

Salud mental en adolescentes de las Delicias (Trujillo - Perú)

ALBERTO PERALES¹, CECILIA SOGI¹, RICARDO MORALES²

¹Unidad de Investigación, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

²Unidad de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Trujillo

RESUMEN

OBJETIVO: Examinar la salud mental de adolescentes de 12-18 años de edad. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Encuesta de hogares, con una muestra seleccionada aleatoriamente de dos sectores de las Delicias: 32 de Taquila (área rural) y 43 de la Zona Norte (área en proceso de urbanización), Distrito de Moche, Trujillo. **RESULTADOS:** Los hallazgos evidencian problemas relacionados con uso/abuso de sustancias, fundamentalmente alcohol, mayor en los adolescentes de Taquila; y, síntomas de distrés y depresión, además de menor soporte familiar y social, en los de la Zona Norte, con diferencias estadísticamente significativas. **CONCLUSIÓN:** Se postula que las macrovariables dependientes del proceso de urbanización de la población podrían estar actuando como estresores vinculados a tales dificultades.

Palabras claves: Salud mental; Adolescencia; Psicología del adolescente; Urbanización; Procesos de grupo; Cambio social.

MENTAL HEALTH IN ADOLESCENTS OF THE DELICIAS (TRUJILLO, PERU)

SUMMARY

OBJECTIVE: To examine the mental health of 12 to 18 year-old adolescent population. **MATERIAL AND METHODS:** A mental health household survey was carried out in a sample randomly selected from two areas of Las Delicias, District of Moche, Trujillo City, Peru: 32 subjects from Taquila (a rural area) and 43 from the North Zone (an area in process of urbanization). **RESULTS:** Problems related to substance abuse, mainly alcohol, were more predominant in Taquila while symptoms of distress and depression with lower family and social support were evident in the North Zone; the differences between the two subsamples were statistically significant. **CONCLUSION:** Stressors related to the described problems are probably immerse in the macrovariables associated to the urbanization process of that population.

Key words: Mental health; Adolescence; Adolescent psychology; Urbanization; Group processes; Social change.

INTRODUCCIÓN

Estudios previos de salud mental en poblaciones urbanas y urbano-marginales de Lima señalaron diversos problemas en el grupo ado-

lescente, tales como: elevados niveles de estrés, síntomas ansiosos y depresivos, propensión hacia conductas violentas, así como otros síntomas de malestar psicosocial (1-3).

El presente estudio intenta explorar si los problemas señalados se presentan también en adolescentes de localidades con diferentes grados de urbanización. Se eligió para ello una pequeña localidad ubicada en la costa norte del país, aledaña a la ciudad de Trujillo, replicando la metodología del estudio realizado en Lima.

Correspondencia:

Dr. Alberto Perales Cabrera
Av. Javier Prado Oeste 445 Dpto. 101
Lima 27, Perú
E-mail: aperales@chavin.rcp.net.pe

Trujillo cuenta con escasos datos sobre el problema de salud mental en el ámbito provincial. Sin embargo, de una exhaustiva revisión bibliográfica local, consideramos útil los hallazgos de estudios efectuados en algunos distritos y en poblaciones de Centros Educativos. Al respecto, Rebaza y Altamirano (1991) hallaron una prevalencia global de trastornos mentales de 29,8% en la población general de Alto Moche (⁴); Jondec y Amaya (1987), presencia de un síndrome depresivo en 64% de los estudiantes de enfermería (⁵); Briones y Villanueva (1992), riesgo de enfermedad mental en 38,4% de los estudiantes de secundaria de 3°, 4° y 5° año (⁶).

En estudiantes trujillanos de secundaria, Dangle (1993) llevó a cabo un estudio comparativo de las características biopsicosociales por estratos socioeconómicos, identificando: obesidad en el estrato medio alto y desnutrición en el bajo; grado de capacidad intelectual en relación directa con su nivel socioeconómico; asimismo, que las tendencias de la personalidad varían de acuerdo al nivel socioeconómico, pero también según el sexo (⁷).

MATERIAL Y MÉTODOS

La encuesta de salud mental en adolescentes se llevó a cabo en dos poblaciones pertenecientes al sector Las Delicias del distrito de Moche, Provincia de Trujillo, Departamento de La Libertad.

Moche se ubica en la costa de la provincia de Trujillo, a 4,7 km al suroeste de la ciudad del mismo nombre. Tiene un área de 104 km², estimándose en 28,000 habitantes su población actual. La estructura etaria de la población es de 0-9 años 24%; 10-19 años, 23%; 20-49 años, 42%; y de 50 + años, 11%*.

