



**MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO SEGÚN  
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y  
FAMILIARES EN ADOLESCENTES DE COLEGIOS  
MUNICIPALIZADOS**

**SEMINARIO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADA(O) EN  
ENFERMERÍA**

**AUTORES:**

CARMEN CORNEJO CUEVAS

CAMILA CORTEZ AHUMADA

NICOLLE ESPINOZA SEPÚLVEDA

NICOLLE HERRERA GUERRERO

JUAN MUÑOZ TAPIA

DENISE PIWONKA TAPIA

**DOCENTE GUÍA:**

LUCY ARMSTRONG BAREA

## AGRADECIMIENTOS

---

El camino para llegar a ser profesionales de la salud ha significado un gran desafío para nosotros. Hemos tenido que experimentar distintas situaciones, emociones y experiencias, atravesando complejos obstáculos que nos han permitido crecer en el ámbito personal y profesional, lo que sin duda no hubiese sido posible sin el apoyo y la fortaleza brindada de quienes nos han acompañado durante este proceso.

Un agradecimiento especial a nuestra docente guía, enfermera matrona Lucy Armstrong, por la colaboración, apoyo, disposición y conocimiento que nos brindó durante el desarrollo de nuestro proceso formativo a través del seminario de tesis. Conjuntamente se agradece a Constanza Moreno Tapia, Ingeniera Comercial, por su colaboración y aporte en el proceso de análisis y resultados de la investigación.

Nuestros agradecimientos también van dirigidos a la Corporación Municipal de Valparaíso, Sra. Cecilia Pinochet Silva, quien autorizó la realización de este estudio, al Liceo Eduardo de la Barra, Liceo N° 1 de Niñas, Liceo Marítimo y sus respectivos directores que abrieron sus puertas para llevar a cabo este proyecto, así como también a los apoderados que colaboraron con la autorización de sus pupilos y a los estudiantes que voluntariamente accedieron a participar en nuestra investigación.

Finalmente, agradecemos de forma especial a nuestras familias, cuyo apoyo y cariño han sido pilares fundamentales para luchar día a día por nuestros sueños y metas, y a nuestros amigos, familiares, parejas y otros seres queridos, quienes con su cuota de alegría nos entregan la energía necesaria para continuar en nuestra formación profesional.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

CAPITULO 1: Introducción	1
1.1 Introducción	1
1.2 Pregunta de investigación	4
1.3 Objetivos generales y específicos	4
CAPITULO 2: Marco referencial	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Marco conceptual	12
- Salud Mental	12
- Adolescencia	13
- Salud mental y Adolescencia	15
- Bienestar Psicológico	16
- Malestar Psicológico Autopercebido	16
-Depresión	16
-Ansiedad	17
-Salud Mental y Sexo	18
- Salud Mental y Rendimiento Escolar	19
- Salud Mental y Estudiantes que Trabajan	19
- Salud Mental y Actividades Recreativas	20
- Salud Mental y Redes de Apoyo	20
- Salud Mental y Tipo de Familiar	21
2.3 Definición y Operacionalización de Variables	23

CAPITULO 3: Materiales y Métodos	29
3.1 Diseño de la Investigación	29
3.2 Población en Estudio	29
3.3 Selección de la Muestra	29
3.4 Descripción de los Instrumentos	30
3.5 Procedimiento de recolección de Datos	32
3.6 Prueba Piloto	33
3.7 Procesamiento y Análisis de Datos	33
3.8 Consideraciones Éticas	34
CAPITULO 4: Resultados	36
4.1 Características Personales y Familiares	36
4.2 Representación Gráfica de los Resultados	38
CAPITULO 5: Discusión, conclusión y sugerencias	50
5.1 Discusión	50
5.2 Limitaciones de la Investigación	53
5.3 Conclusión	54
5.4 Sugerencias	56



Referencias Bibliográficas	58
Anexos	66

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

Gráfico 1: Distribución de la muestra según puntaje Goldberg obtenido (GHQ-12)	38
Gráfico 2: Frecuencia de síntomas de Malestar Psicológico Autopercebido	39
Gráfico 3: Malestar Psicológico Autopercebido según sexo	40
Gráfico 4: Malestar Psicológico Autopercebido según edad	41
Gráfico 5: Malestar Psicológico Autopercebido según repitencia	42
Gráfico 6: Malestar Psicológico Autopercebido según actividad laboral	44
Gráfico 7: Malestar Psicológico Autopercebido según participación en actividades recreativas	45
Gráfico 8: Malestar Psicológico Autopercebido según pertenencia a grupos comunitarios	46
Gráfico 9: Malestar Psicológico Autopercebido según recurrencia a redes de apoyo	47

## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 1: Distribución de la muestra según establecimiento educacional	30
Tabla 2: Malestar Psicológico Autopercebido según curso de repitencia	43
Tabla 3: Malestar Psicológico Autopercebido según redes de apoyo	48
Tabla 4: Malestar Psicológico Autopercebido según tipo de familia	49

## ÍNDICE DE ANEXOS

---

Anexo 1: Cuestionario “Malestar Psicológico Autopercebido según algunas características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios de la Corporación Municipal de Valparaíso”.	66
Anexo 2: Asentimiento Informado para participantes de investigación	71
Anexo 3: Consentimiento Informado para padres o tutores	74
Anexo 4: Tablas	78
Tabla 4.1: Distribución de la muestra según edad	78
Tabla 4.2: Distribución de la muestra según repitencia	78
Tabla 4.3: Distribución de la muestra según participación en actividades recreativas	79
Tabla 4.4: Distribución de la muestra según pertenencia a grupos comunitarios	80
Tabla 4.5: Distribución de la muestra según recurrencia a redes de apoyo	80
Tabla 4.6: Distribución de la muestra según tipo de familia	81
Tabla 4.7: Malestar Psicológico Autopercebido según tipo de actividades recreativas	82
Tabla 4.8: Malestar Psicológico Autopercebido según tipo de grupo comunitario	83



## RESUMEN

---

Estudio descriptivo de corte transversal realizado con el objetivo de describir el Malestar Psicológico Autopercebido según algunas características personales y familiares en una muestra que se seleccionó a través de un muestreo probabilístico por conglomerado bietápico, constituida por 290 adolescentes entre 15 y 19 años que cursan II y III medio en establecimientos municipalizados de Valparaíso. La recolección de datos se realizó a través de la aplicación del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12) y el Cuestionario de Características Personales y Familiares de los Adolescentes, previo consentimiento y asentimiento informado. Los resultados revelaron que un 25,8% de los estudiantes presentaron Malestar Psicológico Autopercebido, sugerente de probable problema de salud mental, reportando con mayor frecuencia los siguientes síntomas: agobio y tensión constante (43%), sentirse deprimido (40%) y pérdida de sueño (34%). Según las características personales y familiares que se abordaron en este estudio, se observa que el Malestar Psicológico es más frecuente en mujeres, en estudiantes con antecedentes de repitencia y en aquellos que no acuden a alguien cuando sienten problemas. Por otro lado, se observa que; el tipo de familia al que pertenecen los estudiantes, la realización de actividades recreativas y/o participación en grupos comunitarios no altera la distribución de frecuencia de Malestar Psicológico entre los adolescentes. Por último, se aprecia que acudir a amigos, pareja y/o familia podría constituir un factor protector de Malestar Psicológico Autopercebido. Este estudio representa un importante aporte para colaborar a la realización de futuras investigaciones en adolescentes.

Palabras claves: Salud mental, Malestar Psicológico Autopercebido, Adolescentes

## ABSTRACT

---

Descriptive cross-sectional study conducted in order to describe the Self-Perceived Psychological Discomfort by some personal and family characteristics in a sample that was selected through a two-stage probability cluster sampling, consisting of 290 adolescents between 15 and 19 years old attending the tenth and eleventh grade at municipal schools of Valparaíso. Data collection was performed through the implementation of Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-12) and by the Survey of Personal and Family Characteristics of Adolescents, prior and informed consent. The results revealed that 25,8% of the students had Self-Perceived Psychological Discomfort, suggestive of probable mental health problem, most often reporting the following symptoms: burden and constant stress (43%), depressed mood (40%) and sleep loss (34%). According to the personal and family characteristics that were addressed in this study, it seems that the Psychological Discomfort is more common in women, students with history of school repetition and in those who do not turn to someone when they have problems. Moreover, it's observed that; the kind of family that the students belong to, the realization of recreational activities and/or participation in community groups, does not alter the frequency distribution of Psychological Discomfort among adolescents. Finally, it's noted that turning to friends, partner and/or family may be a protective factor for Self-Perceived Psychological Discomfort. This study represents an important contribution to collaborate in conducting future research in adolescents.

Keywords: Mental health, Self-Perceived Psychological Discomfort, Adolescents

## CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

---

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1), señalando explícitamente que la salud mental es fundamental para la salud de las poblaciones en todas las etapas de la vida. Durante la adolescencia diversos factores como; la familia, el entorno, el grupo de pares, el medio escolar y el sexo influyen en el desarrollo biopsicosocial, por lo tanto este período es fundamental para las etapas posteriores del ciclo vital evolutivo (2). Está demostrado que las mujeres son más propensas a padecer grados elevados de ansiedad, inestabilidad emocional o depresión que los hombres (3). También, se ha evidenciado que las figuras parentales son fundamentales para el desarrollo psicosocial del adolescente, ya que son un apoyo necesario mientras van adaptándose a su creciente madurez (2). Así mismo, las actividades recreativas actúan como factor protector para los adolescentes que las realizan, ya que promueven el sentido de la amistad, fortalecen la autoconfianza y permiten el desarrollo de habilidades de afrontamiento (4).

Si bien, antecedentes demográficos indican un aumento de la población adulta, los profesionales de la salud deben ser conscientes que durante la adolescencia se originan las principales patologías mentales, las cuales son unas de las que generan mayor morbilidad y mortalidad en edades futuras, por lo tanto para mejorar la calidad de vida del adulto se debe intervenir tempranamente en la adolescencia. (5)

Estudios han demostrado que la prevalencia de problemas de salud mental de los adolescentes a nivel mundial es de un 20% (5). Alrededor de la mitad de los desórdenes mentales que duran toda la vida empiezan a la edad de 14 años y el 70% antes de los 24 años (5). Según la investigación “Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitaria”, un 16,5% de los adolescentes entre 12 a 18 años presentan algún tipo de trastorno de salud mental (6). El estudio “Prevalencia de Malestar Psicológico en estudiantes de enfermería relacionada con

factores sociodemográficos, académicos y familiares”, en donde se aplicó el Cuestionario de Salud General de Goldberg a 228 estudiantes, arrojó como resultados una prevalencia de 36% de Malestar Psicológico (7).

Los trastornos de salud mental presentes en los jóvenes se pueden prevenir detectando anticipadamente el Malestar Psicológico que manifiestan en esta etapa permitiendo disminuir futuros problemas psiquiátricos. Entre los problemas de salud mental más frecuentes que afectan a los adolescentes se encuentran; depresión, ansiedad, ideación e intento suicida, homicidios, autoagresiones, violencia, deserción escolar, consumo problemático de alcohol y drogas, entre otros, lo que podría contribuir a consecuencias desfavorables para su desarrollo físico, emocional y social. Es por esto, que es importante reconocer las necesidades de salud mental de los jóvenes para que tengan más probabilidades de convertirse en adultos productivos (5).

La población adolescente se considera tradicionalmente una población “sana”, dado que presenta tasas de morbimortalidad más bajas respecto a la población general. Esta percepción ha generado por décadas que las problemáticas de salud mental de este grupo no se consideraran con la relevancia que ameritan, lo que se traduce en la carencia de estrategias preventivas nacionales (8). La situación en la región de Valparaíso se asemeja a la situación nacional, ya que no se encuentran estudios actuales sobre las problemáticas de los adolescentes, en especial las de salud mental. Sin embargo, para dar cumplimiento a las Metas de Impacto de los Objetivos Estratégicos vinculados a adolescentes y jóvenes, el Ministerio de Salud de Chile ha instalado durante el último tiempo Programas Nacionales que contemplan la salud mental de este grupo etario, en donde el profesional de enfermería juega un rol importante para la pesquisa precoz y oportuna de los problemas de salud mental y en la promoción del bienestar psicológico en los adolescentes, logrando así una intervención en forma temprana.

En base a lo expuesto, se desprende la necesidad de describir el Malestar Psicológico Autopercebido según algunas características personales y familiares en adolescentes pertenecientes a los establecimientos educacionales de la comuna de Valparaíso. Esto permitirá el planteamiento de un diagnóstico de la población en estudio, logrando visualizar globalmente la situación actual de la salud mental. Además, servirá de guía para otros estudios acordes al tema,

con la finalidad de contrastar información e incentivar una discusión a nivel de autoridades sobre las intervenciones pertinentes a realizar en esta población, con el objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad a causa de patologías mentales.

## 1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el Malestar Psicológico Autopercebido según algunas características personales y familiares en adolescentes de segundo y tercer año medio que asisten a colegios municipalizados de Valparaíso durante el segundo semestre 2013?

## 1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

### Objetivo General

- Describir el Malestar Psicológico Autopercebido según algunas características personales y familiares en adolescentes de segundo y tercer año medio que asisten a colegios municipalizados de Valparaíso durante el segundo semestre 2013.

### Objetivos Específicos

- Identificar algunas características personales y familiares de la muestra en estudio.
- Determinar el Malestar Psicológico Autopercebido de la muestra en estudio.
- Identificar los síntomas de Malestar Psicológico Autopercebido de la muestra en estudio.
- Describir el Malestar Psicológico Autopercebido según algunas características personales y familiares.

## CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL

---

### 2.1 ANTECEDENTES

Una adecuada salud mental es esencial para el mantenimiento de un buen funcionamiento psicológico y bienestar en el transcurso de la vida, por lo tanto, se debe abordar desde las primeras etapas del desarrollo, dando énfasis en la adolescencia, ya que alrededor de la mitad de los desórdenes mentales que duran toda la vida empiezan a la edad de 14 años y el 70% antes de los 24 años (5). La evidencia científica indica que el 20% de los adolescentes a nivel mundial presenta algún tipo de trastorno mental (9).

