ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO A:

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE SALUD MENTAL COMPARATIVO CIUDAD DE AYACUCHO 2003-2017

VOLUMEN XL
AÑO 2024
NÚMERO 2
ISSN-3028-9647

Anales de Salud Mental es la publicación científica oficial del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Publica en español o inglés resultados de investigaciones originales realizadas a nivel nacional e internacional en el ámbito de la salud mental, con la finalidad de difundir los conocimientos sobre salud mental y promoverla desde una perspectiva multidisciplinaria.

Anales de Salud Mental es de presentación semestral. Se publica desde 1985. Las instrucciones a los autores figuran en la última página de la revista. Los artículos para publicación, las revistas para intercambio y toda correspondencia, incluyendo la solicitud de información para suscripciones, debe ser dirigida al editor. La dirección postal es:

Instituto Nacional de Salud Mental. "*Estudio Epidemiológico de Salud Mental comparativo ciudad de Ayacucho 2003-2017).*

Anales de Salud Mental
Volumen. LX, Número 2. Año 2024 **Julio - Diciembre**

© Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi"
Av. Eloy Espinoza Saldaña No. 709, Urb. Palao.
San Martín de Porres. Lima 31, Perú
Teléfono: (01) 7485600; anexo 1058
E-mail: oeaide@insm.gob.pe
Página web: https://openjournal.insm.gob.pe

Anales de Salud Mental no comparte necesariamente la opinión de los artículos que aparecen publicados.

Depósito Legal Nº 2023-12117

ISSN: 3028-9467 (En línea)

ISSN: 1023-389X (Impresa)

ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú-2024-Volumen XL. Número 2

PUBLICACIÓN OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI"

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR EN JEFE
Betty Misaico Revate

EDITOR ASOCIADO
Javier E. Saavedra Castillo

SECRETARIA DE EDICIÓN
Flor Alburquerque Jaramillo

SECRETARIO DE REDACCIÓN
Santiago Stucchi Portocarrero

MIEMBROS
Manuel Arellano Kanashiro
Yuri Cutipé Cárdenas
María Mendoza Vilca
Rolando Pomalima Rodríguez
Yolanda Robles Arana
Emir Valencia Romero

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

Delicia Ferrando

Agustín Montoya

María Antonieta Silva

Moisés Lemlij

Wilfredo Mormontoy

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Renato Alarcón (Minnesota, EE.UU.)

Juan E. Mezzich (Nueva York, EE.UU.)

Germán Berrios (Cambridge, Inglaterra)

Juan C. Negrete (Montreal, Canadá)

Pierre Pichot (París, Francia)

Raquel Cohen (Miami, EE.UU.)

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Ministro de Salud

ERIC RICARDO PEÑA SÁNCHEZ
Viceministro de Salud Pública

HERBERTH ULISES CUBA GARCÍA
Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

DIRECTORIO DEL INSM

BETTY MISAICO REVATE
Directora General del INSM

CESAREO NOLASCO ORE
Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración del INSM

OSCAR ALBERTO LLAMOSAS LUQUE
Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico del INSM

JAVIER E. SAAVEDRA CASTILLO
Director Ejecutivo de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

LOURDES LUCÍA DÍAZ ESPINOZA
Jefa de la Oficina de Epidemiología

Tuvieron participación en la elaboración de este informe: Horacio Vargas Murga, Ybeth Luna Solís, Horacio Vargas Suarez.

Se agradece la colaboración en la edición y diagramación del presente informe a: Milagros Ramírez, Flor Ortiz, Shella Pérez, Liliana La Rosa.

INVESTIGADOR DEL ESTUDIO RELACIONADO CON EL PRESENTE INFORME

AUTOR PRINCIPAL

Horacio Benjamín Vargas Murga

COAUTORES

Ybeth Luna Solís
Horacio Kenneth Vargas Suarez

-

PRESENTACIÓN

Los problemas de salud mental representan un reto para la salud pública y más aún para países en desarrollo como el nuestro y en regiones expuestas a cambios socioambientales y económicos. El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM) ha venido desarrollando investigaciones epidemiológicas en todo el país con el objetivo de realizar el diagnóstico de la salud mental en regiones donde no existían referentes estadísticos. Los estudios realizados por el INSM consideran cuatro grupos objetivo en cada vivienda: adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres unidas. Estos estudios han sido realizados prácticamente en todo el país tanto en el área urbana de la costa, la sierra y la selva, así como áreas rurales de estas regiones. Asimismo, a partir del año 2012, se han realizado estudios de replicación, para conocer cambios y tendencias en los aspectos de la salud mental explorados. Esto ha representado en los últimos 15 años más de 95 000 entrevistas entre todas las unidades de análisis. El contraste entre áreas urbanas y área rurales, prototipos de diferentes niveles de desarrollo, ha permitido identificar un espectro amplio de aspectos en salud mental y su relación con las diferencias culturales, la exposición a la pobreza y a condiciones climáticas adversas.

La alta brecha de atención de los problemas de salud mental ha obligado en los últimos años a que se implementen estrategias para mejorar la atención de estos problemas en el país, y esto ha incluido la dación de normas que involucran a todo el sistema de salud.

La presente investigación ha tenido como objetivo brindar los resultados comparativos de la ciudad de Ayacucho realizados 2003 - 2017, recabándose información en cuanto a la muestra en el 2003 fue 1301 y en el 2017 fue de 1298 hogares.

Esperamos que este nuevo aporte al conocimiento de los problemas de salud mental en el país contribuya a la sensibilización del problema en el sistema de salud y eventualmente favorezca a la mejoría de la calidad de vida de los ciudadanos de la población nacional y de la ciudad de Ayacucho.

Betty Misaico Revate
Directora General del Instituto Nacional de Salud Mental
"Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

AGRADECIMIENTOS

Durante los últimos diecisiete años el Instituto Nacional de Salud Mental ha desarrollado estudios epidemiológicos en diversas regiones del país. Esta experiencia ha servido para comprender la importancia de la participación de cada una de las unidades orgánicas de la Institución y del trabajo en equipo para lograr los objetivos institucionales. En la medida que vamos transfiriendo la información y que ésta se convierte en instrumento de sensibilización y de intervenciones potenciales en bien de la comunidad, vamos completando el mapa de la salud mental del país. Esta tarea ha podido ser lograda gracias a la colaboración cálida y tesonera de los profesionales de las diversas disciplinas, del personal del equipo de operación en campo (jefe de operación, encuestadores, coordinadores y supervisores), del personal de ingreso de datos, programación y procesamiento, y en especial, de las personas entrevistadas que accedieron a compartir sus experiencias en bien de la comunidad.

Agradecemos también a los miembros del Comité Ejecutivo de Investigación y de las áreas especializadas, por su dedicación en planificar y sobre todo estimular la formulación de protocolos de investigación, que nos han permitido conocer la realidad de la salud mental en nuestro país.

Nuestra gratitud, por el apoyo logístico y técnico, al equipo administrativo institucional conformado por: Mabel Pisco E., Julio Ríos P., Geovanna Ballón T., Anita Garcia A., Jesús Zapana P., Yvan Torres B., y el personal de comunicaciones.

Debemos gratitud por las largas horas dedicadas, comprometiendo incluso sus momentos familiares, al personal de secretaría conformado por Olga Rivas P., y Gloria Dávila; igualmente a Milagros Ramírez, Flor Ortiz, Shella Pérez, Liliana La Rosa y Guillermo Gonzáles por su valiosa participación en la edición, transcripción de la información, diseño y diagramación para la elaboración del presente informe.

Deseamos hacer extensivo nuestro reconocimiento, por sus observaciones y críticas, a los colegas de la Institución, a los que trabajan desde fuera de ella y a nuestros asesores externos porque nos han permitido mejorar la calidad de nuestro trabajo.

LOS AUTORES

ÍNDICE GENERAL

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD 5
DIRECTORIO DEL INSM 5
INVESTIGADOR DEL ESTUDIO RELACIONADO CON EL PRESENTE INFORME 7
PRESENTACIÓN 9
AGRADECIMIENTOS 11
ÍNDICE GENERAL 13
RESUMEN DEL INFORME GENERAL DEL ADOLESCENTE 15
INFORME GENERAL DEL ADOLESCENTE 17
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN 19
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 21
2. FUNDAMENTO TEÓRICO 22
2.1. ANTECEDENTES 22
2.2. BASES TEORICAS 24
3. DEFINICIONES CONCEPTUALES 25
3.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS 26
3.2. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL 26
3.3. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO 27
3.4. RELACIONES INTRAFAMILIARES 27
3.5. ACCESO A SERVICIOS 28
4. JUSTIFICACION Y RELEVANCIA 28
5. OBJETIVO(S) 29
5.1. OBJETIVO GENERAL 29
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 29
6. METODOLOGÍA 29
II. METODOLOGÍA (DEL PROYECTO ORIGINAL) 31
METODOLOGÍA (DEL PROYECTO ORIGINAL) 33
1. MUESTRA PROGRAMADA 34
2. CRITERIO DE SELECCIÓN 34
III. PROCEDIMIENTOS 35
PROCEDIMIENTOS 37
IV. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS 39
ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS 41
V. RESULTADOS 43
1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS 45
1.1. SEXO. 45
1.2. EDAD. 45
1.3. ESCOLARIDAD 45
1.4. SITUACION LABORAL 46
1.5. INGRESOS ECONÓMICOS 46
2. PROBLEMAS PERCIBIDOS Y SENTIMIENTOS FRENTE A LOS PROBLEMAS 47
3. CONFIANZA EN AUTORIDADES 50
4. ESTRESORES COTIDIANOS 51
5. ESTADOS ANÍMICOS 53
6. ASPECTOS DE LA SALUD MENTAL POSITIVA 54
6.1. SATISFACCIÓN PERSONAL 54
6.2. SATISFACCIÓN LABORAL 55
6.3. CALIDAD DE VIDA 56
7. DISCAPACIDAD 58
8. ASPECTOS PSICOPÁTICOS 59
9. CONDUCTA SUICIDA 59
10. TENDENCIAS VIOLENTAS 62

11. COHESIÓN FAMILIAR **62**
12. TRASTORNOS CLÍNICOS **63**
13. CONSUMO DE SUSTANCIAS **64**
14. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD **65**
VI. DISCUSIÓN **69**
CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES 71
SEXO 71
EDAD 71
ESCOLARIDAD 72
SITUACIÓN LABORAL 73
INGRESOS ECONÓMICOS 74
PROBLEMAS PERCIBIDOS 75
SENTIMIENTOS FRENTE A LOS PROBLEMAS NACIONALES 76
CONFIANZA EN AUTORIDADES 77
ESTRESORES COTIDIANOS 78
ESTADOS ANÍMICOS 79
ASPECTOS DE LA SALUD MENTAL POSITIVA 80
SATISFACCIÓN PERSONAL 80
SATISFACCIÓN LABORAL 81
CALIDAD DE VIDA 82
DISCAPACIDAD 83
ASPECTOS PSICOPÁTICOS 84
CONDUCTA SUICIDA 85
TENDENCIAS VIOLENTAS 86
COHESIÓN FAMILIAR 87
TRASTORNOS CLÍNICOS 87
CONSUMO DE SUSTANCIAS 88
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD 89
VII. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL COMPARATIVO CIUDAD DE AYACUCHO 2003-2017 ..... **93**
CONCLUSIONES 95
VIII. RECOMENDACIONES **97**
RECOMENDACIONES 99
IX. BIBLIOGRAFÍA **101**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 103

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL COMPARATIVO CIUDAD DE AYACUCHO 2003-2017

RESUMEN DEL INFORME GENERAL DEL ADOLESCENTE

ANALES DE SALUD MENTAL 2024; XL NÚMERO 2

Horacio Benjamín Vargas Murga, Ybeth Luna Solís, Horacio Kenneth Vargas Suárez.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El presente estudio examinó la evolución de la salud mental entre adolescentes en Ayacucho durante el periodo 2003-2017. A partir de 2003, se reportaron altas tasas de problemas de salud mental en esta población, lo que generó preocupación sobre si estas condiciones habían mejorado, empeorado o se habían mantenido estables con el tiempo. Analizar estos cambios fue crucial para orientar adecuadamente las políticas de salud y las estrategias de intervención en la región.

OBJETIVO: Comparar la prevalencia de los principales aspectos de la salud mental en adolescentes de Ayacucho en 2003 y 2017, considerando tanto las manifestaciones negativas como positivas, sus asociaciones, magnitudes, características sociales y el acceso a servicios de salud mental.

MÉTODOS: Este estudio fue un análisis comparativo basado en fuentes secundarias, utilizando datos de estudios epidemiológicos y descriptivos realizados en Ayacucho en 2003 y 2017. Se incluyeron 624 adolescentes en 2003 y 556 en 2017, evaluados mediante instrumentos específicos diseñados para medir la salud mental, el contexto socioeconómico y el acceso a servicios de salud. El enfoque metodológico permitió una evaluación exhaustiva de los cambios en la salud mental de los adolescentes a lo largo de estos años.

RESULTADOS: Se observaron mejoras en la educación secundaria y el empleo, especialmente entre las mujeres, aunque persistieron los desafíos económicos. Las preocupaciones sobre la corrupción y la delincuencia aumentaron. A pesar de una disminución en la tristeza, se registró un incremento en la conducta suicida y en trastornos clínicos como la ansiedad y la depresión. Las conductas violentas también mostraron un aumento, reflejando mayor tensión social. Las disparidades de género y otros desafíos de la salud mental permanecieron sin cambios estadísticamente significativos.

CONCLUSIONES: Los resultados resaltan la necesidad de políticas focalizadas para mejorar el acceso a servicios de salud mental, abordar el aumento de la violencia y los trastornos clínicos, y reducir las disparidades de género en los adolescentes de Ayacucho.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental, Salud del Adolescente, Psiquiatría Adolescente. (Fuente: DeCS BIREME).

COMPARATIVE MENTAL HEALTH EPIDEMIOLOGICAL STUDY CITY OF AYACUCHO 2003-2017

GENERAL REPORT OF THE ADOLESCENT

ANALES DE SALUD MENTAL, 2024; XL NÚMERO 2

Horacio Benjamín Vargas Murga, Ybeth Luna Solís, Horacio Kenneth Vargas Suárez.

INTRODUCTION: This study examined the evolution of mental health among adolescents in Ayacucho during the period 2003-2017. Since 2003, high rates of mental health problems have been reported in this population, raising concerns about whether these conditions have improved, worsened, or remained stable over time. Analyzing these changes was crucial for properly guiding health policies and intervention strategies in the region.

OBJECTIVE: To compare the prevalence of key aspects of mental health in adolescents in Ayacucho in 2003 and 2017, considering both negative and positive manifestations, their associations, magnitudes, social characteristics, and access to mental health services.

METHODS: This study was a comparative analysis based on secondary sources, utilizing data from epidemiological and descriptive studies conducted in Ayacucho in 2003 and 2017. A total of 624 adolescents were included in 2003 and 556 in 2017, evaluated using specific instruments designed to measure mental health, socioeconomic context, and access to health services. The methodological approach allowed for a comprehensive evaluation of changes in adolescent mental health over these years.

RESULTS: Improvements were observed in secondary education and employment, particularly among women, although economic challenges persisted. Concerns about corruption and crime increased. Despite a decrease in sadness, there was an increase in suicidal behavior and clinical disorders such as anxiety and depression. Violent behaviors also showed an increase, reflecting greater social tension. Gender disparities and other mental health challenges remained statistically unchanged.

CONCLUSIONS: The findings highlight the need for targeted policies to improve access to mental health services, address the rise in violence and clinical disorders, and reduce gender disparities among adolescents in Ayacucho.