Moche, del cual forma parte Las Delicias, fue fundado el 21 de octubre de 1594. Sus pri-

meros moradores fueron descendientes mochicas dedicados a la pesca, la agricultura y la orfebrería, que han dejado restos arqueológicos importantes, como las huacas preincas del Sol y de la Luna. Actualmente se le considera área arqueológica de patrimonio nacional y, en los últimos años, las excavaciones en la zona vienen descubriendo interesantes restos rupestres. La Carretera Panamericana cruza la campiña de Moche, uniéndola, por un lado, con los Departamentos norteños y, por el sur, con la ciudad capital. Tiene, además, carreteras asfaltadas y afirmadas, así como caminos de herradura que lo conectan con las áreas rurales y el interior del Departamento.

Las Delicias es un balneario ubicado al suroeste de la ciudad de Trujillo. El centro poblado se fundó en 1897, siendo sus primeros moradores los miembros de la familia Montero. Con el transcurso del tiempo, la localidad se convirtió en balneario de la aristocracia trujillana. En 1960, el balneario sufrió una erosión costera, debida a la construcción del dique en el muelle del puerto Salaverry, la misma que aumentó con el terremoto de 1970, que tuvo su epicentro en el departamento de Ancash. En las últimas décadas se inició en la zona la invasión de terrenos baldíos, creándose nuevos centros poblados. Actualmente se estima que sus habitantes suman aproximadamente 4,000 personas. La parte urbana de la localidad se encuentra en etapa de reconstrucción de pistas y veredas, así como, de instalación de su red de agua y desagüe. Recientemente, se ha concluido la reconstrucción de un reservorio de agua potable. La energía eléctrica aún no da cobertura a la totalidad de la población; asimismo, el servicio edil de limpieza es muy limitado, lo cual obliga a los moradores a quemar o enterrar los desechos sólidos.

El sector de Las Delicias se divide en cuatro zonas: 1) el Triángulo, la más antigua y residencial; 2) la Zona Norte, contigua al Triángulo; 3) la Zona Sur; y, 4) Taquila, la parte más sureña y rural de la localidad. Todas ellas se conectan entre sí por carreteras afirmadas (Figuras 1, 2, 3 y 4).

* Fuente MINSA.



Figura 1.- TAQUILA. Vivienda de adobe y material precario que se erige en la playa. Se observa que no existe tendido de cable de electricidad. No cuenta con servicios de agua ni desagüe.

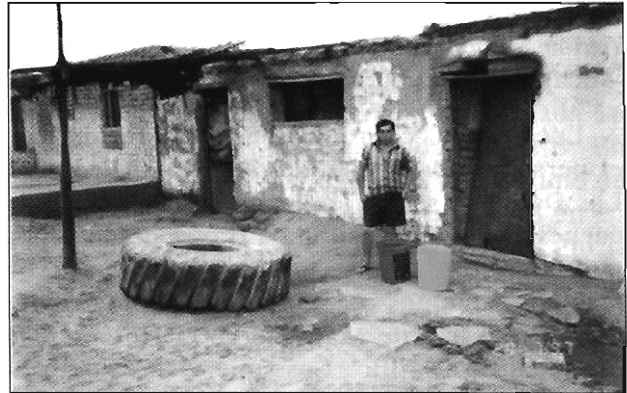


Figura 2.- TAQUILA. Vivienda precaria y en mal estado de conservación. El morador se abastece de agua potable en baldes.



Figura 3.- ZONA NORTE. Vista de una de las calles. Se observa trazo urbano, pista asfaltada y servicio de electricidad.



Figura 4.- ZONA NORTE. Frontis del Puesto de Salud San Pedro-Las Delicias. Se observa al personal de salud del mismo.

Para los propósitos del presente estudio, se seleccionó dos de las zonas citadas, Taquila y la del Norte. La primera cuenta con 60 familias conformadas por 308 personas (1,2% de la po-

blación de Moche); y, la segunda, por 352 familias conformadas por 1660 personas (6,2% de la población de Moche) **.

El muestreo fue aleatorio simple de familias. En cada familia se entrevistó adolescentes entre los 12-18 años de edad. El marco muestral y la muestra misma fueron proporcionados por la Universidad Nacional de Trujillo.

** Fuente: Centro de Salud San Pedro. Las Delicias, Moche. Trujillo

Como instrumento, se utilizó el Cuestionario de Salud Mental desarrollado en Colombia y adaptado para su uso en nuestro medio (¹).

