

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



**“APROXIMACIÓN DISCRETA A LA PREVALENCIA DE INDICADORES
TENTATIVOS DE TENDENCIAS HOMICIDAS EN ADOLESCENTES
UNIVERSITARIOS”.**

Informe Final.

**Investigador:
Dr. Ernesto Oliver Paredes.**

**Lima-Perú
Octubre del 2015**

“APROXIMACIÓN DISCRETA A LA PREVALENCIA DE INDICADORES TENTATIVOS DE TENDENCIAS HOMICIDAS EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS”.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Es del caso el señalar que en nuestro medio los estudios epidemiológicos de prevalencia y menos los referidos a la incidencia, son muy pocos y en algunos tópicos hasta inexistentes, tan es así que los referidos a la edad de la adolescencia propiamente dicha, no son muchos, 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, debido a la contribución que hace y a la constancia de la línea investigada, 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 se intenta ahora abordar la psicopatología de la adolescencia, con aspectos epidemiológicos buscando discretos indicadores de procesos psicopatológicos en esta edad del desarrollo humano.

Es importante el poder tratar de publicitar estos hallazgos en los profesionales interesados en el tema pues lo encontrado no llegan a ser consignados en un Registro Único, al cual se pueda recurrir, pues no existe, 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 y dedicación que significó para los estudiosos e investigadores, razón por la cual el autor intenta culminar esa línea de investigación, comenzada hace muchos años.

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, realiza otro trabajo similar, en niños en edades escolares primarias, titulado: **“Indicadores específicos de trastornos psicopatológicos, en niños en edad escolar primaria”**.
13. En el año del 2010, sucede un hecho semejante, investigando a niños en el trabajo titulado: **“Prevalencia de la manifestaciones psicopatológicas, en niños de 0 a 13 años de edad, de Lima Metropolitana”**.
14. En el año del 2011, lleva a cabo una investigación de las mismas características de las anteriores, siempre en el rango de la prevalencia.
15. En el año del 2012, se lleva a cabo una investigación titulada. **“Prevalencia psicopatológica en niños limeños, menores de 13 años de edad”**, en el cual informa de un 82.88% de morbilidad.
16. En el año del 2013, en la investigación titulada **“Estudio Descriptivo, comparativo y correlacional de las manifestaciones psicopatológicas en niños limeños”**, compendia todos los estudios anteriores.
17. En el año del 2014, con la investigación titulada **“Prevalencia epidemiológica de Trastornos Psicopatológicos en la Adolescencia”**, aborda de manera directa la exploración de cuadros y procesos psicopatológicos de esta edad.

Todos estos estudios, desde el año 2000 hasta el año 2015, 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 01 horas semanal-mensual, para su ejecución; estando las investigaciones dirigidas en la línea de investigación de la Psicopatología del Desarrollo.

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 los 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 situará 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, con 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.
En ocho de las 24 regiones del Perú, el porcentaje de pobres se incrementó en lugar de reducirse, pese a que la pobreza se redujo a nivel nacional a 23.9% en el año del 2013. Fue Pasco la que por segundo año consecutivo tuvo el mayor incremento de la pobreza, aquí el aumento de pobres fue del 4.7%. En Amazonas el incremento fue del 2.8%. En Madre de Dios subió al 1.4% y en Tumbes el aumento fue del 1%.
Apurímac en el 2012 fue la región más pobre del país, situación que revirtió pues la pobreza cayó en 12.7%

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, considerada la mejor zona socioeconómica del país, los pobres son el 44%, 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.

En el año 2021, año del bicentenario de nuestra Independencia Nacional, el Perú alcanzará los 33 millones 149 mil habitantes. Siete departamentos albergan al 61,4% de la población peruana, Lima (9 millones 541 mil habitantes), Piura (1 millón 815 mil habitantes), La Libertad (1 millón 814 mil habitantes), Cajamarca (1 millón 520 mil habitantes), Puno (1 millón 390 mil habitantes), Junín (1 millón 331 mil habitantes) y Cusco con 1 millón 301 mil habitantes.

Los distritos de San Juan de Lurigancho y San Martín de Porres (1 millón 721 mil habitantes) destacan por su tamaño poblacional, superan a la población que reside en conjunto en los departamentos de Madre de Dios, Moquegua, Tumbes, Pasco, Tacna y Amazonas (1 millón 592 mil habitantes)

Al año 2012, del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 13,2% estuvo alguna vez embarazada, el 10,8% eran madres y el 2,4% estaban gestando por primera vez. Del total de madres adolescentes, el 63,8% convive con su pareja y un 23,8% manifestó que son madres solteras.

Los jóvenes de 15 a 29 años de edad alcanzaron los 8 millones 283 mil 188 personas, y representan el 27,2% de la población total. Se proyecta que este grupo poblacional ascenderá a 8 millones 512 mil 764 habitantes en el año 2021.

En el año 2013, las personas adultas mayores representan el 9,2% de la población total del país, es decir, 2 millones 807 mil 354 personas sobrepasan el umbral de 60 y más años de edad.

La población del Perú de acuerdo al Censo del 2007 realizado por el INEI ascendía a 28 215 764 habitantes, con una densidad promedio de 21,95 hab/km². La población estimada para el 2012 fue de 30 135 875 habitantes con una densidad de 23,44 hab/km².

El Perú es predominantemente urbano (75.9%), el 47,5% de la población vive en alguna de las 15 ciudades más habitadas, Lima Metropolitana es la mayor concentración urbana con 8 472 935 de habitantes (2007).

Las personas mayores de 65 años representan el 6,4%. Tiene una alta esperanza de vida (76 años) y de alfabetización (97,18%).

La tasa de mortalidad infantil es de 21‰ antes de cumplir los cinco años, muy por encima de otros países de América Latina. Las tasas de pobreza total e indigencia (pobreza extrema) son respectivamente 31,3% y 9%. La tasa de desempleo se situó en 7% durante el último trimestre de 2011.