La población de adolescentes que comprende las edades entre los 10 y 19 años, constituye el 18% de la población mundial, que corresponde a 1.200 millones de personas, según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (5). En América Latina y el Caribe, la población adolescente es de un 8,8%, lo que equivale a 108 millones del total de adolescentes a nivel mundial (5). Por otro lado, a nivel nacional, la población de jóvenes (20 y 24 años) corresponde a un 8,3% del total de la población. Los adolescentes entre 10 y 19 años representan un 17% del total de la población chilena y, específicamente, el grupo entre 15 y 19 años representa el 8,8% de la población total, datos estimados al 2009 (8). Si comparamos a nivel nacional, la región que posee menor presencia de adolescentes y jóvenes es la región de Magallanes con un 19,2%, en tanto que en la región de Atacama se encuentra la proporción más alta con un 27,7% del total de la población de dicha región (8). No se encuentran datos actualizados de la población adolescente en Valparaíso, sólo se cuenta con cifras del penúltimo censo, en donde la población de adolescentes correspondió a 270.600 personas, equivalente a un 17,57% (10).

Durante los últimos años se ha evidenciado un aumento en la prevalencia de patologías que afectan la salud mental a nivel mundial. Los antecedentes indican que una de cada cuatro personas, es decir, el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida al menos un

trastorno mental. Actualmente, existen aproximadamente 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo (11).

En el año 2004, los trastornos mentales representaban el 13% de la carga de morbilidad mundial en forma de muertes prematuras y años perdidos por discapacidad. Asimismo, en los países de ingresos bajos y medios los trastornos mentales representaban el 25,3% y el 33,5%, respectivamente, de los años perdidos por discapacidad (12). Según datos entregados por la Organización Mundial de la Salud, los trastornos de salud mental; depresión unipolar, depresión bipolar, uso de alcohol étlico, trastornos obsesivos compulsivos y esquizofrenia constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad mundial, lo que supone casi un tercio del total de discapacidad (13).

Además, los trastornos mentales se asocian a la ideación e intento de suicidio. Se estima que cada año se suicidan aproximadamente un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad de 16 por 100.000 habitantes o una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial (14). A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad. Se calcula que por cada muerte atribuible al suicidio se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance (15).

El trastorno mental más frecuente en la población mundial es la depresión, se estima que afecta a unos 350 millones de personas (16). La Encuesta Mundial de Salud Mental realizada en 17 países informó que 1 de cada 20 personas presentó un episodio depresivo en el año previo. Los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad, reducen el funcionamiento y frecuentemente son recurrentes (17). La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad, la cual afecta más a la mujer que al hombre (16). Según las predicciones actuales, se espera que para el año 2030 la depresión sea la principal causa de morbilidad a nivel mundial (17). Cabe destacar que los



trastornos de ansiedad ocupan un lugar importante dentro de los motivos de consulta de los servicios de atención primaria del mundo, siendo su prevalencia un 12% (18).

No obstante, se observa que a pesar de la significativa prevalencia de los trastornos mentales, existe un déficit importante en su tratamiento a nivel mundial. Esto se evidencia en datos entregados por la Organización Mundial de la Salud, que indica que en los países de ingresos bajos y medios el porcentaje de personas que no reciben tratamiento para esas afecciones, alcanza entre el 76% y el 85% y en los países de ingresos altos estas cifras también son elevadas, situándose entre un 35% y un 50% (12).

Al igual que en la población general, se estima que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento (5). Entre los problemas de salud mental más prevalentes en esta etapa de la vida se encuentran: los trastornos de ansiedad, depresión, desórdenes del humor, cognitivos y del comportamiento (19).

La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad, trastorno que implica dificultades de adaptación psicosocial prolongada con alto riesgo de suicidio. El suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años (5) y específicamente es la tercera causa de mortalidad en los adolescentes (20). Unos 71.000 adolescentes de todo el mundo cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta (5).

Según datos nacionales, una de cada tres personas en Chile sufrirá un problema de salud mental durante su vida (21). Cerca del 2% del total de muertes ocurren por suicidio. La tasa de suicidio en Chile al 2005 era de 10,3 x cada 100.000 habitantes con una tendencia creciente (17,4 para los hombres y 3,4 para las mujeres) (22). Este crecimiento sostenido y progresivo, se observa especialmente en personas de 15 a 34 años de edad (15). Asimismo, los trastornos depresivos afectan a alrededor de un 7,5% de la población general, y afecta a un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención (23). La Encuesta Nacional de Salud (24) estableció que en los últimos años, las personas de 15 años y más, presentaron una prevalencia

de sintomatología depresiva de 17,2% (24). En cuanto a los trastornos de ansiedad la prevalencia a nivel nacional es de un 2,6% (25).

Un estudio realizado en Concepción, Chile (6) revela que en la población infanto juvenil la prevalencia de trastornos psiquiátricos es de un 22,5% y específicamente, en las edades entre los 12 a 18 años la prevalencia es de un 16,5%. Los trastornos más frecuentes fueron los trastornos disruptivos (21,8%), seguido por los trastornos ansiosos (18,5%) y los afectivos (6,1%). Los trastornos asociados al consumo de sustancias alcanzaron un 4,8% la esquizofrenia y los trastornos alimentarios fueron comparativamente escasos (6).

Así mismo, un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Chile (26), cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de factores de riesgo y protectores en escolares de 13-15 años, obtuvo que:

- Entre el 9 y el 24% de los estudiantes refirió haberse sentido sólo(a) la mayor parte del tiempo durante los últimos 12 meses.
- Entre el 6 y el 18% de los estudiantes refirió haber pensado en el suicidio y haber hecho un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses.
- Entre el 20 y el 36% de los estudiantes que participaron en la encuesta reportaron haberse sentido tan triste o desesperado durante 2 semanas seguidas en los últimos 30 días, al punto que le impidió realizar sus actividades habituales, lo cual podría indicar la presencia de síntomas depresivos (26).

En los últimos años, la depresión ha ido aumentando a nivel nacional, llegando a una prevalencia de un 2% en la niñez y de un 4% a un 8% en la adolescencia (2). A sí mismo, la presencia de síntomas sugerentes de trastorno del ánimo depresivo es de un 30% en los adolescentes. Por otra parte, la presencia de ideación suicida alcanza el 12-14% y la tasa de suicidio corresponde a 7 de cada 100.000 adolescentes (8). El suicidio adolescente representa aproximadamente el 10% de las muertes por suicidio en población general (22), además, entre un 13% y un 23% de adolescentes ha reportado algún episodio de autoagresión en su vida. (2).

En la región de Valparaíso, las investigaciones referentes a salud mental son escasas. Entre estos estudios se encuentra la última Encuesta Nacional de Salud (27), la cual indica que esta región presenta una prevalencia de sintomatología depresiva de un 18,7%, ocupando el tercer lugar con mayor prevalencia a nivel nacional, después de la novena y séptima región, respectivamente (27). La Encuesta de salud Escolar Chile (26) realizada en adolescentes de 13 a 15 años de edad, pertenecientes a establecimientos públicos y subvencionados de las Regiones; I, V, VIII y Metropolitana, reveló que los estudiantes de la Región de Valparaíso presentaron una prevalencia de sintomatología depresiva de un 38% y 21,5% en los últimos 12 meses, en mujeres y hombres, respectivamente. Por otra parte, un 21,3% de los estudiantes consideró seriamente la posibilidad de suicidarse y un 15,3% hizo un plan acerca de cómo tratar de suicidarse en los últimos 12 meses (26). Según datos recientes del Ministerio de Salud, la tasa de mortalidad por suicidio de los adolescentes entre 15 y 19 años de esta región corresponde a un 12,7 x 100.000 habitantes, ocupando el séptimo lugar a nivel nacional (22).

Frente a la problemática de salud mental, el estado ha implementado una serie de estrategias con el objetivo de intervenir y disminuir esta prevalencia, implementando el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000-2010 el cual tenía por objetivo lograr un mayor avance en el acceso a tratamiento de las personas con enfermedades mentales (28). En conjunto con este plan, las reformas del estado han modernizado los diferentes sistemas de protección social y de resguardo de los derechos de las personas con el objetivo de mejorar el nivel de salud mental de la población. La Estrategia Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2011-2020 que tiene como objetivos disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental, los femicidios, el consumo de riesgo de alcohol, la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general y la mortalidad por suicidio en adolescentes. Para lograr lo anteriormente señalado, se cuenta con una Red de Servicios de salud mental y psiquiatría, la cual brinda al usuario la posibilidad de acceder a los diversos servicios de salud disponibles. Entre los establecimientos que entregan una atención específica a estos usuarios se encuentran; el Centro de Salud Mental Comunitaria, la Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria, el Servicio Clínico de Psiquiatría de Corta Estadía y el Hospital de Día (29).

Además, el Ministerio de Salud incorporó, dentro de su cartera de prestaciones, Garantías Explícitas en Salud referentes a salud mental, dentro de las cuales se encuentran; el Primer Episodio de Esquizofrenia, la Depresión en personas de 15 años y más, el Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas en personas menores de 20 años y el Trastorno Bipolar (30).

Para la etapa de la adolescencia, el Ministerio de Salud ha incorporado entre sus planes de acción, las siguientes guías y orientaciones técnicas para el logro de los objetivos sanitarios referente a la salud mental de la población adolescente; Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más (31), Guía Clínica Depresión en personas de 10-14 años (en revisión para incorporación a GES) (32), Norma Técnica en Rehabilitación Psicosocial para personas mayores de 15 años con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad (33), Orientaciones Técnicas para la atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental (2) y Orientaciones Técnicas para la atención de niños, niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales (34).

En la última Guía Clínica de Depresión en personas de 15 años y más, se hacen recomendaciones para el manejo tanto de la depresión leve, moderada y grave con o sin síntomas psicóticos, con comorbilidad médica física y mental, así como de la depresión en ciertos grupos específicos (mujeres durante el embarazo o posparto, adolescentes, adultos mayores entre otros) (31).

Esta Guía establece que frente a una sospecha diagnóstica de depresión, se aplique el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12) y a su vez, todo médico debe realizar la confirmación diagnóstica de depresión utilizando criterios CIE-10, como se indican a continuación:

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.
- C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Además, se debe realizar una anamnesis médica, examen de salud y pruebas de laboratorio, con el fin de apoyar el diagnóstico diferencial y considerar otras comorbilidades médicas en el plan de tratamiento integral del paciente. El proceso de diagnóstico de la depresión deberá descartar trastorno bipolar a la base de la sintomatología depresiva (31).

La actual Guía de Práctica Clínica no GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años, ha sido creada el año 2013 con el propósito de generar una referencia para la atención de adolescentes de este rango de edad, que presenten sospecha y/o diagnóstico de depresión, bajo el régimen de Garantías Explícitas en Salud. Esta guía entrega recomendaciones respecto a la detección de factores de riesgo y protectores para el desarrollo de esta enfermedad, orientaciones para el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado con el fin de reducir la probabilidad de complicaciones y psicopatología futura, y recomendaciones sobre el manejo de adolescentes con riesgo y/o conducta suicida (32).

La Norma Técnica “Rehabilitación Psicosocial para Personas Adultas con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad” está dirigida a personas, mayores de 15 años, que por la gravedad de su trastorno presentan algún grado de disfunción o discapacidad psíquica, la cual se reconoce de larga evolución (dos años o más). Esta Norma tiene por objetivo otorgar una atención de salud que se basa en un modelo de rehabilitación psicosocial y que orienta a que la persona pueda recuperar sus capacidades psíquicas perdidas y/o desarrollar nuevas competencias y capacidades que le permitan desenvolverse adecuadamente con su entorno (33).

Por otro lado, la Orientación Técnica “Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental” está dirigida a los equipos de salud de la atención primaria que brindan atención de salud a adolescentes entre 10 y 19 años, hombres y mujeres, que presentan problemas y/o enfermedades que afectan su salud mental y desarrollo integral. La Norma está orientada al riesgo en la adolescencia y a la presencia de problemas y cuadros clínicos que requieren detección y tratamiento oportuno para la recuperación de la salud y a la obtención de una mejor calidad de vida en esta etapa, disminuir factores de riesgo y evitar en alguna medida el deterioro de su desarrollo (2). Además, también existe la Orientación Técnica “Atención de Niños, Niñas

y Adolescentes con Trastornos Mentales” que tiene por objetivo orientar la atención de salud mental en este grupo etareo, con vulneración de derechos e infractores de ley, que presentan un trastorno mental severo, incluyendo el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Ésta contempla acciones de protección, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción dirigidas a esta población (34).

Por último, el Programa Nacional de Salud Integral de adolescentes y jóvenes (2012-2020) (8), recientemente implementado, del cual se desprende el “Control Joven Sano”, tiene como objetivo evaluar el estado de salud y el crecimiento y normal desarrollo, fomentando los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral (8).

## 2.2 MARCO CONCEPTUAL

### **Salud Mental**

La Salud Mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Las personas con buena salud mental se caracterizan por ser responsables, conscientes de sí misma, capaces de dirigir sus actuaciones razonablemente libre de preocupaciones y capaces de afrontar las tensiones habituales de la vida diaria. Tales personas funcionan bien en sociedad, son aceptadas por su grupo y, en general, se encuentran satisfechas con la vida (35).

Otras definiciones se refieren a la capacidad de resolver problemas, cubrir las propias necesidades de amar y trabajar, enfrentarse a las crisis sin más ayuda que el apoyo de la familia y los amigos y mantener un estado de bienestar basado en el disfrute de la vida, el establecimiento de objetivos y límites realistas y adaptarse a la independencia, a la interdependencia y a la dependencia según las necesidades, sin pérdida permanente de la autonomía propia (35).

## Adolescencia

La adolescencia es la etapa de vida en la que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad (36). Esta etapa es un periodo durante el ciclo vital de la persona en el cual se presentan una serie de síntomas y características que se manifiestan sistemáticamente a lo largo de esta etapa, como son; la búsqueda de sí mismo y de la propia identidad, tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y de fantasear, crisis religiosa, actitud social rebelde, separación progresiva de los padres y constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. Muchas de éstas características cambian al adolescente desde lo que típicamente se considera infantil hacia lo que típicamente se considera adulto (37).

Según la OMS, la adolescencia se define como la etapa que transcurre entre los 10 y 20 años, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico. Los cambios más evidentes a la observación son los corporales; sin embargo, el pensamiento, las conductas y las relaciones sociales también se modifican durante este período (37).

Biológicamente, el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual (36). Esto produce cambios corporales que afectan la altura, el peso, las secreciones hormonales y la distribución de los tejidos grasos y musculares en el adolescente. Cuando se inician los primeros cambios, se habla de fase puberal y cuando la mayoría de estos cambios terminan, la persona está en la fase pospuberal (37).