Luego de las coordinaciones establecidas con el personal del Centro de Salud San Pedro de Las Delicias, se inició el trabajo de campo. La encuesta fue administrada a través de entrevistas domiciliarias. Los entrevistadores fueron médicos, alumnos del curso de Psicología Médica, Programa de Maestría de la Universidad Nacional de Trujillo. Los supervisores del trabajo de campo fueron los investigadores del estudio (AP y CS).

Luego de la revisión de los cuestionarios, se procedió a la elaboración de la base de datos en FoxPro 2,6. Para el análisis estadístico, se utilizó el EpiInfo 6,0.

RESULTADOS

Se entrevistó un total de 77 adolescentes entre 12-18 años de edad: 32 de Taquilla y 45 de la Zona Norte. A continuación, nos referiremos a Taquilla como localidad A y a la Zona Norte como B, con el fin de simplificar la presentación de los resultados.

La distribución de la población por sexo y edad en ambas localidades no mostró diferencias estadísticamente significativas, aunque la proporción de varones fue ligeramente mayor en A que en B. El grupo de edad de 12-14 años fue mayor en A (53%) que en B (33%). La edad media fue 14,6 años (DE 1,9) en A y 15,4 años (DE 1,9) en B.

Familia y red social

Con respecto a la familia y red social, el promedio de personas por hogar fue similar en ambas localidades, 6,6 (DE 1,7) en A y 6,7 (DE 3,0) en B.

La frecuencia de las opiniones negativas respecto a la relación familiar varía en la comparación de ambas localidades, aunque las di-

ferencias no fueron estadísticamente significativas.

El compartir pensamientos/sentimientos con otros interroga sobre una relación de soporte. Los adolescentes de B, a diferencia de los de A, informaron que los comparten menos frecuentemente con hermanos ($p < 0,05$) y vecinos ($p < 0,01$).

Admitir haber recibido de los demás, es otro ítem del cuestionario, que también indica soporte social. Los adolescentes de B, a diferencia de los de A, señalaron más frecuentemente haber recibido poco/nada de amigos ($p < 0,05$).

Respecto a otras relaciones sociales, 1 de cada 3 adolescentes en A y 2 de cada 3 en B ($p < 0,01$) respondieron tener amigo íntimo (relación dual); la relación de pareja fue menos frecuente, 1 de cada 8 en A y 1 de cada 9 en B. La presencia de amigo consumidor de sustancias, que constituye un factor de riesgo de inicio de consumo de sustancias en los pares, fue más frecuente en B que en A, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. En ambas localidades, la frecuencia de familiar consumidor de sustancias fue referida por pocos entrevistados.

Respecto a figuras de autoridad y relación de confianza, los adolescentes de ambas localidades confían más frecuentemente en sus maestros (91%), seguidos de religiosos (75-80%), que en otros miembros de su entorno social (policías, militares, líderes de la comunidad, etc.).

Uso/Abuso de sustancias

La encuesta comprende una sección de uso/abuso de sustancias, que se inicia con la percepción de daño a la salud ocasionada por el consumo de aquellas, tanto legales como ilegales.

La frecuencia de la percepción de este daño para la salud fue similar en ambas localidades. Así, señalaron que causan grave daño: la marihuana, cocaína y PBC (72-81%); la heroína y los inhalables (62-66%); y los alucinógenos y la hoja de coca (menos de 50%). Este último resultado coincide con la observación realiza-

da durante el trabajo de campo, en el sentido de que los adolescentes desconocen la naturaleza de tales sustancias. La percepción de grave daño disminuye respecto al alcohol y los cigarrillos (56-69%); los tranquilizantes, analgésicos y jarabe para la tos (0-22%); y los estimulantes (18-25%).

La prevalencia de vida de uso/abuso se define como si alguna vez en su vida usó/abusó de alguna sustancia. En ambas localidades, más de 50% de los adolescentes informó sobre un primer contacto con alcohol; aunque su abuso, es decir, haber tenido por lo menos una embriaguez, lo fue por 1 de cada 5 adolescentes en A, y 1 de cada 22 en B ($p < 0,05$). El uso de cigarrillos sólo fue informado en A (Tabla 1).

Tabla 1.- Prevalencia de vida de uso/abuso de sustancias.

Sustancias	A (n=32) %	B (n=45) %	<i>p</i>
Alcohol	53,1	53,3	
Alcohol (abuso)	21,9	4,4	*
Cigarrillos	12,5	0,0	*
Tranquilizantes	0,0	4,4	
Analgésicos	46,9	68,9	
Jarabe de tos	40,6	57,8	
Marihuana	3,1	0,0	
Inhalables	3,1	4,4	
Hoja de coca	12,5	15,6	

* $p < 0,05$ (Perales y col, 2000).

