forma diferente, pero cuando se produce, se establecen lazos más estrechos con el grupo de compañeros. Estos lazos suelen tener un curso típico: En primer lugar, se relacionan con pares del mismo sexo, luego se van fusionando con el sexo contrario, para, de esta manera ir consolidando las relaciones de pareja. Por lo general el adolescente observa el criterio de los padres en materias que atañan a su futuro, mientras que sigue más el consejo de sus compañeros en opciones de presente.
- c. Relaciones interpersonales.** Los adolescentes se encuentran con dos grandes fuentes de influencia social en su desarrollo: **Los amigos** que adquieren un papel fundamental en este periodo. La necesidad más importante del adolescente es encontrar un amigo o alguien que lo acompañe en sus necesidades internas. Para los adolescentes la amistad significa entablar relaciones duraderas basadas en la confianza, la intimidad, la comunicación, el afecto y el conocimiento mutuo. Durante este periodo se valora a los amigos principalmente por sus características psicológicas, y por ello los amigos son las personas ideales para compartir y ayudar a resolver problemas psicológicos como pueden ser: La soledad, la tristeza, las depresiones, entre otras. Importante es mencionar, otro aspecto, que cumple la amistad en este proceso, ésta tiene una función integrativa en la sociedad, ya que el hecho de sentirse integrado en el mundo y en la sociedad, lo cual se logra, por medio de la amistad, contribuye a reforzar y sociabilizar el “yo”. Además de la amistad, para el adolescente también es importante pertenecer a un grupo del mismo sexo, cuando consigue la autonomía dentro del mismo, lo abandona para comprometerse en relaciones con el otro sexo. Y la familia, tenemos las relaciones con los padres, que es la otra gran influencia en el plano social que los individuos reciben en este periodo. Las nuevas necesidades de autonomía de estos provocan tensiones familiares.
- d. Cambios psicológicos.** Los cambios psicológicos que se producen durante la adolescencia, son producto de todos los factores vistos recientemente:
- Invencibilidad:** el adolescente explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo.
- Egocentrismo:** el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento.

**Audiencia imaginaria:** el adolescente, nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo.

**Iniciación del pensamiento formal:** durante esta época, el adolescente comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que pueden justificar sus opiniones. Muchas veces, estos argumentos son contradictorios, lo cual no importa mucho al adolescente. Ha descubierto su capacidad de razonar, y la ejercita siempre que puede.

**Ampliación del mundo:** el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses.

**Apoyo en el grupo:** el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo, puesto que les une el compartir actividades.

**Redefinición de la imagen corporal,** relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.

**Culminación del proceso de separación / individualización** y sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena.

**Elaboración de los duelos** referentes a la pérdida de la condición infantil: el duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantil (renuncia a la dependencia y aceptación de nuevas responsabilidades) y el duelo por los padres de la infancia (pérdida de la protección que éstos significan). **Elaboración de una escala de valores** o códigos de ética propios.

**Búsqueda de pautas de identificación** en el grupo de pares.

## **SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ADOLESCENCIA**

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define las drogas como una sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tiene capacidad para generar dependencia.

### **Epidemiología**

Según el II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Perú, 2012, señala como más relevante lo siguiente:

El 11,6% de los estudiantes declaran haber usado marihuana al menos una vez en su vida, con claras diferencias entre hombres y mujeres: 16,9% y 6,6%, respectivamente. El uso reciente, descrito a través de la prevalencia del último año

es de 4,3%, cifra que se eleva a un 6% entre los hombres y desciende a 2,7% en las mujeres. Finalmente, el uso actual es de 1,6%, nuevamente con consumo muy superior entre los hombres con relación a las mujeres: 2,7% y 0,6% respectivamente. Un 2,8% de los estudiantes inició el consumo de marihuana en el último año y un 0,9% en el último mes. Las diferencias por sexo son considerablemente más altas entre los hombres.

En relación a la edad de los participantes en el estudio, se observa que el mayor uso está en los grupos de 23 a 24 años con 5,6% y el de 21 a 22 años con 4,8%, pero sin diferencias significativas entre ellos. Los menores niveles de consumo se encuentran en los grupos de 18 años o menos con 3,2%, seguido del grupo de 19 a 20 años con 3,6%; pero de igual modo las diferencias entre ambos grupos no son estadísticamente significativas. Por otra parte, también se evaluó la edad de inicio. La edad promedio es de aproximadamente 18,5 años sin diferencias entre hombres y mujeres. De los resultados se desprende también que un 25% de los consumidores de marihuana consumieron por primera vez entre los 16 a 17 años de edad.

Según la Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002, patrocinada por Devida y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), reveló que el inicio del consumo de alcohol, marihuana, pasta de coca y clorhidrato de cocaína ocurre en edades más tempranas: a los 12 años el primero; 14 años en promedio las otras.

De acuerdo con el Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria (2009), del Programa Antidrogas Ilícitas de la Comunidad Andina, en Perú y Ecuador siete de cada diez adolescentes empezaron a consumir drogas a los 16 años de edad.

El inicio del consumo de cocaína y sus derivados (pasta de coca, basuco, cocaína, base libre o crack) aparece su mayor *porcentaje entre los 12 y los 18 años (74,4%)* y un 2,3% reportan haberlo hecho antes de los 12 años; con una mediana en el consumo inicial de 15,86 años. El consumo actual y pasado fue reportado por el 4,3% de la muestra. El 78,8% (del 4,3%) tiene historia de consumo y el 21,2% restante continúa haciéndolo. Se presenta en mayor proporción en los hombres (66,7%); el 100% de los consumidores son solteros y mayores de edad. El 100% lo han consumido inhalado; sin embargo el 39,4% expresaron haberlo hecho en algunas ocasiones también de forma fumada, el 30,3% de forma tragada y el 12% a través de la piel o inyectada. Es consumida en eventos sociales (100%) en compañía de amigos, principalmente en discotecas (69,7%), casas de amigos (66,7%), bares (48,5%) y parques (33,3%). El 33,3% ha sido presionado por sus amigos para consumir.

En cuanto a las consecuencias del consumo, el 42,4% dice no haber tenido ninguna; mientras que otros reportan sentir placer (33,3%), modificación del estado de ánimo (30,3%), sentirse mal con ellos mismos (30,3%) y hacerse daño

(27,3%). Colombia supera a Ecuador, Perú y Bolivia en el consumo de drogas y alcohol entre la población universitaria, reveló el informe. Un 13,4 por ciento de los universitarios de Colombia admitió haber consumido algún tipo de droga en el último año, superando a los de Ecuador con un 5,7 %, a los de Perú con un 5% y a los de Bolivia con un 4%.

La marihuana es la droga de mayor consumo entre los estudiantes universitarios de los cuatro países de la CAN, precisó la investigación.

Un 11,5% de los universitarios colombianos reconoció haber consumido marihuana en el último año, por encima de los de Ecuador con un 4,7%, los de Perú con un 3,2% y los de Bolivia con un 2%.

En cuanto a la cocaína, un 2,5% de los universitarios encuestado en Colombia admitió haber consumido la droga en el último año, frente a un 0,6% de los de Ecuador, un 0,5% de los de Perú y un 0,2% de Bolivia.

De acuerdo con el estudio, el alcohol es la droga de mayor consumo entre los universitarios andinos. Más del 90% de los estudiantes de Colombia y Perú y alrededor de un 75% en Bolivia y Ecuador declararon haber ingerido alcohol al menos una mes en la vida.

Un 5% de estudiantes universitarios admitió haber consumido algún tipo de droga.

### **Marihuana**

La marihuana es el nombre común de una droga cruda fabricada con la planta *Cannabis sativa sp.* Tiene la posibilidad de causar problemas de salud para el que la consume. Entre algunos de los efectos físicos inmediatos figuran: aceleración de los latidos del corazón y el pulso, enrojecimiento de los ojos y sequedad de boca y garganta. Los estudios de los efectos mentales indican que puede dañar o reducir la memoria a corto plazo, alterar el sentido del tiempo y reducir la capacidad de hacer cosas que requieren de concentración, reacciones rápidas y coordinación, tales como conducir un automóvil u operar maquinarias.

### **Cocaína**

Es el más poderoso estimulante del sistema nervioso y es altamente adictiva. Se trata de un alcaloide que se extrae de las hojas de la planta *Erythroxylon coca sp.* originaria de América del sur y la cual se consume de diversas maneras, así se masca a las hojas, en el denominado **coquismo** (benzoil-ecgonina), se aspira el polvo compuesto por pequeños cristales blancos (clorhidrato de cocaína) en el llamado **cocainismo**, o se puede disolver en agua para inyectarse; y se le fuma en el denominado **pastismo** (sulfato de cocaína).

Las diferentes maneras de consumo de la cocaína pueden ocasionar diferentes efectos adversos. Por ejemplo, la inhalación regular de la cocaína puede llevar a la pérdida del sentido del olfato, sangrados nasales, problemas para tragar, ronquera y secreción nasal crónica. La ingestión de cocaína puede causar gangrena intestinal grave debido a la reducción del flujo sanguíneo al intestino. Las personas que se inyectan cocaína pueden experimentar una reacción alérgica aguda y al

igual que cualquier usuario de drogas inyectables, tienen mayor riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea.

### **Coquismo**

Se denomina así, al consumo de las hojas de coca mediante el mascado, chacchado, acullicado, con el cual se hace una bola ensalivada a la cual se le añade una pisca de cal, para favorecer el precipitado de la sustancia activa que en esta ocasión es la benzoil-ecgonina, la cual se va deglutiendo lentamente, esta sustancia quita el hambre, la sed, el frío, da gran resistencia a la fatiga, no se genera una adicción tal como la conocemos, sino más bien es un consumo cuasi folclórico de compañerismo y compartir por el hombre del Ande, en sus ayllus; el cual localiza su consumo en el lar telúrico, pues cuando por diversas circunstancias migra hacia la costa o selva, deja de consumirla, primero porque no la necesita y segundo porque es difícil de conseguirla.

Estudiosos han comprobado que en consumidores antiguos inveterados se produce un enlentecimiento del pensamiento, dificultad para hilar ideas, respuestas concretas, y gran desmedro de la salud física, piel amarillenta verdosa, casi sin piezas dentarias, andar vacilante, mirada opaca y rostro avejentado; hay una íntima relación entre su consumo y el grado de educación de éstos, pues solo llegan a la educación universitaria el 0.1%.

### **Pastismo**

Conocida como Pasta de Coca, Pasta básica de cocaína, PBC; es un producto intermedio en la elaboración del clorhidrato de cocaína. Es el producto obtenido mediante el proceso de extracción del alcaloide cocaína de las hojas de coca, utilizando ácidos, bases y solventes. Presenta características físicas que varían de acuerdo al tiempo de su obtención; cuando recién es obtenida del laboratorio es húmeda y pastosa (como un queso) al transcurrir el tiempo y deshidratarse en el ambiente adquiere una consistencia dura que al ser triturada formará una especie de polvo, con las siguientes características: Presenta un color blanquecino grisáceo o amarillento. Su consistencia es pulverulenta. Su olor es penetrante y característico. Tiende a derretirse con el calor. Es insoluble en el agua pero soluble en alcohol. Sabor amargo y áspero. Cuando es combustionada mezclada con tabaco y fumada su olor es fuerte y penetrante, puede ser llevado por el aire a distancias considerables aparte de impregnarse en el ambiente y ropa de los consumidores. En nuestro medio, desde su aparición en 1976 ha generado una pandemia de incalculables proporciones dañando hasta a los niños y a la descendencia de los pastomanos, por el consumo secundario de la pareja gestante y de manera directa por aquellas pastomanas.

Una variedad de sulfato de cocaína es el denominado **Crack**; Es una forma de regresión del clorhidrato de cocaína a su estado anterior de sulfato de cocaína, que no se disuelve en el agua o derrite con el calor, sino se presta para la combustión siendo susceptible para ser consumido, inhalando el humo que

emana. Muchos la describen como pedacitos de jabón, cristal o pequeñas pelotitas. Su nombre se debe al sonido que produce cuando se fuma. Otros la llaman “roca” por su similitud con un pedazo de piedra. Se fuma en pipas de vidrio. Es de color blanco o quemado. Sumamente adictiva. Resulta cuando la cocaína en polvo es cocinada. La pasta resultante se deja secar y es cortada en pequeñas partes. Es un derivado de la base con la que se produce la cocaína y genera una reacción rápida al ser fumado. Su pureza es considerablemente menor a la del clorhidrato de cocaína, pero tiene numerosos efectos debido a los diversos ingredientes que se agregan en su producción. Es la cocaína que no ha sido neutralizada por un ácido para convertirse en sal de clorhidrato.

No importa la forma ni la frecuencia de consumo, el usuario de cocaína se expone a tener una emergencia cardiovascular o cerebrovascular aguda, que puede resultar en la muerte súbita. Se ha comprobado que el uso de la cocaína en sus diversas modalidades, por mujeres embarazadas puede provocar deterioro fetal, retardo en el crecimiento intrauterino y parto prematuro y los niños nacidos en estas condiciones, parecen estar destinados a sufrir conductas anormales.