Por otro lado, los cambios fisiológicos recién descritos tienen un impacto en el funcionamiento cognitivo y psicológico. Es así, como en esta etapa emerge el pensamiento operativo formal, que se caracteriza por las capacidades de abstracción y razonamiento (37).

En el ámbito psicológico:

- El adolescente tiene una imagen inestable de sí mismo, no están contentos como son y se sienten por lo general poco valiosos.
- Son impulsivos, primero actúan y luego piensan.
- Tienen gran espíritu de oposición, se oponen a las propuestas de los padres.
- Presentan labilidad emocional o cambios bruscos de humor.
- Son egocéntricos, piensan que el mundo gira en torno a ellos.
- Un sentimiento de soledad se repite, sienten que son únicos y no existe nadie capaz de comprender lo que les sucede, aparece entonces la necesidad de un amigo íntimo (36).

Por último, desde el punto de vista social, lo más importante que le ocurre al adolescente es la intensidad que adquiere la relación con su grupo de pares. Este grupo de pertenencia que usa un lenguaje, vestimenta y adornos diferentes al de los adultos, es fundamental para afirmar su imagen y para adquirir la seguridad social necesaria para el futuro (36).

Hay también una influencia crítica de los valores éticos y religiosos aprendidos en la familia (36). Ninguna otra institución social tiene tanta influencia como la de ésta a lo largo del desarrollo del adolescente (37).

Según la “Teoría Psicosocial” de Erikson (38), los adolescentes experimentan la etapa de Identidad versus Difusión de rol. En esta etapa, aquellos que tropiezan en sus esfuerzos por encontrar una identidad pueden desviarse de este objetivo. En ocasiones adoptan roles socialmente inaceptables como una forma de expresar lo que no quieren ser, o tienen dificultades para formar y mantener relaciones personales cercanas de larga duración. En general, su sentido del yo se vuelve “difuso” y fracasan para organizarse en torno a una identidad central unificada. Por otra parte, quienes tienen éxito para forjar una identidad propia establecen un curso que constituye un cimiento para el futuro desarrollo psicosocial. Descubren sus capacidades únicas y creen en ellas, al tiempo que desarrollan un sentido preciso de quiénes son. Están preparados para ir en una ruta que obtenga plena ventaja de lo que sus fortalezas únicas les permiten hacer (38).



## Salud Mental y Adolescencia

La salud mental del adolescente tiene características propias, ya que se trata de un individuo en desarrollo que requiere del cuidado de otros y, por lo tanto recibe la influencia de múltiples factores en distintos períodos de su evolución, con los cuales interactúa pudiendo resultar un desarrollo dentro de parámetros normales, con problemas de salud mental o trastornos psiquiátricos bien definidos (39).

Los determinantes sociales, variables psicosociales y características del entorno como: el la comunidad donde viven, medio escolar, grupo de pares y familia determinan las decisiones y consecuencias que éstas tienen para las etapas posteriores del desarrollo psicosocial de los adolescentes (2).

Muchos de ellos se resisten a adaptarse al entorno en que se encuentran y se rebelan, siendo esto un aspecto saludable en cuanto al desarrollo del sentido de su propia identidad y expresión de ésta. No obstante, a menudo la disputa entre la separación con los padres y el proceso de individuación resultan periodos difíciles para ellos. Esto suele manifestarse a través de períodos de ansiedad y conducir a problemas psicológicos como son la depresión y el suicidio (2). Esta vulnerabilidad que presentan los adolescentes, puede verse afectada por factores de riesgo tales como: un ambiente de falta de cuidados y vinculación durante su gestación o primera infancia, ser víctima de violencia o de maltrato intrafamiliar, padres con enfermedades mentales, consecuencias de la cesantía de los padres, vivir en un ambiente amenazante para la integridad y tener un sistema escolar inadecuado (39). Asimismo; los desórdenes psicológicos y de personalidad, disfunción familiar, padres involucrados en violencia, acceso a alcohol y drogas, escasa cohesión y aislamiento social, entre otros, son factores de riesgo que influyen en la salud mental de los adolescentes (2).

A su vez, existen factores protectores que juegan un rol importante en la promoción del bienestar mental y que pueden favorecer la disminución de la vulnerabilidad. Entre estos se encuentran; habilidades sociales, autoimagen positiva, participación en actividades

extraescolares, dinámica familiar adecuada, participación de la familia en la escuela y redes de apoyo informales, entre otros. De esto se desprende que la promoción efectiva de la salud mental fortalece el desarrollo en esta etapa del ciclo vital (2).

### **Bienestar Psicológico**

El bienestar psicológico se relaciona con el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, los cuales son considerados como los principales indicadores del funcionamiento positivo. A demás, se interesa por el estilo y la manera de afrontar los retos vitales y por la dedicación y esfuerzo para conseguir las metas propuestas (40).

Gracias a un modelo multidimensional, se plantea que el bienestar psicológico hace referencia a la auto-aceptación, las relaciones positivas con otras personas, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito en la vida y el crecimiento personal (40).

### **Malestar Psicológico Autopercebido**

Se entiende por Malestar Psicológico el nivel de stress percibido, desmoralización, disconfort y desasosiego; este concepto permite tener información sobre la autopercepción de sentimientos, pensamientos y comportamientos. Se dice que dependiendo del nivel de Malestar Psicológico, éste podría, eventualmente, constituirse en un problema de salud mental. Las situaciones críticas se expresan en los sujetos en vulnerabilidad psíquica, que se manifiesta a través de diversas sintomatologías: alteraciones del sueño, afecciones psicósomáticas, sentimientos de miedo y temor, desesperación y adicciones (40).

### **Depresión**

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos signos y síntomas, tales como: irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, sentimientos de culpa, pérdida de

energía, problemas de concentración, cambios en el apetito e ideación e intento suicida, siendo este último uno de los desenlaces más fatídicos y evitables del trastorno depresivo (31).

Estos síntomas y signos deben persistir por al menos 2 semanas. Con frecuencia tienden a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios, adquiriendo un curso recurrente con tendencia a la recuperación entre episodios. Entre los factores de riesgo para la depresión se encuentran; la predisposición biológica, factores bioquímicos, ambientales y psicosociales (31).

### **Ansiedad**

La ansiedad tiene un carácter vago e inespecífico y se acompaña de la sensación de algo desconocido y catastrófico que se aproxima a la vida de la persona. El objeto de la respuesta angustiosa es desconocido, debido a que la amenaza que se percibe no es externa, sino interna y su causa es inconsciente. En general, este tipo de respuesta tiende a ser crónica, con la excepción de los trastornos de pánico. La existencia de síntomas ansiosos no es suficiente para diagnosticar un desorden ansioso en adolescentes, los síntomas deben manifestarse como empeoramiento en algunas áreas del funcionamiento como un requisito necesario (39).

Los factores de riesgo más frecuentes para la ansiedad, aún cuando no son concluyentes son: factores genéticos, especialmente en la modalidad de crisis de pánico, inhibición social, estilo parental sobreprotector o sobre-exigente; acontecimientos vitales traumáticos y vulnerabilidad social (2).

La ansiedad puede coexistir con una variada gama de psicopatologías como son: la depresión, el abuso de drogas, los trastornos adaptativos, los trastornos de pánico, las fobias y el trastorno psicótico, entre otros (39).

## Salud Mental y Sexo

Las diferencias de sexo aparecen en particular en las estadísticas mundiales referentes a los trastornos mentales; principalmente en la depresión, ansiedad y quejas somáticas. Existe una prevalencia de estos trastornos en las mujeres, en donde aproximadamente 1 de cada 3 se ven afectadas por ellos, en comparación con los hombres (42).

Situación similar se visualiza durante la adolescencia, en donde la evidencia científica indica que los adolescentes varones tienen una percepción emocional de sí mismos mucho más alta que las adolescentes mujeres. Este dato revela el mayor grado de adaptación personal de los hombres con respecto a las mujeres, lo que llevaría a que éstas sean más propensas a padecer grados elevados de ansiedad, inestabilidad emocional o depresión. (2). Esto último, se ve reforzado por Aceituno R. (43), el cual hace referencia a un reciente estudio de calidad de vida y bienestar de los jóvenes, en el que se obtuvieron puntajes bajos respecto a la dimensión de bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, especialmente en mujeres (43). Asimismo, la última Encuesta Nacional de Salud (27) sitúa en 14% la prevalencia de sintomatología depresiva en jóvenes de 15 a 24 años, siendo más alta en mujeres en comparación con los hombres. (27).

La investigación de Ventura-Junca, Carvajal, realizada en adolescentes entre 14 y 19 años de edad, pertenecientes a cinco establecimientos educacionales de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, obtuvo como resultado que las adolescentes mujeres presentaron una prevalencia de ideación suicida de un 71% durante los últimos 12 meses y/o en un período anterior a este, mientras que los hombres alcanzaron un 49%, tendencia que se mantiene en cuanto al intento de suicidio, en donde el 26% de las mujeres ha mostrado tal tentativa en comparación al 12% presentado por los hombres. La incidencia de idea suicida se observó con una mayor frecuencia a los 15 años (27%), para luego disminuir proporcionalmente a medida que aumenta la edad (22).

### **Salud Mental y Rendimiento Escolar**

El medio escolar proporciona, además de las herramientas educacionales, un entorno de relaciones sociales afectivas que se pueden complementar con las relaciones familiares; un contexto de desarrollo para la cultura adolescente con el cual identificarse, un medio en el cual ejercitar las relaciones sociales y desarrollar habilidades para ellas. Así entonces, la deserción escolar y el bajo rendimiento escolar constituyen un elemento clave para diversas desadaptaciones a lo largo de la vida, lo que aumenta el riesgo de problemas de salud mental en este grupo (2).

El estudio realizado por Páramo, en Santiago de Chile, cuya metodología fue de carácter cualitativo con un diseño narrativo, en el cual se identificaron factores de riesgo y factores de protección en la etapa adolescente, muestra que la autoestima baja se encuentra estrechamente relacionada con un bajo rendimiento académico/ laboral y con diversos indicadores de Malestar Psicológico, tales como la ansiedad, depresión y otros trastornos (44).

### **Salud Mental y Estudiantes que Trabajan**

En la actualidad, muchos jóvenes se ven en la necesidad de trabajar en edades tempranas, ya sea para la satisfacción personal o para ayudar económicamente en su hogar, lo que aumenta el riesgo de deserción escolar comprometiendo la salud mental de los adolescentes (2).

El estudio realizado por Benjet, Hernández-Montoya en México, en el cual se aplicó una Entrevista Internacional Psiquiátrica a 3005 adolescentes entre 12 y 17 años, reveló que los estudiantes que trabajan y estudian tienen mayor riesgo de trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias y conducta suicida en comparación con aquellos que estudian exclusivamente (45).

### **Salud Mental y Actividad Recreativa**

El deporte, la recreación y el juego permiten a los adolescentes de ambos sexos aprender a pensar críticamente y a emplear su criterio para solucionar problemas. Esas actividades promueven el sentido de la amistad, la solidaridad, las habilidades de comunicación, negociación y liderazgo. También enseñan autodisciplina y respeto por los demás, fortalecen la autoconfianza y desarrollan habilidades de afrontamiento y la capacidad de trabajar en equipo. Asimismo, ayudan a los jóvenes a establecer vínculos afectivos con sus compañeros y con los adultos, lo que genera un sentido de comunidad y pertenencia (4).

Por el contrario, los adolescentes que evitan el contacto social, no participan en grupos sociales, no realizan actividades extraescolares, no participan en fiestas y dedican varias horas al día a los videojuegos, pueden presentar déficit de habilidades sociales, autoconcepto negativo, experiencias sociales traumáticas como bullying y por tanto, predisponer a la aparición de los trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, consumo de alcohol y sustancias e ideación suicida (2).

### **Salud Mental y Redes de Apoyo**

La protección de la salud mental del adolescente comienza con la familia. La presencia de la madre, el padre y adultos significativos resulta imprescindible en el ámbito de salud mental. La construcción de la identidad y autonomía del adolescente requiere de un período de acompañamiento y guía desde las figuras parentales/maternales. Los adolescentes necesitan desarrollar con sus padres una relación de apoyo y aceptación que los contenga mientras van adaptándose a su creciente madurez (2).

Dentro de los factores que pueden comprometer el bienestar psicosocial de los adolescentes, se encuentra el grupo de pares, ya que éstos pasan el doble de tiempo, con los amigos en lugar de su familia. La relación cercana con ellos se considera un factor protector, debido a que se asocia al desarrollo de habilidades sociales, participación y autoconfianza, entre

otros. Sin embargo, dependiendo de las características del grupo de pares, éste puede operar también como factor de riesgo para el consumo de sustancias y problemas referentes a salud mental, entre otras (46).

### **Salud Mental y Tipo de Familia**

La evidencia científica durante años ha señalado que la familia de tipo de nuclear es la que más favorece el afrontamiento de los cambios que se producen en la etapa de la adolescencia, mientras que otros patrones familiares se asocian con la aparición de diversos problemas durante esta etapa. Lo anterior, se visualiza en diversas investigaciones que señalan que los hijos/as de divorciados, tanto los que viven en una familia monoparental como en una familia reconstituida, presentan más dificultades de adaptación y problemas psicológicos y emocionales que los hijos/as que viven en familias nucleares biparentales(47).

Lo expuesto recientemente se refleja en el estudio realizado por Vicente, Saldivia, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en una población entre 4 y 18 años, a través de la versión computarizada en español de DISC-IV y cuestionarios que examinan riesgos y estatus socioeconómico a nivel familiar, obteniendo como resultado que la percepción de disfunción familiar por parte de los adolescentes y vivir solo con un padre estaban fuertemente asociado con la presencia de trastornos psiquiátricos (6).

No obstante, otros estudios señalan que en los últimos años a nivel mundial las estructuras familiares se han modificado, transitando desde la familia nuclear biparental a un aumento significativo de familias monoparentales y reconstituidas. Asimismo, los cambios sociales han hecho que familias no nucleares biparentales puedan presentar ciclos vitales alternativos que le confieren un funcionamiento normal. Estos nuevos modelos familiares, y los cambios experimentados en el seno de ellos, no impiden que exista acuerdo respecto a la idea de que los lazos familiares son importantes, coincidiendo en líneas generales con el sistema de valores de padres e hijos y que el afecto del subsistema parental sea fundamental para transmitir factores protectores. Por lo tanto, las familias nucleares biparentales no parecen ser

imprescindibles para el establecimiento de relaciones familiares positivas y de un desarrollo psicológico saludable en el adolescente (48).