La edad media de inicio de abuso del alcohol fue más temprana en A (14,9 años DE 0,7) que en B (17,5 años DE 0,7) ($p < 0,05$)

Informaron uso del alcohol, 1 de cada 4 adolescentes en A y 1 de cada 23 en B. El CAGE (preguntas 21-24 del Cuestionario de Salud Mental) es un instrumento de tamizaje para de-

tecar bebedores problema, siendo el criterio utilizado para ello, la presencia de dos o más respuestas positivas. La alta sospecha de bebedor problema estuvo presente en 1 de cada 16 adolescentes en A y en 1 de cada 45, en B. En general, las conductas asociadas al consumo de alcohol fueron más frecuentes en A que en B, siendo las diferencias estadísticamente significativas en los items: le han criticado por la manera de beber ($p < 0,05$) y ha bebido en el último mes ($p < 0,01$).

Distrés

Los síntomas de distrés, significativamente más frecuentes en B que en A, fueron: estreñido ($p < 0,05$), ha dormido mal ($p < 0,01$), aburrido ($p < 0,01$) y ha orinado con más frecuencia ($p < 0,05$). Asimismo, la referencia a 11 ó más síntomas en conjunto fue significativamente más frecuente en B que en A ($p < 0,01$).

Depresión y ansiedad

Los puntajes de depresión tienden a ser ligeramente mayores en B que en A, siendo el promedio 45,2 (DE 8,6) en B y 42,2 (DE 7,3) en A; con la ansiedad ocurre lo mismo, siendo el puntaje promedio 42,9 (DE 8,0) en B y 40,0 (DE 8,0) en A; sin embargo, en ambos casos, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. No obstante, respecto a la depresión, la frecuencia de aquellos con puntaje 50 ó más fue significativamente más frecuente en B (31,1%) que en A (12,5) ($p < 0,05$)

Conducta de búsqueda de ayuda

La proporción de aquellos que han consultado alguna vez por problemas emocionales es baja en ambas localidades y una de las razones expresadas por los adolescentes para no consultar, es vergüenza, sentimiento que podría estar indicando que se trata de una característica propia de la etapa del desarrollo en la que se encuentran o que el personal de salud no ha logrado ajustarse a las necesidades emocionales de esta población.

Medicina tradicional

Cabe destacar que los adolescentes de ambas localidades identifican, con mayor o menor frecuencia, las enfermedades tradicionales; han consultado con curanderos más frecuentemente que con el personal de los Servicios de Salud oficiales, informando, como resultado de ello, un nivel satisfactorio de mejoría. Este hecho apunta a considerar que aún en esta generación, a inicio del siglo XXI, la medicina tradicional mantiene su vigencia como sistema válido de salud en la región.

Conductas violentas

En el grupo de conductas violentas, se consideró las conductas antisociales y la violencia intencional (deseo de morir, intento de suicidio, idea de matar a alguien).

La frecuencia de las conductas antisociales fue similar en ambas localidades, siendo las más frecuentes: se hizo la vaca (44-50%); muchas mentiras de niño (47-49%); y peleas (31-38%). Aquellos con tres o más de tales conductas fueron más frecuentes en A (21,9%) que en B (13,3%), mientras ocurre lo inverso en aquellos

con 4 ó más, en B (11,1%) que en A (3,1%) (Tabla 2).

El deseo de morir fue más frecuente en B que en A, mientras que con el intento de suicidio ocurre lo inverso; y, la idea de matar a alguien, sólo estuvo presente en B, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Rasgos de personalidad

La personalidad se define como patrón o modos de sentir, reaccionar y actuar, persistentes en el tiempo. De acuerdo a los criterios diagnósticos de los actuales sistemas de clasificación internacionales, no se puede diagnosticar el trastorno de personalidad antes de la edad de 18 años. Previo a esta edad, sin embargo, de encontrarse este tipo de patología en el sujeto, se puede hablar de rasgos de personalidad.

Fuentes de tensión

La mayor fuente de tensión en los adolescentes de ambas localidades fue la familia, seguida de trabajo/estudios y el de salud.

El humor habitual disfórico (triste, irritable, aburrido, tenso/preocupado) fue un rasgo más frecuente en B (38%) que en A (19%), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Los adolescentes de B señalaron, más frecuentemente que los de A, sentimientos de desilusión y amargura por los problemas del país, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Hábitos de vida

Con relación a los hábitos de vida, el transporte público -que conecta fluidamente los centros poblados con la ciudad- constituye un indicador de tendencia hacia la urbanización de la población. En tal sentido, las dos localidades de estudio tienen categoría de semiurbanas. Así,

Tabla 2.- Conductas violentas intencionales/localidad.