KEYWORDS: Mental Health, Adolescent Health, Adolescent Psychiatry. (Source: MeSH NLM).

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL COMPARATIVO CIUDAD DE AYACUCHO 2003-2017

INFORME GENERAL DEL ADOLESCENTE

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Identificación del problema: El presente trabajo de investigación se enfocó en determinar si hubo variaciones en las prevalencias de problemas de salud mental en los adolescentes de la ciudad de Ayacucho entre 2003 y 2017.

Contextualización del problema: El Departamento de Ayacucho se ubica en la vertiente oriental de la sierra peruana, a una altitud de 2761 m s, n, m, presenta un clima templado y seco, con sol durante todo el año. Cuenta con 11 provincias y 124 distritos. Tiene como capital a la ciudad de Ayacucho, que se encuentra en la provincia de Huamanga.

Fue fundada como San Juan de la Frontera de Huamanga el 25 de abril de 1540 y llamada Huamanga hasta el 15 de febrero de 1825. El nombre fue cambiado por Ayacucho por el Libertador Simón Bolívar, debido a la victoria obtenida en la batalla de Ayacucho, El nombre significa "ciudad de los muertos", acuñado por uno de los Incas, luego de la gran mortalidad generada en este lugar en un combate contra rebeldes.

Destaca por su agricultura, ganadería y artesanía (afamada piedra de Huamanga, retablos, platería, tejidos y mates burilados). Igualmente resalta por su música y festividades (carnavales y celebración de Semana Santa), ambas reconocidas como Patrimonio Cultural de la Nación.

En 2003, se llevó a cabo un estudio de salud mental en la ciudad de Ayacucho, donde se analizó la situación de los adolescentes. Los resultados indicaron una alta incidencia de problemas de salud mental [1,2]. Sin embargo, no se ha determinado si estas cifras han cambiado con el tiempo. Investigaciones a nivel nacional e internacional han evidenciado que los trastornos mentales son comunes en los adolescentes y pueden tener efectos duraderos si no se abordan de manera adecuada.

Entre 2016 y 2017, se realizó el "Estudio Epidemiológico de Salud Integral en la Sierra Peruana– Replicación 2016-Parte I", que incluyó ciudades como Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Puno, Arequipa y Abancay. Este estudio es mencionado en el informe general titulado "Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017" [3].

La necesidad de replicar estudios epidemiológicos radica en los cambios que ocurren con el tiempo como nuevas políticas de salud mental, avances en la psicofarmacología y cambios socioeconómicos significativos [4], que no garantizan automáticamente una mejora en la salud mental [5].

Dada esta situación, era esencial comparar los resultados obtenidos en Ayacucho en 2003 con los datos recopilados en 2017 en relación a los adolescentes. Esta comparación estaba contemplada en el proyecto del "Estudio Epidemiológico de Salud Integral en la Sierra Peruana– Replicación 2016-Parte I" mencionado anteriormente [3].

Delimitación del problema: El presente estudio se centró únicamente en los adolescentes que viven en la ciudad de Ayacucho y no se extendió a otras regiones del país. Se utilizaron datos secundarios recopilados por el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi» para comparar las prevalencias obtenidas en 2003 y 2017.

Justificación del enfoque: Era importante investigar si ha habido cambios significativos en las prevalencias de problemas de salud mental entre los adolescentes de Ayacucho durante este período de

tiempo para poder identificar posibles factores contribuyentes y desarrollar estrategias efectivas para prevenir o tratar estos problemas, además de impulsar la mejora de los servicios de salud mental dirigidos a esta población. Adicionalmente, esta investigación podría tener un impacto positivo al perfeccionar las herramientas de recopilación y análisis de datos, contribuir a la definición de un concepto, variable o relación entre variables y sugerir enfoques más apropiados para estudiar a esta población de manera más completa y precisa.

Pregunta de investigación: ¿Han variado las prevalencias de problemas de salud mental en los adolescentes de la ciudad de Ayacucho del año 2003 al año 2017?

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Los problemas de salud mental en niños y adolescentes son altamente frecuentes no sólo en el Perú sino también en otros países del mundo, situación que ha aumentado durante la pandemia por COVID 19. Es por ello importante que las políticas de Estado se dirijan a esta población [6].

El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" ha realizado varios estudios epidemiológicos sobre salud mental en diferentes áreas del Perú, desde 2002 hasta 2017, tanto en áreas urbanas como rurales. Estos estudios incluyeron encuestas poblacionales en ciudades como Lima Metropolitana, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Iquitos, Pucallpa, Tarapoto, Tumbes, Tacna, Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Piura, Trujillo, Chimbote, Ica, Arequipa, Cusco, Huancavelica y Abancay, así como en zonas rurales de Lima, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Iquitos y Pucallpa. En resumen, estos estudios han revelado tasas variables y significativas de problemas de salud mental en adolescentes [1,2,3; 7,8,9,10,11,12,13,14].

En cuanto a los estresores psicosociales percibidos por los adolescentes- en general, la delincuencia se destacó como un factor estresante, con cifras tan altas como el 65,5% en Ayacucho en 2003 y el 58,4% en la costa del Perú en 2006 [2,10]. La salud también fue una preocupación significativa, con porcentajes notables, como el 59,8% en Ayacucho en 2003 y el 44,7% en Lima rural en 2007 [2,11]. Otros estresores comunes incluyeron el narcotráfico, con un 46,9% en Iquitos en 2004, y el terrorismo, que alcanzó el 42,6% en la costa del Perú en 2006 [8,10]. Estos datos subrayan la variedad de factores estresantes a los que se enfrentan los adolescentes en diferentes regiones de Perú, lo que destaca la importancia de abordar estos desafíos para su bienestar psicosocial.

En las diferentes regiones se ha constatado que en los adolescentes existe una persistente falta de confianza en las autoridades políticas, con cifras tan elevadas como el 85,0% en Ayacucho en 2003 y el 81,6% en Abancay en 2010 [2,14]. Esta desconfianza es un denominador común, independientemente de la ubicación geográfica, y se refleja en la marcada desconfianza hacia jueces, líderes comunitarios y fuerzas de seguridad. No obstante, destaca una sólida confianza en maestros, médicos y líderes religiosos, con cifras tan altas como el 64,7% en Lima rural en 2007 y el 62,8% en la selva rural en 2009 [11,13]. Estos datos reflejan una brecha constante entre la población y las instituciones gubernamentales en el país, subrayando la necesidad de abordar este problema de confianza a lo largo y ancho de Perú.

En los estudios mencionados se ha identificado también, una prevalencia variable de estados de ánimo negativos entre adolescentes. Los sentimientos negativos, como tristeza, tensión, ansiedad, irritabilidad, y aburrimiento, oscilan entre el 6,8% y el 22,0% de los adolescentes, dependiendo de la región y el período [1-3, 7-14]. En Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en 2003, el porcentaje de adolescentes experimentando estos estados variaba del 11,1% al 16,6%, mientras que en Abancay el 2010, se encontraron cifras del 6,8% al 14,4% [3,14]. En general, se destaca una tendencia a la preocupación entre los adolescentes, con porcentajes considerables, como el 27,6% en Iquitos en 2004 [8]. Además, en muchas

regiones, se observa una mayor afectación en las adolescentes. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar la salud mental de los adolescentes en diferentes regiones de Perú, teniendo en cuenta las variaciones en la prevalencia de estados de ánimo negativos.

Se ha explorado también la prevalencia de trastornos clínicos en adolescentes, lo que ha arrojado una panorámica amplia de la salud mental en esta población. Los trastornos clínicos más comunes que afectan a los adolescentes incluyen el episodio depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada. Estos trastornos varían en prevalencia en las diferentes regiones estudiadas: en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz (ciudades de la sierra peruana) en 2003, la prevalencia actual de episodio depresivo (en conjunto) se situó en el 5,7%, mientras que el trastorno de ansiedad generalizada afectó al 5,5% de los adolescentes [1]. Sin embargo, en el mismo año, se encontró en Ayacucho, una mayor prevalencia actual de trastorno de ansiedad generalizada (9,3%) y un 6,2% de episodio depresivo [2]. En 2017, en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz (ciudades de la sierra peruana), la prevalencia actual de episodio depresivo (en conjunto) se elevó al 9,4%, mientras que los trastornos de ansiedad generalizada y la fobia social alcanzaron el 3,2% y el 2,6%, respectivamente [3]. En Lima Metropolitana en 2002, se observó que el episodio depresivo era el trastorno más común, con una prevalencia actual del 8,6%, seguido del trastorno de ansiedad generalizada, que afectó al 4,2% de los adolescentes [7]. En Iquitos en 2004, la prevalencia actual de episodio depresivo se mantuvo en el 5,1%, mientras que el trastorno de ansiedad generalizada afectó al 3,9% de los adolescentes [8]. En las fronteras del Perú en 2005, el episodio depresivo también fue el trastorno más común, con una prevalencia actual del 4,2%, seguido de cerca por el trastorno de ansiedad generalizada, que afectó al 4,0% de los adolescentes [9]. En la costa del Perú en 2006, el episodio depresivo fue el trastorno más frecuente, con una prevalencia actual del 4,4%, mientras que la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada fue del 1,9% [10]. Llama la atención el caso de la región Abancay en 2010, en la cual la fobia social encabezó la lista de trastornos más comunes afectando al 3,4% de los adolescentes, seguido de episodios depresivos moderados a severos, con una prevalencia actual del 2,1% [14].

Cabe destacar que hubo mayor diversidad en cuanto a los trastornos clínicos más prevalentes en las zonas rurales. En Lima rural en 2007, el trastorno de ansiedad generalizada superó al episodio depresivo, con una prevalencia actual del 4,2%, seguido por la fobia social, que afectó al 3,9% de los adolescentes. La prevalencia de episodio depresivo moderado a severo se situó en el 1,1% [11]. En la sierra rural en 2008, la fobia social se destacó como el trastorno más común, afectando al 2,8% de los adolescentes, seguido de cerca por el episodio depresivo moderado a severo, que alcanzó el 2,0%. En cambio, el trastorno de ansiedad generalizada se presentó con una prevalencia actual del 0,4% [12].

En la selva rural en 2009, la prevalencia actual de episodio depresivo moderado a severo se situó en el 1,9%, mientras que el trastorno de ansiedad generalizada tuvo una prevalencia del 1,1% [13].

Como podemos apreciar la prevalencia del episodio depresivo es mayor en las ciudades (sobre todo en Lima metropolitana) que en las zonas rurales. Estas tendencias se presentan de manera parecida con los otros trastornos mentales y con los problemas psicosociales. Hallazgos similares se han registrado en otras partes del mundo. Por ejemplo, un estudio en la población adolescente de la ciudad de México y su área metropolitana reveló una prevalencia de depresión mayor del 7,8%, cifra cercana a la prevalencia de episodios depresivos (9,9%) encontrada en Lima Metropolitana y Callao en 2012, aunque se utilizaron instrumentos de evaluación diferentes. Además, aproximadamente la mitad de los adolescentes (51,35%) cumplió con los criterios de algún trastorno mental en algún momento de su vida [15].

En cuanto a los datos sobre conductas suicidas, en regiones como Ayacucho en 2003, la prevalencia de adolescentes con pensamientos suicidas alcanzó el 34,5%, con un 3,9% que había intentado el suicidio en algún momento [2]. Por otro lado, en la costa del Perú en 2006, la prevalencia de pensamientos suicidas se situó en el 2,1%, con un 1,3% que había intentado el suicidio [10]. Además, en Lima rural en 2007, el 21,4% de los adolescentes había experimentado pensamientos sobre la muerte, y el 1,2% había intentado suicidarse en algún momento [11].

En contraste, en regiones como la sierra rural en 2008, la prevalencia de pensamientos suicidas fue del 12,1%, con un intento de suicidio del 0,5% [12]. La variabilidad en estos resultados resalta la necesidad de enfoques personalizados para abordar la conducta suicida en adolescentes en las diversas regiones de Perú [1-3, 7-14]. Además, el estudio en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en 2017 mostró una disminución de la prevalencia de conducta suicida potencial al 0,2%, con métodos de intento de suicidio que incluían el corte de venas, el uso de pastillas y el ahorcamiento [3]. Estos resultados sugieren la importancia de realizar seguimientos y acciones preventivas continuas en salud mental para los adolescentes en todo el país.

2.2. BASES TEORICAS

La salud mental desempeña un papel fundamental en la vida de los adolescentes y debe ser una prioridad. En esta etapa crucial, se establecen patrones de hábitos sociales y emocionales que tienen un impacto directo en la salud mental. Esto abarca desde la adquisición de hábitos de sueño saludables hasta la participación en actividad física regular y el desarrollo de habilidades sociales para afrontar desafíos y gestionar emociones. Asimismo, un entorno de apoyo en ámbitos como la familia, la escuela y la comunidad es esencial para garantizar el bienestar de los jóvenes [16,17,18,19].

La salud mental de los adolescentes puede ser influenciada por una serie de factores complejos. A medida que se enfrentan a diversos factores de riesgo, aumentan las implicaciones para su salud mental. Estos factores abarcan desde el estrés vinculado a situaciones adversas hasta la presión social ejercida por sus pares, pasando por la exploración de su identidad personal y las influencias de los medios de comunicación y las expectativas de género. La calidad de vida en el hogar y las relaciones con sus compañeros desempeñan un papel crítico en su bienestar. Además, la violencia, en particular la de naturaleza sexual y el acoso, junto con las dificultades socioeconómicas, representan riesgos significativos para su salud mental. Comprender estos factores es esencial para desarrollar intervenciones y sistemas de apoyo adecuados que aborden las necesidades únicas de los adolescentes [17,19].

Durante esta etapa, los adolescentes empiezan a presentar diferentes percepciones acerca de su entorno, muchas veces, presentando diferentes niveles de confianza frente a familiares, amigos o incluso autoridades dentro de su entorno. En algunos países, de forma similar a Perú, existen niveles bajos de confianza en las personas tal como en Chile donde el nivel de confianza en las personas fue del 14%, en España donde fue un 36%, y en Alemania fue un 38% [18].

Durante la adolescencia, es comprensible que una serie de factores de estrés, tanto de naturaleza psicosocial como ambiental, puedan influir en la vida de los jóvenes. Estos estresores abarcan diversas esferas, incluyendo el ámbito familiar, las relaciones sentimentales y amicales. Durante este período, los adolescentes a menudo buscan la aprobación y aceptación de quienes los rodean, lo que puede dar lugar a situaciones de estrés emocional cuando sienten que no cumplen con las expectativas impuestas por otros. Además, la presión para obtener un empleo o continuar con estudios superiores también puede generar tensiones, a menudo agravadas por conflictos familiares [19,20,21].

No obstante, existen otros factores estresantes en el entorno de los adolescentes que merecen consideración. El rendimiento académico puede ser una fuente importante de estrés, al igual que los problemas de salud y las preocupaciones relacionadas con la seguridad en su entorno, como asaltos, accidentes y delincuencia. Estos elementos pueden tener un impacto significativo en la salud mental y el bienestar de los adolescentes, y comprenderlos en profundidad es esencial para abordar sus necesidades y desarrollar estrategias efectivas de apoyo [19, 22].

Existen adolescentes con un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales debido a sus circunstancias de vida. Esto es especialmente relevante para aquellos que viven en entornos inestables,

padecen enfermedades crónicas, trastornos del espectro autista, discapacidades intelectuales u otras alteraciones neurológicas, así como para las adolescentes embarazadas y los padres jóvenes en uniones tempranas o forzadas. Además, los huérfanos y los pertenecientes a minorías étnicas, sexuales u otros grupos marginados están particularmente en riesgo [17,19].