### 2.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	
Características personales	Se refiere a; sexo, edad, nivel de escolaridad, rendimiento escolar, trabajar además de estudiar, actividades recreativas, pertenencia a grupos comunitarios y redes de apoyo.	Sexo	---	Mujer Hombre	---	
		Edad	---	Años cumplidos		
		Nivel de Escolaridad	---	Año que cursa		
		Rendimiento escolar	Notas	Promedio de notas primer semestre del año en curso		En qué curso
				Repitencia	Si No	
		Trabajar además de estudiar	---	Si	Promedio de horas semanales trabajadas	

			---	No	---
			Actividades recreativas	---	Si
				No	---

		Pertenencia a un grupo comunitario	---	Religioso Scout Centro juvenil Club deportivo Otros No participo	---
		Redes de apoyo	---	Familia Amistades Pareja Ninguna Otros	---
Características Familiares	Se refiere a la conformación familiar determinada por la presencia de sus integrantes.	Tipo de Familia	---	Madre Padre Hermano/s a/s Abuelo/ a/s Otros	---
Malestar Psicológico autopercebido	Se evalúa a través del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12), que mide	Concentrarse bien en lo que se hace	---	Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual	---

<p>Malestar Psicológico Autopercebido. En este estudio, los adolescentes que obtienen un puntaje <math>\geq 5</math> en este cuestionario (GHQ-12), presentan Malestar Psicológico autopercebido, sugerente de probable problema de salud mental.</p>	<p>Perder mucho sueño por preocupaciones</p>	---	<p>No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual</p>	---
	<p>Sentirse útil en la vida</p>	---	<p>Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual</p>	---
	<p>Capacidad para tomar decisiones</p>	---	<p>Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual</p>	---
	<p>Sentirse agobiada(o) y en tensión constante.</p>	---	<p>No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual</p>	---
	<p>Sentir que no se puede superar las dificultades</p>	---	<p>No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual</p>	---
	<p>Capacidad de</p>	---	<p>Más que lo habitual</p>	---

		disfrutar las actividades normales de cada día		Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual	
		Capacidad de hacer frente a los problemas	---	Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual	---
		Sentirse deprimido(a)	---	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	---
		Perder confianza en sí mismo	---	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	---
		Pensar que no se vale para nada	---	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual	---
		Sentirse	---	Más feliz que lo habitual	---

		razonablemente feliz considerando todas las circunstancias		Aproximadamente lo mismo que lo habitual Menos feliz que lo habitual Mucho menos feliz que lo habitual	
--	--	---------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODOS

---

### 3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

### 3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población en estudio corresponde a 3.190 estudiantes matriculados en segundo y tercer año de enseñanza media de los colegios pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2013, que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Asistencia a segundo y tercer año de enseñanza media
- Edad entre 15 y 19 años

Criterios de exclusión:

- No asistir a segundo y tercer año de enseñanza media
- Edad menor a 15 años y mayor a 19 años

### 3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se seleccionó a través de un muestreo probabilístico por conglomerado bietápico (49).

En una primera etapa se seleccionó de manera aleatoria a tres liceos pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso. Posteriormente, en cada establecimiento, se realizó un censo de todos aquellos estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y presentaron el consentimiento y asentimiento informado, quedando la muestra conformada por 295 estudiantes. Luego de la aplicación de los instrumentos, se evidenció que del total de la muestra

5 participantes no habían contestado el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12), por lo que la muestra se redujo finalmente a 290 estudiantes.

**TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.**

ESTABLECIMIENTOS SELECCIONADOS	MUESTRA OBTENIDA POR ESTABLECIMIENTO
1. Liceo Eduardo de la Barra	148 adolescentes (49,3%)
2. Instituto técnico profesional Marítimo de Valparaíso	111 adolescentes (38,3%)
3. Liceo N° 1 de Niñas “María Franck de Mac Dougall” de Valparaíso	36 adolescentes (12,4%)

### 3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

La recolección de datos se realizó durante la jornada escolar. Se aplicaron dos instrumentos: el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12) y el Cuestionario de Características Personales y Familiares de los Adolescentes.

#### **Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12):**

David Goldberg en 1972, diseñó un cuestionario, llamado Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12) para ser utilizado como test de *screening* autoadministrado, destinado a detectar trastornos psíquicos, no psicóticos en el contexto comunitario, en población general y en medios clínicos no psiquiátricos, específicamente para diferenciar entre malestar y salud psicológica.



El GHQ en su versión de 12 ítems, es un cuestionario que permite evaluar el grado de malestar psicológico autopercebido, ya que sus ítems evalúan conductas y emociones como: sentirse útil, capaz de tomar decisiones, presencia de agobio y tensión, sentirse deprimido, felicidad y disfrutar de la vida; algunas funciones intelectuales y fisiológicas, como concentración y sueño; su autovaloración y confianza en sí mismo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida; y superación de las dificultades.

El cuestionario consta de doce preguntas con 4 alternativas de respuesta en escala de Lickert (mejor que lo habitual, igual que lo habitual, menos que lo habitual y mucho menos que lo habitual). La calificación de las puntuaciones consiste en asignar cero puntos a las dos primeras respuestas y un punto a las dos últimas. De esta manera, el encuestado es capaz de obtener un puntaje de cero a doce puntos. Para la calificación se establece un punto de corte, por encima del cual se considera “posibles casos” con malestar psicológico. En este estudio los estudiantes que tienen un puntaje  $\geq 5$  en el test de Goldberg, presentan síntomas de malestar psicológico.

Se escogió el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12) para evaluar el malestar psicológico de la población en estudio, por ser un instrumento validado en Chile por Araya, Wynn & Lewis (1992). Además, permite su aplicación a un grupo importante de personas en un tiempo limitado; es de fácil comprensión y rápida completación por el entrevistado.

Los coeficientes de confiabilidad alfa de Crombach oscilan entre 0.82 y 0.95 y los coeficientes de especificidad y sensibilidad en la detección de “probables casos”, reportados en Chile por Araya et al. (1996) son de 73 % y 76%, respectivamente.

### **Cuestionario de Características Personales y Familiares de los Adolescentes:**

El cuestionario fue confeccionado por los propios tesisistas según búsqueda bibliográfica y revisado por la investigadora responsable Enfermera-Matrona Lucy Armstrong.

Este test autoadministrado consta de 12 preguntas cerradas, de fácil y rápida aplicación, las cuales tienen por objetivo identificar las siguientes características personales: sexo, edad, nivel de escolaridad, rendimiento escolar, actividades recreativas, trabajan además de estudiar, pertenencia a grupos comunitario, redes de apoyo, y características familiares: tipo de familia.

### **3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Etapas de la recolección de datos:

1. Se solicitó a la Directora del área de educación de la Corporación Municipal de Valparaíso, Sra. Cecilia Pinochet Silva, autorización para poder realizar el estudio en estudiantes de segundo y tercer año de enseñanza media de establecimientos pertenecientes a esta corporación.
2. Se obtuvo la aprobación de la investigación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso
3. Se efectuaron reuniones con los (as) directores de cada establecimiento educacional seleccionado para explicar el objetivo del estudio.
4. Se realizó prueba piloto, previa reunión con el director del establecimiento educacional correspondiente, y proceso de consentimiento y asentimiento informado.
5. Se inició el proceso de consentimiento informado a través de reunión de apoderados en los establecimientos educacionales seleccionados o envío de documentos a los domicilios de los estudiantes.
6. En fechas y horarios que fueron estipulados por cada establecimiento, se explicó a los estudiantes el objetivo del estudio y se aplicaron los asentimientos informados.
7. Se realizó la aplicación de los cuestionarios en fechas y horarios establecidos por la dirección respectiva de cada establecimiento.

### 3.6 PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba de instrumentos en el Instituto Superior de Comercio de Valparaíso a 15 estudiantes de características similares a la muestra seleccionada, con el objetivo de determinar el tiempo que requerirán los participantes en responder los dos cuestionarios, y valorar el nivel de comprensión de las preguntas realizadas. Durante el transcurso del proceso de aplicación, los estudiantes se mostraron cooperadores y con buena disposición para contestar los cuestionarios. Además, no manifestaron interrogantes con respecto al Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12); sin embargo, un tercio de los participantes acusó incomprensión relativo al Cuestionario de Características Personales y Familiares, específicamente en relación a las dos preguntas referentes a grupo comunitario. Por tanto, se decidió eliminar una de ellas y agregar dentro de las alternativas de la pregunta restante, la opción no participa; con el fin de lograr una mejor comprensión en las posteriores aplicaciones.

### 3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de la muestra en estudio se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2010.

Primeramente se realizó un análisis descriptivo de las Características Personales y Familiares de los participantes, para luego proceder a analizar el Malestar Psicológico Autopercebido y sus síntomas. Para cada una de las variables y según nivel de medición, se efectuó un análisis de frecuencias y medidas de tendencia central de promedio, desviación estándar y rango.

Por último, se realizó un análisis descriptivo, a través de tabla de contingencia entre Malestar Psicológico Autopercebido y algunas Características Personales y Familiares.

### 3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de esta investigación se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Se respetó la autonomía y anonimato de los adolescentes participantes y sólo se incluyó aquellos que presentaban el consentimiento de parte de sus cuidadores y, además, firmaran el asentimiento informado respectivo. Ambos documentos explicaban de qué trata el estudio, quiénes son los responsables y el manejo de la información, por lo que el propósito de este estudio fue conocido por los participantes.

El anonimato se resguardó mediante el uso de un seudónimo y el depósito de sus respuestas en un sobre cerrado en un buzón. Una vez realizada la evaluación de los datos cada participante recibió a través de su seudónimo y en un sobre cerrado una carta con los resultados obtenidos, los que pudo retirar en forma voluntaria en su establecimiento educacional. De esta manera, ni los investigadores ni el colegio lograron saber cuál resultado corresponde a cual participante.

Los estudiantes se vieron beneficiados, pues en caso de que el resultado revele un riesgo para el adolescente, la investigadora responsable Enfermera-Matrona Lucy Armstrong ofreció mediante dicha carta la posibilidad de acudir voluntariamente a una entrevista personal con ella para ofrecer una ayuda con profesionales especialistas a través del Centro de Asistencia Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Los tesisistas y la investigadora no obtuvieron beneficios económicos, con el desarrollo de este estudio.

Respecto a los datos, estos y los resultados obtenidos fueron almacenados bajo llave e inutilizados con otros fines. Los datos serán guardados por la investigadora principal durante 5 años en su PC personal. Se utilizará uso de medidas de protección enfocadas en el uso de consentimiento y asentimiento informado.

Una vez finalizado el estudio, los resultados globales fueron informados a la CORMUVAL y se planificó una exposición de ellos en cada colegio para informar a todas las personas que participaron en el estudio, momento en el cuál se realizó una sesión educativa de prevención y calidad de vida según los resultados específicos por establecimiento.

## CAPÍTULO 4: RESULTADOS

---

### 4.1 CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES

A continuación, se muestran los resultados de las características personales y familiares, luego los resultados de Malestar Psicológico Autopercebido y finalmente, la distribución entre ambos.

Del total de participantes, el 60% (175) corresponde a mujeres y el 40% (115) a hombres. El rango de edad de los encuestados fluctúa entre los 15 y 19 años de edad, con una edad promedio de  $16,4 \pm 1$  año.

En relación al nivel de escolaridad, el 50,2% cursaba II año de enseñanza media y el 49,8%, III año de enseñanza media.

El promedio de notas obtenido por los participantes en el primer semestre del año 2013 fue de 5,53 (DS= 0,5; Rango entre 4,2 y 6,7) y el 32% reportó haber repetido un curso durante su trayectoria escolar. Destaca una mayor frecuencia de repitencia los cursos I y II año de enseñanza media, con un 24% y 35%, respectivamente.

*Véase en Anexo 4, Tabla 4.2.*

El 14% (40) de los encuestados reportó trabajar además de estudiar. Los participantes que trabajan, lo hacen en promedio 15,9 horas semanalmente (DS= 12,5; Rango entre 4 y 66).

El 78,3% (224) de los estudiantes señaló realizar una o más actividades recreativas. Las actividades más frecuentes son; escuchar música y hacer deporte, con un 23,6% y 21,1%, respectivamente. A su vez, el 35% (99) del total de los encuestados participa en grupos comunitarios, destacando que el 50% de ellos refirió acudir a un club deportivo.

*Véase en Anexo 4, Tabla 4.3 y Tabla 4.4.*

De los estudiantes que reportaron haber acudido a alguien cuando sienten problemas (248), un 61% (151) refirió acudir a sus amistades, el 54% (133) a su familia y el 28% (70), a su pareja. Por otro lado, el 14% (40) del total de estudiantes refirió no acudir a alguien cuando siente problemas.

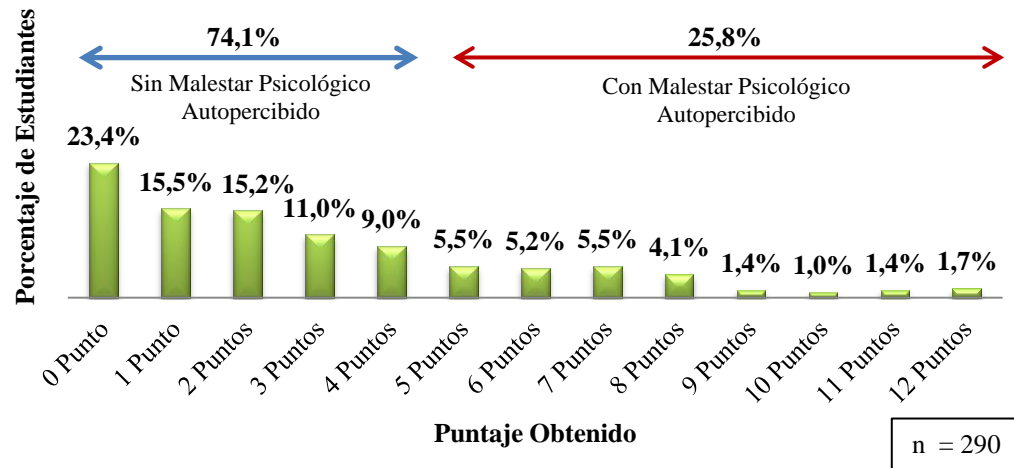
*Véase en Anexo 4, Tabla 4.5.*

Por último, la gran mayoría de los participantes pertenece a una familia nuclear. De ellos, el 43,2 % (125) corresponde a una familia nuclear biparental y el 24,6% (71) a una familia nuclear monoparental.