Conductas violentas intencionales	A (n=32) %	B (n=45) %
Ha deseado morir	6,3	24,4
en el último mes	0,0	6,7
en el último año	0,0	15,6
hace más de un año	6,3	6,7
Ha intentado suicidarse	3,1	2,2
en el último mes	3,1	0,0
en el último año	0,0	2,2
Tuvo idea de matar a alguien	0,0	2,2
en el último mes	0,0	2,2

(Perales y col, 2000).

2 de cada 3 adolescentes de ambas localidades hacen uso del transporte público por más de una hora/día en promedio.

Como pasatiempos, las dos poblaciones hacen uso frecuente del televisor; las horas/día promedio de su uso fue mayor en B (3,1 DE 1,8) que en A (2,6 DE 1,9), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. En ambas localidades, 1 de cada 3 adolescentes sale a distraerse. Respecto al hábito de lectura, los de A leen más frecuentemente periódico que los de B ($p < 0,05$).

Religión

El 100% de los adolescentes cree en Dios, aunque el porcentaje de la práctica religiosa es menor. Respecto a si cree que la religión ayuda a solucionar problemas, aquellos que respondieron no saber fueron más frecuentes en B que en A ($p < 0,01$).

Conducta sexual

Los adolescentes de A informaron más frecuentemente haber tenido experiencia sexual (19%) que los de B (11%); sin embargo, la edad media de inicio de la práctica sexual fue más temprano en B, 13,8 años (DE 2,6) que en A, 15,5 años (DE 0,8); pero, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Estresores y recursos comunitarios

En estresores y recursos comunitarios, el cuestionario indaga si en casa han habido problemas de salud mental en niños pequeños, o eventos vitales severos, así como, maltrato de mujeres y niños, y sobre estresores del ambiente físico. La frecuencia de los estresores varía en ambas localidades, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Los adolescentes de B informaron disponer de más recursos recreativos comunitarios (canchas de fútbol y voley, estadio, piscina, biblio-

teca, clubes, parques, cursos de capacitación) que los de A, aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

Tal como señaláramos en la introducción, el presente estudio intenta, sobre la base del conocimiento logrado sobre la salud mental de adolescentes de Lima, explorar similares problemas en una población de la costa norte del país, en proceso de urbanización pero aún con zonas rurales, contigua a la ciudad de Trujillo. En tal sentido, se trata de un estudio descriptivo y comparativo de dos poblaciones adolescentes, diferentes respecto al nivel de urbanización de la localidad de residencia.

Cabe señalar, también, que el instrumento utilizado, el Cuestionario de Salud Mental, no hace diagnósticos de trastornos mentales específicos y, aunque nuestro estudio no pretende evaluar prevalencias, si permite identificar diversos indicadores de patología psiquiátrica inicial y sospecha diagnóstica de alteración de la salud mental, así como estresores y problemas psicosociales.

Respecto a la metodología del estudio, conviene señalar algunas dificultades observadas en el trabajo de campo, que aportan experiencia para futuras investigaciones de esta clase que resumimos a continuación: 1) En algunos casos la edad consignada en la ficha familiar no correspondía a la edad actual; 2) El muestreo por familias no resultó óptimo, por movilidad de las mismas, debiendo en próximas mediciones ser por viviendas; 3) Conviene seleccionar un fin de semana típico para la encuesta. En cuanto al horario, debe iniciarse temprano la visita a los domicilios, antes de que los moradores salgan a realizar sus labores; 4) Es importante la coordinación entre el personal del Centro de Salud y los líderes de la comunidad. Asimismo, conviene que el personal del Centro presente los entrevistadores a la población para no despertar desconfianza; 5) Es

imprescindible tener a disposición una unidad móvil; 6) Para encuesta de hogares, es mejor seleccionar una población concentrada en vez de una dispersa; 7) Es imprescindible disponer de una cámara fotográfica.

Al revisar la familia y red social, el hecho de que los adolescentes de ambas localidades compartan menos intimidad con el padre que con la madre, corrobora lo observado por Ferrando en una encuesta nacional de jóvenes, de 15-24 años, en 1991. La autora citada señala que: "la calidad de la relación con el padre tiende a deteriorarse, aunque ligeramente, a medida que disminuye la capacidad económica de la familia; en cambio, la bondad de la relación con la madre se consolida en estos casos" (8).