Los trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión, son comunes en la adolescencia. La prevalencia de estos trastornos es mayor en los adolescentes mayores. Por ejemplo, se estima que un 3,6% de los adolescentes de 10 a 14 años y un 4,6% de los adolescentes de 15 a 19 años sufren de trastornos de ansiedad. En el caso de la depresión, el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los adolescentes de 15 a 19 años experimentan este trastorno. La ansiedad y la depresión pueden tener un impacto significativo en el rendimiento académico y en la vida social de los adolescentes, pudiendo llevar al aislamiento y, en casos extremos, al suicidio [17,19,21].

El suicidio representa la cuarta causa de muerte entre los adolescentes mayores, cuyo rango comprende desde los 15 hasta los 19 años. Hay diversos factores que influyen en su desenlace como el abuso del alcohol, el sufrir maltrato, la estigmatización, las barreras para acceder a la atención y el acceso a medios para llevar a cabo el suicidio [17].

Otros trastornos mentales que pueden estar presentes durante la adolescencia son: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que afecta al 3,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,4% de los de 15 a 19 años; y el trastorno disocial que se produce en el 3,6% de los adolescentes de 10-14 años y en el 2,4% de los de 15-19 años. El trastorno disocial puede dar lugar a comportamientos delictivos [17].

3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Salud mental: La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la salud mental es el "estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar los momentos de estrés en la vida, desarrollar todas sus capacidades, aprender y trabajar de manera efectiva, y contribuir al mejoramiento de su comunidad. Es un componente esencial de la salud y el bienestar que respalda nuestras habilidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al entorno en el que vivimos. La salud mental es un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico" [17].

Problemas de salud mental: Esta categoría abarca los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y otros estados mentales que llevan consigo un grado sustancial de angustia, discapacidad funcional o el riesgo de autolesión [23].

Trastorno mental: Se refiere a una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo. Por lo general, esta alteración viene acompañada de angustia o afecta su funcionamiento en áreas importantes de su vida. Existen diversos tipos de trastornos mentales, detallados en la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y otras clasificaciones psiquiátricas [23].

Problemas psicosociales: Se trata de situaciones de estrés social que generan o facilitan manifestaciones somáticas, psicológicas o psicosomáticas en las personas afectadas. Estas situaciones pueden desencadenar crisis y disfunciones en el entorno familiar, lo cual puede llevar a manifestaciones clínicas en algunos miembros de la familia. En muchos casos, estos problemas se originan en transiciones del ciclo de vida familiar o en episodios vitales estresantes (AVE) que ocurren dentro del propio ámbito familiar [24].

Las definiciones conceptuales aquí presentadas se basan en la publicación "Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017. Informe General", y se aplican específicamente al contexto de los adolescentes [3].

3.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS

Edad: Representada como una variable continua cuantitativa, registrada a través de auto reporte y verificación mediante la fecha de nacimiento.

Sexo: Categorías de masculino y femenino, en una escala nominal.

Nivel de instrucción: Categorías de educación que incluyen sin instrucción, inicial/preescolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa y bachillerato. Presentadas como alternativas múltiples y medidas en una escala ordinal, considerando el inicial/preescolar como un año.

Estado civil: Categorías de estado civil que incluyen soltero, casado, conviviente, separado, viudo o divorciado. Escala nominal.

3.2. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Problemas percibidos en el país: Apreciación subjetiva sobre los principales problemas nacionales. Escala nominal.

Sentimientos frente a los problemas nacionales: Estados emocionales en relación con los principales problemas percibidos en el país. Escala nominal.

Confianza en autoridades: Evaluación subjetiva del nivel de confianza en diferentes figuras de autoridad y líderes. Escala ordinal.

Estrés: Conjunto de reacciones físicas, bioquímicas o emocionales en respuesta a situaciones que demandan, exigen, privan o abusan. Medido en una escala nominal.

Estrés ambiental: Estrés generado por estímulos del entorno físico, como ruidos, olores, espacios reducidos, etc. Evaluado en una escala ordinal.

Estresor psicosocial: Evento del entorno familiar, laboral, social o comunitario que provoca estrés en la persona. Medido en una escala ordinal.

Estados anímicos prevalentes: Constantes estados de ánimo presentes en la mayor parte del tiempo. Escala ordinal.

Satisfacción personal: Autoevaluación del cumplimiento de necesidades y deseos personales. Evaluar en una escala ordinal.

Satisfacción laboral: Evaluación subjetiva del cumplimiento de necesidades y expectativas laborales. Medido en una escala ordinal.

Calidad de vida: Estado de bienestar en aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Medido mediante el Índice de Calidad de Vida de Mezzich, en una escala de intervalo.

Conductas disociales (psicopáticas): Comportamientos disfuncionales en el entorno personal, familiar y social. Evaluado a través de preguntas sobre actos como mentir o cometer actos delictivos. Escala nominal.

Conducta suicida: Acciones realizadas con la intención de quitarse la vida, incluyendo deseos, pensamientos y planes suicidas hasta intentos suicidas.

Tendencia hacia la violencia (consideraciones heteroagresivas): Ideas de causar daño a otros, incluyendo pensamientos homicidas. Escala nominal.

Cohesión familiar: Fortaleza de los vínculos familiares, manifestados en conductas y sentimientos como respeto, apoyo, compartir actividades, principios y valores. Medido en una escala ordinal.

Tendencias religiosas: Afiliación y participación en una religión, manifestados en cogniciones, sentimientos y prácticas. Escala nominal.

Uso de sustancias: Patrones de consumo de sustancias psicoactivas con posibilidad de generar consumo perjudicial o dependencia. Evaluado según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), en una escala nominal.

3.3. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Trastornos adictivos: Problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias legales o ilegales, que pueden ser de uso perjudicial o generar dependencia. Se evalúan a través del instrumento MINI que produce diagnósticos psiquiátricos basados en criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos afectivos: Incluyen el episodio depresivo de moderado a severo, la distimia y el episodio maníaco. Evaluados mediante el instrumento MINI que proporciona diagnósticos psiquiátricos según criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos de ansiedad: Engloban diversos trastornos clínicamente diagnosticables de ansiedad, como la ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático. Evaluados a través del instrumento MINI que produce diagnósticos psiquiátricos basados en criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos de la alimentación: Comprenden la bulimia y la anorexia nerviosa. Evaluados mediante el instrumento MINI que genera diagnósticos psiquiátricos basados en criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal. Además, se utiliza el cuestionario EDI-2**.**

Trastornos psicóticos: No es una categoría de diagnóstico independiente. Evaluados con el instrumento MINI, en una escala nominal, proporcionando resultados a nivel sindrómico en una escala nominal. Se considera resultado positivo cuando hay al menos 5 síntomas referidos en el MINI.

3.4. RELACIONES INTRAFAMILIARES

Abuso o maltrato sistemático: Presencia de maltrato o abuso con una frecuencia de 1 o 2 veces al mes durante un período de tiempo. Medido en una escala ordinal.

Estilos de crianza (parentales): Actitudes y comportamientos de los padres hacia sus hijos durante la crianza. Evaluados a través de la memoria de la crianza vivida, usando 13 ítems del EMBU y 5 adicionales creados por expertos del INSM "HD-HN". Medido en una escala nominal.

Maltrato (violencia) en general: Acciones que causan daño, sufrimiento o malestar en otra persona. Medido en escalas nominal y ordinal. Varias formas de maltrato incluidas.

Maltrato (violencia) hacia los niños: Acciones nocivas verbales, físicas, sexuales o de negligencia hacia los niños que pueden causar daño físico o psicológico. Medido en una escala nominal.

Maltrato (violencia) hacia la mujer: Acciones físicas, sexuales o psicológicas hacia la mujer que causan daño físico o psicológico. Medido en una escala nominal.

Maltrato (violencia) por abandono o negligencia: Situaciones en las que no se proporcionan necesidades básicas como medicinas, ropa adecuada o atención médica. Medido en escalas nominal y ordinal.

Maltrato (violencia) físico: Actos de golpes, puñetes o empujones. Medido en escalas nominal y ordinal.

Maltrato (violencia) verbal: Insultos, agresiones verbales y ofensas. Medido en escalas nominal y ordinal.

Maltrato (violencia) psicológico: Chantajes, manipulaciones y humillaciones. Medido en escalas nominal y ordinal.

Maltrato (violencia) o abuso sexual: Actos sexuales forzados o inapropiados, en contra de la voluntad de la persona. Medido en escalas nominal y ordinal.

3.5. ACCESO A SERVICIOS

Acceso a servicios de salud mental: Se refiere a la utilización de servicios de salud, basándose en la percepción de problemas de salud mental (morbilidad sentida) por parte del entrevistado y en la exploración de las características de la búsqueda de ayuda. Se consideró presente si el entrevistado respondía afirmativamente a haber recibido atención (morbilidad sentida expresada) en cualquier establecimiento de salud; es decir, posta, centro de salud, policlínico, hospital general o centro especializado. Es medida a través de una escala nominal.

Barreras en el proceso de búsqueda de atención: Respuesta a preguntas sobre motivos que influyeron en el no-acceso o acceso tardío a la atención. Es medida con escala nominal.

Conocimientos sobre salud mental: Se refiere al conocimiento de los principales trastornos mentales y su tratamiento. Es medida a través de una escala nominal.

Morbilidad sentida: Se refiere a aquel grupo de personas que han percibido problemas emocionales, como excesiva depresión, pena o tristeza, ataques de nervios, excesivo miedo, tensión o ansiedad, dificultad para relacionarse socialmente, problemas con alcohol o drogas, etc, independientemente de si consideran que requieren o no atención. Se mide con una escala nominal.

Morbilidad sentida expresada: Se refiere a aquellas personas que habiendo percibido problemas emocionales o de los nervios como depresión, excesiva pena o tristeza, ataques de nervios, excesivo miedo, tensión o ansiedad, dificultad para relacionarse socialmente, problemas con alcohol o drogas, etc. han acudido en busca de atención. Se mide con una escala nominal.

Prejuicios sobre la salud mental: Son aquellos mitos, conceptos populares y suposiciones que se encuentran en el ámbito de las representaciones sociales y que influyen en la percepción y conductas de los individuos. Se mide con una escala nominal.

4. JUSTIFICACION Y RELEVANCIA

Conveniencia: La investigación es crucial ya que brinda un análisis detallado de la salud mental de los adolescentes en Ayacucho, permitiendo una comparación entre los datos de 2003 y 2017. Dado que la salud mental es un factor determinante para el bienestar y la calidad de vida, especialmente en una población vulnerable como los adolescentes, comprender su evolución a lo largo del tiempo es esencial para tomar decisiones informadas.

Relevancia social: El estudio beneficia a los adolescentes directamente, así como a sus familias, escuelas y la sociedad en su conjunto. Los resultados proporcionan información crucial para identificar posibles problemas de salud mental en los adolescentes y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento efectivas. Asimismo, los hallazgos pueden ser útiles para políticas y programas dirigidos a mejorar la salud mental de los jóvenes en Ayacucho.

Implicaciones prácticas: La investigación aborda una problemática real al identificar posibles desafíos en la salud mental de los adolescentes. Los resultados podrían tener un impacto tangible en la creación y ejecución de programas y recursos destinados a la salud mental de los adolescentes. Esto puede contribuir a reducir el impacto de problemas de salud mental a largo plazo en la población joven.

Valor teórico: El estudio llena un vacío en la comprensión actual de la salud mental de los adolescentes en Ayacucho, permitiendo comparaciones con datos previos. Esto enriquece la teoría y el conocimiento existente sobre la salud mental adolescente y proporciona información valiosa para desarrollar enfoques más efectivos en la investigación y práctica clínica en el futuro.

Utilidad metodológica: La investigación puede tener un impacto en la metodología utilizada para evaluar la salud mental en adolescentes. Los hallazgos podrían inspirar mejoras en los instrumentos de recolección de datos y en la exploración de variables relacionadas con la salud mental. Además, el estudio aporta ideas sobre cómo abordar de manera más efectiva la salud mental de los adolescentes en futuras investigaciones.

En resumen, la investigación es de suma importancia debido a su potencial para formular políticas, programas y prácticas clínicas relacionadas con la salud mental de los adolescentes en Ayacucho. Los resultados podrían brindar información relevante para la mejora de la calidad de vida de esta población y contribuir al avance del conocimiento en el campo de la salud mental del adolescente.

5. OBJETIVO(S)

5.1. OBJETIVO GENERAL

Comparar la prevalencia de los principales aspectos de la salud mental en la población adolescente de la ciudad de Ayacucho, en su vertiente tanto negativa como positiva, sus asociaciones, sus magnitudes, las particularidades sociales de las personas que los sufren y el nivel de acceso a servicios de salud mental adecuados obtenidos en el 2003 y 2017.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Comparar los aspectos generales de salud mental, incluyendo el entorno general, estresores psicosociales y estados anímicos prevalentes, en los adolescentes de la ciudad de Ayacucho entre los años 2003 y 2017.
b) Evaluar y comparar los aspectos de salud mental positiva, como la satisfacción personal, la satisfacción laboral y la calidad de vida, en los adolescentes de la ciudad de Ayacucho entre los años 2003 y 2017.
c) Analizar y comparar los resultados relacionados con conductas disociales, conducta suicida y tendencias hacia la violencia en los adolescentes de la ciudad de Ayacucho entre los años 2003 y 2017.
d) Examinar y comparar los resultados sobre factores protectores, como la cohesión familiar y las tendencias religiosas, en los adolescentes de la ciudad de Ayacucho entre los años 2003 y 2017.
e) Comparar los resultados sobre trastornos mentales y del comportamiento, así como el uso de sustancias, en los adolescentes de la ciudad de Ayacucho entre los años 2003 y 2017.
f) Analizar y comparar los resultados sobre abuso, maltrato o violencia contra los adolescentes en la ciudad de Ayacucho entre los años 2003 y 2017.
g) Examinar y comparar los resultados sobre el acceso a servicios de salud mental en los adolescentes de la ciudad de Ayacucho entre los años 2003 y 2017.

6. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: El estudio fue comparativo y se basó en fuentes secundarias, utilizando los resultados de estudios epidemiológicos y descriptivos realizados en la ciudad de Ayacucho en los años 2003 y 2017.

Unidad de análisis: El enfoque se centró en la unidad de análisis correspondiente al adolescente. Se buscó evaluar los cambios en la salud mental de los adolescentes a lo largo de los años y si han surgido nuevos determinantes.

Comparación de muestras: Se utilizaron las muestras obtenidas de los estudios epidemiológicos realizados en 2003 y 2017, en las cuales se obtuvo una población de 624 y 556 adolescentes, respectivamente. Estas muestras fueron probabilísticas por conglomerados y seleccionadas en tres etapas.

Instrumentos utilizados: Se tomaron en cuenta sólo los instrumentos utilizados para adolescentes en ambos estudios realizados en 2003 y 2017. Estos instrumentos incluyeron datos demográficos y socioeconómicos, el "Cuestionario de Salud Mental" elaborado originalmente en Colombia, la "Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional basada en el CIE X", Versión española, el "Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2)", el "Índice de Calidad de Vida", una versión adaptada del "Cuestionario de Violencia Familiar" de Anicama et al, y el "Cuestionario sobre determinantes de acceso a servicios de salud".

Limitaciones: Se reconoce que no todas las variables medidas en 2017 coinciden con las medidas en 2003 debido a modificaciones y adiciones en los instrumentos a lo largo del tiempo. Esto puede generar heterogeneidad en los resultados obtenidos de ambas bases de datos.