*Véase en Anexo 4, Tabla 4.6.*

## 4.2 MALESTAR PSICOLÓGICO

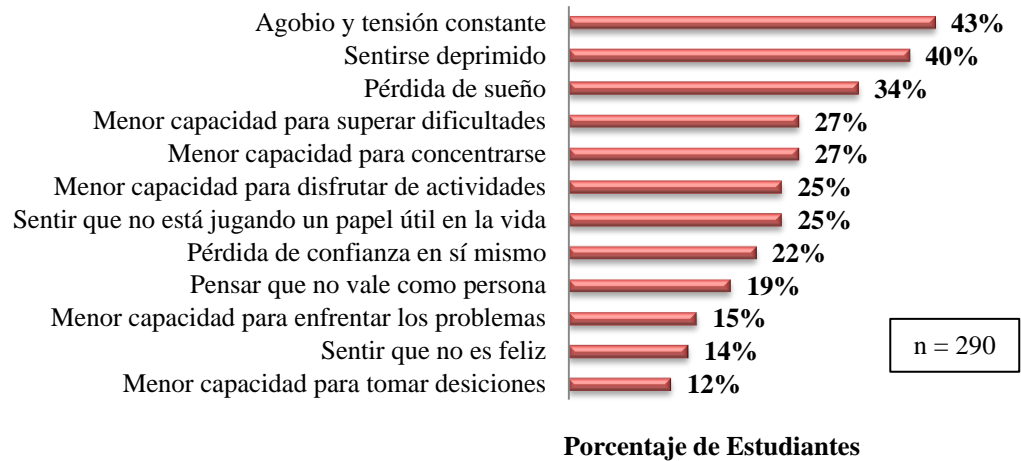
**GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PUNTAJE GOLDBERG (GHQ-12)**



El 25,8% (75) de los estudiantes presentó un puntaje  $\geq 5$  puntos en el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12), es decir, un puntaje sugerente de probable problema de salud mental.



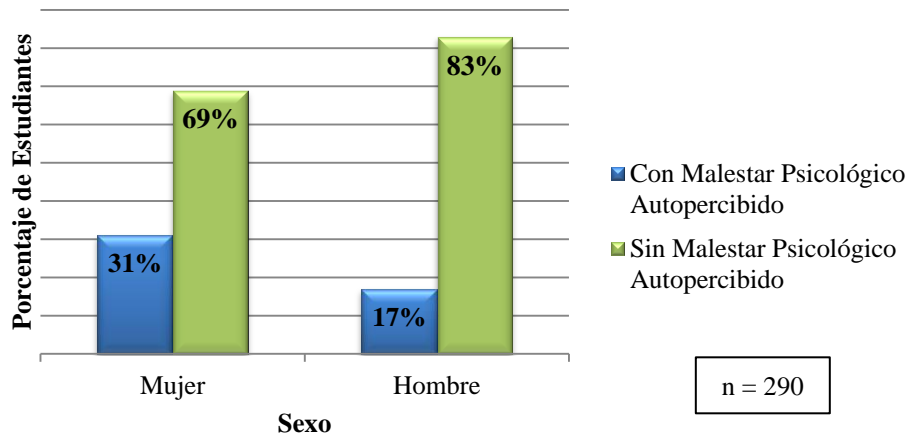
**GRÁFICO 2: FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO**



Los síntomas de Malestar Psicológico Autopercebido que se presentaron con mayor frecuencia fueron: agobio y tensión constante (43%), sentirse deprimido (40%) y pérdida de sueño (34%).

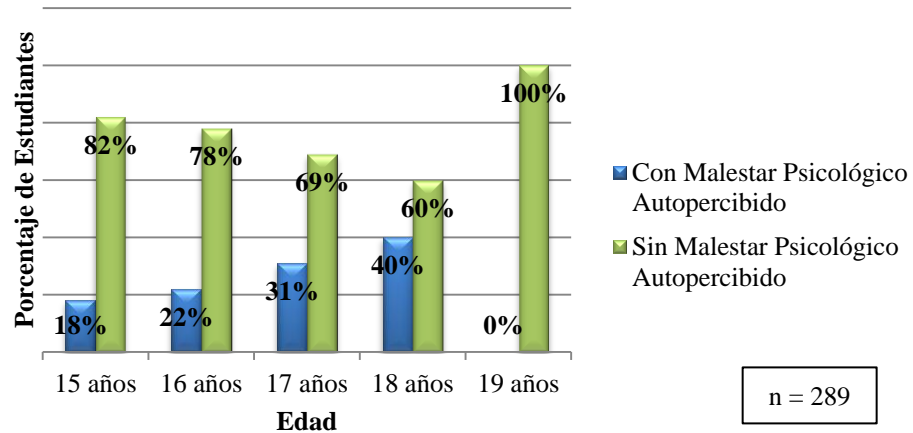
#### 4.3 MALESTAR PSICOLÓGICO DISTRIBUIDO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES

**GRÁFICO 3: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO SEGÚN SEXO**



Las mujeres presentaron un mayor porcentaje de Malestar Psicológico Autopercibido que los hombres.

**GRÁFICO 4: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO  
SEGÚN EDAD**

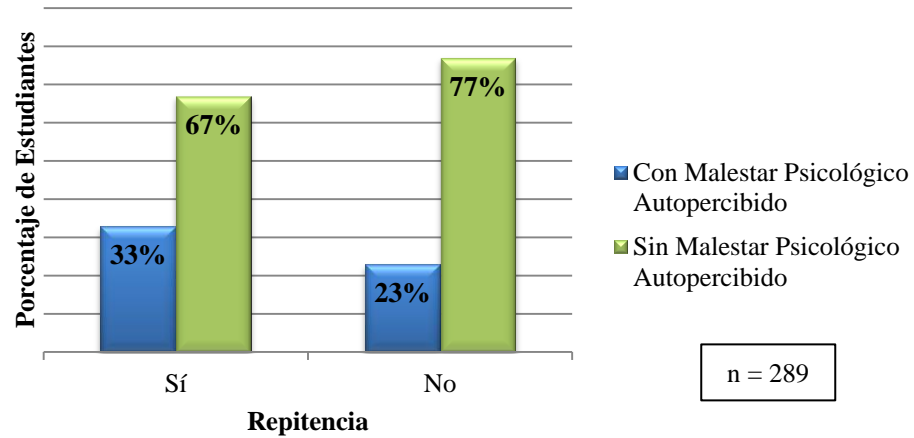


Los estudiantes que tenían 18 años de edad obtuvieron porcentajes más altos de Malestar Psicológico Autopercibido, en comparación con los adolescentes de edades menores. Cabe recalcar que la totalidad de estudiantes que tenían 19 años de edad, no presentaron malestar.

*Véase en Anexo 4, Tabla 4.1.*

El promedio de edad de los estudiantes que presentaron malestar es de  $16,6 \pm 1$  y para los que no lo presentaron,  $16,3 \pm 1$ .

**GRÁFICO 5: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO  
SEGÚN REPITENCIA**



El 33% de los participantes que reportó haber repetido un curso durante su trayectoria escolar presentó Malestar Psicológico Autopercibido, mientras que de los estudiantes que no han repetido, sólo un 23% sugiere dicho malestar.

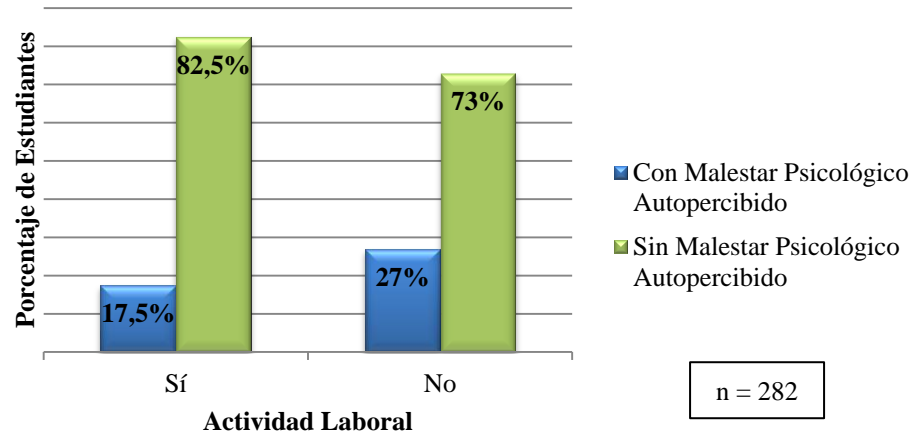
**TABLA 2: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO SEGÚN CURSO DE REPITENCIA**

Curso de Repitencia	Sin Malestar Psicológico Autopercibido		Con Malestar Psicológico Autopercibido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Enseñanza Básica</b>	23	70%	10	30%	33	100%
<b>I año de Enseñanza Media</b>	18	75%	6	25%	24	100%
<b>II año de Enseñanza Media</b>	24	69%	11	31%	35	100%
<b>III año de Enseñanza Media</b>	5	62,5%	3	37,5%	8	100%

En la tabla se observa que los años académicos en los que se encontraron mayores porcentajes de Malestar Psicológico Autopercibido en estudiantes que repitieron fueron: III año de Enseñanza Media (37,5%) y II año de enseñanza media (31%).

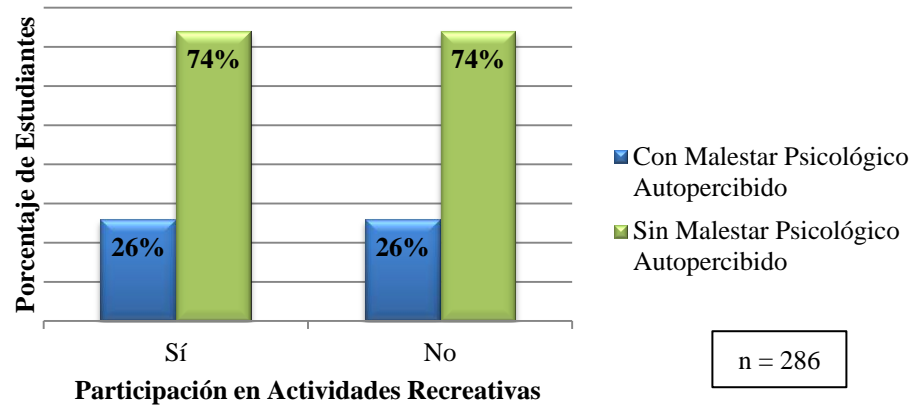
Respecto al rendimiento escolar, el promedio de notas es de 5,5, tanto para los estudiantes que presentaron malestar (DS= 0,5; Rango= 4,4 y 6,7) como para los que no lo presentaron (DS= 0,5; Rango= 4,3 y 6,7).

**GRÁFICO 6: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO  
SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL**



En el gráfico destaca que los estudiantes que trabajan y estudian presentaron un menor porcentaje de Malestar Psicológico Autopercibido (17,5%) que aquellos que sólo estudian (27%).

**GRÁFICO 7: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO  
SEGÚN PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES  
RECREATIVAS**

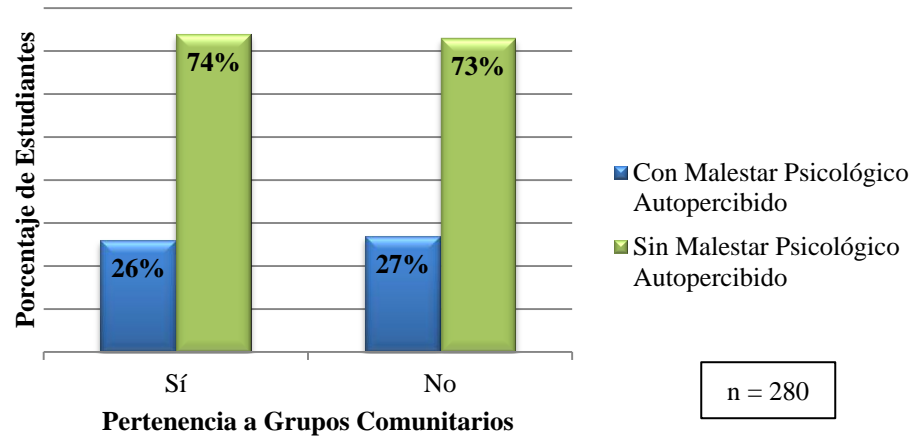


De los estudiantes que refirieron participar en actividades recreativas, el 26% presentó Malestar Psicológico Autopercibido, al igual que los encuestados que indicaron no participar en ninguna actividad.

Las actividades recreativas en las que se encontraron mayores porcentajes de adolescentes sin malestar fueron: carretear (83%) y deporte (82%).

*Véase en Anexo 4, Tabla 4.7.*

**GRÁFICO 8: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO  
SEGÚN PERTENENCIA A GRUPOS COMUNITARIOS**



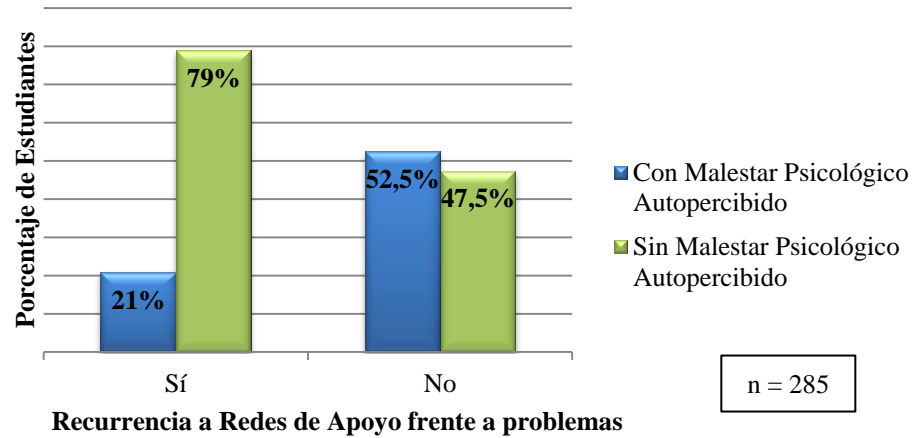
En el gráfico se observa una distribución similar de Malestar Psicológico Autopercibido entre los estudiantes que reportaron participar (26%) y no participar (27%) en grupos comunitarios.