### **Cocainismo**

También llamado Clorhidrato de cocaína, Hidrocloruro de Cocaína (Benzoilmetil Ecgonina), es un alcaloide cristalino, blanco, de origen vegetal, que tiene un efecto fisiológico estimulante en el organismo humano. La cocaína es una adicción muy cara, por el alto costo de la droga. El clorhidrato de cocaína puede ser usada, por vía oral, por aplicación, por inyección y por inhalación.

### **Estimulantes**

El término estimulante se aplica a varios grupos de drogas que tienden a aumentar la agudeza mental y la actividad física. Las anfetaminas, la cocaína y la cafeína son drogas estimulantes. Las anfetaminas fueron la base para el desarrollo de la mayoría de las “drogas de diseño”. En algunos países, las anfetaminas estuvieron presentes como preparados comerciales, asociadas a vitaminas como “reconstituyentes”. Dichos preparados también podían estar elaborados a base de derivados de la anfetamina (metanfetamina, pemolina, anorexígenos como fenfluramina, D-fenfluramina, dietilpropión, macindol y fenproporex), que poseen acciones menos marcadas que la dextroanfetamina.

En un estudio de universitarios respondieron: el 8.3% afirmaron haber consumido anfetaminas o derivados; las principales razones del consumo fueron 75% por placer o diversión y 50% para evitar el cansancio; y de este grupo de consumidores, el 50% fueron consumidores ocasionales, y el 50% habituales. De los consumidores habituales, el 100% reportaron síntomas de dependencia y tolerancia, y el 50% admitió síntomas de abstinencia.

En una sociedad cada vez más agitada, consumista y exigente, los jóvenes se ven impulsados a tener desempeños cada vez más altos. Esta realidad, en combinación con hábitos de estudio ineficientes, que son bien producto de un mal

aprendizaje como también de una creciente vida social con potentes elementos de distracción como las redes sociales, llevan a la procrastinación y con ello al riesgo de extralimitar al organismo en busca del rendimiento óptimo en el plano académico; traduciéndose esto en el consumo de sustancias estimulantes, que incrementen temporalmente la concentración y combatan la fatiga, como es el caso de las anfetaminas.

Oliver y Llerena (1978) realizaron un estudio en 11.448 varones del nivel secundario, encontrándose un 20,41% de consumidores de sustancias psicoactivas; y dentro de este grupo, un 6,45% eran consumidores de anfetaminas, número relativamente bajo comparado al 12,76% de consumidores de cannabis y un 63% de consumidores de pasta de coca. Menos del 1% señaló a las anfetaminas como su droga de inicio.

Oliver (2004) define a las anfetaminas como “sustancias estimulantes directos del SNC, y en dosis terapéuticas ordinarias producen efectos de euforia, aumento de la sensación de bienestar, mayor agudeza mental, hasta que esto viene a transformarse en fatiga, insomnio y anorexia. Y la característica esencial de la intoxicación es la presencia de cambios conductuales clínicamente significativos que incluyen sensación de mayor vigor, tendencia a más contacto social, locuacidad, estado de alerta, grandiosidad, etc. Aumento del estado de alerta, mejoramiento del humor, euforia, reducción de la sensación de fatiga. También se ha observado irritabilidad, hipomanía, y una psicosis tóxica que resulta difícil de distinguir de la esquizofrenia paranoide. Puede haber también agresión, violencia, ansiedad, hiperactividad, hipervigilancia, delusión, alucinación, ideación paranoide y un decaimiento de las facultades intelectuales. Se suprime el apetito y hay una sensación de energía desenfrenada y compulsión para una actividad constante. Finalmente el individuo cae en un periodo prolongado de sueño profundo (“crash” o derrumbe).

Las anfetaminas provienen de la familia de los fármacos adrenérgicos. Se absorbe por el tubo digestivo por vía oral. Sus efectos aparecen a los 30-60 minutos. Atraviesa con rapidez la barrera hematoencefálica. Diversos análogos de las anfetaminas presentan potencial de abuso, entre ellos la metanfetamina, que penetra con mayor rapidez en el cerebro. Los efectos adversos, además de las psicosis tóxicas y los síntomas mencionados a nivel psicofisiológico, ocurren también a nivel cardiovascular: hipertermia o “golpe de calor”.

### **Alcohol**

En química se denomina alcohol a aquel compuesto de carbono, hidrógeno y oxígeno que deriva de los hidrocarburos y lleva en su molécula uno o varios hidroxilos (OH). Pero en el lenguaje cotidiano, se conoce como alcohol, también nombrado alcohol etílico, a un líquido incoloro e inflamable, cuyo punto de ebullición es 78°C y que es considerado una droga psicoactiva.

El consumo de alcohol ha formado parte de la propia historia del ser humano.

**Predisposición genética:** Este factor ayuda a determinar en parte los patrones del consumo de alcohol, pues participa el metabolismo del mismo, la variación de la sensibilidad con respecto a la dependencia, así como las respuestas psicológicas del consumo. La interacción entre la genética y variables socioeconómicas influyen sobre su consumo y el riesgo de ser dependiente a ella.

**Características individuales:**

**Edad:** Los jóvenes tienen más posibilidades de beber de manera más intensa y esto se puede deber a conductas de experimentación. Asimismo, pueden estar en mayor riesgo de padecer algún daño a su salud, en especial a lo que se refiere a lesiones y accidentes, por su falta de experiencia con la bebida, agregando a eso la sensibilidad fisiológica exacerbada.

**Rasgos de la personalidad y salud mental:** Tanto los adolescentes como los adultos consumidores de alcohol, tienen cierta tendencia a tomar riesgos, impulsividad y búsqueda de sensaciones.

**Expectativas respecto al consumo de alcohol:** Los motivos se agrupan en categorías como los **sociales**, (beber para **celebrar**); de mejoramiento, (beber para **sentirse de cierta forma**); de afrontamiento, (beber para **calmarse o dejar el estrés de lado**) y de conformidad, (beber porque **otras personas lo hacen**).

Los motivos de afrontamiento se relacionan con patrones de consumo problemático mientras que los motivos sociales y de conformidad se relacionan con un consumo moderado.

**Factores sociales y económicos:** Existen estudios que sugieren que entre el ser bebedor frecuente y el nivel de educación e ingresos hay una relación ecuacional. La marginación social y la privación económica presentan una alta prevalencia de consumo de alcohol. Por otro lado, el entorno familiar y social también influye en el consumo. La conducta de consumo de alcohol entre los miembros de la familia sirve como modelo. Las relaciones sociales con amigos son otro determinante ya que la conducta de consumo de una persona y la conducta de consumo de sus amigos es bidireccional, es decir, una persona recibe la influencia de sus amigos, pero también influye sobre ellos. Las percepciones de los jóvenes respecto de cómo beben sus padres y amigos se relacionan estrechamente con su propia conducta de consumo.

**Determinantes ambientales:** La cultura, las normas, las prácticas prevalentes y la exposición al alcohol afectan la manera en que se forman y desarrollan los patrones de bebida. Las culturas pueden diferir en el grado de aceptación del consumo de alcohol y la tolerancia de ciertas conductas con respecto a este. La mayor disponibilidad del alcohol significa la aprobación social de su consumo.

**Problemas relacionados con la bebida:** Mujeres y hombres no se ven igualmente afectados ya que existen ciertos determinantes como el peso corporal, la diferencia de absorción del alcohol en la sangre, entre otros, que afecten el riesgo de los sujetos a presentar los siguientes problemas:

a. **Efectos directos**, los cuales son de tipo físico, así tenemos: se puede dar el **daño hepático**, el cual es el problema principal de los grandes bebedores ya que la grasa se acumula en el hígado provocando el aumento de su tamaño. Si el consumo continúa se producirá el bloqueo de flujo de sangre a través de este órgano lo que provoca que los hepatocitos mueran y se desarrolle la hepatitis. Siendo luego la **cirrosis** o acumulación de tejido cicatrizado no funcional del hígado, esta condición es irreversible y es la principal causa de muerte en los bebedores. Pueden haber la **pancreatitis, gastritis y úlcera péptica**.

En el aparato cardiovascular se puede producir la reducción de la oxidación de los ácidos grasos en el miocardio lo que altera la funcionalidad de las estructuras productoras de energía para el corazón. Así mismo, puede reducir la capacidad del miocardio de contraerse, las **cardiomiopatías** que se manifiestan con **hipertensión arterial, trastornos del ritmo cardiaco, inflamación del musculo cardiaco**, etc.

En el aparato respiratorio, los alcohólicos presentan una tasa de mortalidad mucho más elevada que los pacientes que no lo consumen.

En el sistema nervioso produce diversos daños neurológicos como la **polineuritis alcohólica** que consiste en una degeneración de la inervación de los miembros y suele acompañarse de un déficit nutritivo, descoordinación y temblores, **la epilepsia**, el **síndrome de abstinencia** en el cual también se presentan temblores, convulsiones y dificultad para conciliar el sueño, el **delirium tremens** que se caracteriza por alucinaciones y falta de orientación, la **psicosis alcohólica** y cierto grado de **atrofia encefálica**, el **síndrome de Wernicke-Korsakoff** el cual se caracteriza por una amnesia confabulatoria, desorientación e incapacidad de adquirir nueva información.

La relación causal entre el consumo de alcohol y el cáncer es clara, destacando el **cáncer de la cavidad oral, lengua, faringe, laringe y esófago**, potenciando aún más los efectos si se fuma. También puede producir **cáncer de hígado**.

Por otro lado, también existe un efecto directo y pernicioso sobre el **embarazo y desarrollo del feto**. El consumir alcohol de manera significativa reduce la fertilidad, esto se puede deber a numerosas razones, entre ellas está la **amenorrea** que puede estar ocasionada por la cirrosis o ser un efecto directo del alcohol en la pituitaria o el hipotálamo; otra causa posible de la **infertilidad** es la **insuficiencia vitamínica**, en especial la falta de tiamina. Con respecto al desarrollo del feto, incrementa el riesgo del **síndrome alcohólico fetal (SAF)**, el cual produce anormalidades faciales, deficiencias del crecimiento, trastornos del sistema nervioso central y retraso mental. Aquellas gestantes con consumo de alcohol, tienen niños

con escaso peso corporal al nacer lo cual conlleva riesgos, como el **aborto espontáneo**, los niños tienden a tener tiempos de reacción más lentos y mayor predisposición a distraerse y ser hiperactivos.

También puede producir disminución del **deseo sexual, impotencia y atrofia testicular**.

- b. Efectos indirectos**, como consecuencia psicológica, social o económica. La mayor parte de este tipo de efectos se debe a la agresividad, el juicio y la atención. Al afectar a nivel físico la coordinación y el funcionamiento cognitivo, se incrementa las posibilidades de generar daños no intencionados no solo en la persona que consume alcohol sino también en las personas que conviven con ella. Cuanto más alcohol se consume, mayor es la incidencia de acontecimientos fatales producidos por daños no intencionados que pueden causar la muerte. Asimismo, el consumo puede provocar una mayor agresividad en algunos bebedores, incluso más si es que hay una persona o situación que incite la agresión, llegando a cometer delitos. Finalmente dicho consumo puede influir en la capacidad de tomar decisiones de las personas en un intercambio sexual ya que tienden a adoptar menores medidas de seguridad o ninguna.

### **Nicotina**

**El tabaquismo** es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser una dependencia a la nicotina, principio activo del tabaco. La nicotina es un líquido aceitoso y sin olor que se encuentra en las hojas del tabaco, asimismo es un compuesto orgánico, un alcaloide encontrado en la planta del tabaco (***Nicotiana tabacum***), con alta concentración en sus hojas, estando también presente en otras plantas de la familia Solanaceas aunque de forma marginal (en el rango de 2–7 µg/kg). En bajas concentraciones, la sustancia es un estimulante y es uno de los principales factores de adicción al tabaco. Es soluble en agua. Fumar cigarrillos constituye la forma predominante de adicción a la nicotina en todo el mundo. La nicotina es una de las drogas más adictivas que existen. Actualmente la mayoría de los cigarrillos en el mercado mundial contienen entre 1 y 2 miligramos (mg) o más de nicotina. Al inhalar el humo, el fumador promedio ingiere 0,8 mg de nicotina por cigarrillo. La molécula alcanza pronto el cerebro del fumador. Al inhalar, el humo hace llegar la nicotina a los pulmones junto con las partículas de alquitrán asociadas; de ahí, pasa a la sangre. Entre diez a sesenta segundos después, la nicotina atraviesa la barrera hematoencefálica y penetra en el cerebro. Cuando no se inhala el humo, la nicotina se absorbe más lentamente a través de las membranas mucosas de la boca. Su efecto es funesto en el segmento ventral del mesencéfalo y en el nucleus accumbens del procencéfalo, en las áreas que forman parte del sistema de recompensa. La nicotina se vincula aquí a los receptores nicotínicos de la acetilcolina neuronales. Limita al neurotransmisor acetilcolina, que suele acoplarse a esas proteínas canaliculares y,

de ese modo, provoca que las neuronas liberen abundante dopamina. La causa de que la nicotina cree adicción está en que, aunque inicialmente las neuronas gabaérgicas a las que se acopla liberan el neurotransmisor ácido gammaaminobutírico (GABA) que estimula la liberación de dopamina en las neuronas vecinas, si aquellas son sobreexcitadas por la nicotina, la secreción de dopamina se limita.