CUADRO COMPARATIVO DE LA METODOLOGÍA ENTRE AMBOS ESTUDIOS		
	2003	**2017**
TIPO DE ESTUDIO	TIPO DESCRIPTIVO EPIDEMIOLÓGICO DE CORTE TRANSVERSAL	
POBLACIÓN	MAYORES DE 12 AÑOS RESIDENTES EN VIVIENDAS PARTICULARES DE LA CIUDAD DE AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ EN EL AÑO 2003	
UNIDAD DE ANÁLISIS	ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS	
COMPARACIÓN DE MUESTRAS	**Selección de unidades primarias de muestreo (UPM) o conglomerados.** Conglomerados de aproximadamente 100 viviendas contiguas. Basados en el marco de muestreo elaborado a partir del Pre-Censo 2007 actualizado en 2014. **Selección de las unidades secundarias de muestreo (USM) o viviendas.** Viviendas de cada uno de los conglomerados. El marco de muestreo fue el registro de viviendas efectuado por el personal de campo de la encuesta. **Selección de las unidades finales de muestreo (UFM) o personas.** Personas que satisfacían los criterios de inclusión para cada uno de los módulos de la investigación en la vivienda seleccionada. El marco de muestreo para las personas fue el registro de miembros del hogar elaborado en el momento de abordar la vivienda.	**Selección de unidades primarias de muestreo (UPM) o conglomerados.** Selección sistemática y proporcional al tamaño en número de viviendas al interior de cada distrito. En total, 117 conglomerados seleccionados en cada ciudad. **Selección de las unidades secundarias de muestreo (USM) o viviendas.** Selección en 2 segmentos compactos de 6 viviendas consecutivas en cada conglomerado, basados en la cantidad de viviendas ocupadas registradas. No se reemplazaron viviendas seleccionadas. **Selección de las unidades finales de muestreo (UFM) o personas,** Determinación del número de personas residentes habituales que cumplían los criterios de inclusión en cada vivienda seleccionada. Selección aleatoria de personas empleando una tabla de selección, excepto la mujer unida (jefe del hogar o cónyuge del jefe del hogar).

II. METODOLOGÍA (DEL PROYECTO ORIGINAL)

METODOLOGÍA (DEL PROYECTO ORIGINAL)

Población de estudio: La población investigada comprendió a adolescentes de edades entre 12 y 17 años que residen en domicilios particulares en la ciudad de Ayacucho.

Marco muestral: El INSM empleó la información derivada del Pre-Censo del 2007 del Instituto Nacional de Estadística e Informática, actualizado en 2014, como base para el marco de muestra.

Diseño muestral: Epidemiológico, analítico y correlacional.

Muestra: La selección de la muestra se realizó de manera probabilística compleja, lo que implica la combinación de múltiples etapas, conglomerados, estratos y probabilidades diferentes de selección. Además, la muestra fue ponderada con el fin de reproducir la estructura demográfica del grupo de ciudades bajo estudio.

Para el tamaño de la muestra del estudio primario del INSM "HD-HN" se empleó la siguiente fórmula:

$$n = \left[\left(\frac{z^2(1-p)}{m^2}\right)(deff)\right]\left[\frac{1}{1-tnr}\right]$$

Siguiendo los siguientes criterios:

- Parámetro de referencia (p): prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos en adultos, p = 0.22, obtenida del estudio epidemiológico de la sierra del 2003 (Instituto Nacional de Salud Mental, 2003).
- Tasa de no-respuesta esperada (tnr): 5%.
- Efecto de diseño (deff): se adoptó el valor de 2,4 para el parámetro de referencia, basado en los resultados del estudio de la sierra 2003 mencionado previamente.
- Margen de error (m): se consideró un margen de error de +/- 1,9 puntos porcentuales (0,019) en torno al valor esperado del parámetro de referencia.
- Nivel de confianza: 95% (Z=1,96).
- Personas del grupo objetivo por vivienda (hv): 0,9 (para adultos).

Utilizando esta fórmula se derivó una muestra teórica de 4383 viviendas, que se ajustó a una muestra programada de 4620 para las tres ciudades en conjunto (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz), considerando una tasa de no respuesta esperada de 0,05 (5%) y la adecuación para la planificación del trabajo de campo.

Dado que la muestra se refiere a personas ubicadas en viviendas, se debe determinar cuántas viviendas deben ser visitadas para encontrar a la cantidad específica de personas mediante la fórmula previa. Esto considera la proporción de hogares que tienen al menos una persona correspondiente a la unidad de análisis en cada población objetivo.

Tabla 1

PORCENTAJE DE HOGARES QUE CUENTAN CON POR LO MENOS UN MIEMBRO CORRESPONDIENTE A LA UNIDAD DE ANÁLISIS, EN LAS CIUDADES ESTUDIADAS

UNIDAD DE ANÁLISIS	% DE HOGARES
ADULTO	100
ADULTO MAYOR	40
ADOLESCENTE	33
MUJER UNIDA	100

Fuente: INEI, ENAHO 2014

Esto implica que todas las viviendas de la muestra contendrán adultos y mujeres, el 40% contendrá adultos y el 33%, adolescentes.

1. MUESTRA PROGRAMADA

Durante la operación de campo de la encuesta se observó una tasa de no respuesta superior a la anticipada en el cálculo del tamaño de muestra. Por lo tanto, la muestra programada se amplió a 5052 viviendas.

Finalmente, se logró acceder a 4470 viviendas, alcanzando una tasa de respuesta del 88,5%. La tasa de no respuesta fue del 11,5%, compuesta por un 9,5% que rechazó la entrevista, mientras que el resto se debió a viviendas con residentes ausentes u otras razones.

Es importante destacar que esta muestra tiene un carácter multipropósito debido a la diversidad de temas y variables en estudio. Los márgenes de error finales dependerán de la prevalencia de cada variable y de la cantidad de casos reales que se logren entrevistar.

En el caso de la muestra seleccionada de adolescentes, el número fue de 1408, y se logró entrevistar a 1320, lo que resultó en una tasa de respuesta del 93,8%. La tasa de no respuesta en este grupo fue del 6,2%, compuesta por un 5,3% de rechazos, un 0,7% de ausencias y un 0,2% de personas con discapacidad para responder. La tasa de no respuesta total (considerando viviendas y personas) fue del 17,4%.

2. CRITERIO DE SELECCIÓN

Adolescentes entre 12 y 17 años, sin problemas que impidan la comunicación. En caso de problemas mentales moderados o severos que afectan la comunicación directa, se realiza una entrevista indirecta con el jefe del hogar. Para aquellos que fueran quechua-hablantes, se utilizaba un encuestador quechua-hablante.

III. PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Se utilizaron las bases de datos de los estudios epidemiológicos realizados por el INSM "HD-HN" en Ayacucho en 2003 y 2017. Antes de utilizar los datos, se obtuvo la aprobación del proyecto por parte de la Dirección General y el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI). Posteriormente, se extrajeron las variables correspondientes a la unidad de análisis "adolescentes" según lo planteado en las secciones anteriores.

IV. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Se realizaron mediciones de frecuencias y tendencia central en las variables seleccionadas, Se estimaron proporciones y se analizaron las distribuciones de las variables. Se llevaron a cabo análisis de relación de forma general entre las variables de salud mental y las variables de corte, como edad, sexo y grado de instrucción. Si la variable independiente fue nominal (ejemplo: depresión versus no depresión) y las variables relacionadas también (sexo, edad, grado de instrucción), para considerar el diseño de encuesta se empleó la F corregida, un estadístico de chi cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden, considerando el diseño de encuesta y se determinó la significancia estadística basada en los grados de libertad y un nivel de significancia de < 0,05.

En cada caso se utilizaron análisis estadísticos según los procedimientos antes descritos, de acuerdo con el tipo de variable. Asimismo, se describieron la mayoría de los estimados, el error estándar, los intervalos de confianza, el efecto de diseño (deff) y el coeficiente de variación. Se asumió que un índice del coeficiente de variación es aceptable hasta en un 15,0%.

Se realizaron los análisis estadísticos para comparar los hallazgos del 2003 con los del 2017 de los principales aspectos de la salud mental en la población adolescente de la ciudad de Ayacucho, en su vertiente tanto negativa como positiva, sus asociaciones, sus magnitudes, las particularidades sociales de las personas que los sufren y el nivel de acceso a servicios de salud mental. Esto se tradujo en tablas que contenían los porcentajes obtenidos en cada variable y los valores de F corregida y p, tanto para el 2003 como el 2017, así como los valores de F corregida y p, de la comparación de hallazgos.

La información fue procesada utilizando el software estadístico SPSS Versión 20 para muestras complejas.

V. RESULTADOS

1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

1.1. SEXO

Al realizar el análisis comparativo, se observa que la proporción del sexo masculino presentó una ligera disminución para el año 2017, por tanto, la proporción del género femenino aumentó, aunque dichas diferencias no resultaron significativas (F=1,893; p=0,170) (Tabla 1).

Tabla 1
ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN AYACUCHO 2003 - 2017

SEXO	2003			2017			*ESTADÍSTICO MASCULINO/FEMENINO 2003 VS 2017*
	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	
MUESTRA TOTAL (SIN PONDERAR)	624	52,6%	47,4%	556	50,9%	49,1%	*F=1,893; p=0,170*
EXPANDIDO	21780	45,8% (40,8-50,9)	54,2 (49,1-59,2)	27164	50,5% (45,8-55,1)	49,5 (44,9-54,2)	

1.2. EDAD

Al observar la edad promedio de los adolescentes en Abancay para los años 2003 y 2017, se puede observar que no existen diferencias estadísticamente significativas (F=0,073; p=0,787). Para los grupos etarios en ambos años la población adolescente es similar, siendo muy ligeramente mayor en el grupo de 12 a 14 años, pero no hay diferencias estadísticamente significativas (F=0,064; p=0,801) (Tabla 2).

Tabla 2
EDAD EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003 - 2017

EDAD	2003		2017		
	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	
PONDERADA	14,51	2,24	14,47	1,87	*F=0,073; p=0,787*
GRUPO ETARIO	**PONDERADO**	**SIN PONDERAR**	**PONDERADO**	**SIN PONDERAR**	
12 A 14 AÑOS	50,1% (45,6-54,7)	49,2%	51,0% (46,0-55,9)	49,3%	*F=0,064; p=0,801*
15 A 17 AÑOS	49,9% (45,3-54,4)	50,8%	49,0% (44,1-54,0)	50,7%	

1.3. ESCOLARIDAD

En cuanto al nivel de educación de los adolescentes según año, se encontró una disminución considerable en la proporción de primaria incompleta en el 2017 respecto al 2003, siendo estadísticamente significativo para el total (F=36,252; p<0,001) y también para ambos sexos. Asimismo, se encontró un aumento considerable en la proporción de adolescentes con secundaria completa, siendo estadísticamente significativo para el total (F=24,860; p<0,001) y también para ambos sexos. Por último, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos en el año 2003 en el grupo de educación superior siendo mayor la proporción en sexo femenino (F=4,022; p=0,047), esta diferencia no se aprecia en el año 2017. Las demás proporciones se mantuvieron relativamente estables y la variación no fue estadísticamente significativa (Tabla 3).

Tabla 3
NIVEL DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003 - 2017

NIVEL DE EDUCACIÓN	2003			2017			2003/2017
	%	IC 95%	ESTADÍSTICOS	%	IC 95%	ESTADÍSTICOS	
PRIMARIA INCOMPLETA							
TOTAL	12,89	(10,0-16,4)	*F=0,213; p=0,645*	2,26	(0,5-4,0)	*F=1,694; p=0,195*	*F=36,252- p<0,001*
MASCULINO	13,64	(9,5-19,2)		1,36	(1,5-6,6)		*F=25,583- p<0,001*
FEMENINO	12,26	(8,9-16,7)		3,17	(1,2-4,1)		*F=13,346- p<0,001*
PRIMARIA COMPLETA							
TOTAL	8,00	(5,8-10,9)	*F=3,333; p=0,070*	8,58	(6,1 - 11,9)	*F=0,738 p=0,392*	*F=0,097- p=0,756*
MASCULINO	10,17	(7,1-14,4)		9,79	(6,1 - 15,3)		*F=0,017- p=0,895*
FEMENINO	6,17	(3,8-9,9)		7,34	(4,6 - 11,6)		*F=0,263- p=0,609*
SECUNDARIA INCOMPLETA							
TOTAL	74,42	(70,2-78,3)	*F=0,584; p=0,446*	75,68	(71,1 - 79,7)	*F=0,332 p=0,565*	*F=0,186- p=0,667*
MASCULINO	72,77	(66,3-78,4)		74,53	(68,3 - 79,9)		*F=0,174- p=0,677*
FEMENINO	75,82	(70,2-80,7)		76,86	(70,5 - 82,2)		*F=0,065- p=0,798*
SECUNDARIA COMPLETA							
TOTAL	3,83	(2,5-5,8)	*F=1,281; p=0,260*	12,01	(9,2 - 15,5)	*F=0,446 p=0,505*	*F=24,860- p<0,001*
MASCULINO	2,95	(1,6-5,5)		13,06	(9,0 - 18,6)		*F=19,240- p<0,001*
FEMENINO	4,57	(2,7-7,5)		10,95	(7,5 - 15,7)		*F=7,861- p=0,006*
SUPERIOR							
TOTAL	0,85	(0,3-2,4)	*F=4,022; p=0,047*	1,47	(0,8 - 2,7)	*F=0,185 p=0,668*	*F=1,130- p=0,288*
MASCULINO	0,46	(0,1-1,9)		1,27	(0,5 - 3,5)		*F=1,401- p=0,238*
FEMENINO	1,18	(0,4-3,2)		1,68	(0,8 - 3,6)		*F=0,311- p=0,578*

1.4. SITUACION LABORAL

Para la situación laboral de los adolescentes en Ayacucho se encontró que el año 2003 hubo una diferencia estadísticamente significativa (F=4,955- p=0,028) entre ambos sexos en el grupo de adolescentes que habían trabajado la semana anterior, siendo predominantemente los varones. Este hallazgo no se observa en el año 2017, en el cual las proporciones entre hombres y mujeres son similares. Asimismo, se observa una disminución en la proporción de adolescentes que están buscando trabajo en el año 2017 respecto al año 2003, sin embargo, no se encuentran suficientes observaciones para estimar una prueba estadística [4].

Tabla 4
SITUACIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003 - 2017

SITUACIÓN LABORAL	2003			2017			2003/2017
	%	IC 95%	ESTADÍSTICOS	%	IC 95%	ESTADÍSTICOS	
TRABAJO LA SEMANA ANTERIOR							
TOTAL	8,10	(5,8-11,2)	*F=4,955; p=0,028*	9,54	(7,0-12,9)	*F=0,013; p=0,911*	*F=0,515; p=0,473*
MASCULINO	11,40	(7,4-17,2)		9,71	(6,2-14,9)		*F=0,279; p=0,598*
FEMENINO	5,33	(3,1-8,9)		9,38	(6,1-14,1)		*F=2,867; p=0,092*
ESTÁ BUSCANDO TRABAJO							
TOTAL	2,92	(1,5-5,6)	/*	1,12	(0,6 - 3,1)	/*	/*
MASCULINO	2,18	(0,9-5,4)		1,57	(0,5 - 5,0)		
FEMENINO	3,51	(1,5-8,0)		0,66	(0,2 - 3,7)		

/*No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico

1.5. INGRESOS ECONÓMICOS

Respecto a los ingresos económicos de los adolescentes en Ayacucho, se utilizó como indicador el promedio de ingreso mensual personal en los últimos tres meses, siendo para ambos años la mayor proporción en el grupo con ingresos menores a 300 nuevos soles, sin embargo, se observa una disminución porcentual estadísticamente significativa en el año 2017 respecto al año 2003 (F=8,781; p=0,003), siendo también significativa para el grupo masculino (F=9,804; p=0,002) pero no para el femenino (F=1,135; p=0,288). Se observa también que, en el rango de ingresos de 601 a 1200 nuevos soles, hubo un gran aumento porcentual en 2017 en comparación con 2003. Sin embargo, no hubo suficientes observaciones para estimar el estadístico (Tabla 5).