Los grupos comunitarios en los que se encontraron mayores porcentajes de adolescentes sin malestar fueron: club deportivo (82%) y club centro juvenil (71%). Cabe recalcar, que de los participantes que reportaron pertenecer a un Grupo Scout, el 60% presentó Malestar Psicológico Autopercibido.

*Véase en Anexo 4, Tabla 4.8.*



**GRÁFICO 9: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO  
SEGÚN RECURRENCIA A REDES DE APOYO**



Se observa que los estudiantes que señalaron no acudir a redes de apoyo cuando sienten problemas (52,5%), presentaron un mayor porcentaje de Malestar Psicológico Autopercibido que los que si refirieron acudir (21%).

**TABLA 3: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO SEGÚN REDES DE APOYO  
FRENTE A PROBLEMAS**

Redes de apoyo frente a problemas	Sin Malestar Psicológico Autopercibido		Con Malestar Psicológico Autopercibido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Familia</b>	117	88%	16	12%	133	100%
<b>Amigos</b>	119	79%	32	21%	151	100%
<b>Pareja</b>	47	67%	23	33%	70	100%

En la tabla se muestra que la mayoría de los estudiantes que reportó acudir a la familia, amigos y/o pareja cuando sienten problemas, no presentó Malestar Psicológico Autopercibido.

**TABLA 4: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO SEGÚN TIPO DE FAMILIA**

Tipo de Familia	Sin Malestar Psicológico Autopercebido		Con Malestar Psicológico Autopercebido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Nuclear Monoparental</b>	53	75%	18	25%	71	100%
<b>Nuclear Biparental</b>	91	73%	34	27%	125	100%
<b>Nuclear Compuesta</b>	3	60%	2	40%	5	100%
<b>Extendida Monoparental</b>	32	82%	7	18%	39	100%
<b>Extendida Biparental</b>	27	71%	11	29%	38	100%
<b>Sustituta</b>	8	73%	3	27%	11	100%

En la tabla se observa que la gran mayoría de los estudiantes, independiente del tipo de familia a la que indicaron pertenecer, no presentaron Malestar Psicológico Autopercebido. Cabe señalar que el tipo de familia en la que se presentó un mayor porcentaje de malestar fue la Familia Nuclear Compuesta (40%) y la que presentó un menor porcentaje de malestar fue la familia Extendida Monoparental (18%).

## CAPITULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

---

### 5.1 DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio han permitido conocer el Malestar Psicológico Autopercebido según algunas características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados de la comuna de Valparaíso.

Es así, como se obtuvo que un 25,8% de estudiantes del total de la muestra presentó Malestar Psicológico Autopercebido, cifra que se aproxima a los datos entregados por la UNICEF, donde se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tienen problemas de salud mental o de comportamiento (5). Además, los resultados del estudio coinciden con los encontrados en la Encuesta de Salud Escolar en adolescentes de 13 a 15 años de edad que asistían a establecimientos educacionales regionales, revelando una prevalencia de sintomatología depresiva de un 29,8% en ambos sexos (26). Por otro lado, se observa un aumento respecto a la cifra entregada por un estudio nacional, el cual obtuvo como resultado que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población de 12 a 18 años correspondía a un 16,5% (6). Cabe recalcar que dependiendo del nivel de Malestar Psicológico Autopercebido, éste podría eventualmente, constituirse en un problema de salud mental, a diferencia del porcentaje obtenido en el estudio nacional, el cual hace referencia a trastornos psiquiátricos establecidos, lo que entre otras cosas, pudiera explicar la diferencia de casi un 10% en los resultados.

Distintos autores concluyen en sus estudios que las mujeres tienen más probabilidades de presentar problemas de salud mental (2, 27 y 43). Esto concuerda con los resultados obtenidos en esta investigación, el cual reveló que las mujeres presentaron un mayor porcentaje que los hombres de Malestar Psicológico Autopercebido. Esto puede deberse al menor nivel de autoconcepto emocional y bienestar psicológico que presentan las adolescentes mujeres respecto a los hombres en la etapa de la adolescencia (43).

La evidencia científica indica que el bajo rendimiento escolar aumenta el riesgo de problemas de salud mental en los adolescentes (2). Esto coincide con los datos obtenidos en el estudio, ya que de los encuestados que reportaron haber repetido al menos un curso durante su trayectoria escolar, el 33% presentó Malestar Psicológico Autopercebido, 10% más de los estudiantes que no repitieron.

Un estudio realizado en México indica que los adolescentes que trabajan y estudian tienen mayor riesgo de presentar trastornos psiquiátricos (45). De acuerdo a esta información, existe discordancia con los resultados alcanzados en esta investigación, ya que los estudiantes que no trabajan presentaron un mayor porcentaje de Malestar Psicológico Autopercebido, que los que trabajan.

Diversos investigadores indican que no participar en grupo sociales, no realizar actividades extraescolares y no recrearse, predispone a la aparición de alteraciones de la salud mental (2 y 4). Sin embargo, existe discrepancia con los resultados encontrados, ya que tanto los estudiantes que realizan actividades recreativas como los que no, presentaron un porcentaje similar de Malestar Psicológico Autopercebido, situación similar ocurre con la pertenencia a grupos comunitarios.

Según la OMS, dependiendo de las características del grupo de pares de los adolescentes, éstos pueden operar como factor protector, en cuanto al desarrollo de habilidades sociales y autoconfianza o actuar como factor de riesgo para el consumo de sustancias y problemas referentes a la salud mental (46). De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de los estudiantes que reportaron acudir a los amigos cuando sienten problemas, no presentaron Malestar Psicológico Autopercebido, por lo tanto el grupo de pares actuaría como un factor protector.

La referencia científica señala que la construcción de la identidad, la autonomía del adolescente y el desarrollo psicológico de éste, requiere de un período de acompañamiento y guía desde las figuras parentales (2). Esto concuerda con los datos arrojados en este estudio, ya que la gran mayoría de las personas que reportaron acudir a las familias cuando sienten problemas, no presentaron Malestar Psicológico Autopercebido.

Según un reciente estudio internacional, las familias de tipo nucleares, al igual que los otros tipos de familias, son capaces de establecer relaciones familiares positivas para que los adolescentes logren un desarrollo psicológico saludable (48). Esto se visualiza en los resultados obtenidos en esta investigación, ya que la gran mayoría de los estudiantes, independiente del tipo de familia a la que pertenecían, no presentaron Malestar Psicológico Autopercebido.

## 5.2 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Durante el transcurso de esta investigación se evidenciaron ciertas limitaciones que afectaron notoriamente el desarrollo y fluidez del estudio. Al dar inicio a este trabajo, se apreció un déficit de información respecto al tema a abordar, lo cual significó una dificultad concreta frente a la obtención y recolección de datos que pudieran reflejar el estado actual de los adolescentes en relación a su salud mental a nivel mundial y nacional; sin embargo, estos hechos generaron desafíos con fines de lograr una contribución de antecedentes de esta índole.

Además, existe una ausencia de estudios nacionales que hayan aplicado el Cuestionario General de salud de Goldberg (GHQ-12) en la población adolescente, generando dificultades para realizar la comparación y discusión de los resultados obtenidos.

Por último, durante el segundo semestre se adicionó la movilización estudiantil de los establecimientos educacionales municipalizados, dificultando la obtención de consentimientos y asentimientos de la muestra en estudio, aplazando así la aplicación de instrumentos y posterior continuidad del proceso investigativo.

### 5.3 CONCLUSIÓN

Al finalizar el proceso investigativo, los resultados obtenidos arrojaron que el 25,8% de los estudiantes reveló un nivel de Malestar Psicológico Autopercebido sugerente de probable problema de salud mental, lo que refleja una vulnerabilidad similar a la sostenida en estudios referente a la salud mental realizados a nivel regional y nacional. Los síntomas de Malestar Psicológico reportados con más frecuencia en este estudio fueron: agobio y tensión constante, sentirse deprimido y pérdida de sueño.

Según las características personales y familiares que se abordaron en este estudio, se obtuvo que las estudiantes mujeres reportaron una mayor frecuencia de Malestar Psicológico Autopercebido, que los hombres. Asimismo, los estudiantes que señalaron haber repetido un curso durante su trayectoria escolar, presentaron un mayor porcentaje de malestar, que aquellos que no lo han hecho.

La realización de actividades recreativas y/o participación en grupos comunitarios no alteró la distribución de frecuencia de Malestar Psicológico entre los adolescentes, situación similar se apreció en el tipo de familia al que pertenecían los estudiantes, ya que pareciera no afectar dicha distribución.

Por otro lado los adolescentes que estudian y trabajan reportaron menos frecuencia de Malestar Psicológico, contrariamente a los que solo estudian.

Por último, se concluye que acudir a amigos, pareja y/o familia frente a problemas, podría constituir un factor protector de Malestar Psicológico Autopercebido y no acudir a alguien, podría representar un riesgo para la salud mental, lo que queda evidenciado en los resultados obtenidos.



Dada la escasa información existente a nivel regional y nacional en el área de la salud mental en los adolescentes, este estudio representa un importante aporte para visualizar la problemática expuesta en esta investigación, lo que permitiría colaborar mediante datos concretos en la realización de futuras investigaciones en adolescentes y contribuir a los programas promocionales y preventivos nacionales.

#### 5.4 SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos, se sugiere lo siguiente:

- Realizar nuevos estudios para profundizar en algunas temáticas y resultados obtenidos, como son:
  - Focalizar en la promoción, prevención y pesquisa en adolescentes mujeres.
  - Favorecer la coordinación entre las áreas de salud y educación, para promover el desarrollo integral de los estudiantes y detectar oportunamente algunos problemas de salud mental, que podrían interferir en el rendimiento académico.
  - Profundizar en estudios que involucren la salud mental de los adolescentes y el trabajo.
  - Profundizar en estudios que describan la ocupación del tiempo de los estudiantes, sus necesidades recreativas y la motivación para participar en grupos comunitarios.
- Reforzar la capacitación de los profesionales de la salud en promoción, prevención y pesquisa oportuna de los problemas de salud mental en escolares y adolescentes.
- Implementar intervenciones a nivel de los establecimientos educacionales para promover el bienestar biopsicosocial en los adolescentes.
- Difundir a nivel nacional el programa “Control Joven Sano” e incentivar a los adolescentes a que participen en éstos controles, para que aumente la concurrencia a la atención primaria y se pesquisen posibles problemas de salud con énfasis en la salud mental.
- Realizar estudios referentes a la salud mental en adolescentes a nivel nacional y específicamente en cada región del país.

- Realizar estudios a nivel nacional y regional, en los cuales se aplique el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) en la población adolescente.
- Realizar estudios relacionados con la salud mental en adolescentes que pertenezcan a establecimientos educacionales subvencionados y particulares.
- Para estudios posteriores, se sugiere considerar otras variables tales como: socioeconómica, nivel educacional de los padres y funcionamiento familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar [libro electrónico]. 2011 [citado 2013 Dic 10] disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).
2. Ministerio de Salud Chile. Orientaciones Técnicas Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental [libro electrónico]. Octubre 2009 [citado 2013 Oct.]; [124 p.]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/87996104a58537f4e04001011f017479.pdf>
3. Amezcua AJ, Pichardo CM. Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. Anales de Psicología [Internet]. 2000 [citado 2013 Dic. 10]; 16(2). Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v16/v16\\_2/10-16\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/10-16_2.pdf).
4. Fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF). Deporte, recreación y juego [libro electrónico]. Nueva York, Estados Unidos; 2004 [citado 2013 Dic. 10]. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/adolescence/files/5571\\_SPORT\\_SP.pdf](http://www.unicef.org/spanish/adolescence/files/5571_SPORT_SP.pdf).
5. Fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF). La adolescencia una época de oportunidades. Estado mundial de la infancia [libro electrónico]. 2011 [citado 2013 Dic. 10] 2011:27. Disponible en: [http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC\\_2011\\_Main\\_Report\\_SP\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf).
6. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2013 Dic. 10]; 140(4): 447-457. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000400005&script=sci_arttext).

7. Herrera LM, Rivera MS. Prevalencia de Malestar Psicológico en Estudiantes de Enfermería relacionada con Factores Sociodemográficos, Académicos y Familiares. *cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2011 [citado 2013 Dic. 10]; 17(2): 55-64. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0717-95532011000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532011000200007).
8. Santander S, Caprile MA, Burdiles P, Narváez P, Ramírez L, Meneses P, Tapia G. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes [Internet]. 2nd ed. Santiago de Chile: Valente; 2013 [citado 2013 Sept.]; [4-93 p.]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud mental. [Internet]. [citado 2013 Sept. 10]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index9.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index9.html)
10. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2002 resultados, volumen I Población país-región [libro electrónico]. Santiago, Chile, 2003 [citado 2013 Jun. 27]; [340 p.] Disponible en: [http://www.ine.cl/canales/usuarios/cedoc\\_online/censos/pdf/censo\\_2002\\_volumen\\_I.pdf](http://www.ine.cl/canales/usuarios/cedoc_online/censos/pdf/censo_2002_volumen_I.pdf)
11. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales. [revista en la Internet] 2004 [citado 2013 Sept. 20]; [60 p.] Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
12. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. [Internet]. 2012 [citado 2013 Sept. 06]; [5 p.]. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_R8-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R8-sp.pdf)

13. Organización Mundial de la Salud. Programa Mundial de Acción en Salud Mental. [revista en la Internet]; [citado 2013 Jun. 07]; [28 p.]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/267.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf)
14. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio (SUPRE). [Internet]; 2012 [citado 2013 Sept. 15]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
15. Organización Mundial de la Salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [Internet]. Sept. 2004 [citado 2013 Dic. 15]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
16. Organización Mundial de la Salud. La Depresión. [Internet]. 2012 [citado 2013 Jul. 03]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
17. World Federation for Mental Health. Depression: Una crisis global, Día Mundial de la salud mental 2012 [Internet]. [citado 2013 Sept. 04]; [50 p.] Disponible en: [http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012\\_wmhdia\\_spanish.pdf](http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhdia_spanish.pdf)
18. Servicio Salud Araucanía Sur. Protocolos de derivación en psiquiatría adulto: Trastornos de ansiedad [libro electrónico]. 2011 [citado 2014 Ene. 14]. Disponible en: [https://www.araucaniasur.cl/fileadmin/archivos/publicos/APS/2011/Psiquiatria/TRASTORNO\\_DE\\_ANSIEDAD\\_EN\\_EL\\_ADULTO.pdf](https://www.araucaniasur.cl/fileadmin/archivos/publicos/APS/2011/Psiquiatria/TRASTORNO_DE_ANSIEDAD_EN_EL_ADULTO.pdf)
19. Ministerio de Salud Chile. Encuesta mundial de salud escolar Chile [libro electrónico]. Chile: Ministerio de salud. Abril 2007 [citado 2013 Sept.]. Disponible en: <http://minsal.uvirtual.cl/mod/resource/view.php?id=581>.