La adicción a la nicotina obliga a los fumadores a mantener el consumo de tabaco y, de esta forma, suprimir o evitar los síntomas derivados del descenso de los niveles de nicotina en el organismo. Esto genera que las personas pierdan la libertad de decidir y se vean obligadas a mantener y aumentar progresivamente su consumo. El humo que respiran los fumadores activos y pasivos contiene más de 4.000 sustancias con propiedades tóxicas, irritantes, mutágenos y carcinogénicas que van produciendo un efecto acumulativo que conduce a enfermedades. Al menos 250 son nocivas y más de 50 cancerígenas.

Algunas de ellas, las menos graves, se pueden presentar tempranamente; las más graves toman tiempo y se manifiestan después de 10 a 15 años de estar fumando. El tabaco es la principal causa única prevenible de enfermedades y muerte en el mundo actual. A nivel mundial el consumo de tabaco mata a 5,4 millones de personas por año (un promedio de una persona cada seis segundos), causa atribuible a una de cada diez muertes en adultos en todo el mundo, matando hasta a la mitad de todos los consumidores de tabaco, factor que la convierte en un factor de riesgo para seis de las ocho causas principales de muerte en el mundo.

Tras la inhalación tarda 7 a 8 segundos en llegar al cerebro y producir dos tipos de efectos farmacológicos en función de la dosis y nivel de cada individuo. A lo largo del tiempo se asocia un fenómeno de tolerancia por lo que hay que incrementar la dosis hasta un nivel de consumo diario que mantiene un número de cigarrillos más o menos constante con un máximo y un mínimo.

En nuestro país se ha señalado en investigaciones que en torno al 25% de los menores de 15 años ya fuman. La mayoría inicio su consumo a los 12 años y llama la atención que un alto porcentaje empieza a los 12 años y un alto porcentaje empieza a fumar antes de los 10 años de edad.

Son muchos los factores de riesgo de caer en el hábito de fumar. En primer término el medio ambiente, entendiendo por tal la influencia de los padres y también de sus pares. Si los padres fuman o son complacientes, muy probablemente también los hijos van a caer en el hábito. Es una regla que los hijos tienden a seguir los modelos de comportamiento de los padres e interpretan este hábito como una señal implícita que ellos cuentan con su permiso para hacer lo mismo. La convivencia con otros fumadores constituye el más fuerte estímulo. En este sentido las estadísticas indican que el número de cigarrillos que los adolescentes fuman, correlaciona con el tiempo que están con otros fumadores.

También constituyen un factor de riesgo, las condiciones socio-económicas. El bajo nivel socio-económico de la familia, unido a que los padres fuman, o que sus amigos también lo hagan, constituye una fuerte inducción a que el adolescente también fume.

Las estadísticas también señalan que la desorientación y falta de perspectivas del adolescente frente a la educación, induce al hábito de fumar.

Además, más de 600 000 muertes anuales ocurren entre personas no fumadoras expuestas al humo de tabaco, son los “consumidores pasivos”. Mueren de cáncer, cardiopatías, asma y otras enfermedades.

La epidemia de tabaquismo mata cada año a casi 6 millones de personas, De proseguir esa tendencia, para el 2030 la cifra aumentará hasta más de 8 millones anuales.

## **ADOLESCENCIA Y TRASTORNOS NEUROTICOS**

### **ANSIEDAD EN ADOLESCENTES**

Se refiere a crisis de ansiedad repetida e inesperada, seguida de temores y preocupaciones persistentes respecto a futuras crisis y las consecuencias de las mismas. Se observa este trastorno especialmente en adolescentes a pesar que también se han descrito en niños. Según el DSM IV se describen los siguientes síntomas que alcanzan un máximo en un plazo de 10 minutos: palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores o sacudidas, sensaciones de falta de aire o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, sensación de mareo, inestabilidad o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias escalofríos o sofocaciones.

Se estima una frecuencia de 0.6% en población adolescente, predominando la presentación en mujeres. Es raro antes de la pubertad.

En los adolescentes puede estar enmascarado por una agorafobia o por rechazo a los estudios.

La prevalencia de ansiedad en la población general es de 2 a 5%, es decir se estima que el 20% de la población mundial padece algún cuadro de ansiedad. La prevalencia en la consulta médica es de 25%, de este 25% solo el 6% llega a consulta psiquiátrica especializada; es mayor en mujeres 2 x 1. La edad: 20 - 40 años. Los que llegan a consulta tienen un promedio de enfermedad de 5 años. Con respecto al trastorno de ansiedad por separación, su prevalencia se estima en torno al 4% en niños y adolescentes.

### **DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**

Es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe

como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

La depresión es una enfermedad común a la mayoría de los seres humanos. La experiencia de estar deprimido, desde ligero a severo, se observa por lo menos una vez en la vida. Pero los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de sus vidas. Es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y re-aparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas. Se ha calculado que el costo personal de un cuadro de depresión que llega a durar de seis a ocho meses, es más severo e incapacitante que la diabetes mellitus o la hipertensión arterial. Estar deprimido, no es algo que de pronto aparezca, habitualmente su inicio es poco claro y puede iniciar por síntomas corporales, de los llamados somáticos que hacen pensar al deprimido, que está enfermo de algo diferente a la depresión: dolores de cabeza, espalda, sensación de piernas y brazos pesados, fatiga, decaimiento. Posteriormente pueden aparecer las ideas de tristeza, la acumulación de experiencias tristes, desagradables y embarazosas que se tuvo en el pasado, y entonces el paciente se aísla, se le dificulta el trato con los demás, se torna irritable, sombrío, está con ideas de culpa por eventos del pasado o por situaciones en donde omitió tal o cual acción.

La prevalencia actual del episodio depresivo en adolescentes es del 8.6%. Se halla una mayor prevalencia en el grupo etario de 15 a 17 años (12.1%), en comparación con el grupo etario de 12 a 14 años (5.4%). De la misma forma, la prevalencia en el sexo femenino (13.4%), y en el masculino (3.9%).

La depresión en adolescentes es una condición común, crónica, recurrente y de tendencia familiar que usualmente persiste en la adultez. Se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno. Ha adquirido gran notoriedad en estos últimos años, llegando a ser considerada un problema de salud pública por su frecuencia creciente y por las consecuencias derivadas de ésta.

Diferentes estudios a lo largo de los años, han estimado una prevalencia de depresión mayor (equivalente al episodio depresivo) en adolescentes que fluctúa entre 0.4% a 8.3% y una prevalencia de vida entre 15% y 20%. Estudios clínicos y epidemiológicos reportan una mayor prevalencia en adolescentes mujeres que en varones. La presencia de sintomatología depresiva elevada en adolescentes está asociada con morbilidad significativa, incluyendo abuso de sustancias psicoactivas, fracaso estudiantil, alteraciones de la conducta (conductas antisociales, delictivas, agresivas y promiscuas), disfunción psicosocial e ideación suicida, así como depresión mayor en la adultez.

## **MANIFESTACIONES DISOCIATIVAS CONVERSIVAS EN ADOLESCENTES**

Es la aparición de síntomas objetivos importantes sin lesión que los justifique, por ejemplo, una parálisis sin daño en los nervios ni músculos, una ceguera sin anomalías en el ojo ni de los componentes del sistema óptico.

En todos estos casos, de aparente enfermedad orgánica, se supone que la causa es un conflicto psicológico convertido en un síntoma orgánico que lo simboliza, por eso también se denomina neurosis de conversión o alteraciones somatomórfas.

Existe una forma de histeria en que el problema psicológico no se simboliza a través de la imitación de una enfermedad corporal sino de una enfermedad psíquica, en estos casos se habla de trastornos disociativos, pues la identidad está disociada. Por ejemplo, en una amnesia histérica el sujeto olvida quién es y, en algunas ocasiones, altera su propia identidad con la de nuevos personajes que va creando o que acepta; son los casos de múltiple personalidad.

Los síntomas histéricos son un intento de defensa en una situación que no se sabe cómo resolver. Suelen surgir síntomas asociados de cualquier tipo, pero son exagerados; imitan enfermedades, por lo que pueden dar lugar a confusiones.

Lo que caracteriza al histérico de otras patologías es que éste sufre las crisis tras un disgusto o contrariedad y ocurre cuando hay delante personas que le interesan. Otras formas de tempestad de movimientos o de síndromes motores son los temblores, los tics, los espasmos musculares y los movimientos atetoides o coreiformes (como el "baile de San Vito"). Todos suelen ser de gran amplitud y espectacularidad y no corresponden exactamente a las afecciones que, por otra parte, no responden a la realidad (en eso se apoya el diagnóstico diferencial).

También utilizan estos pacientes un tipo de reacción de inmovilización corporal como modo de llamar la atención. Pueden suceder parálisis histéricas de todo el cuerpo, sin respuesta a ningún estímulo (catalepsia), o parálisis localizadas en medio cuerpo (de las dos piernas, de la parte derecha o izquierda), de una extremidad, mano, dedo, entre otras. Una forma de manifestación es padecer síndromes sensoriales concretos, como la anestesia histérica en que los pacientes no sienten el dolor, frío o calor y carecen de tacto, pudiendo observarse esa situación en todo el cuerpo o una parte de él. Las anestесias histéricas no siguen los esquemas anatómico-neurológicos, sino que son de distribución arbitraria.

El histérico no es un simulador. De modo inconsciente quiere estar enfermo y lo consigue. Es la transformación de un conflicto emocional en síntomas somáticos o psíquicos. Los síntomas histéricos no sólo existen por algo, sino además para algo. El enfermo tiene un claro desinterés por sus síntomas y su posible curación.

Si los síntomas dejan de suscitarse, la persona queda privada de su defensa psicógena y a merced de los sentimientos de culpa. Por eso la ganancia de la enfermedad es tan importante para ella y acaba provocando un obstáculo para su curación. El histérico tiene un carácter enfermizo, que es el que le ha provocado la aparición de los síntomas a través de su modo de reacción anómalo. Aunque los

síntomas teatrales desaparezcan de forma rápida durante las primeras sesiones, no hay que olvidar que el individuo sigue siendo histérico y puede recaer en los mismos síntomas o en otros simbólicamente equivalentes, mientras no se realice una psicoterapia con reeducación del carácter.

La relación entre histeria y adolescencia es especialmente importante porque ambas presentan temáticas comunes. Es habitual que la adolescencia presente momentos de perfil histérico. Por eso es tan difícil hacer diagnóstico de histeria en la época adolescente.

### **DISOCIACIÓN EN ADOLESCENTES**

Pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Normalmente hay un considerable grado de control consciente sobre qué recuerdos y qué sensaciones pueden ser seleccionados por la atención inmediata y sobre qué movimientos hay que llevar a cabo. Se acepta que en los trastornos disociativos esta capacidad para ejercer un control consciente y selectivo se ha perdido en un grado que puede variar de día en día o de hora en hora. Por lo general, es muy difícil averiguar hasta qué punto parte de los déficits funcionales están bajo un control voluntario

Normalmente hay un considerable grado de control consciente sobre qué recuerdos y qué sensaciones pueden ser seleccionados por la atención inmediata y qué movimientos hay que llevar a cabo.

**Clasificación:** En lo referente los disociativos hay las siguientes categorías:

- 1) Amnesia disociativa,
- 2) Fuga disociativa.
- 3) Estupor disociativo .
- 4) Trastorno de trance y de posesión.
- 5) Trastorno disociativos de la motilidad.
- 6) Convulsiones disociativas.
- 7) Anestesia y perdida sensoriales disociativas.
- 8) Trastorno disociativo (de conversión) mixto.
- 9) Otros trastornos disociativo y de conversión (como el síndrome de Ganser, el trastorno de personalidad múltiple, el trastorno disociativo [conversión] en la infancia y la adolescencia u otro específico) trastorno disociativo (conversión) sin especificar.

La característica esencial de los trastornos disociativos es la perturbación de la usual integración de funciones de la consciencia, memoria identidad y percepción. Hubo un tiempo en el que se pensó que los trastornos disociativos eran condiciones muy frecuentes; se les consideraba exóticos y raros en el caso de que se aceptara su existencia. Sin embargo, los estudio epidemiológicos de las últimas dos décadas han demostrado que se trata de problemas con mayor

prevalencia de los que se sospechaba, quizás porque se les subdiagnosticaba debido a que no se disponía de instrumentos adecuados para su diagnóstico.

### **CONVERSION EN ADOLESCENTES**

En la adolescencia se producen importantes cambios afectivos; el objeto del afecto dejan de ser los padres y se orienta hacia los líderes que encarnan el ideal de “yo” que él se ha ido formando, como intelectuales; se adquiere inteligencia abstracta (capacidad para razonar sin que se halle presente el objeto), gran espíritu crítico y objetividad.

La evolución hacia la autonomía, que es característica del desarrollo de la persona humana, se manifiesta en la adolescencia mucho más, no sin conflictos o resistencias por parte del adolescente, así como de sus padres.

El trastorno de **conversión** es una alteración o pérdida de función física que sugiere una enfermedad física y que se considera debido a un factor estresante psicológico o a un conflicto.

La epidemiología del trastorno de conversión es complicada debido a la definición de los casos, la evaluación de los mismos y la identificación de una población de estudio adecuada. No existe evidencia adecuada para sugerir que el trastorno de conversión sea cada vez menos frecuente o que se encuentre con mayor frecuencia en los países en desarrollo. Los síntomas de conversión pueden producirse tanto en hombres como en mujeres, aunque todas las series de casos muestran un predominio en las mujeres.