Tabla 5
INGRESOS ECONÓMICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003 - 2017

INGRESOS NUEVOS (SOLES)	2003			2017			2003 vs 2017
	%	IC 95%	ESTADÍSTICOS	%	IC 95%	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
<300							
TOTAL	93,7	(80,8-98,1)	*F=0,001; p=0,978*	70,5	(59,3-79,6)	*F=4,616; p=0,033*	*F=8,781; p=0,003*
MASCULINO	93,8	(75,4-98,7)		58,6	(41,3-74,0)		*F=9,804; p=0,002*
FEMENINO	93,6	(65,1-99,1)		82,4	(66,9-91,5)		*F=1,135; p=0,288*
301 A 600							
TOTAL	0	0		16,2	(9,4-26,6)	*F=0,983; p=0,323*	
MASCULINO	0	0		20,5	(10,2-36,9)		
FEMENINO	0	0		12,0	(4,7-27,1)		
601 A 1200							
TOTAL	1,1	(0,2-7,6)		11,3	(5,8-20,9)		
MASCULINO	1,7	(0,2-11,6)	/*	16,9	(7,6-33,5)	/*	/*
FEMENINO	0	0		5,7	(1,5-19,8)		
> DE 1200							
TOTAL	5,2	(1,2-19,1)		2,0	(0,4-8,7)		
MASCULINO	4,5	(0,6-26,6)	/*	4,0	(0,9-16,6)	/*	/*
FEMENINO	6,4	(0,9-34,9)		-	-		

/*No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico

2. PROBLEMAS PERCIBIDOS Y SENTIMIENTOS FRENTE A LOS PROBLEMAS

Dentro de los diferentes problemas percibidos en el país por la población de adolescentes en Ayacucho entre ambos periodos, encontramos que, en el año 2003, los principales problemas percibidos fueron la pobreza, seguida del desempleo; en comparación con el año 2017, donde los principales problemas percibidos fueron: la corrupción, seguido de la delincuencia.

Dentro de los hallazgos más notorios, se observa una disminución estadísticamente significativa en la percepción del desempleo como principal problema en el país, siendo esta de 28,65% a 4,07% (F=113,688; p<0,001) y de la pobreza de 32,31% a 8,82% (F=72,270; p<0,001). Se encuentra también una disminución estadísticamente significativa pero relativamente baja porcentualmente en la percepción de terrorismo, narcotráfico y manejo económico como principales problemas dentro del país.

Asímismo, se observa un aumento estadísticamente significativo en la percepción de corrupción como principal problema en el país de un-8,15% a 31,15%, así como también en la delincuencia con un aumento del 12,05% al 28,52% (F=40,037; p<0,001) y en el caso de violencia con un aumento de 7,95% a 13,36% (F=6,530; p=0,011).

En el caso de corrupción como principal problema percibido en el país, llama la atención la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre ambos géneros para el año 2010, siendo un-11,4% del grupo masculino frente a un-5,4% del grupo femenino (F=6,635; p=0,010), a diferencia del 2017 donde los porcentajes entre ambos géneros son similares para este caso.

En el caso de violencia se destaca un cambio estadísticamente significativo en la población femenina (F=5,782; p=0,017) mas no en la población masculina (F=1,411; p=0,236) al desglosar por géneros- así como también una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en el año 2017 con un-10,32% frente a un-16,25% respectivamente (F=3,084; p=0,080) a comparación del año 2003 donde no ocurre esta diferencia estadísticamente significativa.

Para los demás problemas percibidos como falta de confianza, falta de liderazgo e inestabilidad política se encuentran porcentajes relativamente bajos y no presentaron cambios significativos a lo largo de los años (Tabla 6).

Tabla 6
PRINCIPALES PROBLEMAS PERCIBIDOS EN EL PAÍS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003 - 2017

PRINCIPALES PROBLEMAS	2003			2017			2003/2017
	%	IC 95%	ESTADÍSTICOS	%	IC 95%	ESTADÍSTICOS	
DESEMPLEO							
TOTAL	28,65	(24,9 - 32,7)	*F=1,909 p=0,168*	4,07	(2,7 - 6,2)	*F=0,519 p=0,472*	*F=113,688; p<0,001*
MASCULINO	31,82	(26,6 - 37,6)		4,71	(2,7 - 8,1)		*F=65,072; p<0,001*
FEMENINO	25,98	(20,9 - 31,8)		3,42	(1,7 - 6,6)		*F=50,429; p<0,001*
CORRUPCIÓN							
TOTAL	8,15	(6,1 - 10,7)	*F=6,635 p=0,010*	31,15	(27,2 - 35,4)	*F=0,047 p=0,829*	*F=92,439; p<0,001*
MASCULINO	11,40	(8,1 - 15,8)		30,68	(25,5 - 36,4)		*F=31,148; p<0,001*
FEMENINO	5,40	(3,4 - 8,5)		31,62	(25,8 - 38,1)		*F=67,292; p<0,001*
VIOLENCIA							
TOTAL	7,95	(5,8 - 10,7)	*F=0,252 p=0,616*	13,36	(10,2 - 17,33)	*F=3,084 p=0,080*	*F=6,530; p=0,011*
MASCULINO	7,28	(4,8 - 10,9)		10,32	(6,8 - 15,4)		*F=1,411; p=0,236*
FEMENINO	8,52	(5,5 - 13,0)		16,45	(11,6 - 22,8)		*F=5,782; p=0,017*
POBREZA							
TOTAL	32,31	(27,9 - 37,1)	*F=1,112 p=0,292*	8,82	(6,6 - 11,8)	*F=0,227 p=0,634*	*F=72,270; p<0,001*
MASCULINO	29,87	(24,3 - 36,1)		8,19	(5,2 - 12,7)		*F=32,302; p<0,001*
FEMENINO	34,38	(27,9 - 41,5)		9,47	(6,4 - 13,8)		*F=39,391; p<0,001*
FALTA DE CONFIANZA							
TOTAL	0,86	(0,4 - 2,0)	*F=1,528 p=0,217*	0,84	(0,3 - 2,1)	*F=0,087 p=0,768*	*F=0,001; p=0,972*
MASCULINO	1,33	(0,5 - 3,6)		0,74	(0,2 - 2,4)		*F=0,550; p=0,459*
FEMENINO	0,47	(0,1 - 1,9)		0,94	(0,2 - 3,7)		*F=0,503; p=0,479*
FALTA DE LIDERAZGO							
TOTAL	0,77	(0,3 - 2,0)	*F=0,109 p=0,742*	1,63	(0,7 - 3,6)	*F=1,262 p=0,262*	*F=1,425; p=0,233*
MASCULINO	0,91	(0,2 - 3,6)		2,28	(0,8 - 6,1)		*F=1,167; p=0,281*
FEMENINO	0,66	(0,2 - 2,5)		0,97	(0,3 - 3,1)		*F=0,186; p=0,667*
INESTABILIDAD POLÍTICA							
TOTAL	0,78	(0,4 - 1,7)	*F=0,155 p=0,694*	2,32	(1,3 - 4,1)	*F=0,211 p=0,646*	*F=5,291; p=0,022*
MASCULINO	0,91	(0,3 - 2,5)		2,63	(1,2 - 5,8)		*F=2,884; p=0,091*
FEMENINO	0,66	(0,2 - 2,3)		2,00	(0,8 - 4,6)		*F=2,312; p=0,130*
DELINCUENCIA							
TOTAL	12,05	(9,4 - 15,3)	*F=2,783 p=0,096*	28,52	(24,7 - 32,7)	*F=3,444 p=0,064*	*F=40,037; p<0,001*
MASCULINO	9,31	(6,1 - 14,1)		32,54	(26,9 - 38,8)		*F=36,567; p<0,001*
FEMENINO	14,36	(10,7 - 19,1)		24,43	(19,6 - 30,0)		*F=8,175; p=0,005*
TERRORISMO							
TOTAL	2,12	(1,1 - 4,0)	*F=2,506 p=0,114*	0,28	(0,0 - 1,9)		*F=5,284; p=0,022*
MASCULINO	1,08	(0,3 - 3,4)		0			*F=3,978; p=0,047*
FEMENINO	2,99	(1,4 - 6,3)		0,56	(0,1 - 3,7)		*F=3,203; p=0,075*
NARCOTRÁFICO							
TOTAL	1,63	(0,8 - 3,4)	*F=0,635 p=0,426*	0,30	(0,1 - 1,2)	*F=0,010 p=0,920*	*F=5,631; p=0,018*
MASCULINO	1,09	(0,3 - 3,8)		0,27	(0,0 - 1,9)		*F=1,599; p=0,207*
FEMENINO	2,07	(0,8 - 5,1)		0,32	(0,0 - 2,3)		*F=3,786; p=0,053*
MANEJO ECONÓMICO							
TOTAL	1,30	(0,6 - 2,7)	*F=0,885 p=0,347*	0,28	(0,1 - 1,1)	*F=0,091 p=0,763*	*F=4,375; p=0,037*
MASCULINO	0,82	(0,2 - 2,7)		0,22	(0,0 - 1,6)		*F=1,458; p=0,229*
FEMENINO	1,71	(0,7 - 4,2)		0,33	(0,0 - 2,4)		*F=2,690; p=0,102*
NINGUNA							
TOTAL	0,56	(0,2 - 1,5)	*F=0,324 p=0,569*	3,74	(2,5 - 5,7)	*F=0,372 p=0,542*	*F=15,505; p<0,001*
MASCULINO	0,37	(0,1 - 2,6)		3,25	(1,8 - 5,9)		*F=6,425; p=0,012*
FEMENINO	0,72	(0,2 - 2,3)		4,24	(2,4 - 7,5)		*F=8,960; p=0,003*
NO SABE							
TOTAL	2,23	(1,0 - 4,8)	*F=0,291 p=0,590*	0,54	(0,1 - 2,5)	*F=0,681 p=0,410*	*F=3,030; p=0,082*
MASCULINO	2,73	(0,8 - 8,5)		0,81	(0,1 - 5,6)		*F=1,236; p=0,267*
FEMENINO	1,81	(0,7 - 4,5)		0,27	(0,0 - 1,9)		*F=4,055; p=0,045*
OTRO							
TOTAL	0,63	(0,2 - 1,8)	*F=1,357 p=0,244*	3,35	(1,9 - 5,7)	*F=0,083 p=0,773*	*F=9,797; p=0,002*
MASCULINO	1,04	(0,9 - 5,3)		3,11	(0,6 - 4,6)		*F=2,736; p=0,100*
FEMENINO	0,29	(0,0 - 2,0)		3,60	(1,5 - 8,4)		*F=9,031; p=0,003*

En cuanto a los sentimientos frente a los problemas nacionales en la población de adolescentes en Ayacucho entre ambos periodos encontramos que en el año 2003 los principales sentimientos frente a los problemas nacionales fueron pena, tristeza o depresión- seguido de preocupación. En el año 2017 los principales sentimientos frente a los problemas nacionales fueron también la preocupación, seguida de pena, tristeza o depresión y en tercer lugar la cólera, en comparación con el año anterior cuando su porcentaje era más bajo.

Dentro de los hallazgos se encuentra un aumento estadísticamente significativo en el sentimiento de cólera de 7,49% a 14,7% (F=13,662; p<0,001), el cual pasa a ocupar el tercer lugar dentro de los principales

sentimientos percibidos frente a los problemas nacionales en el año 2017. También se encontró un aumento significativo, aunque con una variación porcentual relativamente baja, en los sentimientos de indiferencia, amargura, impotencia, frustración e indignación.

Particularmente en el caso del sentimiento de amargura, se encontró una variación estadísticamente significativa en el grupo femenino (F=18,305; p<0,001) mas no en el masculino (F=0,571; p=0,451) al desglosar por géneros, además de encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros en un mismo año tanto para el 2003 con un 5,11% del grupo masculino frente al 1,1 % del grupo femenino (F=5,737; p=0,018), como para el 2017, con un 3,7% del grupo masculino frente a un 10,46% del grupo femenino (F=8,602; p=0,004).

Se encontró una disminución estadísticamente significativa en los sentimientos de pena, tristeza o depresión de 37,45% a 15,15% (F=53,577; p<0,001), así como también en la preocupación de 28,23% a un 16,29% (F=17,685; p<0,001). En este último la variación fue estadísticamente significativa en el grupo masculino (F=18,305; p<0,001) más no en el grupo femenino (F=2,027; p=0,156) al desglosar por géneros, además, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos géneros en el año 2017 con un 13,05 % en el grupo masculino frente a un 19,6 % del grupo femenino (F=4,482; p=0,036).

Tabla 7

SENTIMIENTOS FRENTE A LOS PROBLEMAS NACIONALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003 - 2017

SENTIMIENTOS FRENTE A LOS PROBLEMAS NACIONALES	2003			2017			2003/2017
	%	IC 95%	*ESTADÍSTICOS*	%	IC 95%	*ESTADÍSTICOS*	
INDIFERENCIA							
TOTAL	1,97	(1,2 - 3,3)	*F=0,001 p=0,979*	4,08	(2,6 - 6,2)	*F=1,189 p=0,277*	*F=4,701; p=0,031*
MASCULINO	1,99	(1,0 - 3,9)		5,04	(2,9 - 8,7)		*F=4,858; p=0,029*
FEMENINO	1,96	(0,9 - 4,3)		3,09	(1,6 - 6,0)		*F=0,765; p=0,383*
RESIGNACIÓN							
TOTAL	1,72	(0,6 - 5,0)	*F=0,224 p=0,637*	1,26	(0,5 - 3,0)	*F=0,186 p=0,667*	*F=0,200; p=0,655*
MASCULINO	1,35	(0,3 - 5,1)		1,47	(0,4- 5,2)		*F=0,009; p=0,925*
FEMENINO	2,04	(0,4 - 8,9)		1,03	(0,4 - 2,7)		*F=0,561; p=0,455*
DESILUSIÓN							
TOTAL	5,82	(4,0 - 8,5)	*F=0,061 p=0,805*	3,73	(2,4 - 5,8)	*F=0,1,780 p=0,184*	*F=2,374; p=0,124*
MASCULINO	5,52	(3,2 - 9,3)		4,89	(2,9 - 8,1)		*F=0,110; p=0,741*
FEMENINO	6,08	(3,5 - 10,3)		2,53	(1,1 - 5,7)		*F=4,658; p=0,071*
AMARGURA							
TOTAL	2,94	(1,7 - 5,1)	*F=5,737 p=0,018*	7,05	(5,0 - 9,8)	*F=8,602 p=0,004*	*F=7,567; p=0,006*
MASCULINO	5,11	(2,8 - 9,3)		3,70	(2,0 - 6,6)		*F=0,571; p=0,451*
FEMENINO	1,10	(0,3 - 3,7)		10,46	(7,0 - 15,3)		*F=18,305; p<0,001*
RABIA							
TOTAL	4,84	(3,3 - 7,1)	*F=2,498 p=0,117*	7,69	(5,4 - 10,8)	*F=3,374 p=0,068*	*F=3,058; p=0,081*
MASCULINO	6,24	(3,8 - 10,1)		10,00	(6,4 - 15,3)		*F=1,931; p=0,166*
FEMENINO	3,66	(2,0 - 6,7)		5,34	(3,2 - 8,8)		*F=0,875; p=0,351*
CÓLERA							
TOTAL	7,49	(5,6 - 9,9)	*F=2,860 p=0,093*	14,70	(11,7 - 18,4)	*F=0,990 p=0,321*	*F=13,662; p<0,001*
MASCULINO	5,72	(3,3 -9,7)		13,06	(9,1 - 18,3)		*F=6,478; p=0,012*
FEMENINO	8,98	(6,5 - 12,4)		16,37	(12,1 - 21,8)		*F=7,594; p=0,006*
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN							
TOTAL	37,45	(32,7 - 42,4)	*F=1,903 p=0,170*	15,15	(12,1 - 18,8)	*F=1,091 p=0,298*	*F=53,577; p<0,001*
MASCULINO	33,88	(27,4 - 41,0)		16,86	(12,5 - 22,3)		*F=15,537; p<0,001*
FEMENINO	40,46	(34,0 - 47,3)		13,40	(9,5 - 18,5)		*F=40,318; p<0,001*
PREOCUPACIÓN							
TOTAL	28,23	(23,6 - 33,4)	*F=2,378 p=0,126*	16,29	(13,2 - 19,9)	*F=4,482 p=0,036*	*F=17,685; p<0,001*
MASCULINO	31,81	(24,9 - 39,6)		13,05	(9,4 - 17,9)		*F=21,212; p<0,001*
FEMENINO	25,20	(19,4 - 32,0)		19,60	(15,0 - 25,1)		*F=2,027; p=0,156*
IMPOTENCIA							
TOTAL	1,70	(0,9 - 3,1)	*F<0,001 p=0,984*	5,40	(3,6 - 8,0)	*F=0,883 p=0,349*	*F=11,515; p=0,001*
MASCULINO	1,68	(0,6 - 4,5)		6,51	(4,1 - 10,3)		*F=6,818; p=0,010*
FEMENINO	1,71	(0,8 - 3,5)		4,27	(2,0 - 8,8)		*F=3,555; p=0,061*
FRUSTRACIÓN							
TOTAL	0,79	(0,4 - 1,8)	*F=0,165 p=0,685*	4,59	(2,9 - 7,1)	*F=0,344 p=0,559*	*F=18,359; p<0,001*
MASCULINO	0,93	(0,3 - 2,9)		5,17	(2,8 - 9,3)		*F=8,777; p=0,003*
FEMENINO	0,67	(0,2 - 2,0)		4,00	(2,0 - 7,7)		*F=9,563; p=0,002*
DESESPERACIÓN O ANGUSTIA							
TOTAL	1,91	(0,8 - 4,4)	*F=1,733 p=0,191*	0,71	(0,3 - 1,9)	*F=0,193 p=0,661*	*F=2,391; p=0,122*
MASCULINO	0,99	(0,3 - 3,1)		0,88	(0,3 - 2,6)		*F=0,021; p=0,885*
FEMENINO	2,69	(1,0 - 7,3)		0,54	(0,1 - 3,8)		*F=2,550; p=0,112*