20. Bella M, Fernández R, Willington J. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. Rev. Argent Salud Pública [revista en la Internet]. Jun. 2010 [citado 2013 Nov.]; 1(3): 6. Disponible en: <http://msal.gov.ar/rasp/rasp/articulos/volumen3/suicidio-ninos-adolescentes.pdf>
21. Ministerio de Salud Chile. Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante, Propuesta para una Construcción Colectiva [libro electrónico]. 2011[citado 2013 Sept. 24]. Disponible en: [http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones/articulos/estrategia\\_nacional\\_salud%20mental.pdf](http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones/articulos/estrategia_nacional_salud%20mental.pdf)
22. Ministerio de Salud. Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género [libro electrónico]. 2013 [citado 2014 Marz. 3] Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
23. Ministerio de Salud Chile. Prioridad Programática: Personas afectadas por depresión [Internet]. 2011 [citado 2013 Sept.]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e6341aec4aaae2e04001011f017bae.pdf>
24. Ministerio de Salud Chile. Encuesta Nacional de Salud [libro electrónico]. 2011[citado 2013 Sept. 20]. Disponible en: [http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/Documentos/2011/SEMINARIO\\_PLAN\\_COMUNAL\\_DE\\_SALUD\\_SAN\\_FELIPE/PPT05.pdf](http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/Documentos/2011/SEMINARIO_PLAN_COMUNAL_DE_SALUD_SAN_FELIPE/PPT05.pdf)
25. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Ansiedad y trastornos de ansiedad [Internet]. 2009 [citado 2014 Ene. 19]. Disponible en: [https://www.ucursos.cl/medicina/2009/1/MPSIQUI5/2/material\\_docente/previsualizar?id\\_material=207749](https://www.ucursos.cl/medicina/2009/1/MPSIQUI5/2/material_docente/previsualizar?id_material=207749)

26. Ministerio de Salud. Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia [libro electrónico]. 2009 [citado 2013 Sept. 23]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc433f944a9e04001011f0113b9.pdf>.
27. Ministerio de Salud. Guía Clínica Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más [libro electrónico]. 2013 [citado 2013 Sept. 23]. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-8341\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-8341_recurso_1.pdf).
28. Ministerio de Salud Chile. Encuesta Mundial de Salud Escolar Chile. [libro electrónico]. 2004-2005 [citado Sept. 2013]; [62 p.]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/INFORME%20EMSE%202004-2005%20final.pdf>
29. Ministerio de Salud de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile [libro electrónico]. 2009-2010 [citado 2013 Oct.]; [1064 p.]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
30. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia [Internet]. 2005 [citado 2013 Sept.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>
31. Gobierno de Chile. Discapacidad Mental, Discriminación y Políticas de Salud Mental para la Década [Internet]. 2011 [citado 2013 Nov.]. Disponible en: [http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.psiquiatricoputaendo.cl%2Findex.php%3Foption%3Dcom\\_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D10%3Adiscriminacion-y-politicas-sm%26id%3D6%3Aseminario-2011%26Itemid%3D85&ei=2ODaUv-tMYevsQTTmYH4DA&usg=AFQjCNHNjIgtuOhl5M6YK3VqcJZ\\_4WyEeg](http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.psiquiatricoputaendo.cl%2Findex.php%3Foption%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D10%3Adiscriminacion-y-politicas-sm%26id%3D6%3Aseminario-2011%26Itemid%3D85&ei=2ODaUv-tMYevsQTTmYH4DA&usg=AFQjCNHNjIgtuOhl5M6YK3VqcJZ_4WyEeg)



32. Pemjean A. El GES como instrumento de equidad en salud mental y como desafío técnico y ético. [Internet]. 2013 [citado 2013 Sept.]. Disponible en: <http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CDsQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cetep.cl%2Fweb%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F06%2FDr.-Alfredo-Pemjean.ppt&ei=Y-PaUuG-J6amsQTytIGgDw&usq=AFQjCNGygbbfWH7uoSNrOTZIyb1bjF3t-w>
33. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE Depresión en personas de 15 años y más [libro electrónico] 2013 [citado 2013 Nov.]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
34. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica para el tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con depresión [libro electrónico] 2013 [citado 2013 Nov.]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>
35. Ministerio de Salud Chile. Norma técnica rehabilitación psicosocial para personas adultas con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad [libro electrónico]. 2006 [citado 2013 Jul.]. Disponible en: [http://www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2006\\_MINSAL\\_2006-2.pdf](http://www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2006_MINSAL_2006-2.pdf)
36. Ministerio de Salud Chile. Orientaciones técnicas para la atención de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales [libro electrónico]. 2007 [citado 2013 Sept.]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e518399a8cbccae04001011f013167.pdf>
37. Rebraca L. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. 6ta edición. Orlando, Florida: McGraw- Hill Interamericana; 2007.

38. Florenzano R, Valdés M. El adolescente y sus conductas de riesgo. 3era edición. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2005.
39. Molina R, Sandoval J, González E. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2003.
40. Feldman R. Desarrollo en la infancia. 4ta edición. México: Pearson Educación; 2008.
41. Almonte C, Montt M. Psicopatología infantil y de la adolescencia. 2da edición. Providencia, Santiago de Chile: Mediterraneo; 2012.
42. Páez, D. Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental; 2008 [Internet] San Sebastián: Universidad del País Vasco; [citado 2013 Jun. 8]; [35 p.] Disponible en: [http://www.ehu.es/pswparod/pdf/materiales/Salud\\_2008\\_Ficha%20t%C3%A9cnica\\_Valoraci%C3%B3n\\_Bienestar%20Psicosocial.pdf](http://www.ehu.es/pswparod/pdf/materiales/Salud_2008_Ficha%20t%C3%A9cnica_Valoraci%C3%B3n_Bienestar%20Psicosocial.pdf)
43. Zubarew T, Romero M, Poblete F. Adolescencia, promoción, prevención y atención de salud. Santiago de Chile: Ediciones Universidad de Chile; 2003.
44. Organización Mundial de la Salud. Género y salud mental de las mujeres [Internet]. 2009 [citado 2014 Ene. 25]; [5 p.]. Disponible en: [http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&ved=0CEYQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.caib.es%2Fsacmicrofront%2Farchivopub.do%3Fctrl%3DMCRST456ZI93635%26id%3D93635&ei=iUTkUtb6OKPesATevoCoBw&usg=AFQjCNG\\_rj-MuSJD8KtSmNyN1hUa4iHscg](http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&ved=0CEYQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.caib.es%2Fsacmicrofront%2Farchivopub.do%3Fctrl%3DMCRST456ZI93635%26id%3D93635&ei=iUTkUtb6OKPesATevoCoBw&usg=AFQjCNG_rj-MuSJD8KtSmNyN1hUa4iHscg)

45. Aceituno R, Miranda G, Jiménez A. Experiencias del desasosiego: Salud mental y malestar en Chile. [revista en la Internet]. Rev. Anales. 2012 [citado 2013 Oct.]; 7 (3): 16. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/ANUC/article/viewFile/21730/23040>
46. Páramo, M. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión [Internet]. Jul. 2011 [citado 2013 Sept.]; 29(1): 85-95. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100009&script=sci_arttext)
47. Benjet C, Hernández-Montoya D, Borges G, Méndez E, Medina-Mora M, Aguilar-Gaxiola S. Youth who neither study nor work: Mental health, education and employment [Internet]. Jul - Agos 2012 [citado 2013 Nov.]; 54(4): 8. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v54n4/11.pdf>
48. Organización Mundial de la Salud. Child and adolescent mental health policies and plans [libro electrónico]. 2005 [citado 2013 Nov.]; [85 p.]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Childado\\_mh\\_module.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf)
49. Ministerio de Igualdad. La salud mental de las Personas Jóvenes en España. Rev.est Juv [revista en la Internet]. 2009 [citado 2014 Ene 23]:31. Disponible en: <http://www.feafes.org/publicaciones/Saludmentalpersonasjovenes.pdf>.
50. Pérez A. Cambios en la Estructura y la Función Familiar de los adolescentes entre 1997 y 2010 [Internet]. 2012 [citado 2014 Ene. 23]:13. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2012005.pdf>.
51. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Alcances de la Investigación Exploratoria. En: Metodología de la Investigación. 4ª Ed. 2006, México: Mc Graw-Hill, pp: 99-118.

## ANEXOS

---

### **ANEXO 1: CUESTIONARIO “MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN A COLEGIOS DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VALPARAÍSO”**

#### CUESTIONARIO:

“MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN A COLEGIOS DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VALPARAÍSO”

Estimado (a) estudiante:

El presente cuestionario ha sido elaborado por estudiantes de cuarto año de enfermería de la Universidad de Valparaíso para conocer el Malestar Psicológico según algunas características personales y familiares en los adolescentes de 15 años y más que cursen entre segundo medio y tercero medio de los colegios pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso durante el segundo semestre del 2013.

Para ello, te solicitamos que respondas todas las preguntas con veracidad. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Utiliza un lápiz de pasta para contestar las preguntas. Requiere de 10 minutos aproximadamente para responder el cuestionario, el cual consta de dos ítems con preguntas de respuesta cerrada y abierta:

I. Características Personales y Familiares

II. Cuestionario General de Salud de Goldberg

Si no puedes contestar una pregunta o si no la entiendes, por favor consulta a la persona que te entregó este cuestionario. Te agradecemos sinceramente tu participación y el tiempo que dedicarás a responder este cuestionario.

**¡Muchas gracias por tu colaboración!**

## I. Características Personales y Familiares

Este ítem consta de preguntas de tipo abierta en donde debes escribir en un espacio dado tu respuesta y preguntas de selección múltiple en donde debes marcar con una cruz la alternativa que mejor describa lo que piensas. Marca sólo una respuesta, a menos que las instrucciones de la pregunta indiquen que se puede marcar más de una opción.

1. *Indica tu sexo:*

- a) Hombre    b) Mujer

2. *¿Qué edad tienes?* \_\_\_\_\_

3. *¿Qué año cursas actualmente?* \_\_\_\_\_

4. *¿Cuál fue tu promedio de notas durante el primer semestre de este año?* \_\_\_\_\_

5. *¿Has repetido de curso alguna vez?*

- a) Si    b) No

Si tu respuesta es No, sáltate a la pregunta 7. Si tu respuesta es Sí:

6. *¿En qué curso?* \_\_\_\_\_

7. *¿Actualmente trabajas además de estudiar?*

- a) Si    b) No

Si tu respuesta es afirmativa, indica el número de horas semanales que trabajas: \_\_\_\_\_

8. *¿Realizas actividades recreativas?*

- a) Si    b) No

Si tu respuesta es no, sáltate a la pregunta 10. Si tu respuesta es sí:

9. *¿Cuál de estas actividades realizas? (Elige 2-3 de las que realizas frecuentemente)*

- |                    |                        |                 |
|--------------------|------------------------|-----------------|
| a) Deporte         | d) Juegos electrónicos | g) Ir al cine   |
| b) Escuchar música | e) Leer                | h) Carreear     |
| c) Tocar música    | f) Ver televisión      | i) Otros: _____ |

10. *¿Participas en alguno de estos grupos comunitarios? (Marca la o las alternativas)*

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| a) Religioso      | d) Club deportivo |
| b) Scout          | e) Otros: _____   |
| c) Centro Juvenil | f) No participo   |

11. *Cuando te sientes con problemas ¿a quién recurre con más frecuencia? (Marca la o las alternativas)*

- |              |            |                 |
|--------------|------------|-----------------|
| a) Familia   | c) Pareja  | e) Otros: _____ |
| b) Amistades | d) Ninguna |                 |

12. *¿Quiénes viven en tu hogar? (Marca la o las alternativas)*

- |           |                |                 |
|-----------|----------------|-----------------|
| sa) Madre | c) Hermano/a/s | e) Otros: _____ |
| b) Padre  | d) Abuelo/ a/s |                 |

## II. Cuestionario General de Salud de Goldberg

A continuación nos gustaría saber si has tenido algunas molestias o trastornos y cómo has estado de salud en las últimas semanas. Por favor, contesta TODAS las preguntas simplemente marcando con una cruz las respuestas que a tu juicio se acercan más a lo que sientes y has sentido en los últimos 15 días. Recuerda que queremos conocer los problemas recientes y actuales, no los que has tenido en el pasado.