Hay diferentes teorías acerca de la causa del trastorno de conversión pero, en términos generales, puede comprenderse como el resultado de una interacción entre los conflictos intrapsíquicos, las creencias culturales, creencias acerca de la enfermedad y conductas aprendidas de adaptación inadecuadas.

Ejemplos del síndrome de trastorno de conversión son la ceguera, anestesia, afonía (incapacidad para hablar), parálisis y debilidad muscular que no pueden atribuirse a una causa neurológica.

Uno de los estudios a largo plazo más detallados (Ljungberg 1957, citado por Hey) mostró que el 43% de los hombres y el 35% de las mujeres eran sintomáticos al año. Estas cifras disminuyeron al 25% y 22%, respectivamente, a los cinco años y se modificaron muy poco a los 15 años.

#### **Cuadro clínico:**

En este tipo de neurosis se identifican claramente dos clases:

- De tipo conversivo, en la cual los síntomas incluyen a los sistemas neuromusculares y sensoriales.
- De tipo disociativo, en la cual aparecen los trastornos de la conciencia.

En algunos casos se tiene la impresión de que el paciente obtiene beneficios a partir de su estado de incapacidad lo cual lo lleva a confundir la enfermedad con la simulación. Los síntomas principales de las neurosis histéricas no están bajo el

control consciente del paciente, así la verdadera simulación puede llegar a ser una manifestación de un trastorno de personalidad.

El tipo de histeria de conversión presenta una enorme variedad de síntomas difusos, como parálisis motora o ceguera, trastornos del sistema nervioso, incluyendo temblores y parálisis localizadas, parestesias y estados variables de crisis de tipo epiléptico.

Los estados disociativos surgen por la repentina emergencia del estado consciente de impulsos destructivos primarios; esos estados se presentan con cierta frecuencia después de que los pacientes han cometido un acto violento y llegan a constituir problemas en el razonamiento.

### **MANIFESTACIONES OBSESIVO COMPULSIVOS EN ADOLESCENTES**

El también llamado TOC, es una categoría diagnóstica psiquiátrica que se emplea para los individuos que presentan obsesiones o compulsiones patológicas. Para distinguir entre fenómeno obsesivo normal o patológico, el criterio del DSM IV exige que la obsesión o la compulsión sea experimentada por el individuo como inapropiada y además que tenga la suficiente intensidad, frecuencia y duración y que sea una suficiente estresor para el individuo.

El TOC, se consideraba poco frecuente, hasta que estudios epidemiológicos realizados en la década del 80 demostraron una frecuencia de 1 a 2 % en la población general adulta; los estudios retrospectivos de estos pacientes mostraron que muchos de ellos ya los presentaban en la infancia o adolescencia. Esto motivó a estudiarla en niños y adolescentes, observándose una continuidad psicopatológica hacia la adultez y evidencias neurobiológicas similares en relación a su etiología. Desde la perspectiva del desarrollo infantil, el impacto que este trastorno tiene en este desarrollo es importante, pues puede interferir la estructuración de la personalidad del niño. La sensación de falta de libertad, de diferencia con sus pares con angustiantes ideas de daño, de contaminación, de dudas o de culpas interactuará con todos los factores del desarrollo resultando en un estado que si no es ayudado será de sufrimiento intenso y con diferentes grados de discapacidad.

Por compulsión, se entiende una conducta repetitiva en respuesta a una idea obsesiva, o acorde a reglas rígidas que deben ser seguidas en forma estricta. La compulsión no es gratificante, pero logra reducir la ansiedad asociada con alguna situación o idea amenazante. La conducta compulsiva es también excesiva y pierde la relación con la situación temida.

La prevalencia en la población general de niños adolescentes es de 0.3 a 1 % y la prevalencia de vida de 1.9%, la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos, que no alcanzan a constituir un TOC, se estima en un 19%, sin encontrarse diferencias significativas respecto del sexo o la raza. En cuanto a la diferencia por sexo, se ha encontrado un predominio de hombres en las presentaciones del TOC más precoces, prepuberales y puberales, siendo de frecuencia similar en la

adolescencia tardía. Estudios retrospectivos en adultos con TOC han mostrado que aproximadamente un tercio de ellos presentó el comienzo de la sintomatología antes de la edad de 15 años.

### **Manifestaciones clínicas**

De acuerdo al DSM-IV:

#### **Las obsesiones se definen por:**

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos o inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
- Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente ( y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

#### **Las compulsiones se definen por:**

- Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

De igual manera, cabe resaltar una definición extra que el CIE-10 da al trastorno obsesivo compulsivo, específicamente refiriéndose a la presencia de actos compulsivos:

#### ***Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)***

La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden. En

la conducta manifiesta subyace por lo general un miedo a ser objeto o motivo de un peligro y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de conjurar ese peligro. Los rituales compulsivos pueden ocupar muchas horas de cada día y suelen acompañarse a veces de una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento. En conjunto, son tan frecuentes en un sexo como en el otro, pero el lavado de manos ritual es más frecuente en las mujeres y el enlentecimiento sin repeticiones es más común en los varones.

Los rituales están menos íntimamente relacionados con la depresión que los pensamientos obsesivos y responden con mayor facilidad a las terapéuticas de modificación del comportamiento.

El CIE-10 también da una categoría específica a los trastornos obsesivos compulsivos en donde se presenta con igual intensidad los pensamientos y actos obsesivos.

### ***Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos***

La mayoría de los enfermos con un trastorno obsesivo-compulsivo presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones. Esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos, como es frecuente, aunque es útil especificar sólo uno cuando destaca con claridad ya que pensamientos y actos pueden responder a tratamientos diferentes.

## **ADOLESCENCIA Y TRASTORNOS ORGANICO CEREBRALES**

### **CONVULSIONES Y AUSENCIAS**

Una convulsión es una descarga eléctrica a nivel anormal del cerebro. Esta llega a afectar un área focal pequeña del cerebro, o el cerebro entero si es que esta fuera generalizada. El área afectada por la convulsión pierde su capacidad regular de función y puede darse el caso que esta reaccione sin control. Por ejemplo, si un área del cerebro que controla un brazo tiene una convulsión, el brazo puede temblar reiterativamente. Si una convulsión afecta el cerebro entero, todas las extremidades pueden temblar sin control. Algunas convulsiones pueden presentarse con mirar fijamente sin reaccionar. Teóricamente, cualquier función del cerebro, motor, olor, visión, o emoción puede ser individualmente afectada por una convulsión. Las convulsiones, sin embargo, primordialmente seguirá siempre el mismo modelo en un individuo dado, en la mayoría de los casos no se presenten ningún tipo de variación.

Las convulsiones son también diversas formas de manifestaciones súbitas las cuales se dan como se explicó antes por descargas eléctricas sincrónicas de un grupo de neuronas de la corteza cerebral o también de la corteza en general. Una convulsión suele darse por el resultado de un desbalance repentino entre las fuerzas ex citatorias e inhibitorias de la red de neuronas de la corteza a favor neto de la excitación cortical sin inhibición sincronizada del potencial excitatorio. Las convulsiones pueden provocar manifestaciones motoras, somato- sensitiva, autónoma y psíquica.

Las convulsiones suelen estar relacionadas con un evento temporal o disparador de la crisis, tal como exposición a ciertos medicamentos como o algunos otros fármacos psicoactivos o drogas como la cocaína, anfetaminas, o al contrario, la abstinencia del hábito de consumir drogas, licor o fármacos, tales como barbitúricos y benzodiazepinas, una fiebre alta en niños o niveles anormales de sodio o glucosa en la sangre. En algunos otros casos, una lesión dentro del cerebro, por ejemplo, un accidente cerebrovascular o un traumatismo en el cráneo, provoca la excitación anormal de las neuronas cerebrales. Es decir estas están sujetas a diversos eventos dados por fuerzas extrañas a las conductas del propio cuerpo como unidad biológica; es decir algo orgánico.

En algunas personas, puede haber factores hereditarios que afectan de tal manera a las neuronas del cerebro que conlleva a que se presente una disposición a las convulsiones. En algunos de estos casos, las convulsiones suceden espontáneamente, sin una causa inmediata y se repiten con el tiempo. En otros casos puede haber deformidades o malformaciones del desarrollo cerebral durante la embriogénesis.

Las convulsiones pueden ser idiopáticas, es decir, son convulsiones generalmente crónicas que ocurren sin una causa identificable, en personas con o sin antecedentes familiares de epilepsia o convulsiones.

## **TRASTORNOS PSICÓTICOS Y ADOLESCENCIA**

### **HIPOMANIA O EXITACIÓN MANIACA SIMPLE.**

Concepto: Existen cuadros maniformes de menor intensidad que la manía y que configuran un episodio llamado hipomaniaco o hipomanía. En el DSM-IV se establecen unos criterios diagnósticos para la hipomanía, que especifican una duración del cambio de estado de ánimo de por lo menos, 4 días y un cambio en su actividad que los demás puedan observar. A diferencia de la manía, no alcanza la suficiente intensidad para producir un perjuicio importante o para necesitar de modo imperioso la hospitalización.

Etimológicamente, viene del griego “Hypo, Hipo”, que significa “Debajo de” y de “Mainomai”, que significa “Locura”; es decir, está debajo de la locura o manía, es de menor valor, en intensidad o presentación que la manía.

Sintomatología:

La gente afectada tiende para a sobrestimar sus capacidades.

Tienen una autoestima o grandiosidad inflada.

Consumo creciente del alcohol.

No pueden ver los riesgos obvios implicados en sus empresas.

Fabricación de porciones o partes de planes.

Implicación excesiva en actividades agradables.

Interés creciente por lo sexual.

Desean hacer varias cosas inmediatamente.

Alteraciones del sueño, en menos.

Más sensible que de manera habitual.

Sienten que han tomado demasiadas responsabilidades.

Aumentan las actividades meta-dirigidas.

Plantear nuevas opciones teniendo la energía creciente.

En la hipomanía, donde las manifestaciones de actividad motora, psíquica, el magnífico estado de ánimo, que muchas personas normales poseen, aquí se intensifican en grados variables.

La tríada clásica sintomatológica es:

1. Estado de ánimo eufórico pero inestable. (Ánimo).
2. Palabras abundantes y rápidas. (Lenguaje).
3. Aumento de la actividad motora. (Motricidad).

El enfermo en esta fase habla con facilidad, persuasivamente, de manera festiva, e interminable. Es animado, después amistoso y posteriormente se vuelve inoportuno.

Irradia buena salud. Está en actividad constante y da la impresión de no cansarse nunca, y tener una energía ilimitada. Hace proyectos, emprende negocios, la grandeza inspira sus proyectos. Este estado puede sobrevenir en sujetos cuya personalidad anterior era más bien reservada y tímida o por el contrario, aparecen en individuos que han superado un periodo depresivo.

Se caracteriza por:

Euforia moderada.

Aumento de la actividad motriz.

Juicio defectuoso e impulsividad.

La falta de límites puede conducirlo a juergas en las que derrocha dinero, a la promiscuidad y a la conducta bulliciosa molesta. El discurso circunstancial, el pensamiento menoscabado, la actitud crítica y las ideas exaltadas son típicos.

Estos pacientes parecen listos, ingeniosos, confiados, dominantes, agresivos, incapaces de llevar a cabo un plan y extravagantes. La hipomanía es la forma suave y calma de manía con estos referentes. Dura menos tiempo y es menos severa, sin características psicopáticas y menos inhabilidad. Puede ser distinguida de la felicidad normal por su persistencia, no-reactividad (No provocada por buenas noticias y no afectada por malas noticias) e inhabilidad social. Puede hacer sentirse bien a la persona que la experimenta e incluso asociarse al buen funcionamiento y a la productividad realizada. Así aún, cuando la familia y los amigos aprenden a reconocer las oscilaciones del humor como desorden bipolar posible, la persona puede negar que cualquier cosa sea incorrecta. Sin el tratamiento apropiado, sin embargo, la hipomanía puede convertirse en manía severa en algunos pacientes o puede cambiar a la depresión. La forma menos severa del desorden bipolar, es la hipomanía. Los pacientes con esta forma clínica han aumentado su energía y tienden a llegar a ser más activas. No tienen delusiones, ni alucinaciones. No pierde el contacto con realidad en ese sentido, es

egodistónico. Son un problema, debido a que tienden a sobrestimar sus capacidades y no ven los riesgos obvios implicados en sus empresas. Otras formas de comportamiento menos inhibido e imprudente, incluyen conducir, jugar apuestas, pasando juergas y aventuras sexuales. Pueden también tener nuevas ideas pero no las siguen. Son a menudo muy alegres, pero pueden llegar a ser impacientes, si no pueden hacer lo que desean. Es importante diagnosticarla porque, como expresión del desorden bipolar, puede completar un ciclo en la depresión y llevar un riesgo creciente de suicidio. Sin embargo, la hipomanía se puede mantener raramente indefinidamente, y es seguida a menudo por una escalada a la manía o un desplome a la depresión. Luego de unos 10 a 15 días pasan de este estado hipomaniaco, al estado de manía.

Semiológicamente:

Evidente grandiosidad: Muy a menudo hay un descenso de la necesidad de dormir; el sujeto se despierta más temprano de lo habitual y lleno de energía.