El Perú es un país multiétnico y pluricultural, el Estado reconoce 72 grupos etnolingüísticos agrupados en 16 familias lingüísticas.

Con respecto al componente étnico, el grupo mayoritario lo constituyen los amerindios (30%); seguido por los mestizos (30 a 50%), blancos (7 a 15%); negros y mulatos (5 a 7%); e inmigrantes de origen asiático, principalmente chinos y japoneses.

Sin embargo, según el Instituto Indigenista Interamericano cifra en 38.39% a la población indígena peruana en base a una verdadera realidad demográfica de la población. Donde señala que en el último censo del 2007, sólo cifran en 15,9% a la población indígena tomando en cuenta el parámetro de lengua aprendida en la niñez como referente para cuantificar la población quechua y aymara. Es conocido que la lengua sola, es un criterio insuficiente para definir la pertenencia de una persona a un grupo étnico determinado, pues los indígenas migrantes a las ciudades suelen abandonar su lengua para evitar la discriminación en las ciudades. En consecuencia, los datos que se registran en el último censo del 2007 sobre indígenas del Perú, pueden no reflejar la realidad cuantitativa de los pueblos indígenas del país

Según dicho censo del 2007 había un total de 13 622 640 de varones, el 49,7% de la población peruana censada; 13 789 517 eran mujeres el 50,3%. El índice de masculinidad, que muestra el número de hombres por cada 100 mujeres, tanto en 2007 como en 1993 muestra el mismo valor de 98,8. Este índice varía mucho a lo largo del territorio nacional, es menor en Lima Metropolitana (96 hombres por cada 100 mujeres) y en el departamento de Lambayeque (94,9), los valores más altos se registran en el departamento de Madre de Dios (130) y en las comunidades indígenas de la Amazonía entre los grupos de edades: de 15 a 64 años, un índice de 120; y de 65 años a más, un índice de 127. En general el índice de masculinidad es inferior a 100 en las áreas urbanas, y superior a este número en las áreas rurales, esto se debe principalmente a la emigración de mujeres hacia las zonas urbanas, donde esperan conseguir mejores condiciones de vida.

La población al 30 de junio del año 2013, se estimó en 30 millones 475 mil 144 personas, lo que significa un aumento de 339 mil 269 habitantes respecto al año anterior. Durante el año 2012, la población se incrementó a una tasa de crecimiento promedio anual de 1,13%.

Las provincias con mayor población son Lima (8 millones 617 mil 314 habitantes), Callao (982 mil 800 habitantes), Arequipa (947 mil 384 habitantes), Trujillo (928 mil 388 habitantes) y Chiclayo (843 mil 445).

Las provincias con menor población son Purús en Ucayali (4 mil 329 habitantes), Tarata en Tacna (7 mil 908 habitantes), Aija en Áncash (7 mil 913 habitantes), Cajatambo en Lima (8 mil 35 habitantes) y Corongo en Áncash (8 mil 283 habitantes).

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.

Teniendo en consideración la Psicopatología del Desarrollo, es importante tener presente, los estudios pioneros de Oliver Paredes, Ernesto en este campo, así: En el estudio del año 2000, 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, de su autoría.

Así, 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, 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, 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, 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 adolescente sino de los progenitores, quienes también, por la lucha por la vida o subsistencia, abandonan muchas responsabilidades básicas, y dejan al menor 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 temprana de su presentación.

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.

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.

En nuestro medio, en los últimos años hemos sido testigos presenciales de grandes manifestaciones psicopatológicas de adolescentes, quienes han victimado, es decir matado, a sus progenitores, sin importar el sexo, y eso ha llamado y consternado a la opinión pública, y mucho más a los trabajadores de las Ciencias de la Conducta Humana, quienes nos hemos visto comprometidos a aproximarnos así sea de una manera muy discreta a poder entender por qué sucede esto, razón por la cual ahora presentamos este proyecto de investigación, el cual, con toda seguridad nos dará algunas luces para poder comprender, vuelvo a repetir, aunque sea de manera muy discreta este impactante acontecer mórbido.

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo general estará dirigido a poder detectar y cuantificar, los indicadores de probables trastornos psicopatológicos en los adolescentes de 18 a 22 años de edad, 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, serán estudiantes adolescentes de la Universidad Ricardo Palma.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS:

H1. Hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una prevalencia significativa de indicadores de psicopatología por áreas, a cuantificar, comparándolos con estudios semejantes.

H0. No hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una prevalencia significativa de indicadores de psicopatología por áreas, que se deben cuantificar, comparándolos con estudios semejantes.

H2. Hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una serie de indicadores de psicopatología, los cuales hay la necesidad de especificarlos y precisarlos, comparándolos con estudios semejantes.

H0. No hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una serie de indicadores de psicopatología, los cuales hay la necesidad de especificarlos y precisarlos, comparándolos con estudios semejantes.

H3. Hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una serie de indicadores de psicopatología, los cuales hay la necesidad de cuantificarlos de manera independiente, para luego realizar un estudio comparativo y correlacional, lo cual nos dará la incidencia.

H0. No hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una serie de indicadores de psicopatología, los cuales hay la necesidad de cuantificarlos de manera independiente, para luego realizar un estudio comparativo y correlacional, lo cual nos dará la incidencia.

H4. Hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una serie de indicadores de psicopatología, los cuales hay la necesidad de precisarlos, comparándolos y describiéndolos con los estudios similares, anteriormente realizados.

H0. No hay en los adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad, una serie de indicadores de psicopatología, los cuales hay la necesidad de precisarlos, comparándolos y describiéndolos con los estudios similares, anteriormente realizados.

H5. 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, comparándolos, describiéndolos y correlacionándolos, con los estudios semejantes anteriormente realizados.

H0. No 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, comparándolos, describiéndolos y correlacionándolos, con los estudios semejantes anteriormente realizados.

H6. Hay la necesidad, basados en los estudios similares, el de poder obtener la prevalencia e incidencia de estas entidades psicopatológicas.