1. *¿Has podido concentrarte bien en lo que haces?*

0: Mejor que lo habitual    1: Igual que lo habitual

2: Menos que lo habitual    3: Mucho menos que lo habitual

2. *¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?*

0: No, en absoluto    1: No más que lo habitual

2: Bastante más que lo habitual    3: Mucho más que lo habitual

3. *¿Has sentido que estás jugando un papel útil en la vida?*

0: Más que lo habitual    1: Igual que lo habitual

2: Menos que lo habitual    3: Mucho menos que lo habitual

4. *¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?*

0: Más que lo habitual    1: Igual que lo habitual

2: Menos que lo habitual    3: Mucho menos que lo habitual

5. *¿Te has sentido constantemente agobiada(o) y en tensión?*

0: No, en absoluto    1: No más que lo habitual

2: Bastante más que lo habitual    3: Mucho más que lo habitual

6. *¿Has sentido que no puedes superar tus dificultades?*

\_\_0: No, en absoluto    \_\_1: No más que lo habitual

\_\_2: Bastante más que lo habitual    \_\_3: Mucho más que lo habitual

7. *¿Has sido capaz de disfrutar tus actividades normales de cada día?*

\_\_0: Más que lo habitual    \_\_1: Igual que lo habitual

\_\_2: Menos que lo habitual    \_\_3: Mucho menos que lo habitual

8. *¿Has sido capaz de hacer frente a tus problemas?*

\_\_0: Más que lo habitual    \_\_1: Igual que lo habitual

\_\_2: Menos que lo habitual    \_\_3: Mucho menos que lo habitual

9. *¿Te has sentido deprimido(a)?*

\_\_0: No, en absoluto    \_\_1: No más que lo habitual

\_\_2: Bastante más que lo habitual    \_\_3: Mucho más que lo habitual

10. *¿Has perdido confianza en ti mismo?*

\_\_0: No, en absoluto    \_\_1: No más que lo habitual

\_\_2: Bastante más que lo habitual    \_\_3: Mucho más que lo habitual

11. *¿Has pensado que eres una persona que no vale para nada?*

\_\_0: No, en absoluto    \_\_1: No más que lo habitual

\_\_2: Bastante más que lo habitual    \_\_3: Mucho más que lo habitual

12. *¿Te sientes razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?*

\_\_0: Más feliz que lo habitual    \_\_1: Aproximadamente lo mismo que lo habitual

\_\_2: Menos feliz que lo habitual    \_\_3: Mucho menos feliz que lo habitual



## **ANEXO N° 2: ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN**

### **Asentimiento Informado Para Participantes de Investigación**

Estimado Estudiante:

El propósito del presente documento es invitarte a participar en el estudio titulado “Características de la conducta sexual, consumo de sustancias y Malestar Psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados”, cuyas investigadoras principales son Lucy Armstrong Barea, Josephine Bratz y Marjorie Haddad Ferreto, Enfermeras – Matronas, docentes de la escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, el cual será efectuado por estudiantes tesistas de 4° año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. El objetivo del estudio es conocer las características de algunas de las conductas más comunes en la adolescencia, como son las relacionadas con la actividad sexual, el consumo de alguna sustancia adictiva e identificar Síntomas Malestar Psicológico en los estudiantes que asisten a colegios municipalizados de nuestra ciudad.

La relevancia de este estudio consiste en aportar información sobre estas problemáticas que pueden afectar a adolescentes, siendo escasos los estudios de este tipo en la región. A partir de esta información se pretende implementar estrategias educativas de promoción y prevención de salud en esta población, con el fin de hacerlos más participes de su auto-cuidado.

A continuación detallaremos todos los procedimientos involucrados en la ejecución de este proyecto y en qué consistiría tu colaboración:

1. Puedes estar seguro(a) que tu participación en este estudio será anónima, esto significa, que la información entregada a través de las encuestas será por medio de un pseudónimo, por lo tanto, los investigadores no podrán conocer tu verdadera identidad. De esta manera tampoco el director, docentes y/o compañeros del establecimiento podrán

acceder a los datos aportados por ti. La participación en este estudio no constituye ningún riesgo físico, biológico ni psicológico, ya que consistirá en responder 4 cuestionarios sobre: características personales y familiares, Malestar Psicológico autopercebido, características del consumo de sustancias adictivas y características de la conducta sexual. Éstos serán aplicados en un horario determinado, dentro de la jornada escolar, con una duración no mayor a 25 minutos, sin interferir en tu rutina académica. Al momento de la aplicación del cuestionario, si sientes algún malestar o tienes dudas y/o preguntas, podrás conversar con la persona que tome la encuesta, quién será responsable de resolver las dudas pertinentes.

2. Si tu padre, madre o tutor autorizó tu participación en este estudio, no es un factor condicionante para que participes en él, tú tienes la libertad de decidir si quieres incorporarte mediante este documento.
3. Si decides participar en este estudio, tanto los investigadores como tú, no recibirán ningún tipo de beneficio económico. Tu participación es totalmente voluntaria. Podrás retirarte en cualquier momento de la investigación, sin que esto tenga alguna consecuencia o perjuicio para ti.
4. Sólo los investigadores podrán ver la información otorgada por los participantes y no existirá asociación entre los datos personales que entregó tu padre o tutor en el consentimiento y tus respuestas entregadas a través de los cuestionarios.
5. Los resultados de esta investigación, podrán ser divulgados según lo estime el investigador en publicaciones de tipo científica o académica y podrán ser utilizados en otras investigaciones cuyos objetivos sean similares a los de este estudio, siempre preservando el anonimato de la identidad del participante.

6. Los datos obtenidos serán guardados bajo la tutela de las investigadoras principales, y sólo ellas y los testistas tendrán acceso a éstos. Si decides participar las investigadoras te informarán sobre los resultados de la investigación a través del pseudónimo indicado por ti. En los casos de que se estime conveniente, se invitará a algunos de los participantes a una entrevista voluntaria y personal con las investigadoras a fin de conversar sobre alguna de las conductas estudiadas que suponga un riesgo para tu salud; y si fuese recomendable, podrás acceder al Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.
7. Tienes derecho a manifestar cualquier duda respecto al proceso y a recibir una respuesta que lo aclare. El teléfono y correo de las investigadoras principales estarán a tu disposición y son los siguientes: Lucy Armstrong: 61684559, [lucy.armstrong@uv.cl](mailto:lucy.armstrong@uv.cl); Josephine Bratz: 81723729, [josephine.bratz@uv.cl](mailto:josephine.bratz@uv.cl) y Marjorie Haddad: 98260313, [marjorie.haddad@uv.cl](mailto:marjorie.haddad@uv.cl).
8. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Universidad de Valparaíso y por el colegio donde asistes. Si lo requieres puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaría administrativa, Sra. Ana María Carreño, el teléfono 2507370.
9. Si aceptas participar en este estudio recibirás un ejemplar de este documento, firmado por el investigador:

---

Nombre y Firma del Investigador Responsable

RUT:

Título/grado:

Valparaíso,....de.....de 2013

### **ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES Y/O TUTORES**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES Y/O TUTORES**

Estimado padre, madre y/o tutor:

El propósito del presente documento es invitar a su pupilo a participar en el estudio titulado “Conductas de riesgo y Malestar Psicológico autopercebido relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados”, cuyas investigadoras principales son Lucy Armstrong Barea, Josephine Bratz y Marjorie Haddad Ferreto, Enfermeras – Matronas, docentes de la escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso y que será efectuado por tesisistas de 4° año de la Escuela de Enfermería.

La relevancia de este estudio consiste en aportar datos sobre las problemáticas mencionadas que no han sido estudiadas en nuestra comuna. Con la obtención de estos datos se pretende implementar estrategias educacionales de promoción y prevención de la salud de los adolescentes de nuestra comuna, con el fin de hacerlos partícipes de su auto-cuidado. Toda información que su pupilo entregue no será revelada ni manipulada por personas ajenas a este estudio; los investigadores además, no podrán en ningún momento relacionar las respuestas con alguna persona en particular.

Por lo tanto, el propósito del presente documento es que usted conozca el objetivo y las características de este estudio para así tomar una decisión informada sobre la participación de su pupilo(a). A continuación detallaremos todos los procedimientos involucrados para la ejecución de este proyecto, así como en qué consistiría su colaboración:

1. Puede estar seguro(a) que la participación de su pupilo(a) en este estudio será anónima, esto significa, que la información entregada a través de las encuestas será por medio de un pseudónimo, por lo tanto, los investigadores no podrán conocer la verdadera identidad de su pupilo(a). De esta manera tampoco el director, docentes y/o compañeros

del establecimiento podrán acceder a los datos aportados por su pupilo(a). La participación en el presente estudio no interferirá de ninguna forma en las actividades escolares ya que no implica ausencia a la jornada escolar, ni afectará a su desempeño o trato académico.

2. La participación de su pupilo(a) en este estudio no constituye ningún riesgo físico, biológico ni psicológico, ya que, consistirá en responder 4 cuestionarios sobre: características personales y familiares, Malestar Psicológico autopercebido, características del consumo de sustancias adictivas y características de la conducta sexual, lo que estarán a su disposición para que los conozca, si así lo desea. Éstos serán aplicados en un horario determinado, dentro de la jornada escolar, con una duración no mayor a 25 minutos, que no interferirá en su rutina académica. Al momento de la aplicación del cuestionario, si su pupilo(a) tiene dudas y/o preguntas el/la participante tiene todo el derecho a conversar con la persona que toma la encuesta, quién será responsable de resolver las dudas pertinentes. Una vez que el/la estudiante termine de llenar sus cuestionarios, los colocará en un buzón especialmente dispuesto para ello para impedir que se pueda relacionar su identidad con las respuestas dadas. Su autorización no obliga a su hijo a participar en este estudio, él/ella también tendrá la libertad de decidir su participación.
3. Si usted autoriza que su pupilo(a) participe en este estudio, tanto los investigadores como el alumno(a) no recibirán ningún tipo de beneficio económico por éste. La participación es totalmente voluntaria. El/la alumno(a) puede retirarse en cualquier momento de la investigación lo cual no tendrá ninguna consecuencia ni perjuicio para él/ella.
4. Sólo los investigadores podrán ver la información otorgada por el participante y no existirá asociación entre los datos personales que usted entrega en este consentimiento y las respuestas que su pupilo(a) entregará a través de los cuestionarios.

5. Los resultados de esta investigación, podrán o no ser divulgados según lo estime el investigador en publicaciones de tipo científica o académica y podrán ser utilizados en otras investigaciones cuyos objetivos sean similares a los de este estudio, siempre preservando el anonimato de la identidad del participante. Los datos obtenidos serán guardados bajo la tutela de las investigadoras principales, y sólo ellas y los tesisistas tendrán acceso a éstos. Una vez terminado el estudio, las investigadoras informarán a los estudiantes participantes sobre los resultados de la investigación a través de los pseudónimos indicados por ellos. Los y las participantes podrán retirar la información voluntariamente en las dependencias del establecimiento educacional. En el caso de que se estime conveniente, se podrá invitar a algunos de los participantes a una entrevista voluntaria y personal con las investigadoras a fin de conversar sobre alguna de las conductas de riesgo estudiadas; y si fuese recomendable, su pupilo(a) podría acceder al Centro de Atención Psicológica de la Escuela de psicología de la Universidad de Valparaíso. Esta invitación se enviará en un sobre cerrado al pseudónimo indicado, en desconocimiento absoluto de la identidad de la persona a la cual se dirige y cada estudiante podrá decidir libremente si la quiere aceptar o no.
6. Usted tiene derecho a manifestar cualquier duda respecto al proceso y a recibir una respuesta que lo aclare. El teléfono de las investigadoras principales estarán a su disposición y son los siguientes: Lucy Armstrong: 61684559, Josephine Bratz: 81723729 y Marjorie Haddad: 98260313.
7. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaría administrativa, Sra. Ana María Carreño, el teléfono 2507370.
8. El colegio autorizó la realización de esta investigación en su establecimiento educacional.

9. Si usted acepta que su pupilo(a) participe en este estudio recibirá un ejemplar de este documento.

---

Nombre y Firma del Investigador Responsable

RUT:

Título/grado:

Valparaíso,....de.....de 2013

**ANEXO 4: TABLAS**

**Tabla 4.1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD**

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
15 años	55	19%
16 años	110	38%
17 años	80	27%
18 años	40	14%
19 años	4	1%
<b>Total</b>	<b>289</b>	<b>100%</b>

**Tabla 4.2: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN REPITENCIA**

<b>REPITENCIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sí	92	32%
No	197	68%
<b>Total</b>	<b>289</b>	<b>100%</b>
<b>CURSO DE REPITENCIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Enseñanza básica	33	33%
I año de Enseñanza media	24	24%
II año de Enseñanza media	35	35%
III año de Enseñanza media	8	8%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>



**Tabla 4.3: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

<b>ACTIVIDADES RECREATIVAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sí	224	78%
No	62	22%
<b>Total</b>	<b>286</b>	<b>100%</b>
<b>TIPO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Deportes	122	21,1%
Escuchar música	136	23,6%
Tocar música	38	6,6%
Juegos electrónicos	55	9,5%
Leer	55	9,5%
TV	55	9,5%
Cine	26	4,5%
Carretear	54	9,4%
Otra actividad	36	6,2%
<b>Total</b>	<b>577</b>	<b>99,9%</b>

**Tabla 4.4: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PERTENENCIA A GRUPO COMUNITARIO**

<b>PERTENENCIA A GRUPO COMUNITARIO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sí	99	35%
No	181	65%
<b>Total</b>	<b>280</b>	<b>100%</b>
<b>TIPO DE GRUPOS COMUNITARIOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Grupo Religioso	18	16,4%
Grupo Scout	5	4,5%
Grupo Centro Juvenil	7	6,4%
Club deportivo	55	50%
Otro grupo	25	22,7%
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

**Tabla 4.5: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN RECURRENCIA A REDES DE APOYO**

<b>RECURRENCIA A REDES DE APOYO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sí	248	86%
No	40	14%
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100%</b>
<b>REDES DE APOYO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Familia	133	37,6%
Amigos	151	42,7%
Pareja	70	19,7%
<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>100%</b>

**Tabla 4.6: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIPO DE FAMILIA**

<b>TIPO DE FAMILIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Nuclear monoparental	71	24,6%
Nuclear biparental	125	43,2%
Nuclear compuesta	5	1,7%
Extendida monoparental	39	13,5%
Extendida biparental	38	13,1%
Sustituta	11	3,8%
<b>Total</b>	<b>289</b>	<b>99,9%</b>

**Tabla 4.7: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO SEGÚN TIPO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Actividades recreativas	Sin Malestar Psicológico Autopercibido		Con Malestar Psicológico Autopercibido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Deportes</b>	100	82%	22	18%	122	100%
<b>Escuchar música</b>	105	77%	31	23%	136	100%
<b>Tocar música</b>	21	55%	17	45%	38	100%
<b>Juegos electrónicos</b>	41	75%	14	25%	55	100%
<b>Leer</b>	36	65%	19	35%	55	100%
<b>TV</b>	40	73%	15	27%	55	100%
<b>Cine</b>	19	73%	7	27%	26	100%
<b>Carretear</b>	45	83%	9	17%	54	100%
<b>Otra actividad</b>	25	69%	11	31%	36	100%

**Tabla 4.8: MALESTAR PSICOLÓGICO AUTOPERCIBIDO SEGÚN TIPO DE GRUPO COMUNITARIO**

Grupos comunitarios	Sin Malestar Psicológico Autopercibido		Con Malestar Psicológico Autopercibido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Grupo Religioso</b>	11	61%	7	39%	18	100%
<b>Grupo Scout</b>	2	40%	3	60%	5	100%
<b>Grupo Centro Juvenil</b>	5	71%	2	29%	7	100%
<b>Club deportivo</b>	45	82%	10	18%	55	100%
<b>Otro grupo</b>	16	64%	9	36%	25	100%