El discurso suele ser algo más energético y más rápido de lo habitual, pero en general no es difícil de interrumpir. Puede estar repleto de chistes, equívocos, juegos de palabras y desatinos.

La fuga de ideas es rara y, si se da, es de duración muy breve.

Distraibilidad, como se pone de manifiesto por los cambios rápidos del discurso o la actividad en respuesta a diversos estímulos externos irrelevantes. El aumento de la actividad intencionada puede implicar la planificación o participación en múltiples actividades.

Debido a que un 70 % de los encuestados supero el 60 % en las afirmaciones del material se puede dar la tendencia del grupo a la hipomanía, se habla de tendencia debido a que el material no fue estandarizado ni validado por un jurado de expertos.

## **ESQUIZOFRENIA Y ADOLESCENCIA**

La esquizofrenia pertenece al grupo de Trastornos psicóticos, las primeras referencias a estos estados psicóticos que se asemejan a la esquizofrenia fueron descritas por Pinel. A finales del siglo XIX, Kraepelin definió una forma de demencia que aparecía en jóvenes a la que denominó “dementia praecox” y la diferenció de otras enfermedades mentales tales como la locura maniaco-depresiva. Krapelin señaló la importancia de la presencia de síntomas negativos como “debilitamiento de la voluntad” y “falta de desarrollo personal”

En el siglo XX, Bleuler acuñó el término “esquizofrenia” para referirse a la falta de integración de diversos procesos psíquicos (percepción, memoria, personalidad y pensamiento lógico). Clasificó los síntomas presentes en este trastorno como fundamentales (presentes en todos los pacientes y durante toda la evolución del trastorno), reconocidos como las cuatro A: asociación laxa del pensamiento, afectividad aplanada, ambivalencia y autismo, y síntomas accesorios: ideas

delirantes o delirios, alucinaciones, alteraciones del lenguaje y escritura, y síntomas catatónicos.

En 1948 se empezó a pensar en la esquizofrenia como un producto anómalo de la interacción madre-hijo, y es Fromm-Reichmann, quien empezó a utilizar el término “madre esquizofrenógena”. En 1952, con la publicación del DSM se provee a los profesionales de tablas y guías que permiten la clasificación de las enfermedades mentales.

Conrad en 1954 describe con precisión distintas fases de la esquizofrenia: trema, apofania, anástrofe, apocalipsis, consolidación y residuo.

Bateson en 1956 desarrolló el concepto de doble vínculo, que es una constante de la esquizofrenia en niños.

Las primeras teorías genéticas surgen en 1997. El primer episodio psicótico se explica no solo por la influencia de factores ambientales, sino también por la influencia de la predisposición genética del individuo para la esquizofrenia.

#### Criterios Diagnóstico

De acuerdo con DSM-IV-TR, para ser diagnosticado con esquizofrenia, tres criterios de diagnóstico se deben cumplir:

1. Los síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno presente durante gran parte del tiempo durante un período de un mes (o menos, si los síntomas remiten con el tratamiento).

- Ilusiones
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado, que es una manifestación de trastorno formal del pensamiento
- Macroscópicamente comportamiento desorganizado (por ejemplo, vestirse inapropiadamente, llorando con frecuencia) o comportamiento catatónico.
- Los síntomas negativos - aplanamiento afectivo (falta o disminución de respuesta emocional), alogia (falta o disminución en el habla), o abulia (falta o disminución de la motivación).

Si las ideas delirantes se consideran extraños, o las alucinaciones consisten en escuchar una voz que participan en un comentario continuo de las acciones del paciente o de la audiencia de dos o más voces conversan entre sí, sólo que los síntomas se requiere por encima.

El criterio de la desorganización del habla sólo se cumple si es suficientemente grave como para afectar sustancialmente la comunicación.

Disfunción social / laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como el trabajo, relaciones interpersonales o el cuidado personal, están muy por debajo del nivel alcanzado antes de la aparición.

Duración: signos continuos de la alteración persisten durante al menos seis meses. Este período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas (o menos, si los síntomas remiten con el tratamiento).

Según la CIE-10, los criterios de diagnósticos de esquizofrenia, son los siguientes:

- Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.
- Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Según la OMS, la esquizofrenia considerada como una forma grave de enfermedad mental afecta a alrededor del 7 por mil de la población adulta, la mayoría en el grupo de edad 15-35 años. Aunque la incidencia es baja (3-10,000), la prevalencia es alta debido a la cronicidad. La esquizofrenia afecta a unos 24 millones de personas en el mundo. La prevalencia de esta enfermedad se sitúa entre el 0'3% y el 3'7% dependiendo de la zona del mundo donde estemos. Se ha observado una cierta prevalencia hereditaria, si uno de los padres padre padece

esquizofrenia el hijo tiene un 12% de posibilidades de desarrollar dicho trastorno y si ambos son esquizofrénicos el niño tiene un 39% de probabilidades. Un niño con padres sanos tiene un 1% de posibilidades de padecer este trastorno, mientras que un niño con un hermano con este desorden tiene un 8% de probabilidades. Por tanto las causas de la esquizofrenia son tanto bioquímicas como ambientales. Según los estudios realizados por la OMS, esquizofrenia tiene mejor pronóstico en países menos desarrollados, como por ejemplo, India, Nigeria y Colombia, que en los desarrollados como los europeos o Estados Unidos. El porcentaje de remisiones clínicas completas fue significativamente mayor en los países menos desarrollados (37%) que en los más desarrollados (15%). Duplicando la cantidad de pacientes esquizofrénicos en los países menos desarrollados (en relación con los más desarrollados), presenta una remisión completa a largo plazo.

La prevalencia de la esquizofrenia se ha establecido alrededor del 1 % de la población, con escasas variaciones entre los países.

Según la OMS (2014) más del 50% de las personas con esquizofrenia no están recibiendo la atención adecuada y el 90% de las personas con esquizofrenia no tratada se encuentran en países en desarrollo.

La esquizofrenia se puede presentar principalmente asociada a los Trastornos Relacionados a Sustancias. Del 30 al 40 % de los esquizofrénicos presenta problemas de abuso de alcohol; el 15-25 % problemas con el cannabis; del 5 al 10 % abusa o depende de la cocaína. También se incluye el abuso de nicotina, muy frecuente en estos pacientes. Las drogas y el alcohol permiten reducir los niveles de ansiedad y la depresión provocados por la esquizofrenia.

## RESULTADOS

### TABLA GENERAL DE HALLASGOS DE INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS

#### ORDEN DE PRELACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LOS INDICADORES DE TENDENCIAS PSICOPATOLÓGICAS

RESPUESTAS:	PORCENTAJES:
1. ALCOHOL.....	86
2. NICOTINA.....	65
3. ANFETAMINAS.....	54
4. DISOCIACION.....	45
5. MARIHUANA.....	40
6. ANSIEDAD.....	34
7. CONVERSIÓN.....	32
8. OBSESIÓN.....	30
9. DEPRESIÓN.....	28
10. PASTA DE COCA:.....	28
11. AUSENCIAS:.....	20
12. HIPOMANIA:.....	17
13. CLORHIDRATO DE COCAÍNA:.....	16
14. COMPULSIÓN:.....	15
15. CONVULSIÓN:.....	12
16. ESQUIZOFRENIA:.....	4
17. HOJAS DE COCA:.....	1

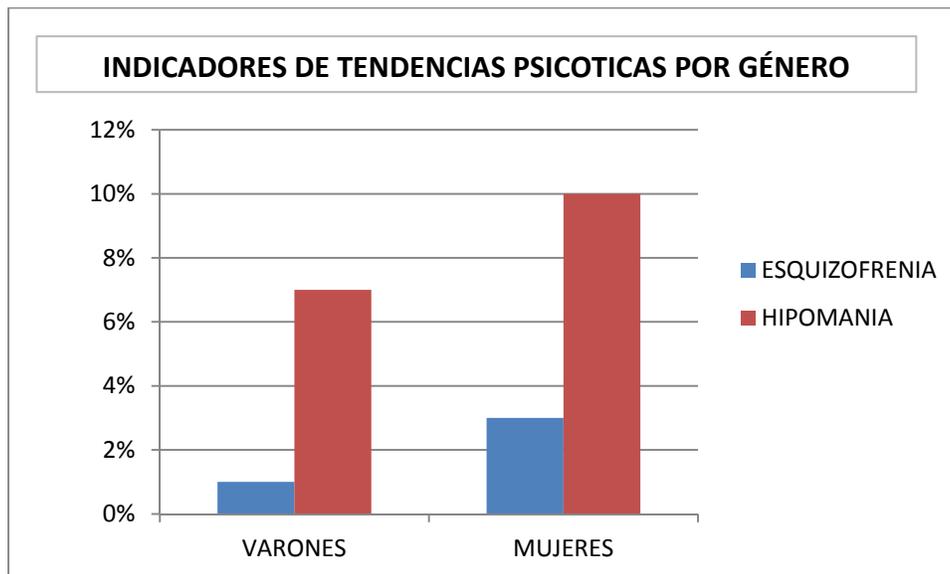
Como se observa en la Tabla General de Respuestas de los Indicadores de Psicopatología, en esta existe una prelación porcentual de presentación, siendo la más relevante la del consumo de Alcohol, con el 86%, seguida de la Nicotina con el 65% y las Anfetaminas con el 54%, entre aquellas entidades mayores del 50% de respuestas; hasta que al finalizar se halla un 1% de respuestas referidas al consumo de las Hojas de coca.

**GRAFICO 1**



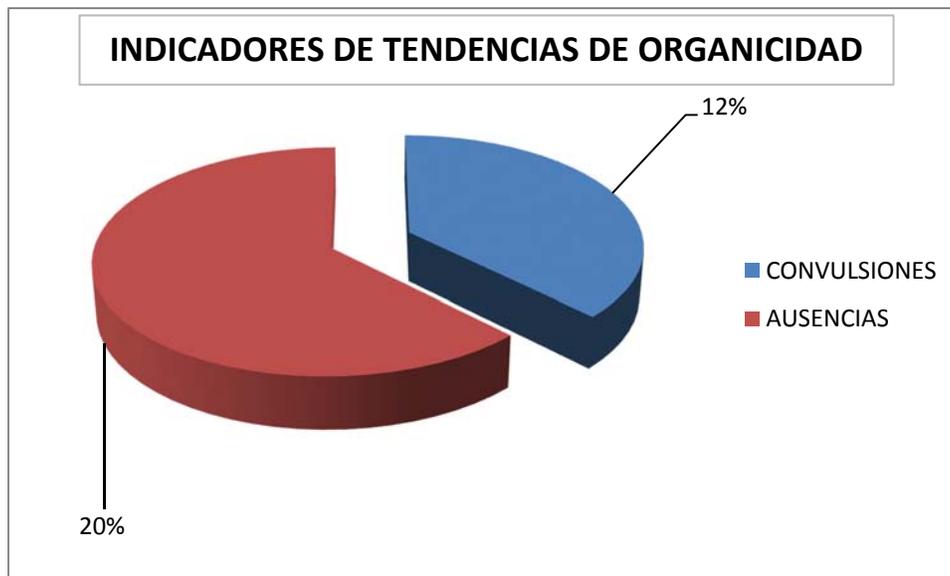
Como se observa en el Grafico 1, se hallan Indicadores de Tendencias Psicóticas, como las Esquizofrenias con el 4% y la Hipomanía con el 17%, siendo éstas las más representativas y probablemente un porcentaje de ellas darán cuadros psicóticos en el futuro.

**GRAFICO 2**



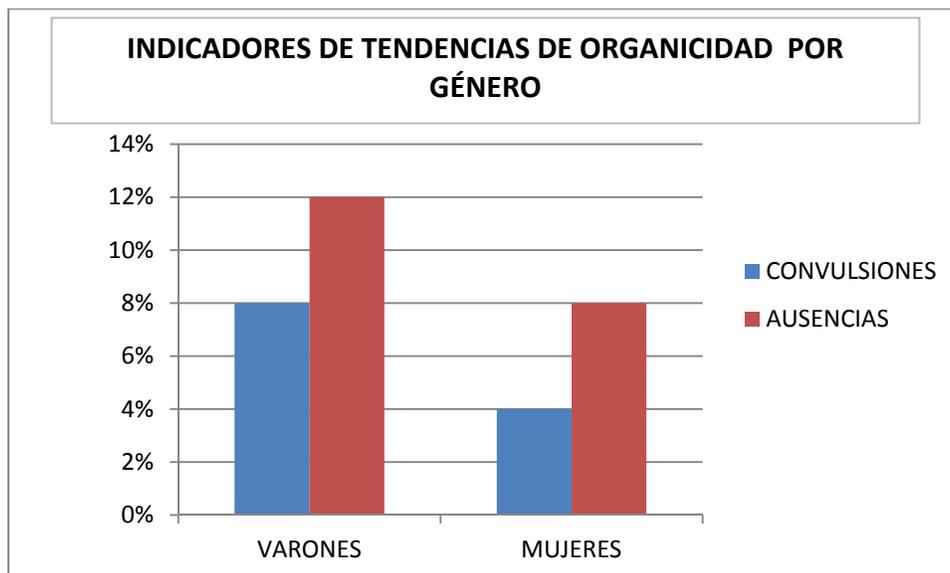
Como se observa en el grafico 2, los Indicadores de Tendencias Psicóticas según el género, referido a las Esquizofrenias hay un predominio en relación a “favor del femenino”; igual predominio de género se halla en lo referente a la Hipomanía.