La frecuencia del amigo íntimo fue significativamente mayor en los adolescentes de B; es decir, en éstos la relación de pares aparece como más prominente. La relación de pares se reconoce como inherente a la etapa del desarrollo correspondiente a la adolescencia media (9). Bonilla y col, de acuerdo al número de miembros, identifican dos grupos: el amplio y el íntimo. Y sobre su significado señalan que: "en la interacción con ambos grupos es que se adquiere una creciente confianza y aceptación de sí mismo y se produce una mayor integración de los mundos interno y externo, favoreciéndose la consolidación de su identidad" (10).

La percepción de daño para la salud ocasionado por el consumo de sustancias, es decir, el nivel de información sobre los efectos perjudiciales de las sustancias, en ambas localidades, fue menor que lo observado en adolescentes de Lima (1). Así, en ambas localidades, la percepción de daño causado por el alcohol fue incluso menor que la registrada en Centros Educativos de Trujillo (11,12). Adicionalmente, Gorriti y Pérez hallaron que sólo 15% de 203 escolares tenía adecuada información sobre el daño para la salud ocasionado por sustancias; y concluyen que el grado de desinformación se relaciona con el consumo de sustancias, tanto legales como ilegales (13).

En el presente estudio, el abuso del alcohol fue significativamente más frecuente en A (22%) que en B (4%). La revisión de estudios sobre el tema señala que, en adolescentes de Centros Educativos de Trujillo, la prevalencia de consumo excesivo varía entre 7,5% (11) y 9% (12), aunque los autores no precisan el instrumento utilizado. Asimismo, una encuesta poblacional en la campaña de Moche, utilizando los criterios de Marconi, halló 2,4% de consumidores excesivos y 24,7% de moderados, en población de 10-20 años de edad (14).

Respecto al hábito de fumar cigarrillos, en nuestro estudio sólo fue informado en A (12,5%). La revisión de trabajos sobre el tema en Trujillo evidencia que la prevalencia del hábito de fumar varía ampliamente, hecho en el cual debe considerarse las diferentes metodologías utilizadas por los investigadores.

Respecto a otras drogas los adolescentes de nuestro estudio sólo informaron consumo de marihuana e inhalables. Respecto al tema, Cecias y Ocaña hallaron una prevalencia global de consumo de drogas de 14,6% en Centros Educativos Secundarios de Trujillo, siendo éstas, en orden de frecuencia: marihuana, terokal y P.B.C. (15). El hallazgo de mayor consumo de marihuana corrobora el de Ferrando, quien informa que 3,7% de los jóvenes de 15-24 años la había fumado alguna vez (8).

Nuestros resultados corroboran la constante de que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en la población, independientemente de la edad, nivel de instrucción o estrato socioeconómico, seguido de cigarrillos (8).

La edad media de la primera embriaguez fue 2,6 años más temprana en adolescentes de A (14,9 años) que de B (17,5 años). Castañeda y Castillo hallaron que la edad de la primera embriaguez se ubica entre los 15 a 16 años en la población escolar (9). Con relación a la edad de inicio de cigarrillos, nuestro hallazgo es similar al de Cerna y col, (16) alrededor de los 15,0 años.

La frecuencia de bebedor problema -tres veces mayor en A que en B-, se refleja, además, en ciertas conductas asociadas al consumo de alcohol, más frecuentes en la primera, por ejemplo, respuestas positivas en los ítems del cuestionario: *le han criticado por la manera de beber y ha bebido en el último mes*.

La frecuencia de los síntomas de distrés fue, en general, mayor en B que en A; asimismo, la concurrencia de 11 ó más síntomas, que indica alta sospecha de algún trastorno mental, fue significativamente más frecuente en la primera ($p < 0,01$). Adicionalmente, el número de adolescentes con puntaje de depresión de 50 ó más -puntaje que se considera indicador de sospecha clínica de depresión- fue significativamente mayor en B (39,1%) que en A (12,5%) ($p < 0,05$).

Respecto a la depresión los casos probables constituyeron 31% en B y 12,5% en A. Hallazgos de estudios epidemiológicos internacionales señalan, en adolescentes de 12-14 años de edad del sudeste de los Estados Unidos, cifras de Depresión Mayor similares en ambos sexos, de 9% (17). En un estudio comunitario de adolescentes de Oregon (18), la edad media de inicio del primer episodio de depresión fue 14,9 años (DE 2,8). En otras palabras, la depresión, que antaño era considerada un trastorno mental de mayor prevalencia en el adulto, viene identificándose, cada vez más frecuentemente, en adolescentes y aún en niños.