SENTIMIENTOS FRENTE A LOS PROBLEMAS NACIONALES	2003			2017			2003/2017
	%	IC 95%	ESTADÍSTICOS	%	IC 95%	ESTADÍSTICOS	
INDIGNACIÓN							
TOTAL	0,56	(0,2 - 1,5)	*F<0,001 p=0,995*	3,74	(2,5 - 5,7)	*F=2,098 p=0,150*	*F=15,505; p<0,001*
MASCULINO	0,37	(0,1 - 2,6)		3,25	(1,8 - 5,9)		*F=6,425; p=0,012*
FEMENINO	0,71	(0,2 - 2,3)		4,24	(2,4 - 7,5)		*F=8,960; p=0,003*
OTRA							
TOTAL	1,26	(0,4 - 3,7)	*F=0,568 p=0,453*	7,16	(5,1 - 10,0)	*F=0,747 p=0,389*	*F=11,495; p=0,001*
MASCULINO	0,77	(0,2 - 3,5)		8,16	(5,0 - 13,0)		*F=13,451; p<0,001*
FEMENINO	1,68	(0,4 - 6,7)		6,14	(3,8 - 9,9)		*F=3,453; p=0,064*

3. CONFIANZA EN AUTORIDADES

En cuanto a la confianza en autoridades por parte de la población adolescente de Ayacucho, en el año 2003, se observaron los porcentajes más altos de falta de confianza ("nada o poco") hacia autoridades como policías (64,5%), militares (68,5%), políticos (85,0%), y líderes comunitarios (73,2%). No obstante, para el año 2017, se destacaron los bajos niveles de confianza hacia políticos (81,0%), líderes comunitarios (68,5%), vecinos (56,2%), y jueces (55,9%). En ambos años, se evidenció una mayor confianza ("bastante o mucha") en religiosos, maestros y médicos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al desglosar los datos por género, En el año 2003, la confianza en militares mostró una marcada disparidad entre los géneros (F=7,816; p=0,001), con una mayor desconfianza por parte de la población masculina (72,8%) en comparación con la femenina (63,4%). Asimismo, se observaron diferencias significativas en la confianza hacia los vecinos (F=3,398; p=0,036), con niveles más bajos de confianza entre las mujeres (58,1%) en contraste con los hombres (50,9%).

En el año 2017, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre géneros en los cuales destacan niveles más altos de desconfianza frente a autoridades por parte de la población femenina en comparación masculina, estas disparidades fueron significativas en la confianza hacia policías (F=17,476; p<0,001), militares (F=13,656; p<0,001), vecinos (F=9,632; p<0,001), jueces (F=4,957; p=0,009) y serenos (F=3,491; p=0,033). Además, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la confianza hacia los maestros (F=3,462; p=0,033), siendo mayor el nivel de confianza hacia estos en el grupo masculino en comparación con el femenino.

Al comparar ambos años, se revelaron diferencias estadísticamente significativas en la confianza hacia los militares (F=29,852; p<0,001), evidenciando una disminución general en la desconfianza en el año 2017 respecto al 2003 tanto para la población total como al desglosar por géneros.

Asimismo, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la confianza al comparar ambos años (en cuanto a la población total), hacia los médicos (F=3,181; p=0,042) con notables variaciones en los niveles de confianza "poco o nada" y "regular", un leve incremento en la confianza hacia los políticos (F=4,022; p=0,020) y un aumento en la desconfianza hacia los periodistas para el año 2017 (F=3,730; p=0,025) aunque en estos casos mencionados no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos años por género.

Tabla 8

CONFIANZA EN AUTORIDADES Y PERSONAS DEL ENTORNO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE 2003 - 2017

CONFIANZA EN:	2003				2017				2003 vs 2017
	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHA %	ESTADÍSTICOS	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHA %	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
POLICÍAS									
TOTAL	64,5	30,3	5,3	*F=0,315 p=0,702*					
MASCULINO	62,8	31,0	6,1						
FEMENINO	65,9	29,6	4,5						

Confianza en:	2003				2017				2003 vs 2017
	Nada o poco %	Regular %	Bastante o Mucha %	Estadísticos	Nada o poco %	Regular %	Bastante o Mucha %	Estadísticos	Estadísticos
Policías femeninas									
Total					36,6	39,2	24,2	*F=0,403 p=0,667*	
Masculino					35,1	41,4	23,5		
Femenino					38,1	36,9	25,0		
Policías varones									
Total					55,8	30,4	13,9	*F=17,476 p<0,001*	
Masculino					41,4	38,9	19,6		
Femenino					70,4	21,6	8,0		
Militares									
Total	68,5	26,6	4,9	*F=7,816 p=0,001*	51,5	26,0	22,5	*F=13,656 p<0,001*	*F=29,852; p<0,001*
Masculino	63,4	28,5	8,0		41,3	28,4	30,3		*F=21,065; p<0,001*
Femenino	72,8	25,0	2,3		61,8	23,5	14,6		*F=14,339; p<0,001*
Religiosos									
Total	31,5	28,1	40,4	*F=0,645 p=0,525*	39,4	24,5	36,1	*F=0,318 p=0,725*	*F=2,707; p=0,068*
Masculino	32,9	29,7	37,3		41,2	23,4	35,4		*F=1,741; p=0,177*
Femenino	30,2	26,7	43,1		37,7	25,6	36,7		*F=1,364; p=0,257*
Maestros									
Total	20,0	29,8	50,1	*F=0,88 p=0,416*	18,9	29,0	52,1	*F=3,462 p=0,033*	*F=0,170; p=0,841*
Masculino	19,2	27,5	53,3		14,0	29,0	57,0		*F=0,933; p=0,393*
Femenino	20,8	31,8	47,4		23,9	29,0	47,1		*F=0,414; p=0,660*
Médicos o doctores									
Total	24,2	26,9	48,9	*F=0,636 p=0,53*	18,2	32,9	48,9	*F=2,361 p=0,097*	*F=3,181; p=0,042*
Masculino	21,9	27,7	50,4		14,7	32,7	52,6		*F=2,109; p=0,123*
Femenino	26,2	26,3	47,6		21,7	33,2	45,1		*F=1,529; p=0,218*
Políticos									
Total	85,0	13,6	1,4	*F=0,929 p=0,396*	81,0	14,5	4,5	*F=0,421 p=0,656*	*F=4,022; p=0,020*
Masculino	85,1	12,8	2,2		81,3	13,4	5,3		*F=1,579; p=0,208*
Femenino	84,9	14,2	0,8		80,7	15,6	3,7		*F=2,380; p=0,095*
Líderes de su sindicato									
Total	36,8	51,3	11,9	/*	100,0				
Masculino	22,6	52,4	25,0		100,0				
Femenino	49,6	50,4	0,0		100,0				
Líderes de su comunidad / alcalde									
Total	73,2	20,8	5,9	*F=1,712 p=0,184*	68,5	25,3	6,2	*F=2,526 p=0,082*	*F=1,209; p=0,299*
Masculino	69,0	24,1	6,9		63,8	28,3	7,9		*F=0,663; p=0,515*
Femenino	76,8	18,1	5,1		73,4	22,1	4,6		*F=0,496; p=0,602*
Jefe en el trabajo									
Total	41,7	28,5	29,7	*F=0,024 p=0,973*	26,6	29,4	44,0	*F=0,953 p=0,385*	*F=1,008; p=0,366*
Masculino	41,5	27,4	31,0		15,9	35,8	48,3		*F=1,635; p=0,196*
Femenino	42,1	30,2	27,8		35,1	24,3	40,5		*F=0,262; p=0,769*
Vecinos									
Total	54,8	29,2	16,0	*F=3,398 p=0,036*	56,2	28,9	14,9	*F=9,632 p<0,001*	*F=0,125; p=0,882*
Masculino	50,9	28,7	20,4		48,0	30,8	21,2		*F=0,215; p=0,806*
Femenino	58,1	29,6	12,3		64,5	27,0	8,5		*F=1,301; p=0,273*
Periodistas									
Total	44,0	38,6	17,3	*F=2,988 p=0,053*	52,7	34,2	13,2	*F=2,241 p=0,108*	*F=3,730; p=0,025*
Masculino	38,3	42,2	19,5		48,1	36,2	15,7		*F=2,339; p=0,098*
Femenino	49,0	35,5	15,5		57,4	32,1	10,5		*F=2,120; p=0,121*
Jueces									
Total					55,9	30,9	13,3	*F=4,957 p=0,009*	
Masculino					49,1	33,9	17,0		
Femenino					62,7	27,8	9,5		
Serenos									
Total					46,8	33,4	19,8	*F=3,491 p=0,033*	
Masculino					40,5	36,8	22,6		
Femenino					53,1	29,8	17,0		

/*No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico

4. ESTRESORES COTIDIANOS

En cuanto a la tensión experimentada por la población adolescente de Ayacucho, en el año 2003, los niveles más altos de tensión se asociaron con la delincuencia (65,5%), la salud (59,8%) y los estudios (53,9%). Para el año 2017, aunque la delincuencia seguía siendo la principal fuente de tensión (59,8%), el narcotráfico (47,2%) y la salud (37,4%) ocuparon los siguientes lugares en cuanto a mayores niveles de tensión frente a estos estresores.

Al examinar la diferencia entre géneros, en el año 2003 se encontraron diferencias significativas en la percepción de tensión respecto a factores como el dinero (F=8,447; p<0,001), el terrorismo (F=5,429; p=0,005), la delincuencia (F=8,263; p<0,001) y el narcotráfico (F=8,113; p=0,001), siendo la población femenina la que reportó niveles más altos de tensión en comparación con la masculina. Sin embargo, para el año 2017, solo se observó una diferencia estadísticamente significativa en la percepción de tensión frente a asuntos legales (F=4,972; p=0,008), con niveles más altos nuevamente reportados por la población femenina.

Se detectó una disminución significativa de la tensión entre ambos años en la población total en relación con el trabajo (F=4,872; p=0,008), los estudios (F=43,665; p<0,001), los parientes (F=37,830; p<0,001), la pareja (F=4,326; p=0,014), el dinero (F=18,476; p<0,001), la salud (F=23,098; p<0,001), los asuntos legales (F=9,181; p<0,001) y el terrorismo (F=16,241; p<0,001). Es importante destacar que la variación porcentual de la tensión frente a los estresores mencionados entre ambos años también fue estadísticamente significativa al desglosar por género, con la excepción de la pareja y el trabajo en los cuales solo se observó un cambio estadísticamente significativo en el grupo masculino, más no en el femenino.

Tabla 9

TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 - 2017

TENSIÓN FRENTE A ESTRESORES COTIDIANOS	2003				2017				2003 VS 2017
	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHA %	ESTADÍSTICOS	NADA O POCO %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHA %	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
TRABAJO									
TOTAL	49,0	23,2	27,8	*F=0,066 p=0,934*	73,0	19,8	7,2	*F=1,383 p=0,253*	*F=4,872; p=0,008*
MASCULINO	49,4	24,4	26,1		81,8	13,2	5,0		*F=4,431; p=0,013*
FEMENINO	48,2	21,0	30,8		63,5	26,9	9,6		*F=1,676; p=0,188*
ESTUDIOS									
TOTAL	23,6	22,4	53,9	*F=0,864 p=0,422*	52,1	24,2	23,7	*F=0,248 p=0,778*	*F=43,665; p<0,001*
MASCULINO	26,4	21,8	51,8		53,7	23,8	22,4		*F=19,980; p<0,001*
FEMENINO	21,3	22,9	55,7		50,5	24,6	25,0		*F=23,455; p<0,001*
PARIENTES									
TOTAL	35,0	17,6	47,4	*F=0,706 p=0,491*	66,7	12,7	20,6	*F=0,458 p=0,627*	*F=37,830; p<0,001*
MASCULINO	34,7	20,1	45,2		68,4	12,8	18,8		*F=20,308; p<0,001*
FEMENINO	35,3	15,8	49,0		65,0	12,6	22,4		*F=17,670; p<0,001*
PAREJA									
TOTAL	70,8	16,5	12,7	*F=0,016 p=0,983*	87,5	7,3	5,2	*F=0,832 p=0,436*	*F=4,326; p=0,014*
MASCULINO	70,2	16,6	13,3		88,0	8,5	3,5		*F=21,065; p<0,001*
FEMENINO	71,4	16,5	12,2		86,6	5,1	8,3		*F=1,941; p=0,146*
DINERO									
TOTAL	47,3	21,3	31,3	*F=8,447 p<0,001*	61,3	24,3	14,4	*F=2,184 p=0,115*	*F=18,476; p<0,001*
MASCULINO	56,4	20,3	23,3		65,9	22,4	11,7		*F=5,539; p<0,001*
FEMENINO	39,6	22,2	38,2		56,6	26,2	17,2		*F=12,257; p<0,001*
SALUD									
TOTAL	22,4	17,8	59,8	*F=2,862 p=0,064*	41,0	21,6	37,4	*F=2,080 p=0,127*	*F=23,098; p<0,001*
MASCULINO	24,4	21,4	54,2		45,3	22,1	32,6		*F=11,739; p<0,001*
FEMENINO	20,7	14,7	64,6		36,7	21,0	42,3		*F=10,964; p<0,001*
ASUNTOS CON LA LEY									
TOTAL	71,2	15,9	12,9	*F=1,094 p=0,334*	86,0	7,6	6,4	*F=4,972 p=0,008*	*F=9,181; p<0,001*
MASCULINO	76,2	14,0	9,8		91,3	5,5	3,2		*F=6,599, p=0,002*
FEMENINO	67,5	17,2	15,3		80,7	9,7	9,6		*F=3,240; p=0,043*
TERRORISMO									
TOTAL	36,3	15,5	48,1	*F=5,429 p=0,005*	56,4	12,7	30,9	*F=2,389 p=0,095*	*F=16,241; p<0,001*
MASCULINO	43,5	16,2	40,2		61,2	12,6	26,1		*F=7,464; p=0,001*
FEMENINO	30,2	14,9	54,9		51,4	12,7	35,9		*F=8,301; p<0,001*
DELINCUENCIA									
TOTAL	20,1	14,4	65,5	*F=8,263 p<0,001*	25,4	14,7	59,8	*F=1,781 p=0,171*	*F=1,863; p=0,156*
MASCULINO	27,9	13,9	58,2		29,2	14,9	55,9		*F=0,128; p=0,880*
FEMENINO	13,5	14,8	71,7		21,6	14,5	63,9		*F=2,474; p=0,087*
NARCOTRÁFICO									
TOTAL	34,2	19,6	46,2	*F=8,113 p=0,001*	36,0	16,8	47,2	*F=2,599 p=0,076*	*F=0,596; p=0,551*
MASCULINO	43,0	19,9	37,1		40,1	17,5	42,3		*F=0,770; p=0,463*
FEMENINO	26,7	19,3	54,0		31,7	16,0	52,3		*F=0,788; p=0,453*
OTROS PROBLEMAS									
TOTAL	88,3	2,7	8,9	*F=2,025 p=0,135*	46,9	-	53,1	*F=0,003 p=0,956*	*F=10,754; p<0,001*
MASCULINO	94,6	2,9	2,4		47,7	-	52,3		*F=7,258; p=0,001*
FEMENINO	81,8	2,5	15,7		46,4	-	53,6		*F=4,306; p=0,016*