**GRAFICO 3**



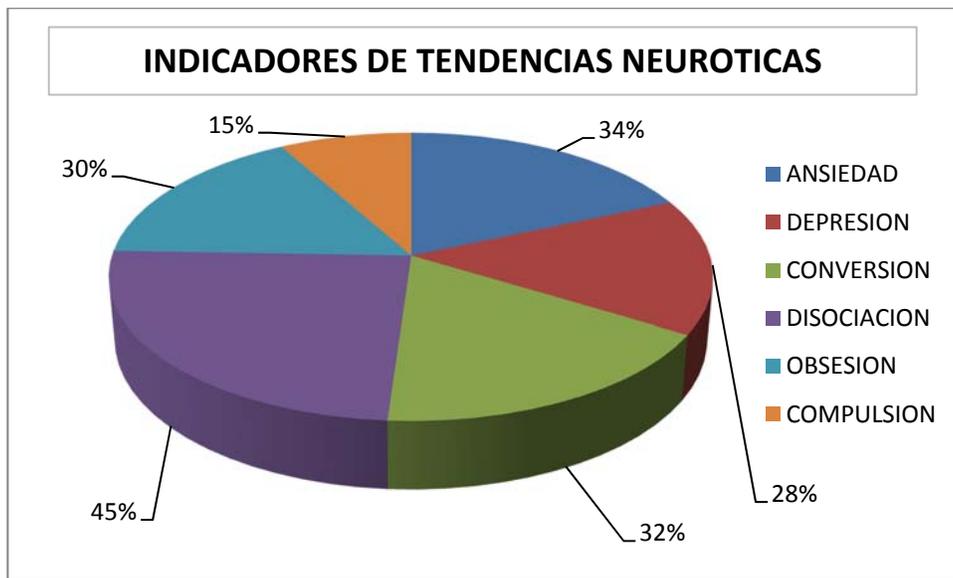
Como se observa en el grafico 3, referido a los Indicadores de Tendencias de Organicidad, el específico de Ausencias con un 20% predomina en relación al de las Convulsiones con un 12%, siendo estas manifestaciones no contrarias en su presentación, pues puede hallarse juntas.

**GRAFICO 4**



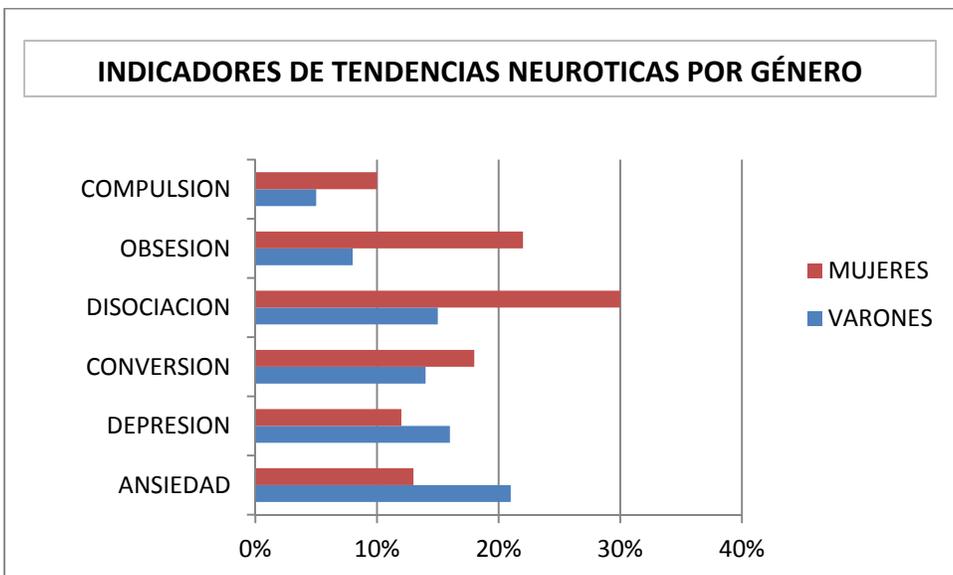
Como se observa en el grafico 4 relativo a los Indicadores de Tendencias de Organicidad, tanto en el de Convulsiones como en el de Ausencias hay un claro predominio del género femenino.

**GRAFICO 5**



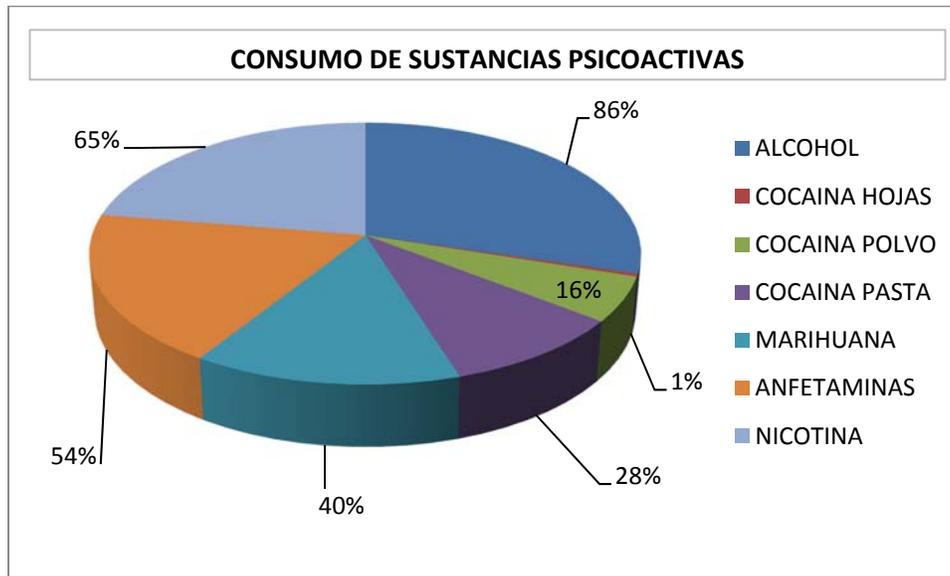
Como se observa en el grafico 5, referido a los Indicadores de Tendencias Neuróticas, se halla primero a la Disociación con el 45%, luego la Ansiedad con el 34%, y la Conversión con el 32% y la Obsesión con el 30%, como primeras para ser seguida de la Depresión con el 28% y finalmente la Compulsión con el 15%.

**GRAFICO 6**



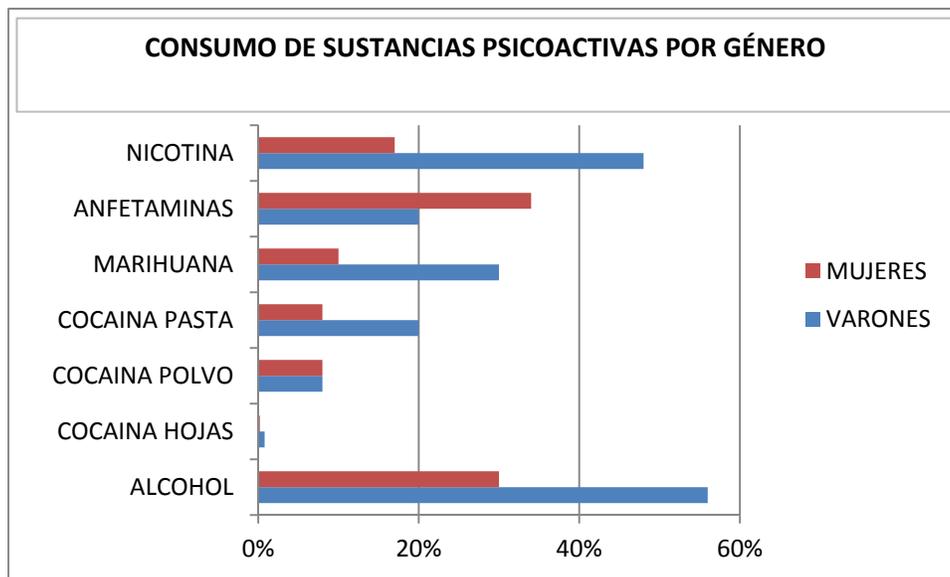
Como se observa en el grafico 6, en relación con el género de los Indicadores de Tendencias Neuróticas, hay un claro predominio del masculino en la Ansiedad y la Depresión y en las restantes 4 tendencias (Compulsión; Obsesión; Disociación y Conversión), el predominio en algunos (Disociación) es muy claro del femenino.

**GRAFICO 7**



Como se ve en el gráfico 7 referido al consumo de sustancias psicoactivas, hay un claro predominio del Alcohol con el 86%, seguido de la Nicotina con el 65%, luego con el 54% las Anfetaminas y la Marihuana con el 40% y finalizar con la Cocaína en hojas con el 1% habiendo pasado antes por la Pasta 28% y en Polvo 16%.

**GRAFICO 8**



Como se ve en el gráfico 8, referido al género de los Consumidores de Sustancias Psicoactivas, hay un marcado predominio del masculino sobre el femenino, en todas las sustancias psicoactivas consumidas, donde solo las Anfetaminas solo demuestran, en el género femenino una "supremacía".

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:

Se tendrá que hacer la salvedad, que el universo estudiado correspondió a 626 sujetos de investigación, los cuales tenían que responder el Inventario de Indicadores Psicopatológicos en la Adolescencia, el cual fue dirigido a las entidades de mayor prevalencia e incidencia que empíricamente se hallan en el trabajo con los adolescentes, al cual se le denominó IPA14, el cual estaba constituido por 45 preguntas de respuestas dicotómicas, las cuales darían una probable totalidad de 56, 340 respuestas, las cuales, como es evidente no se llegan a completar, se tomaron los porcentajes de aquellas mayores respuestas en relación directa con la alteración psicopatológica a investigar o indagar; teniendo en consecuencia los siguientes resultados generales, los cuales pasamos a analizarlos y discutirlos:

- a. El consumo de Bebidas Alcohólicas de cualquier tipo presentó un 86% de respuestas, no analizamos si hay alcoholismo, pues es una entidad clínica compleja, siendo esta la más alta de todas las respuestas obtenidas, lo cual no viene sino a corroborar la gran magnitud de su uso por los adolescentes de ambos sexos, siendo la relación de varones a mujeres de 1.87: 1, observándose que no es mucha la diferencia, tan solo de 0.87, lo que podría tomarse como que ambos géneros consumen por igual las bebidas alcohólicas en la adolescencia.
- b. El consumo de la Nicotina, no analizamos si hay tabaquismo, pero lo que es evidente es que van algunos camino a ello; así contestaron el 65% de respuestas de manera afirmativa a ese consumo, lo cual también comprueba lo referido por los estudiosos de la comunidad científica que es la primera sustancia psicoactiva en ser consumida, y de inicio en la farmacodependencia; la relación por género, que se encuentra es la de 2.83: 1 a "favor" de los varones, lo cual se traduce en la supremacía por múltiples razones culturales del uso del cigarrillo por los varones.
- c. El consumo de las Anfetaminas o aminas biogénicas o despertadoras obtuvo un tercer lugar con el 54% de respuestas, cifra alta, pero si se tiene en cuenta el universo estudiado de adolescentes universitarios de ambos sexos, hay una clara explicación a ello, primero por el hecho de que en un contexto estudiantil aquellas drogas que den memoria serán muy solicitadas, por el hecho de que hayan mujeres estudiantes que interactúan en un contexto de hoy día en que la esbeltez y belleza consisten para las damas, en ser delgadas lo más posible, hace que su uso por su acción anorexigénica sea alta y finalmente por el hecho de dar mucha energía tema

de gran importancia en los adolescentes de hoy, hace que se la use. Referido a la relación entre géneros que es importante se halla un 1.7 : 1 a “favor” de las mujeres evidenciándose que casi ambos sexos la consumen de manera igual.

- d. Las manifestaciones de la Disociación, psicopatología que tiene que ver con la conciencia como bloqueador de la gran ansiedad que se presenta en las personalidades de tipo neuróticas histéricas, obtuvo un 45% de respuestas dato de prevalencia muy alto pero debido al contexto tan selecto de adolescentes universitarios, es alta pero no mucho que pueda sorprender de manera desmedida sino ponernos de manifiesto su importancia expresiva; la relación por géneros dio 2: 1 a “favor” de la mujeres, referencia casi universal de presentación siempre mayor de esta psicopatología en mujeres.
- e. El consumo de Marihuana dio un 40% de respuestas que si lo hacían, evidenciándose que es la sustancia psicoactiva de mayor consumo, luego del alcohol y la nicotina y es la primera dentro de las sustancias ilegales, el ambiente de la vida universitaria de grupo y reuniones la favorece, así como su vinculación recreacional de manera fundamental. La relación según géneros se obtiene un 3: 1 a “favor” de los varones, lo cual evidencia que en las mujeres hay un consumo pero más recatado o temeroso, hecho que no sucede en los varones que la triplican en su consumo.
- f. Las manifestaciones de la Ansiedad, psicopatología que tiene que ver con serios e importantes mecanismos de defensa del yo psíquico y que se presenta en toda la gama de patologías de la vida psíquica, obtuvo un 34% de respuestas dato de prevalencia alto pero debido al contexto tan selecto de adolescentes universitarios, es alta pero no mucho que pueda sorprender de manera desmedida sino ponernos de manifiesto su importancia expresiva; la relación por géneros dio 1.6: 1 a “favor” de los varones, referencia casi universal de presentación casi siempre muy parecida o idéntica, alterándose en sus predominancias según los universos de investigación.
- g. Las manifestaciones de la Conversión, psicopatología que tiene que ver con la somatización corporal como bloqueador de la gran ansiedad que se presenta en las personalidades de tipo neuróticas histéricas, obtuvo un 32% de respuestas dato de prevalencia alto pero debido al contexto tan selecto de adolescentes universitarios, es alta pero no mucho que pueda sorprender de manera desmedida sino ponernos de manifiesto su

importancia expresiva; la relación por géneros dio 1.29: 1 a “favor” de la mujeres, referencia casi universal de presentación siempre mayor de esta psicopatología en mujeres.