H0. No hay la necesidad, basados en los estudios similares, el de poder obtener la prevalencia e incidencia de estas entidades psicopatológicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio tratara de poner de manifiesto la prevalencia de los posible indicadores de tendencia homicida en los adolescentes universitarios y así poder establecer programas de prevención primaria para intentar poner una barrera a este acontecer sumamente peligroso para la adolescencia; razón por la cual nos preguntaremos:

¿Cuáles serán los indicadores indirectos de psicopatología homicida que presentan los adolescentes universitarios?

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN PSICOPATOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA.

a. METODO 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 del trastorno psicopatológico de la probable tendencia homicida 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; esta basada en la investigación en las muestras de los 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 a 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 método de la presente investigación 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.
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 está desarrollando.
6. **Clínico**; por cuanto se buscarán los indicadores específicos de los trastornos psicopatológicos, los cuales en esencia son netamente clínicos.

c. Población:

Se estudiará al 10% de la población de todas las carreras profesionales de la Universidad Ricardo Palma, es decir, 1,240 adolescentes comprendidos entre los 18 a 22 años de edad, perteneciente a Lima Metropolitana.

d. Tamaño de la muestra:

Se espera como mínimo un promedio de 1,240 sujetos que corresponde al 10% del total del universo de 12,339 sujetos universitarios, los que respondan el instrumento (IPHAU15), fraccionados en el 10% 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.

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
----------------------------------	-----

FACULTAD DE INGENIERÍA

Ingeniería Civil:.....	1865
Ingeniería Electrónica:.....	206
Ingeniería Industrial:.....	1071
Ingeniería Informática:.....	386
Ingeniería Mecatrónica:.....	296

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Medicina Humana:.....	1475
-----------------------	------

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Escuela de Psicología:.....	575
-----------------------------	-----

TOTAL ESTUDIANTES:..... 12,339

Definición de la Muestra:

La muestra es no probabilística, ya que se realizará de manera intencional, proporcional al tamaño, 10% del total de la población, siendo 1,240 universitarios adolescentes de ambos sexos, los cuales serán tomados por carreras profesionales, así:

Arquitectura y Urbanismo: 196 sujetos.

Administración y Gerencia: 76 sujetos.

Administración de Negocios Globales: 88 sujetos.

Contabilidad y Finanzas: 60 sujetos.

Economía: 12 sujetos.

Marketing Global y Administración Comercial: 12 sujetos.

Turismo, Hotelería y Gastronomía: 36 sujetos.

Biología: 28 sujetos.

Medicina Veterinaria: 28 sujetos.

Traducción e Interpretación: 80 sujetos.

Derecho y Ciencia Política: 28 sujetos.

Ingeniería Civil: 188 sujetos.

Ingeniería Electrónica: 20 sujetos.

Ingeniería Industrial: 108 sujetos.

Ingeniería Informática: 40 sujetos.

Ingeniería Mecatrónica: 32 sujetos.

Medicina Humana: 148 sujetos.

Psicología: 60 sujetos.

TOTAL SUJETOS DE INVESTIGACIÓN: 1,240.

Dominio 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 positiva o negativa de manera corrida o seguida.

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 Sí o un No.

d. 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.

e. Selección de los sujetos.

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

f. Instrumento:

Se diseñó el instrumento específico, al cual se le denominó “**INVENTARIO DE INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS DE TENDENCIAS HOMICIDAS EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS (IPHAU15)**”, el cual servirá para la caracterización de las tendencias homicidas en adolescentes limeños de 18 a 22 años de edad.

Dicho instrumento es un cuestionario tipo Escala de Likert, dicotómico con respuestas únicas de Si o NO; el cuestionario inicial, pasó el criterio de jueces siendo éstos 10 entre profesionales de la Salud Mental (Psiquiatras, Psicólogos clínicos, Psicoterapeutas y académicos universitarios ligados a la Salud Mental).

El instrumento consta de 20 preguntas, en las cuales hay que responder solo, bien sea un SI o un NO, lo cual nos da la posibilidad de obtener de los 1,240 sujetos 24,789 respuestas, las cuales se valorarán según la categoría correspondiente.

Técnicas de procesamiento y análisis de los datos:

Los datos obtenidos, se procesarán y analizarán de manera minuciosa y se catalogarán según el probable indicador del trastorno psicopatológico, de manera general poniendo de manifiesto la prevalencia respectiva de cada ítem.

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.

CUESTIONARIO SOBRE LA CONDUCTA ADOLESCENTE (IPAHU15)

Sexo:..... Edad:..... Fecha:.....

Mucho te agradeceríamos si contestases con auténtica sinceridad.

El cuestionario es anónimo

Nro.	PREGUNTAS	SI	NO
1	Te gusta fastidiar a las mascotas de la casa sólo por placer		
2	Cuando estas manejando un vehículo, te dan deseos de atropellar a las personas		
3	Eres una persona muy celosa, desconfiada y posesiva		
4	Te tomas todas las cosas de manera personal		
5	Si tuvieras dificultades con tus padres podrías llegar a matar a uno de ellos		
6	Tienes armas que ayuden a un posible acto homicida (Cuchillos, pistola, veneno, etc.)		
7	Eres hostil, agresivo/a, amenazante y violento/a con las personas		
8	Generas con prontitud odio, ira, rabia y deseos de venganza		
9	Se podría decir que eres una persona que no pide permiso a nadie para todo		
10	Consumes bebidas alcohólicas con relativa frecuencia		
11	Consumes drogas con relativa frecuencia		
12	Te podrías considerar promiscuo (a) sexual		
13	Cometes muchos errores en tus decisiones		
14	Llegarías a matar a las mascotas de la casa solo por placer		
15	Eres fanático en casi todo lo que emprendes		
16	Se puede decir que eres una persona fría, calculadora y peligrosa		
17	Tienes una conducta dominante con tu pareja, la humillas y eres abusivo (a)		
18	Los homicidios causados por adolescentes a sus progenitores, últimamente en Lima, son un ejemplo a seguir		
19	Actúas casi siempre sin pensar en las consecuencias		
20	Crees tú que eres una persona valiosa para la familia y la sociedad		

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.