5. ESTADOS ANÍMICOS

Se observaron cambios significativos en los niveles de tristeza entre 2003 y 2017. La proporción de adolescentes que nunca se sintieron tristes aumentó del 5,7% en 2003 al 7,9% en 2017, mientras que aquellos que siempre o casi siempre experimentaron tristeza disminuyeron del 15,3% al 8,4% en el mismo período (F=5,487; p=0,005). Similarmente, se detectaron cambios significativos en los niveles de tensión (F=3,391; p=0,034), con un incremento en el porcentaje de adolescentes que nunca se sintieron tensos (del 16,6% al 24,1%) y una reducción en aquellos que siempre o casi siempre lo experimentaron (del 13,2% al 12,1%).

Asimismo, se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de angustia (F=12,552; p<0,001) y preocupación (F=22,169; p<0,001) entre ambos años, El porcentaje de adolescentes que nunca se sintieron angustiados aumentó del 16,4% en 2003 al 29,7% en 2017, y aquellos que siempre o casi siempre se sintieron angustiados disminuyeron del 14,4% al 7,4%. En cuanto a la preocupación, se registró un incremento en el porcentaje de adolescentes que nunca se sintieron preocupados (del 4,9% al 13,2%) y una disminución en aquellos que siempre o casi siempre lo estuvieron (del 32,6% al 15,9%) durante el mismo período.

En 2003, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los sentimientos de preocupación (F=8,447; p<0,001) y aburrimiento (F=5,429; p=0,005), siendo ambos más prevalentes en mujeres que en hombres. Sin embargo, en 2017, solo se encontraron diferencias significativas en el sentimiento de alegría (F=4,972; p=0,008), siendo mayor en hombres que en mujeres.

Tabla 10
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 - 2017

CONFIANZA EN:	2003				2017				*2003 vs 2017*
	NUNCA %	ALGUNAS VECES %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %	*ESTADÍSTICOS*	NUNCA %	ALGUNAS VECES %	SIEMPRE O CASI SIEMPRE %	*ESTADÍSTICOS*	*ESTADÍSTICOS*
TRISTE									
TOTAL	5,7	79,0	15,3	*F=0,066 p=0,934*	7,9	83,6	8,4	*F=1,383 p=0,253*	*F=5,487; p=0,005*
MASCULINO	5,6	86,7	7,7		10,6	86,0	3,5		*F=3,690; p=0,026*
FEMENINO	5,7	72,5	21,8		5,2	81,2	13,5		*F=2,821; p=0,062*
TENSO									
TOTAL	16,6	70,1	13,2	*F=0,864 p=0,422*	24,1	63,8	12,1	*F=0,248 p=0,778*	*F=3,391; p=0,034*
MASCULINO	15,4	77,1	7,5		28,7	61,5	9,8		*F=7,277; p=0,001*
FEMENINO	17,7	64,1	18,2		19,3	66,2	14,5		*F=0,536; p=0,583*
ANGUSTIADO									
TOTAL	16,4	69,2	14,4	*F=0,706 p=0,491*	29,7	63,0	7,4	*F=0,458 p=0,627*	*F=12,552; p<0,001*
MASCULINO	18,2	71,3	10,5		35,3	59,4	5,3		*F=9,139; p<0,001*
FEMENINO	14,9	67,4	17,8		23,9	66,6	9,5		*F=4,199; p=0,016*
IRRITABLE									
TOTAL	21,6	64,5	13,9	*F=0,016 p=0,983*	22,9	59,9	17,2	*F=0,832 p=0,436*	*F=1,169; p=0,311*
MASCULINO	23,2	63,7	13,1		29,2	60,5	10,3		*F=1,114; p=0,328*
FEMENINO	20,3	65,2	14,6		16,4	59,4	24,1		*F=3,480; p=0,032*
PREOCUPADO									
TOTAL	4,9	62,5	32,6	*F=8,447 p<0,001*	13,2	70,9	15,9	*F=2,184 p=0,115*	*F=22,169; p<0,001*
MASCULINO	7,6	71,5	20,8		14,8	70,9	14,3		*F=3,979; p=0,020*
FEMENINO	2,6	54,8	42,6		11,6	70,8	17,6		*F=17,926; p=0,000*
TRANQUILO									
TOTAL	5,3	34,3	60,4	*F=2,862 p=0,064*	2,3	34,5	63,2	*F=2,080 p=0,127*	*F=2,702; p=0,068*
MASCULINO	6,0	29,7	64,4		2,0	32,0	66,0		*F=2,079; p=0,128*
FEMENINO	4,7	38,2	57,0		2,5	37,1	60,4		*F=0,886; p=0,412*
ALEGRE									
TOTAL	0,6	27,8	71,7	*F=1,094 p=0,334*	0,2	24,4	75,4	*F=4,972 p=0,008*	*F=1,365; p=0,256*
MASCULINO	-	24,6	75,4		-	22,4	77,6		*F=0,247; p=0,620*
FEMENINO	1,0	30,5	68,4		0,3	26,5	73,2		*F=1,123; p=0,325*
ABURRIDO									
TOTAL	16,1	70,7	13,2	*F=5,429 p=0,005*	12,8	71,2	15,9	*F=2,389 p=0,095*	*F=1,392; p=0,249*
MASCULINO	18,1	71,4	10,5		10,4	77,7	11,8		*F=2,666; p=0,071*
FEMENINO	14,5	70,0	15,5		15,3	64,5	20,1		*F=0,963; p=0,381*

6. ASPECTOS DE LA SALUD MENTAL POSITIVA

6.1. SATISFACCIÓN PERSONAL

Los datos fueron analizados meticulosamente en un sistema vigesimal, donde la puntuación oscila entre 1 y 5, reflejando diferentes niveles de satisfacción. En términos generales, se observó un aumento significativo en la satisfacción personal global entre los años 2003 y 2017. La media de satisfacción en 2003 fue de 13,98 (IC95%: 13,7 - 14,2, E, Tip = 0,12), mientras que en 2017 ascendió a 16,01 (IC95%: 15,8 - 16,3, E, Tip = 0,12), evidenciando una diferencia estadísticamente significativa (F=141,954; p<0,001). Al desglosar los datos por género, se revelaron resultados igualmente notables. En el caso de los adolescentes masculinos, la satisfacción personal también experimentó un aumento significativo de 14,00 (IC95%: 13,7 - 14,3, E, Tip = 0,14) en 2003 a 16,02 (IC95%: 15,7 - 16,3, E, Tip = 0,15) en 2017 (F=92,261; p<0,001). Del mismo modo, las adolescentes femeninas exhibieron un incremento significativo en su satisfacción personal global, pasando de 13,96 (IC95%: 13,6 - 14,3, E, Tip = 0,19) en 2003 a 16,00 (IC95%: 15,6 - 16,4, E, Tip = 0,19) en 2017 (F=58,231; p<0,001). No se encontraron diferencias significativas entre ambos géneros al analizarlos en un mismo año.

Tabla 11
PREVALENCIA DE ESTADOS ANÍMICOS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 - 2017

SATISFACCIÓN PERSONAL GLOBAL EN SISTEMA VIGESIMAL (PUNTAJE DE 1 A 5)	2003				2017				2003/2017
	MEDIA	E, TIP	(IC95%)	*ESTADÍSTICOS*	MEDIA	E, TIP	(IC95%)	*ESTADÍSTICOS*	
TOTAL	**13,98**	**0,12**	**(13,7 - 14,2)**	*F=0,026 p=0,872*	**16,01**	**0,12**	***(15,8 - 16,3)***	*F=0,005 p=0,943*	***F=141,954; p<0,001***
MASCULINO	14,00	0,14	(13,7 - 14,3)		16,02	0,15	(15,7 - 16,3)		*F=92,261; p<0,001*
FEMENINO	13,96	0,19	(13,6 - 14,3)		16,00	0,19	(15,6 - 16,4)		*F=58,231; p<0,001*

En cuanto a la satisfacción personal específica, globalmente se observaron cambios estadísticamente significativos en la mayoría de los ítems, los cuales fueron generalmente cambios positivos. Se observó una mejora significativa en la satisfacción con el aspecto físico entre 2003 y 2017. En 2003, el 13,83% de los adolescentes informó sentirse "nada" satisfecho, mientras que en 2017 este porcentaje disminuyó al 6,40%. Además, en 2003, el 54,65% se sintió "bastante o mucho" satisfecho, aumentando a 77,41% en 2017 (F=23,618; p<0,001). La satisfacción con el color de piel mostró un cambio significativo de 2003 a 2017. Los adolescentes reportaron una disminución en los niveles de insatisfacción, con un aumento en los niveles de satisfacción. En particular, se observó una disminución del 13,67% al 4,86% en el grupo "nada" satisfecho, y un aumento del 63,23% al 86,41% en el grupo "bastante o mucho" satisfecho (F=31,737; p<0,001). Hubo una mejora significativa en la satisfacción con la inteligencia de 2003 a 2017. La proporción de adolescentes que se sintieron "nada" satisfechos disminuyó del 11,84% al 5,63%, mientras que aquellos que se sintieron "bastante o mucho" satisfechos aumentaron del 58,42% al 79,57% (F=22,588; p<0,001). La satisfacción con la profesión u oficio estudiado mostró un cambio positivo de 2003 a 2017. Se observó una disminución significativa en el porcentaje de adolescentes "nada" satisfechos, pasando del 15,77% al 2,11%, mientras que aquellos "bastante o mucho" satisfechos aumentaron del 52,33% al 87,40% (F=7,238; p=0,001). Se encontró una mejora significativa, aunque relativamente baja en cuanto a variación porcentual, en la satisfacción con el nivel educativo alcanzado de 2003 a 2017. La proporción de adolescentes "nada" satisfechos disminuyó del 7,20% al 7,00%, mientras que aquellos "bastante o mucho" satisfechos aumentaron del 64,80% al 76,27% (F=25,347; p<0,001). Se evidenció una mejora significativa en la satisfacción con las relaciones sociales de 2003 a 2017. La proporción de adolescentes "nada" satisfechos disminuyó del 16,01% al 10,76%, mientras que aquellos "bastante o mucho" satisfechos aumentaron del 53,87% al 75,94% (F=25,826; p<0,001). La satisfacción con el lugar de residencia también mostró una mejora significativa de 2003 a 2017. Se observó una disminución en los niveles de insatisfacción, con un aumento en los niveles de satisfacción. Específicamente, el porcentaje de adolescentes "nada" satisfechos disminuyó del 22,17% al 8,85%, mientras que aquellos "bastante o mucho" satisfechos aumentaron del 52,01% al 74,80% (F=23,743; p<0,001). Cabe destacar que, en los ítems ya mencionados, las diferencias también fueron estadísticamente significativas al desglosar por géneros y comparar entre ambos años.

No hubo diferencias estadísticamente significativas al desglosar por géneros en cada año, con la única excepción de aspecto físico en el año 2003 (F=3,715; p=0,026), en el cual se observa un mayor porcentaje de insatisfacción en el grupo femenino en comparación al masculino.

Tabla 12
SATISFACCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 - 2017

GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL ESPECÍFICA	2003				2017				2003 VS 2017
	NADA %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	NADA %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	
ASPECTO FISICO									
TOTAL	13,83	31,52	54,65	*F=3,715 p=0,026*	6,40	16,19	77,41	*F=2,451 p=0,090*	*F=23,618; p<0,001*
MASCULINO	9,29	30,13	60,58		5,81	12,88	81,31		*F=14,065; p<0,001*
FEMENINO	17,66	32,69	49,64		6,99	19,57	73,44		*F=12,073; p<0,001*
COLOR DE PIEL									
TOTAL	13,67	23,10	63,23	*F=0,369 p=0,687*	4,86	8,74	86,41	*F=0,159 p=0,850*	*F=31,737; p<0,001*
MASCULINO	12,23	22,66	65,11		5,39	8,56	86,05		*F=14,459; p<0,001*
FEMENINO	14,89	23,47	61,64		4,31	8,92	86,77		*F=16,716; p<0,001*
INTELIGENCIA									
TOTAL	11,84	29,74	58,42	*F=1,500 p=0,226*	5,63	14,81	79,57	*F=2,102 p=0,124*	*F=22,588; p<0,001*
MASCULINO	9,09	30,91	59,99		3,44	14,06	82,51		*F=14,828; p<0,001*
FEMENINO	14,17	28,75	57,08		7,86	15,57	76,58		*F=9,355; p<0,001*
NIVEL ECONÓMICO									
TOTAL	28,94	45,65	25,41	*F=0,915 p=0,401*	10,44	35,88	53,68	*F=0,517 p=0,595*	*F=39,566; p<0,001*
MASCULINO	28,01	49,09	22,89		9,58	37,89	52,53		*F=23,694; p<0,001*
FEMENINO	29,72	42,73	27,54		11,34	33,77	54,88		*F=17,206; p<0,001*
PROFESIÓN U OFICIO QUE ESTUDIO									
TOTAL	15,77	31,90	52,33	*F=3,768 p=0,025*	2,11	10,49	87,40	*F=0,949 p=0,388*	*F=7,238; p=0,001*
MASCULINO	14,78	35,86	49,36		2,22	15,10	82,68		*F=3,477; p=0,034*
FEMENINO	16,63	28,49	54,88		2,02	6,28	91,70		*F=4,372; p=0,013*
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO									
TOTAL	7,20	27,90	64,80	*F=1,558 p=0,213*	7,00	16,74	76,27	*F=0,597 p=0,539*	*F=25,347; p<0,001*
MASCULINO	8,20	25,00	66,80		6,05	15,52	78,43		*F=18,447; p<0,001*
FEMENINO	6,30	31,00	62,80		7,96	17,98	74,06		*F=8,297; p<0,001*
RELIGIÓN									
TOTAL	16,76	22,80	60,44	*F=1,750 p=0,177*	17,34	18,74	63,92	*F=2,511- p=0,084*	*F=1,050; p=0,350*
MASCULINO	18,81	25,90	55,28		19,79	21,35	58,86		*F=0,630; p=0,530*
FEMENINO	15,01	20,15	64,85		14,92	16,17	68,90		*F=0,551; p=0,570*
RELACIONES SOCIALES									
TOTAL	16,01	30,12	53,87	*F=2,047 p=0,132*	10,76	13,30	75,94	*F=0,062 p=0,935*	*F=25,826; p<0,001*
MASCULINO	16,87	33,82	49,31		10,24	13,52	76,24		*F=17,884; p<0,001*
FEMENINO	15,27	27,01	57,72		11,30	13,08	75,62		*F=9,224; p<0,001*
LUGAR DE RESIDENCIA									
TOTAL	22,17	25,82	52,01	*F=2,529 p=0,083*	8,85	16,35	74,80	*F=0,009 p=0,990*	*F=23,743; p<0,001*
MASCULINO	17,73	25,88	56,39		8,71	16,22	75,07		*F=7,689; p=0,001*
FEMENINO	25,94	25,77	48,30		8,99	16,49	74,52		*F=16,447; p<0,001*

6.2. SATISFACCIÓN LABORAL

En términos generales, no se observaron cambios significativos en la satisfacción laboral global entre 2003 y 2017, ni tampoco al desglosar por géneros, manteniéndose los porcentajes relativamente similares entre ambos periodos. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre géneros en un mismo año.