- h. Las manifestaciones de la Obsesión, es decir, las ideas reiterativas que poco a poco van bloqueando y limitando a la persona, se inician por una gran carga de ansiedad, que en los adolescentes universitarios, habrá que ser doble en virtud de su edad generacional y por la obligación de cumplimiento con tareas ineludibles y presiones familiares, así se obtuvo un 30% de respuestas a estos indicadores; la relación por género fue de 2.75:1 a “favor” de las mujeres, lo cual indica una prevalencia importante de casi 3 a 1 en relación a los varones, que podría estar indicando la fragilidad y/o femenina, hecho remarcado por la literatura especializada.
- i. Las manifestaciones de la Depresión, psicopatología que tiene que ver con serios e importantes mecanismos de defensa del yo psíquico y que se presenta en toda una variada gama de patologías de la vida psíquica, obtuvo un 28% de respuestas dato de prevalencia comprensible, se podría decir que alto pero debido al contexto tan selecto de adolescentes universitarios, es alta pero no mucho que pueda sorprender de manera desmedida sino ponernos de manifiesto su importancia expresiva, debido al momento generacional, las crisis existenciales, sexuales y otras que pronto pueden sumir en desvalorización al adolescente; la relación por géneros dio 1.33: 1 a “favor” de los varones, referencia de presentación casi siempre muy parecida o idéntica, alterándose en sus predominancias según los universos de investigación.
- j. El consumo de la Pasta de coca, PBC o Sulfato de cocaína dio un 28% de respuestas que si lo hacían, evidenciándose que es una de las sustancias psicoactivas ilegales de mayor consumo, luego de la Marihuana, desde su aparición en nuestro medio en 1976, su vigencia se ha mantenido y que pese a que al inicio su consumo era fundamentalmente de los estratos socio económicos menos favorecidos, ahora vemos como esta introducida en la vida universitaria de una universidad de clase media, probablemente su uso se deba a su bajo costo y el ambiente de la vida universitaria de grupo y reuniones la favorece. La relación según géneros se obtiene un 2.5: 1 a “favor” de los varones, lo cual evidencia que en las mujeres hay un consumo pero más recatado o temeroso, hecho que no sucede en los varones que casi la triplican en su consumo.

- k. El fenómeno psicopatológico de las Ausencias, que viene a tener plena relación, en su mayoría de presentación, con un síndrome orgánico cerebral tipo epilepsias, lo hallamos con el 20% de respuestas, lo cual indica una alta prevalencia para este tipo de patologías, las cuales generalmente bordean hasta el 5%, su incremento probablemente de deberá al hecho de haberlas asociado a las “fallas de memoria” en los olvidos de lo estudiado y no recordado para los exámenes, debido a la cohorte de investigación y sus características. Su relación con el género correspondiente es de 1.5: 1, a “favor” de los varones, relación de escasa diferencia, que nos hace colegir en casi una igualdad por sexos.
- l. Las manifestaciones de la Hipomanía, nos dan un 17% de respuestas, ante este cuadro correspondiente con los procesos psicóticos, el cual evidentemente es una prevalencia muy alta a considerar, tendríamos que buscarle una explicación en el hecho de la edad, las características estudiantiles, las relacionales, la moda, la expansividad que pueden haber contaminado el resultado, pues lo ideal de poder haber encontrado debería estar en el rango de 5-6% como máximo, pero si nuestro hallazgo es válido, hay un punto importante de reflexión sobre esta psicopatología del estado del humor. La relación hallada es de 1.43: 1 a “favor” de las mujeres, hallazgo también extraño pues lo general es que sea el sexo masculino el prevalente.
- m. El consumo del Clorhidrato de cocaína, es decir la cocaína en polvo, nos da un respuesta del 16%, prevalencia que puede estar dentro de lo esperado por la rápida difusión de su consumo ahora ya en casi todos los estratos socio económicos y como acompañante del consumo de bebidas alcohólicas con la cual tiene manifestaciones muy sui generis. La relación por género es de 1:1, es decir consumen igual varones que mujeres esta sustancia psicoactiva.
- n. Las manifestaciones de la Compulsión, nos dan un 15% de respuestas, ante este cuadro correspondiente con los procesos neuróticos, el cual es una prevalencia alta a considerar, tendríamos que buscarle una explicación en el hecho de la edad, las características estudiantiles, las relacionales, la moda, la escrupulosidad y búsqueda de perfección y sobre todo el cumplimiento de las ideas obsesivas que hallamos en el doble de respuestas, por esas consideraciones la prevalencia señalada debe corresponder a un hecho real y difícilmente estar distorsionada. La relación hallada es de 5: 1 a “favor” de las mujeres, hallazgo donde se evidencia de manera determinante la “supremacía” de las mujeres, pues al convertirla al

porcentaje se tiene un 80% de ellas en relación a ellos. Siendo además la más alta relación por géneros hallada en la presente investigación.

- o. Las manifestaciones de la Convulsión, nos dan un 12% de respuestas, ante este cuadro correspondiente con los procesos orgánico cerebrales de manera preferente, y casi un sinónimo de las epilepsias, el cual es una prevalencia alta a considerar, tendríamos que buscarle una explicación en el hecho del consumo de sustancias psicoactivas, probables traumatismos encéfalo craneanos antiguos, malos cuidados en el momento del *partum*, pues lo que se esperaba hallar debido a la práctica empírica es de una prevalencia que no excediese el 4-6%. La relación hallada es de 2: 1 a “favor” de los varones, hallazgo donde se evidencia que el doble de sujetos de este género la podrían presentar.
- p. Las manifestaciones de los probables indicadores de una Esquizofrenia, nos dan un 4% de respuestas, la cual también es una prevalencia alta para los reportes de la literatura especializada, el que podríamos haber esperado hallar habría sido del 2-3%, pues el proceso psicopatológico esquizofrénico en sí tiene una prevalencia universal del 1%. La relación es a “favor” de las mujeres del 3:1, hecho también sorprendente por cuanto, más padecen los hombres que las mujeres de estas expresividades mórbidas.
- q. Y finalmente el consumo de la Cocaína, bajo la modalidad de las hojas de coca, no se precisa si es mediante la infusión o el mascado de ella, nos da un 1% de respuestas, siendo casi exclusiva de los varones que así contestaron y la relación según género es de 4:1 a “favor” de los varones.

## **CONCLUSIONES:**

Se puede concluir que lo más importante de la aproximación al estudio de las manifestaciones psicopatológicas en adolescentes universitarios, son:

1. Que el consumo de sustancias psicoactivas, tales como las Bebidas alcohólicas, la Nicotina y las Anfetaminas, ocupan los tres primeros lugares de prevalencia en esta edad del desarrollo, con el 86, 65 y 54% respectivamente.
2. La primera expresividad psicopatológica psíquica que aparece es la Disociación en el cuarto lugar con una prevalencia del 45%.
3. La Marihuana otra sustancia psicoactiva, pero ilegal ocupa la quinta colocación con el 40% de respuestas.

4. La Ansiedad, la Conversión, la Obsesión y la Depresión, ocupan los siguientes lugares de prelación con respuestas del 34, 32, 30, 28% respectivamente.
5. La Pasta de coca, sigue siendo una sustancia psicoactiva de gran presencia en la adolescencia, pues encontramos una prevalencia del 28% de consumidores, hecho que pone de manifiesto lo difícil de su erradicación.
6. Las manifestaciones próximas a los síndromes cerebrales se manifiestan con las Ausencias y las Convulsiones, con porcentajes del 20 y 12% respectivamente, motivando su alta prevalencia reflexiones de Salud Pública.
7. Y una consideración final merecen aquellos procesos lindantes con el síndrome psicótico, tal como la Hipomanía y la Esquizofrenia, que obtienen respuestas 17 y del 4% respectivamente, como ya se consideró prevalencias altas.

## **RESUMEN:**

El autor desarrolla un trabajo de investigación titulado: "Prevalencia de Trastornos Psicopatológicos en la Adolescencia", el cual se lleva a cabo durante el año del 2014, en estudiantes universitarios adolescentes de Lima Metropolitana.

Investiga las respuestas que al Inventario de Indicadores Psicopatológicos en la Adolescencia (IPA14) dieron respuesta 626 sujetos de investigación, con 56,340 respuestas posibles, hallando entre lo más importante como referencias de prevalencia que el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, la nicotina y las anfetaminas presentaban el 86; 65 y 54% siendo las respuestas más altas encontradas, seguido del proceso psicopatológico de la disociación con el 45% de respuestas, continuado por el consumo de marihuana con el 40%, entre los más importantes.

La relación entre géneros se da de manera más importante a "favor" de las mujeres en la compulsión, que es de 5:1 y en las manifestaciones de una probable esquizofrenia que es de 3:1 y a "favor" de los varones el mascado de las hojas de coca 4.1. Así también encuentra una relación muy leve a "favor" de las mujeres en la conversión de 0.29 e hipomanía de 0.43 respectivamente y a "favor" del masculino del 0.33 y ausencias del 0.5 respectivamente.

Se concluye dando recomendaciones de estudios más amplios en este universo del desarrollo humano tan trascendente e importante.

## 16. REFERENCIAS.

- American Psychiatric Diagnostic and Statistical Manual of Association. (1994) Mental Disorders (DSM-IV) Washington D.C.: A.P.A.
- American Psychiatric Diagnostic and Statistical Manual of Association. (2000) Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington D.C.: A. P. A.
- Barlow, D. y Durand, M. (2003). Psicopatología. Madrid. Editorial Thomson.
- Bastide, Roger. (1979) Sociología de las enfermedades mentales. México DF. Editorial Siglo Veintiuno.
- Bee, H. y S. Mitchel. (1987). El desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida. México DF. Harla.
- Belloch, A. et al. (1990). Manual de Psicopatología. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Caballed, J.; Moraga, F.; Sasot, J. (1999) El niño y el adolescente: Riesgos y accidentes. Barcelona. Alertes S.A. Ediciones.
- Colareta, J. R. (1993). Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural. Tesis de Médico-Cirujano. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Desjarlas, R.; Eisemberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. (1997) La salud mental en el mundo; problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Ey, H.; Bernard, P. y Brisset, Ch. (1980) Tratado de psiquiatría. Barcelona. Toray-Masson.
- Figueroa, D. (1999). Salud pública. Epidemiología. Medicina comunitaria, Administración hospitalaria. Lima.
- Flaherty, J. R.: Channon y J. Davis (1991). Psiquiatría: Diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires. Médica Panamericana.
- Freedman, A.; Kaplan, H. y B. Sadock (1982) Tratado de psiquiatría. Barcelona. Salvat.
- Freedman, A.; Kaplan, H. y B. Sadock (1984) Compendio de psiquiatría. Barcelona. Salvat.
- Fuentenebro, F. y Vásquez, C. (1990). Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. Madrid. Mc Graw-Hill - Interamericana de España.
- Gonzales, R. (2000) Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid. Pirámide.
- Grau Martínez, Arturo y Meneghello, Julio. (2000) Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Gonzales de Rivera, J. (1993). El Método epidemiológico en salud mental. Barcelona. Masson.
- Herrera, J. (2002). La pobreza en el Perú. Una visión departamental. Lima. INEI.
- Hernández-Aguado, Ildefonso; Gil de Miguel, Ángel y Delgado Reyes, Miguel. (2005). Manual de epidemiología y salud pública. Madrid. Médica Panamericana.