Homicidio: Muerte causada a una persona por otra. Delito consistente en matar a alguien sin que concurren las circunstancias de alevosía, precio o ensañamiento.

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. El 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”.

MARCO TEORICO:

EPIDEMIOLOGÍA

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”; esta 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. 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.

PSICOPATOLOGÍA

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.

a. 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**.

b. Prevalencia e incidencia.

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

2. 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.

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: 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:

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.

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 y 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.

En la adolescencia se distinguen teóricamente tres periodos:

- a. La adolescencia temprana, que comprende, en promedio de los 10 a los 15 años de edad.
- b. La adolescencia intermedia, de los 13 a los 18 años de edad.
- c. 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), es el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad y está incluida 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 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, proyectos y 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; pudiendo también prescindir de toda referencia concreta y realizar 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 o pares.

Características: 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 ver 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 del 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 coca) 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 y la valoración que el individuo hace de sí mismo, su autoestima. 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: 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 influenciado 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 gozan 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.
3. La propia, la de los adolescentes, que se sienten relegados pero poseedores de la fuerza, la justicia y la esperanza.

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.

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.

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.

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, así tenemos:

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 al 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 pueden 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: Encontramos los siguientes temas relevantes:

- a. **Identidad Personal.** Es el periodo de búsqueda y consecución de la identidad. Él realiza juicios sobre sí mismo, consciente o inconsciente, 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 lo 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.** Ellos 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. 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.

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.** Son producto de los factores vistos recientemente:
- 1. Invencibilidad:** explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo.

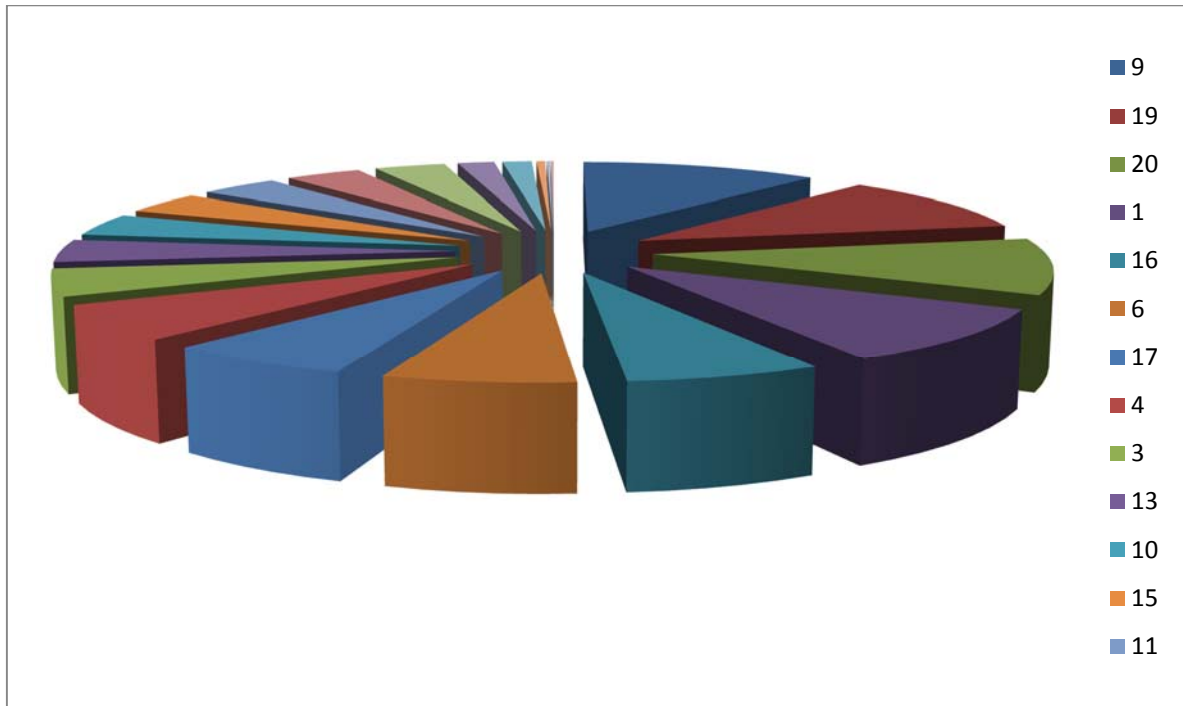
2. **Egocentrismo:** se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento.
3. **Audiencia imaginaria:** nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo.
4. **Iniciación del pensamiento formal:** durante esta época, 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.
5. **Ampliación del mundo:** el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses.
6. **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.
7. **Redefinición de la imagen corporal,** relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.
8. **Culminación del proceso de separación / individuación** y sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena.
9. **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).
10. **Elaboración de una escala de valores** o códigos de ética propios.
11. **Búsqueda de pautas de identificación** en el grupo de pares.

RESULTADOS

Cuadro 1. Respuestas en orden descendente de los probables indicadores de homicidio en adolescentes universitarios dando prioridad a las respuestas con un Sí.