Con relación a la conducta de búsqueda de ayuda, en las dos localidades de estudio resulta llamativo, de un lado, la alta frecuencia de síntomas de distrés y, de otro, la baja frecuencia de consultas por problemas emocionales. Adicionalmente, llama la atención la mayor frecuencia de consultas solicitadas a curanderos que a los agentes del sistema oficial de salud.

Respecto a lo señalado, consideramos pertinente citar el estudio antropológico de Argomedo, quien señala que: "Las razones para acudir a la medicina tradicional, hoy en día en

el Perú (ya sea autocurándose o acudiendo a un curandero) son: como respuesta a la crisis económica, la misma que se extiende al sistema formal de salud; el alto costo de las medicinas modernas y de los exámenes de laboratorio; la persistencia de una alta credibilidad de la que goza el curandero en el ambiente de los migrantes rurales; la presencia de la religiosidad en la vida del hombre; los dotes espirituales de los curanderos; la coincidencia con la medicina moderna, es decir, buscar la recuperación y el bienestar del enfermo y la condición de pobreza de amplios sectores que se encuentran exentos o marginados del sistema formal de salud" (19).

En el presente estudio consideramos violentas a las conductas antisociales y a la violencia intencional.

Las conductas antisociales son aquellas que hacen caso omiso de y violan los derechos de los demás, tales como: mentir, robar y el usar la fuerza física, entre otras. La concurrencia de 3 de tales conductas (criterio sindrómico) fue más frecuente en A que en B, mientras ocurre lo inverso respecto a la concurrencia de 4 ó más de estas conductas.

Respecto al tema de conductas antisociales, aunque no conocemos la existencia de estudios similares, como el de la delincuencia en el Pueblo Joven La Esperanza, de Trujillo, resulta ilustrativo. Los autores de este estudio señalan que: "73% de los delincuentes se inició en el robo entre los 8 y 16 años, y casi todos fueron empujados por otros delincuentes ya habituales" (20).

La frecuencia de respuestas positivas a los ítems del cuestionario: *"ha deseado morir, ha intentado suicidarse, ha tenido idea de matar a alguien"*, en ambas localidades, fue menor que en los adolescentes de Lima (1,2).

En hábitos de vida, nuestro estudio no indaga sobre la distribución del tiempo libre del adolescente; pero, de las horas promedio por día que hacen uso de televisión se infiere que ésta sería la práctica más común en sus ratos de ocio.

El 19% de los adolescentes de A y 11% de los de B han informado sobre experiencia sexual. Respecto al tema sexual, Ferrando concluye de su estudio que: "en general puede decirse que los jóvenes peruanos son conservadores, por lo menos en cuanto a sus opiniones, las cuales pueden no coincidir, necesariamente, con sus prácticas. El 51% de las mujeres frente a 28% de los varones está en contra de la práctica sexual previa a la unión" (8).

PALABRAS FINALES

Nuestro estudio, a pesar de las limitaciones dependientes del pequeño tamaño de la muestra, evidencia interesantes diferencias entre los adolescentes de Taquila (A), la zona más rural, y la Zona Norte (B), área en proceso de urbanización del Sector de las Delicias del distrito de Moche, Trujillo. Los primeros presentan significativamente mayores problemas relacionados con consumo de sustancias, fundamentalmente alcohol; mientras que los segundos, mayor estrés y síntomas depresivos al lado de menor soporte familiar y social.

Los hallazgos señalados son interpretados como mediados por estresores. La mayor preocupación por problemas de salud en A y por el dinero y la ley en B nos estarían indicando que el proceso de urbanización viene afectando a la población y alterando sus estilos de vida; es decir, las manifestaciones de malestar psicosocial observadas en los adolescentes estarían indicando el impacto de las macrovariables implicadas en dicho proceso.

AGRADECIMIENTO

Los autores desean agradecer a los señores médicos del curso de Postgrado de Psicología Médica, del Programa de Maestría de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, Curso 1997: Agreda Ulloa María Valentina, Alpaca Muñoz Hugo Vicente, Arteaga Loza Mario Máximo, Asenjo Perez