- INEI. (1995). Proyecciones del censo de población 1993. Lima. INEI.
- INEI. (2000). Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima. INEI.
- INEI. (2002). Condiciones de vida en los departamentos del Perú. 2001. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza (ENAHO)- IV trimestre. Lima. INEI.
- Infante, F. y Rivera, F. (2001). Estado de la salud mental en el Perú. Lima.
- Kaplan, H; Sadock, B y Grebb. J (1996) Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Buenos Aires. Médica Panamericana.
- Kessler, Ronald C. (2000) Epidemiología psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones. Bulletin of the World Health Organization, 78 (4): 464-474. Ginebra.
- Krauss, S. (1981). Enciclopedia de psicología médica. El Ateneo. Barcelona.
- Lip, César y Rucabado, Fernando. (2005). Los Determinantes sociales de la salud en el Perú. Organización Panamericana de la Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Unidad de Post Grado de Psicología.
- Livia, J. (1993) Epidemiología de trastornos de conducta en una zona urbano marginal de Lima. Lima. Tesis de Licenciatura en Psicología Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Llanos Zuluaga, Roberto (1978). La psiquiatría infantil y del adolescente en el Perú. En O. Valdivia, y E. Bazán. Lima. Editores. Anales del V Congreso Nacional de Psiquiatría.
- López Ramos, Francisco. (2003). Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas. México DF. Manual Moderno.
- Mansilla, María Eugenia. (1989) Desarrollo psico-social del niño y adolescente. Módulo de Capacitación. Lima. UNICEF.
- Mariátegui, Javier. (1988). Salud mental y realidad nacional. Lima. Minerva.
- Mendo Rubio, Manuel. (2005). Epidemiología y salud pública. Lima. Laborales SRL.
- Ministerio de Salud del Perú (2004). Lineamientos para la acción en salud mental. Lima. Talleres Gráficos Sinco Editores.
- Minobe, K.; Perales, A.; Sogi, C.; Warthon, D.; Llanos, R.; y Sato, T. (1990). Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. Lima. Anales de Salud Mental. Volumen VI: 9-20.
- Monedero, Carmelo. (1982) Psicología evolutiva y sus manifestaciones psicopatológicas. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Navarro, José Francisco. (2000) Bases biológicas de las psicopatologías. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Núñez García, Ramiro (1998). Higiene mental de la familia. OPS, OMS, Lima. Cooperación Técnica Holandesa y MINSa.
- Oliver Paredes, Ernesto. (1987) Estudio en hijos de farmacodependientes a la pasta de coca. Tesis de Doctor en Medicina Humana. Facultad de

- Medicina Humana de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- Oliver Paredes, Ernesto. (1988) Estudio en hijos de farmacodependientes a la pasta de coca. Lima. En: Anales de Salud Mental. Volumen IV N° 1 y 2. Páginas 81-87.
- Oliver Paredes, Ernesto. (1989) Pasta de coca y Descendencia. En: Psicoactiva, 3. N° 1. Lima. CEDRO.
- Oliver Paredes, Ernesto. (1991) Aproximación hacia un nuevo cuadro psicopatológico: El Síndrome del Pastismo Infantil. Lima. En: Revista de Psicología de la Universidad Ricardo Palma, Volumen III N° 1.
- Oliver Paredes, Ernesto. (1993b) Pasta de coca y Descendencia. XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Santiago. Chile. Julio.
- Oliver Paredes, Ernesto. (1997) Los hijos de la pasta de coca. En: Niñez: construyendo identidad. Facultad de Psicología y Humanidades. Universidad Femenina del Sagrado Corazón (UNIFE). Coordinadora Rosa María Reusche Larí. Lima. Ediciones Libro Amigo.
- Oliver Paredes, Ernesto. (1999) La Enfermedad Mental: Aspectos Psicopatológicos y Semiológicos. Lima: Ediciones Libro Amigo.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2000) Aproximación discreta a la Epidemiología de las Manifestaciones Psicopatológicas Infantiles, en Niños Preescolares del Como Sur de Lima Metropolitana. Lima: Centro de Investigación Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2001a) Acerca de los niños y sus realidades. Lima. Ediciones Libro Amigo.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2001b) Aproximación Epidemiológica a los Trastornos Psicopatológicos, en Preescolares de Lima Metropolitana. Lima: Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2002) Aproximación Discreta al estudio de la Prevalencia de los Trastornos Psicopatológicos, en Preescolares de Lima Metropolitana. Lima: Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2003a) Drogas: Psicopatología del uso, abuso y dependencia a las sustancias psicoactivas. Lima: Ediciones Libro Amigo.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2003b). Prevalencia de la Salud Mental, en Preescolares de Lima Metropolitana. Lima: Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2004<sup>a</sup>) Prevalencia de la Salud Mental, en Preescolares de Lima Metropolitana. Lima. En Scientia, Revista del Centro de Investigación de la Universidad Ricardo Palma. Año VI-N 6, Noviembre, Páginas 119-150.

- Oliver Paredes, Ernesto. (2004b). Epidemiología del Comportamiento Anormal, en Niños de Lima Metropolitana. Lima. Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2005). Aproximación Discreta a la Prevalencia de los Trastornos Psicopatológicos Específicos, en Niños Preescolares de Lima Metropolitana. Lima: Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2006a). 30 años de pasta básica de cocaína en el Perú: Implicancias genético-psicológicas. Simposio "Avances y perspectivas de la Genética en el Perú". Sociedad Peruana de Genética. 15-17 Marzo. Lima.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2006b). Epidemiología e Indicadores Psicopatológicos en Niños Limeños de seis años de edad. Lima. Inédito.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2006c). Aproximación a la prevalencia de los trastornos psicopatológicos, en niños de edad escolar primaria de Lima Metropolitana. Lima. Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2007<sup>a</sup>). Trastornos psicopatológicos en niños en edad escolar primaria de los 6 años a los 12 años de edad". Lima. Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2007b). Psicopatología Infantil y Epidemiología Clínica: Indicadores de alteraciones psíquicas. Lima. Impresiones VIOS S.A.C.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2008). Indicadores generales de trastornos psicopatológicos, en niños en edad escolar primaria". Lima. Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2012). Prevalencia psicopatológica en niños limeños, menores de 13 años de edad. Lima. Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2013). Estudio Descriptivo, comparativo y correlacional de las manifestaciones psicopatológicas en niños limeños. Lima. Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto. (2014). Prevalencia epidemiológica de Trastornos Psicopatológicos en la Adolescencia. Lima. Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, Ernesto y Arias Rodríguez, Rosario. (1982a) Pasta básica de cocaína, ¿Sustancia teratogénica?. VII Congreso Nacional de Psiquiatría. 26-30 Agosto. Lima.
- Oliver Paredes, Ernesto y Arias Rodríguez, Rosario. (1982b) Algunas alteraciones del desarrollo observadas en la descendencia de consumidores de pasta básica de coca. VII Congreso Nacional de Psiquiatría. 26-30 Agosto. Lima.
- Oliver Paredes, Ernesto; Arias Rodríguez, Rosario y Oliver Azpur, Malby. (2001) Trastornos psicopatológicos, conductuales y somáticos, en hijos de

- adictos a la pasta básica de cocaína (PBC). En: Anales del Congreso Internacional de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Madrid. 30 Septiembre al 4 Octubre.
- Organización Mundial de la Salud. (1991). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. "Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid. Meditor.
- Perales Cabrera, Alberto. (1988) Salud mental y desarrollo. Anales de Salud Mental 1988, IV: Páginas 125-132. Lima.
- Perales Cabrera, Alberto. (1989) Concepto de salud mental: La experiencia peruana. Anales de Salud Mental, 1989, V: Páginas 103-110. Lima.
- Perales Cabrera, Alberto (1993). Salud mental en el Perú: variables socio-económicas, políticas y culturales. Lima. Anales de Salud Mental 1993, IX: Páginas 83-107.
- Rose, G. (1988) Individuos enfermos y poblaciones enfermas. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.
- Rotondo, Humberto. (1975) Estudios sobre la familia en su relación con la salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Dirección Universitaria de Biblioteca y Publicaciones.
- Ruiz M., Álvaro y Morillo, Luis E. (2004). Epidemiología clínica. Investigación clínica aplicada. Bogotá. Médica Panamericana.
- Rutter, M. (1985) Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo. Barcelona. Salvat.
- Sánchez, F. (1995). La salud en el Perú. Lima. Rev. Diagnóstico. Vol. 34, N5 Septiembre-Octubre.
- Sánchez Carlessi, Hugo y Reyes Romero, Carlos. (2002). Diccionario biográfico de psicólogos contemporáneos. Lima. Editorial Universitaria. Universidad Ricardo Palma.
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría. (1991). Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo". Lima. Enotria.
- Vallejo Ruiloba, J. (2002) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Madrid. Masson.
- Vidal, Guillermo et al. (1977). Enciclopedia de psiquiatría. Buenos Aires. El Ateneo.

.....  
**Dr. ERNESTO OLIVER PAREDES.**

**Investigador responsable.**

Surco, 30 de Noviembre del 2014.

# **ANEXO**

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
 FACULTAD DE PSICOLOGIA  
 CARRERA DE PSICOLOGIA  
 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS Y EDUCACIONALES “WALTER  
 BLUMENFELD” (IIFE)  
 CENTRO DE INVESTIGACIÓN

**“INVENTARIO DE INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS EN LA  
 ADOLESCENCIA (IPA14)”**

Autor: Dr. Ernesto Oliver Paredes

EDAD:.....

SEXO: Masculino ( ) Femenino ( )

**ME PUEDE HACER EL FAVOR DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS  
 NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS  
 NADIE SABRA SUS RESPUESTAS PUES LA ENCUESTA ES ANONIMA**

		SI	NO
1	USTED PREFERE ESTAR SOLO QUE ACOMPAÑADO		
2	USTED PREFERE MEDITAR QUE INCITAR A LAS PERSONAS A LA CONVERSACION		
3	LE MOLESTAN LAS PERSONAS PORQUE NO SABE QUE HABLAR CON ELLAS		
4	ALGUNAS VECES LE HAN VENIDO PENSAMIENTOS MUY EXTRAÑOS		
5	ALGUNAS VECES A CREIDO PERCIBIR COSAS INEXISTENTES		
6	USTED PREFERE ESTAR SIEMPRE CON PERSONAS		
7	USTED PREFERE CONTAR CHISTES Y HABLAR MUCHO		
8	LE AGRADAN MUCHO LAS PERSONAS		
9	USTED ES MUY GENEROSO Y HASTA REGALA SUS COSAS SIN CONTROL		
10	QUISIERA TENER MUCHAS RELACIONES SEXUALES		
11	USTED ES INTOLERANTE Y PODRIA AGREDIR SI NO LE HICIERAN CASO		
12	USTED CREE QUE TODO LO PUEDE, QUE TODO LO TIENE O QUE TODO LO SABE		
13	USTED TIENE MUCHOS PENSAMIENTOS REITERATIVOS		
14	SE CARGA DE DEMASIADA ANSIEDAD PARA REALIZAR SUS PENSAMIENTOS		
15	HA IDEADO ALGUNA FORMA DE BAJAR SU ANSIEDAD POR SUS PENSAMIENTOS		
16	CUANDO HACE ALGO ESPECIAL LE CALMA SU INTRANQUILIDAD		
17	CUANDO ESTA TRANQUILO, SUBITAMENTE LE VIENE UNA DUDA QUE LO PERTURBA		
18	USTED PREFERE EL ORDEN, EL SISTEMA Y LA DISCIPLINA		
19	USTED ACUMULA MUCHISIMAS COSAS INSERVIBLES		
20	REGULARMENTE SUFRE DE MALES SIN ESTAR REALMENTE ENFERMO		

21	SIENTE QUE ALGUNAS VECES SE AHOGA O TIENE UN NUDO EN LA GARGANTA		
22	HAY MOMENTOS EN LOS CUALES LE "FALLA" LA PERCEPCIÓN		
23	HAY MOMENTOS EN LOS CUALES SE SIENTE COMO "UN INVALIDO"		
24	USTED TIENE IDEAS EXTREMADAMENTE REITERATIVAS		
25	USTED ACOSTUMBRA LAVARSE, PERSIGNARSE,SUMAR,TOCAR LINEAS,MUCHO		
26	TIENE DESEOS INTENSOS DE REALIZAR ACCIONES CONTRARIAS A SU RAZONAMIENTO		
27	SE CARGA CON FRECUENCIA DE MUCHAS PREOCUPACIONES		
28	SUS PREOCUPACIONES LE IMPIDEN RENDIR ADECUADAMENTE EN LOS ESTUDIOS		
29	SIENTE QUE EN OCASIONES PODRIA MORIRSE		
30	USTED HA PENSADO QUE EL MUNDO ESTARIA MEJOR SIN SU EXISTENCIA		
31	USTED PIENSA QUE ES UN ESTORBO PARA MUCHOS		
32	USTED SE ENFERMA CORPORALMENTE CON MUCHA FRECUENCIA		
33	USTED SUDA ABUNDANTEMENTE EN LAS MANOS, PIES, AXILAS, ROSTRO		
34	USTED TIENE DIFICULTADES PARA DORMIR		
35	USTED ALGUNA VEZ HA CONVULSIONADO		
36	USTED ALGUNA VEZ HA PERDIDO LA CONCIENCIA		
37	ALGUNA VEZ LE HAN DICHO QUE LE HA DADO UN ATAQUE DE CONVULSIONES		
38	ALGUNAS VECES SE LE OLVIDAN COSAS MUY SIMPLES O RUTINARIAS		
39	EN EL ULTIMO MES HA CONSUMIDO CUALQUIER BEBIDA ALCOHOLICA		
40	EN EL ULTIMO MES HA CONSUMIDO TABACO		
41	EN EL ULTIMO MES HA CONSUMIDO SUSTANCIAS ESTIMULANTES		
42	EN EL ULTIMO MES HA CONSUMIDO MARIHUANA		
43	EN EL ULTIMO MES HA CONSUMIDO COCAINA EN POLVO		
44	EN EL ULTIMO MES HA CONSUMIDO COCAINA EN PASTA		
45	EN EL ULTIMO MES HA CONSUMIDO HOJAS DE COCA		

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

FECHA DE LA EVALUACIÓN:.....

FIRMA DEL EVALUADOR:.....