Ítem	PREGUNTAS	SI		NO	
		Ss.	%	Ss.	%
9	Se podría decir que eres una persona que no pide permiso a nadie para todo	867	69.92	373	30.08
19	Actúas casi siempre sin pensar en las consecuencias	801	64.60	439	35.40
20	Crees tú que eres una persona valiosa para la familia y la sociedad	777	62.6	463	37.40
1	Te gusta fastidiar a las mascotas de la casa sólo por placer	744	60.00	496	40.00
16	Se puede decir que eres una persona fría, calculadora y peligrosa	501	40.40	739	59.60
6	Tienes armas que ayuden a un posible acto homicida (Cuchillos, pistola, veneno, etc.)	490	39.51	750	60.49
17	Tienes una conducta dominante con tu pareja, la humillas y eres abusivo (a)	488	39.35	752	60.65
4	Te tomas todas las cosas de manera personal	484	39.00	756	61.00
3	Eres una persona muy celosa, desconfiada y posesiva	374	30.16	866	69.84
13	Cometes muchos errores en tus decisiones	315	25.40	925	74.60
10	Consumes bebidas alcohólicas con relativa frecuencia	309	24.92	931	75.08
15	Eres fanático en casi todo lo que emprendes	298	24.03	942	75.97
11	Consumes drogas con relativa frecuencia	289	23.30	951	76.70
8	Generas con prontitud odio, ira, rabia y deseos de venganza	278	22.42	962	77.58
7	Eres hostil, agresivo/a, amenazante y violento/a con las personas	259	20.88	981	79.2
12	Te podrías considerar promiscuo (a) sexual	134	10.80	1106	89.20
14	Llegarías a matar a las mascotas de la casa solo por placer	107	8.63	1123	91.37
2	Cuando estas manejando un vehículo, te dan deseos de atropellar a las personas	31	2.58	1208	97.41
5	Si tuvieras dificultades con tus padres podrías llegar a matar a uno de ellos	12	0.96	1228	99.04
18	Los homicidios causados por adolescentes a sus progenitores, últimamente en Lima, son un ejemplo a seguir	11	0.88	1229	99.12
	TOTALES NÚMERO DE RESPUESTAS	7570	30.54	17219	69.46

Gráfico 1. Probables Indicadores de Homicidio en Adolescentes Universitarios, con las respuestas del SI

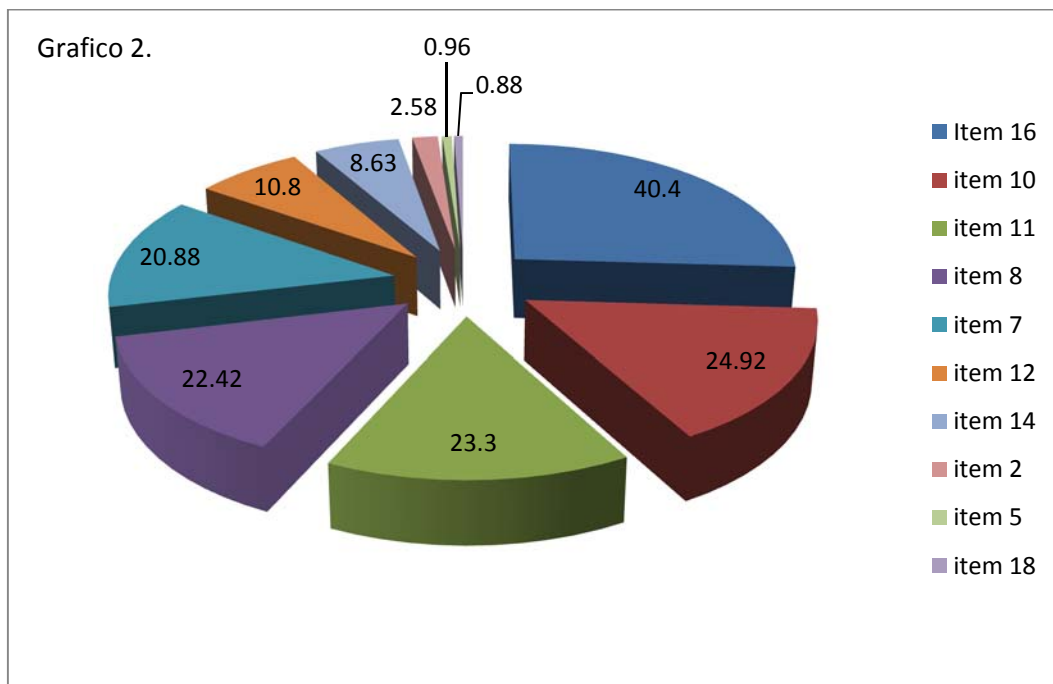


Como se observa en el Cuadro 1 y la Gráfica 1, en el ordenamiento descendente de las respuestas dadas por los adolescentes encuestados, que contestaron con un SI, hay la preminencia de la pregunta número 9 con el 69.92%, que dice: “Se podría decir que eres una persona que no pide permiso a nadie para todo”, seguido de la pregunta número 19 con el 64.60%, que dice: “Actúas casi siempre sin pensar en las consecuencias”, luego la pregunta número 20 con el 62.60%, que dice: “Crees tú que eres una persona valiosa para la familia y la sociedad”, continuando con la pregunta número 1 con el 60%, que dice: “Te gusta fastidiar a las mascotas de la casa sólo por placer”, seguida por la pregunta número 16 con el 40.4%, que dice: “Se puede decir que eres una persona fría, calculadora y peligrosa”, continuando con la pregunta número 6 con el 39.51%, que dice: “Tienes armas que ayuden a un posible acto homicida (Cuchillos, pistola, veneno, etc.)”, seguida de la pregunta número 17 con el 39.35%, que dice: “Tienes una conducta dominante con tu pareja, la humillas y eres abusivo (a)”, continuando con la pregunta número 4 con el 39%, que dice: “Te tomas todas las cosas de manera personal”, entre las respuestas más importantes de este grupo de mayores respuestas del SI.