Conchita del Pilar, Escobedo Urquiza Carlos Marcial, Fiestas Pflucker Germán Adolfo, León Montalvo Locadio Lizandro, Lozada Villena Bernabé, Lozano Ibáñez Rosa Angela, Ramos Santillán Horacio, Rioja García Miguel Eduardo, Ríos Canales Cecilio Issac, Salas Ruiz Carlos Efrén, Villena Mosqueira Ovidio, Pinedo Sevillano Jessika, Ramirez Rodriguez Santos. Y Curso 1998: Aldave Paredes Pedro Gabriel, Armas Fava Lourdes Adelaida, González Payaque Juan Julio, González Zavala José Gustavo, Rodriguez Rodriguez Francisco Lew, Roncal Casanova Doris Irene, Triveño Rodriguez Luis Alfredo, Nieto Calderón Juan.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) **Perales A, Sogi C, Sánchez, Salas RE.** Salud mental en población urbano-marginal de Lima. Monografía de Investigación N°2. INSM "HD-HN". Lima: DIMERSA. 1995.
- 2) **Perales A, Sogi C.** Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. Monografía de Investigación N°3. INSM "HDHN". Lima: DIMERSA. 1995.
- 3) **Perales A, Sogi C, Salas RE.** Salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena. Monografía de Investigación N°4. INSM "HD-HN". Lima: DIMERSA. 1996.
- 4) **Altamirano C, Rebaza F.** Enfermedad mental: frecuencia, tipo y relación con algunas variables sociodemográficas. Tesis de Bachiller en Enfermería. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. 1991.
- 5) **Jodec B, Amaya N.** Prevalencia del síndrome depresivo en las alumnas de enfermería. Tesis de Bachiller en Enfermería. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. 1985.
- 6) **Briones E, Villanueva M.** Riesgo de sufrir enfermedad mental en adolescentes en relación a relaciones interfamiliares. Tesis de Bachiller en Enfermería. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. 1992.
- 7) **Dangles T.** Algunas características biopsicosociales del adolescente en relación a su estrato socioeconómico en Trujillo. Tesis Maestría en Pediatría. Trujillo, 1993.
- 8) **Ferrando D.** Los jóvenes en el Perú. Opiniones, actitudes y valores. Encuesta nacional de hogares 1991. Monografía de Investigación N°7. Lima: CEDRO. 1992.
- 9) **Florenzano R.** El desarrollo psicológico y los problemas de salud mental del adolescente. En: Cuminsky M, Moreno EM, Suárez-Ojeda EN (eds). Crecimiento y desarrollo. Hechos y tendencias. Washington DC: Publicación Científica N°510 OPS. 1988.
- 10) **Bonilla R, Calderón M, Retina L.** Grupo de pares en la adolescencia: troncar individualismo en solidaridad. En: Rojas AL, Dunas S (eds). Adolescencia y Juventud. Aportes para una discusión. San José: OPS, 1995.

- 11) **Castañeda M, Castillo A.** Ingestión de alcohol por adolescentes de colegios secundarios estatales del distrito de Trujillo. Tesis de bachiller en Enfermería. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. 1987.
- 12) **Abanto O.** Consumo de bebidas alcohólicas por adolescentes del Centro Educativo Antenor Orrego, Laredo. Trujillo. Tesis de Bachiller Enfermería. Trujillo:Universidad Nacional de Trujillo. 1990.
- 13) **Gorriti C, Pérez Y.** Nivel de información sobre drogadicción y consumo de drogas en adolescentes de los Colegios San José Obrero y Víctor Andrés Belaunde, Trujillo. Tesis de Bachiller Enfermería. Trujillo:Universidad Nacional de Trujillo. 1991.
- 14) **López ME.** Consumo de bebidas alcohólicas por adolescentes de la campiña de Moche. Tesis de Bachiller Enfermería. Trujillo:Universidad Nacional de Trujillo. 1989.
- 15) **Cecias T, Ocaña M.** Consumo de drogas y características familiares en estudiantes de educación secundaria de los Centros Educativos San Nicolás y Víctor Larco, Trujillo. Tesis de Bachiller Enfermería. Trujillo:Universidad Nacional de Trujillo. 1990.
- 16) **Cerna B, Morillas A, Urbina M.** El hábito de fumar cigarrillos en estudiantes de educación secundaria, Distrito de Trujillo. Tesis de Bachiller Enfermería. Trujillo:Universidad Nacional de Trujillo, 1987
- 17) **Garrinson CZ, Addy ChL, Jackson KL, McKeon RE, Waller JL.** Major depression disorder and dysthymia in young adolescents. *Am J Epidemiology* 1992;135:792-802.
- 18) **Lewinson PH, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P.** Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(6):809-18.
- 19) **Argomedo G.** Medicina Tradicional en Otuzco, Perú. Monografía de Antropología. Trujillo:Universidad Nacional de Trujillo. 1995:1-60.
- 20) **Tufinio J, Velásquez C.** Un estudio de la delincuencia en P.J. La esperanza. Tesis de Bachiller Ciencias Sociales. Trujillo:Universidad Nacional de Trujillo. 1979.