Cuadro 2. Ítems que indicarían posibilidad de un homicidio latente en adolescentes universitarios

Ítem	PREGUNTAS	SI	
		Ss.	%
Ítem 16	Se puede decir que eres una persona fría, calculadora y peligrosa	40.4	59.6
Ítem 10	Consumes bebidas alcohólicas con relativa frecuencia	24.92	75.08
Ítem 11	Consumes drogas con relativa frecuencia	23.3	76.7
Ítem 8	Generas con prontitud odio, ira, rabia y deseos de venganza	22.42	77.58
Ítem 7	Eres hostil, agresivo/a, amenazante y violento/a con las personas	20.88	79.2
Ítem 12	Te podrías considerar promiscuo (a) sexual	10.8	89.2
Ítem 14	Llegarías a matar a las mascotas de la casa solo por placer	8.63	91.37
Ítem 2	Cuando estas manejando un vehículo, te dan deseos de atropellar a las personas	2.58	97.41
Ítem 5	Si tuvieras dificultades con tus padres podrías llegar a matar a uno de ellos	0.96	99.04
Ítem 18	Los homicidios causados por adolescentes a sus progenitores, últimamente en Lima, son un ejemplo a seguir	0.88	99.12

Gráfico 2. Ítems que indicarían posibilidad de un homicidio latente en adolescentes universitarios



Como se observa en el Cuadro y Gráfico 2, referido a las preguntas cuyas respuestas nos podrían indicar la posibilidad de un homicidio latente en un grupo de adolescentes universitarios investigados, se hallan como más relevantes a las preguntas números 16; 10; 11; 8; 7; 12; 14; 2; finalizando con las preguntas números 5 y 18, con el 0.96% y 0.88% respectivamente, que indican una conducta francamente psicopática.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Al realizar la toma de la muestra, se evaluaron a un número mayor de sujetos, eliminando aquellos que estaban incompletos, lleno de borrones, que tenían todos marcados con un SI o con un NO y que no prestasen confianza al evaluador; así que se tomó el 10% del universo total de sujetos, con 1240 pruebas; así mismo se evaluaron a 730 varones, con el 58.87% y 510 mujeres, con el 41.13%. Se obtuvieron 24,789 respuestas, correspondiendo al SI 7,569 respuestas con el 30.54% y con el NO 17,220 que corresponden al 69.46% de la muestra general total.

Al analizar el cuadro y gráfico 1, referido a las respuestas totales de aquellos indicadores probables de tendencia homicida en adolescentes universitarios; se encuentra que los distintos ítem, tienen las siguientes respuestas, teniendo sólo como base referencial el SI, pues esta respuesta es la que nos va aproximar de manera más discreta y cercana a dichos indicadores, así tenemos, entre los 10 más respondidos a:

Ítem 9, que dice: **“Se podría decir que eres una persona que no pide permiso a nadie para todo”**; Contestan SI 867 sujetos con un 69.92%, lo cual nos pondría de manifiesto que este grupo no tiene control alguno de los familiares y puede disponer de su tiempo y acciones como mejor le interese, esto podría estar poniéndolo en riesgo de malas juntas y malas conductas.

Ítem 19, que dice: **“Actúas casi siempre sin pensar en las consecuencias”**; contestan SI 801 sujetos con el 64.60%, lo cual nos pondría de manifiesto que este grupo no analiza las decisiones que hace e impulsivamente actúa, y la lógica común y la práctica clínica nos indica que cuando hay actos impulsivos, que son el actuar sin medir las consecuencias de los actos, trae malos resultados, además este es un signo de una conducta psicopática.

Ítem 20, que dice: **“Crees tú que eres una persona valiosa para la familia y la sociedad”**; contestan SI 777 sujetos con el 62.60%, lo cual nos pondría de manifiesto que este grupo tiene una buena valoración de sí mismo, lo cual es sumamente positivo para la vida en sociedad; pero hay 463 sujetos con el 37.40% que contestan NO y esto si es preocupante, pues podría corresponder a manifestaciones depresivas, de odio contra las personas y de una temeridad contra ellas, poniéndolas en un supuesto riesgo.

Ítem 1, que dice: **“Te gusta fastidiar a las mascotas por placer”**; contestan SI 744 sujetos con el 60%, lo cual nos pondría de manifiesto que el hecho de

fastidiar y no de jugar o divertirse con las mascotas, indicaría una probable inclinación a no respetar las individualidades, lo cual es un rasgo psicopático.

Ítem 16, que dice: “**Se puede decir que eres una persona fría, calculadora y peligrosa**”, contestan SI 501 sujetos con el 40.40%, lo cual nos evidenciaría que más de un tercio de la muestra tienen este rasgo psicopático.

Ítem 6, que dice: “**Tienes armas que ayuden a un posible acto homicida (Cuchillos, pistola, veneno, etc.)**”; contestan SI 490 sujetos con el 39.51%, lo cual evidenciaría que más de un tercio de la muestra tiene a la mano armas que pueden ocasionar un acto homicida, en franca conducta psicopática, pues generalmente las personas no tenemos objetos que puedan causar un homicidio.

Ítem 17, que dice: “**Tienes una conducta dominante con tu pareja, la humillas y eres abusivo(a)**”; contestan SI 488 sujetos con el 39.35%, es decir podría haber más del tercio de la muestra que tiene una conducta sádica, humillante y dominante con las personas, evidenciada aquí en la conducta relacional con la pareja, la cual podría hacerse extensiva a las demás personas.

Ítem 4, que dice: “**Te tomas todas las cosas de manera personal**”; contestan SI 484 sujetos con el 39%, es decir más del tercio de la muestra es quisquilloso, suspicaz y por ende peligroso en las relaciones interpersonales.

Ítem 3, que dice: “**Eres una persona muy celosa, desconfiada y posesiva**”; contestan con SI 374 sujetos con el 30.16%, es decir, el tercio de la muestra presenta este ánimo de tipo paranoide, extremadamente peligroso en las relaciones interpersonales.

Ítem 13, que dice: “**Cometes muchos errores en tus decisiones**”; contestan con SI 315 sujetos con el 25.40%, se podría decir que ligándola con la pregunta 19, que se refiere que se actúa sin medir las consecuencias tendrían concordancia, pero aquí surge una duda, si pensamos en las psicopatías estas siempre creen que actúan bien, más bien esta respuesta podría corresponder a un núcleo neurótico, o a una sociópata de tipo neurótica.

Al analizar las preguntas que tienen que ver más de cerca con una aproximación hacia las tendencias homicidas, se encuentran ítems, que nos hacen reflexionar profundamente en sus respuestas positivas con un SI, así es que tenemos un grupo de 10 de ellas, que las pasamos a referir:

Ítem 16, la cual ya fue analizada dentro de las diez mayores respuestas, estando referida a la frialdad, al cálculo y peligro en sus conductas.

Ítem 10 que dice: “**Consumes bebidas alcohólicas con relativa frecuencia**”, contestan 309 sujetos con el 24.92%, que si lo hacen poniendo de manifiesto esta peligrosa adicción y sus consecuencias sociales.

Ítem 11 que dice: “**Consumes drogas con relativa frecuencia**”, contestan 289 sujetos con el 23.3% que si lo hacen poniendo de manifiesto este peligroso uso, pues ahora no podemos determinar si es abuso o adicción, además deberíamos haber tenido una pregunta referida a si se consume junto con el alcohol.

Ítem 8 que dice: “**Genera con prontitud odio, ira, rabia y deseos de venganza**”, contestan 278 sujetos con el 22.42%, poniendo de manifiesto la bajísima tolerancia a la frustración con deseos de venganza propios de los sociópatas.

Ítem 7 que dice: “**Eres hostil, agresivo/a, amenazante y violento con las personas**”, contestan 259 sujetos con el 20.88%, poniendo de manifiesto lo riesgoso para los demás dentro de las relaciones interpersonales, pues podría desencadenar y terminar en un hecho homicida.

Ítem 12 que dice: “**Te podrías considerar promiscuo (a) sexual**”, contestan 134 sujetos con el 10.80%, poniendo de manifiesto que si los relacionamos con las preguntas números 10 referida al consumo de alcohol y la número 11 referida al consumo de drogas, hay pues una clara concordancia de la peligrosidad en estos sujetos de aquellas conductas y de peligrosidad de ellos para las personas de la vida en sociedad.

Ítem 14 que dice: “**Llegarías a matar a las mascotas de la casa sólo por placer**”, contestan 107 sujetos con el 8.63%; cómo se va evidenciando poco a poco las conductas francamente de tendencias homicidas van reduciéndose a un grupo que las podría presentar, tan como lo evidencia este porcentaje referido a matar a las mascotas solo por placer, quien garantiza que no se generaliza a las personas más próximas del hogar.

Ítem 2 que dice: **“Cuando estas manejando un vehículo, te dan deseos de atropellar a las personas”**; contestan 32 sujetos con el 2.58%, esta respuesta positiva si es francamente alertadora de la posibilidad homicida de este grupo, felizmente cada vez más pequeño que contesta afirmativamente.

Ítem 5 que dice: **“Si tuvieras dificultades con tus padres podrías llegar a matar a uno de ellos”**, contestan afirmativamente 12 sujetos con el 0.96%, esta respuesta es sumamente alarmante, pues sumada a la baja tolerancia a la frustración, al hecho de tener objetos peligrosos en la casa y a otros más, va poniendo de manifiesto esta seria y grave tendencia homicida.

Ítem 18 que dice: **“Los homicidios causados por adolescentes a sus progenitores, últimamente en Lima, son un ejemplo a seguir”**, contestan afirmativamente 11 sujetos con el 0.88%, esta respuesta es sumamente alarmante, grave y peligrosa y digna de tenerla en cuenta para programas de prevención primaria en el campo de la salud mental en este grupo de edad, pues quiere decir, si esto es cierto, que aproximadamente 1 de cada 100 adolescentes y aún universitarios tiene este pensamiento de justificar y aliarse con la conducta homicida preguntada.

Como se ha podido colegir, al principio cobran mayor importancia las 10 primeras respuestas en porcentajes del SI, pues indican una mayor tendencia hacia la conducta homicida porque delinean un tipo de personalidad especial con tintes psicopáticos, y luego cobran gran valor presuntivo de las tendencias homicidas donde se analizan 10 respuestas que tendrían gran importancia para dicha conceptualización y desde la segunda respuesta seleccionada ésta conceptualización va tomando una relevancia y cierta coherencia pues al ir poco a poco bajando en esta lista de selección de tendencias homicidas, nos encontramos con porcentajes minúsculos, como en las respuestas a las preguntas 5 y 18, las cuales son evidentemente de claro contenido homicida, es lógico y claro que debemos suponer que algo semejante a lo hallado debíamos esperar en la investigación, pues corresponden a 12 y 11 sujetos respectivamente, y si tenemos en consideración que hay un margen de error del más menos 5, estaríamos hablando concretamente de 7 y 6 sujetos respectivamente, lo cual harían que tengamos unos porcentajes del 0.56 a la pregunta **“Si tuvieras dificultades con tus padres podrías llegar a matar a uno de ellos”**, y del 0.48 a la pregunta **“Los homicidios causados por adolescentes a sus progenitores, últimamente en Lima, son un ejemplo a seguir”**.

CONCLUSIONES

1. Se van demarcando y evidenciando una marcada tendencia psicopática en los sujetos evaluados.
2. Hay algunas respuestas encubiertas de las tendencias homicidas.
3. Los universitarios investigados evidencian una falta de control de los actos impulsivos.
4. Se puede delinear un perfil discreto, del probable adolescente homicida, pese a haber obtenido puntajes muy bajos pero grandemente significativos.

RECOMENDACIONES

1. Necesidad de realizar una nueva evaluación de este grupo del desarrollo.
2. Necesidad de construir un instrumento más completo, prolijo y detallado.
3. Necesidad de usar estos discretos hallazgos dándolos a conocer a los trabajadores de la Salud Mental.
4. Necesidad de hacer comparaciones de géneros.
5. Necesidad de hacer comparaciones por carreras profesionales.
6. Necesidad de construir un marco teórico, en el que se aborden psicopatía, actos impulsivos, violencia.

RESUMEN

El autor realiza en el año 2015 un estudio titulado: "APROXIMACIÓN DISCRETA A LA PREVALENCIA DE INDICADORES TENTATIVOS DE TENDENCIAS HOMICIDAS EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS". Encuestando a 1,240 estudiantes adolescentes universitarios de la Universidad Ricardo Palma de la ciudad de Lima, de las diversas carreras profesionales que allí se imparten, de ambos géneros, razón por la cual aplica el instrumento denominado: "INVENTARIO DE INDICADORES PSICOPATOLOGICOS DE TENDENCIAS HOMICIDAS EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS (IPHAU15)"; obteniendo entre lo más relevante: entre las 10 mayores respuestas se tiene el Ítem 9, **"Se podría decir que eres una persona que no pide permiso a nadie para todo"**; contestan SI 867 sujetos (69.92%), el Ítem 19, **"Actúas casi siempre sin pensar en las consecuencias"**; contestan SI 801 sujetos (64.60%), el Ítem 20, **"Crees tú que eres una persona valiosa para la familia y la sociedad"**; contestan SI 777 sujetos (62.60%), el Ítem 1, **"Te gusta fastidiar a las mascotas por placer"**; contestan SI 744 sujetos (60%), el Ítem 16, **"Se puede decir que eres una persona fría, calculadora y peligrosa"**, contestan SI 501 sujetos (40.40%), el Ítem 6, **"Tienes armas que ayuden a un posible acto homicida (Cuchillos, pistola, veneno, etc.)"**; contestan SI 490 sujetos (39.51%), el Ítem 17 **"Tienes una conducta dominante con tu pareja, la humillas y eres abusivo(a)"**; contestan SI 488 sujetos (39.35%), el Ítem 4 **"Te tomas todas las cosas de manera personal"**; contestan SI 484 sujetos (39%), el Ítem 3, **"Eres una persona muy celosa, desconfiada y posesiva"**; contestan con SI 374 sujetos (30.16%), el Ítem 13, **"Cometes muchos errores en tus decisiones"**; contestan con SI 315 sujetos (25.40%). Al analizar las que tienen que ver más de cerca con una aproximación hacia las tendencias homicidas, se encuentran ítems, que hacen reflexionar en sus respuestas positivas, así tenemos un grupo de 10 de ellas, el Ítem 16, la cual ya fue analizada dentro de las diez mayores respuestas. El Ítem 10 **"Consumes bebidas alcohólicas con relativa frecuencia"**, contestan 309 sujetos (24.92%), que si lo hacen. El Ítem 11 **"Consumes drogas con relativa frecuencia"**, contesta 289 sujetos (23.3%). El Ítem 8 **"Genera con prontitud odio, ira, rabia y deseos de venganza"**, contestan 278 sujetos (22.42%). El Ítem 7 **"Eres hostil, agresivo/a, amenazante y violento con las personas"**, contestan 259 sujetos (20.88%). El Ítem 12 **"Te podrías considerar promiscuo (a) sexual"**, contestan 134 sujetos (10.80%). El Ítem 14 **"Llegarías a matar a las mascotas de la casa sólo por placer"**, contestan 107 sujetos (8.63%). El Ítem 2 **"Cuando estas manejando un vehículo, te dan deseos de atropellar a las personas"**; contestan 32 sujetos (2.58%). El Ítem 5 **"Si tuvieras dificultades con tus padres podrías llegar a matar a uno de ellos"**, contestan afirmativamente 12 sujetos (0.96%). El Ítem 18 **"Los homicidios causados por adolescentes a sus progenitores, últimamente en Lima, son un ejemplo a seguir"**, contestan si 11 sujetos (0.88%).

REFERENCIAS

Bibliográfica:

- 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. III Edición. 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.
- Figuroa, D. (1999). Salud pública. Epidemiología. Medicina comunitaria, Administración hospitalaria. Lima. MINSA.
- 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. Ediciones 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. Editorial Médica Panamericana.
- Kessler, Ronald C. (2000) Epidemiología psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones. Ginebra. Bulletin of the World Health Organization, 78 (4): 464-474.
- Krauss, S. (1981). Enciclopedia de psicología médica. Barcelona. El Ateneo.
- 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.
- Lopez Ramos, Francisco. (2003). Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas. Mexico DF. Editorial El 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. Editorial Minerva.
- Mendo Rubio, Manuel. (2005). Epidemiología y salud pública. Lima. Ediciones 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. Lima. Facultad de Medicina Humana de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- 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^a) 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". Lima. 15-17 Marzo. Sociedad Peruana de Genética.
- 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^a). 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? Lima. VII Congreso Nacional de Psiquiatría. 26-30 Agosto.
- Oliver Paredes, Ernesto y Arias Rodríguez, Rosario. (1982b) Algunas alteraciones del desarrollo observadas en la descendencia de consumidores de pasta

- básica de coca. Lima. 26-30 Agosto. VII Congreso Nacional de Psiquiatría.
- 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). Madrid. 30 Septiembre al 4 de Octubre. En: Anales del Congreso Internacional de la Asociación Mundial de Psiquiatría.
- Organización Mundial de la Salud. (1991). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. "Trastornos Mentales y del Comportamiento". Madrid. Ediciones Meditor.
- Perales Cabrera, Alberto. (1988) Salud mental y desarrollo. Lima. Anales de Salud Mental 1988, IV: Páginas 125-132.
- Perales Cabrera, Alberto. (1989) Concepto de salud mental: La experiencia peruana. Lima. Anales de Salud Mental, 1989, V: Páginas 103-110.
- 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. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.
- 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. Ediciones Médica Panamericana.
- Rutter, M. (1985) Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo. Barcelona. Salvat.
- Sánchez, F. (1995). La salud en el Perú. Lima. Revista Diagnóstico. Vol. 34, N^o5 Septiembre-Octubre.
- 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. V Edición. Madrid. Masson.
- Vidal, Guillermo et al. (1977). Enciclopedia de psiquiatría. Buenos Aires. Editorial El Ateneo.