Tabla 13
SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 - 2017

SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL EN SISTEMA VIGESIMAL (PUNTAJE DE 1 A 5)	2003				2017				2003 VS 2017
	MEDIA	E, TIP	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	MEDIA	E, TIP	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	
TOTAL	**13,06**	**0,4**	**(12,4 - 13,8)**		**13,20**	**0,4**	**(12,5 - 13,9)**		***F=0,079; p=0,780***
MASCULINO	12,82	0,4	(12,1 - 13,6)	*F=0,896 p=0,350*	13,49	0,5	(12,5 - 14,5)	*F=0,586 p=0,448*	*F=1,178; p=0,281*
FEMENINO	13,49	0,6	(12,3 - 14,7)		12,92	0,5	(11,8 - 14,0)		*F=0,472; p=4794*

En términos generales, no se observaron cambios significativos en la satisfacción laboral específica entre ambos años respecto a las actividades o funciones que realiza, el ambiente físico donde labora, los compañeros de trabajo, la carga de trabajo que se desarrolla, el trato que recibe de sus jefes ni la remuneración que recibe. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el desglose por género al comparar ambos años.

Al comparar ambos géneros en un mismo año, tampoco se obtuvo diferencias estadísticamente significativas, con la única excepción de la satisfacción con los compañeros de trabajo en el año 2017 (F=5,930; p=0,003), en el cual se observa mayor insatisfacción en el grupo femenino en comparación al masculino.

Tabla 14
SATISFACCIÓN LABORAL ESPECÍFICA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 - 2017

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL ESPECÍFICA	2003				2017				2003 VS 2017
	NADA %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	NADA %	REGULAR %	BASTANTE O MUCHO %	ESTADÍSTICOS	
CON ACTIVIDADES O FUNCIONES QUE REALIZA									
TOTAL	13,57	25,14	61,29	*F=0,302 p=0,734*	23,36	30,36	46,28	*F=0,821 p=0,441*	*F=1,193; p=0,303*
MASCULINO	13,43	28,50	58,07		15,89	30,26	53,86		*F=0,053; p=0,943*
FEMENINO	13,84	18,97	67,19		30,46	30,46	39,08		*F=1,892; p=0,153*
CON EL AMBIENTE FÍSICO DONDE LABORA									
TOTAL	19,82	42,49	37,69	*F=0,528 p=0,590*	13,78	35,67	50,55	*F=1,171 p=0,311*	*F=0,726; p=0,483*
MASCULINO	22,34	45,81	31,84		14,75	24,58	60,67		*F=1,989; p=0,139*
FEMENINO	15,44	36,72	47,84		12,86	46,19	40,95		*F=0,176- p=0,836*
CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO									
TOTAL	12,66	33,42	53,92	*F=0,210 p=0,782*	16,64	36,08	47,29	*F=5,930 p=0,003*	*F=0,202; p=0,817*
MASCULINO	12,27	36,62	51,11		5,67	24,57	69,76		*F=1,099; p=0,334*
FEMENINO	13,46	26,90	59,64		28,08	48,08	23,85		*F=2,237; p=0,110*
CON LA CARGA DE TRABAJO QUE DESARROLLA									
TOTAL	22,33	47,18	30,49	*F=0,130 p=0,875*	19,46	50,13	30,41	*F=0,137 p=0,871*	*F=0,069; p=0,933*
MASCULINO	21,13	45,83	33,04		22,31	49,17	28,52		*F=0,067; p=0,934*
FEMENINO	24,52	49,67	25,81		16,68	51,07	32,25		*F=0,220; p=0,801*
CON EL TRATO QUE RECIBE DE SUS JEFES									
TOTAL	29,23	35,46	35,31	*F=0,837 p=0,431*	21,22	43,10	35,67	*F=0,080 p=0,911*	*F=0,368; p=0,689*
MASCULINO	35,71	34,86	29,43		23,65	42,38	33,97		*F=0,381; p=0,673*
FEMENINO	18,32	36,48	45,19		23,65	42,38	33,97		*F=0,124- p=0,879*
CON LA REMUNERACIÓN QUE PERCIBE									
TOTAL	34,59	41,07	24,34	*F=0,549 p=0,572*	29,94	34,24	35,82	*F=0,970 p=0,380*	*F=0,610; p=0,542*
MASCULINO	37,67	43,09	19,23		34,66	25,53	39,81		*F=1,599; p=0,204*
FEMENINO	28,95	37,35	33,70		23,27	46,54	30,19		*F=0,141; p=0,862*

6.3. CALIDAD DE VIDA

En términos generales, no se observaron cambios significativos en la calidad de vida global entre 2003 y 2017, ni tampoco al desglosar por géneros, manteniéndose los porcentajes relativamente similares entre ambos periodos. Tampoco se observaron diferencias significativas entre géneros en un mismo año.

Tabla 15
CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 - 2017

CALIDAD DE VIDA GLOBAL	2003				2017				2003 VS 2017
	MEDIA	E.S	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	MEDIA	E.S	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
TOTAL	**7,7**	**0,064**	**(7,6 - 7,9)**	*F=0,494 p=0,483*	**7,9**	**0,061**	**(7,8 - 8,0)**	*F=1,929 p=0,167*	***F= 2,764; p=0,098***
MASCULINO	7,8	0,080	(7,6 - 7,9)		7,8	0,089	(7,6 - 8,0)		*F= 0,062; p=0,803*
FEMENINO	7,7	0,087	(7,5 - 7,9)		8,0	0,078	(7,8 - 8,1)		*F= 4,978; p=0,026*

En cuanto a los componentes específicos de la calidad de vida, en ambos años, la gran mayoría de estos presentaron medias relativamente similares al comparar ambos años, siendo el autocuidado y funcionamiento independiente el componente que obtuvo las medias más altas con 8,6 en el 2003 y 8,4

en el 2017. Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el bienestar físico global (F= 11,788; p=0,001) y plenitud personal global (F= 5,499; p=0,020), en ambas con un aumento de la media para el año 2017 en comparación al 2003, al desglosar por género, en ambas se obtuvo diferencias estadísticamente significativas en el aumento de la media para el género femenino, mas no para el género masculino.

Adicionalmente, se encontró un aumento de la media, estadísticamente significativo para el bienestar psicológico, en el género femenino (F= 3,973; p=0,047), más no en el género masculino ni a nivel global. Así como también, se encontró una disminución de la media estadísticamente significativa en el autocuidado y funcionamiento independiente en el género masculino (F= 7,525; p=0,006) más no en el género femenino ni a nivel global.

Al comparar ambos géneros en un mismo año, solamente se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en el caso de funcionamiento ocupacional (F=6,951; p=0,009) con una mayor media en el género femenino en comparación al masculino.

Tabla 16

CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 - 2017

CALIDAD DE VIDA GLOBAL	2003				2017				*2003 vs 2017*
	MEDIA	E.S	(IC95%)	*ESTADÍSTICOS*	MEDIA	E.S	(IC95%)	*ESTADÍSTICOS*	*ESTADÍSTICOS*
BIENESTAR FÍSICO									
TOTAL	7,4	0,106	(7,2 - 7,6)	*F=3,248 p=0,074*	7,9	0,088	(7,7 - 8,0)	*F=0,083 p=0,774*	*F= 11,788; p=0,001*
MASCULINO	7,6	0,121	(7,4 - 7,8)		7,9	0,125	(7,7 - 8,2)		*F= 3,477: p=0,063*
FEMENINO	7,3	0,151	(7,0 - 7,6)		7,9	0,136	(7,6 - 8,1)		*F= 8,599; p=0,004*
BIENESTAR PSICOLÓGICO									
TOTAL	7,9	0,100	(7,2 - 7,6)	*F=2,731 p=0,101*	8,1	0,081	(7,7 - 8,1)	*F=0,017 p=0,897*	*F= 3,561; p=0,060*
MASCULINO	8,0	0,121	(7,9 - 8,3)		8,1	0,116	(7,9 - 8,3)		*F= 0,353; p=0,553*
FEMENINO	7,7	0,087	(7,4 - 8,0)		8,1	0,116	(7,9 - 8,3)		*F= 3,973; p=0,047*
AUTOCUIDADO Y FUNCIONAMIENTO INDEPENDIENTE									
TOTAL	8,6	0,079	(8,5 - 8,8)	*F=0,387 p=0,535*	8,4	0,091	(8,2 - 8,6)	*F=3,351 p=0,069*	*F= 3,592; p=0,059*
MASCULINO	8,7	0,097	(8,5 - 8,9)		8,2	0,125	(8,0 - 8,5)		*F= 7,525; p=0,006*
FEMENINO	8,6	0,116	(8,3 - 8,8)		8,5	0,120	(8,3 - 8,8)		*F= 0,045; p=0,833*
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL									
TOTAL	8,2	0,081	(8,1 - 8,4)	*F=0,003 p=0,953*	8,3	0,082	(8,2 - 8,5)	*F=6,951 p=0,009*	*F= 0,337; p=0,562*
MASCULINO	8,2	0,110	(8,0 - 8,5)		8,1	0,114	(7,9 - 8,3)		*F= 0,737; p=0,391*
FEMENINO	8,2	0,106	(8,0 - 8,5)		8,5	0,110	(8,3 - 8,7)		*F= 3,118; p=0,078*
FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL									
TOTAL	8,0	0,085	(7,9 - 8,2)	*F=0,121 p=0,729*	8,0	0,095	(7,8 - 8,2)	*F=0,014 p=0,907*	*F= 0,334; p=0,564*
MASCULINO	8,0	0,130	(7,8 - 8,3)		8,0	0,119	(7,7 - 8,2)		*F= 0,090; p=0,765*
FEMENINO	8,1	0,109	(7,9 - 8,3)		8,0	0,130	(7,7 - 8,3)		*F= 0,293; p=0,589*
APOYO SOCIAL EMOCIONAL									
TOTAL	7,6	0,114	(7,4 - 7,9)	*F=2,365 p=0,127*	7,7	0,101	(7,5 - 7,9)	*F=3,652 p=0,058*	*F= 0,015; p=0,902*
MASCULINO	7,8	0,080	(7,6 - 7,9)		7,8	0,089	(7,6 - 8,0)		*F= 0,062; p=0,803*
FEMENINO	7,8	0,150	(7,5 - 8,1)		7,9	0,146	(7,6 - 8,1)		*F= 0,091; p=0,763*
APOYO COMUNITARIO Y DE SERVICIOS									
TOTAL	5,8	0,126	(5,5 - 6,0)	*F=0,722 p=0,397*	6,1	0,145	(5,8 - 6,4)	*F=0,066 p=0,798*	*F= 2,974; p=0,086*
MASCULINO	5,7	0,164	(5,4 - 6,0)		6,1	0,185	(5,8 - 6,5)		*F= 3,424; p=0,065*
FEMENINO	5,9	0,156	(5,6 - 6,2)		6,1	0,192	(5,7 - 6,5)		*F= 0,793; p=0,374*
PLENITUD PERSONAL									
TOTAL	7,9	0,118	(7,6 - 8,1)	*F=0,007 p=0,933*	8,2	0,075	(8,1 - 8,4)	*F=2,722 p=0,101*	*F= 5,499; p=0,020*
MASCULINO	7,8	0,080	(7,6 - 8,2)		7,8	0,089	(7,9 - 8,3)		*F= 1,316; p=0,252*
FEMENINO	7,7	0,087	(7,6 - 8,2)		8,0	0,078	(8,1 - 8,5)		*F= 5,936; p=0,015*
SATISFACCIÓN ESPIRITUAL									
TOTAL	7,8	0,098	(7,6 - 8,0)	*F=0,574 p=0,450*	8,0	0,093	(7,8 - 8,2)	*F=3,134 p=0,079*	*F= 2,166; p=0,142*
MASCULINO	7,8	0,127	(7,6 - 8,1)		7,8	0,146	(7,5 - 8,1)		*F= 0,034; p=0,854*
FEMENINO	7,7	0,128	(7,5 - 8,0)		8,1	0,112	(7,9 - 8,4)		*F= 6,365; p=0,012*
CALIDAD DE VIDA GLOBAL									
TOTAL	8,4	0,092	(8,2 - 8,6)	*F=1,684 p=0,197*	8,4	0,071	(8,2 - 8,5)	*F=0,025 p=0,875*	*F= 0,000; p=0,992*
MASCULINO	8,5	0,112	(8,3 - 8,7)		8,4	0,104	(8,2 - 8,6)		*F= 0,627; p=0,429*
FEMENINO	8,3	0,127	(8,0 - 8,5)		8,4	0,113	(8,2 - 8,6)		*F= 0,388; p=0,534*

7. DISCAPACIDAD

En cuanto al nivel general de discapacidad en la población adolescentes de Ayacucho, se encontró una gran disminución porcentual estadísticamente significativa entre ambos años (F=63,965; p<0,001). Al desglosar por géneros, también se obtuvo una disminución estadísticamente significativa tanto para el género masculino (F=45,682; p<0,001) como para el género femenino (F=39,360; p<0,001), sin embargo, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al comparar géneros en un mismo año.

Tabla 17
NIVEL GENERAL DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 - 2017

AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD	2003			2017			*2003 vs 2017*
	%	(IC95%)	*Estadísticos*	%	(IC95%)	*Estadísticos*	*Estadísticos*
TOTAL	**47,2**	**(40,4 - 54,1)**		**15,1**	**(11,5 - 19,6)**		***F=63,965; p<0,001***
MASCULINO	48,2	(40,2 - 56,4)	*F=0,211*	15,2	(10,9 - 20,7)	*F=0,001*	*F=45,682; p<0,001*
FEMENINO	46,4	(38,5 - 54,5)	*p=0,672*	15,1	(10,5 - 21,1)	*p=0,981*	*F=39,360; p<0,001*

En cuanto a la discapacidad o inhabilidad específica, todos los ítems evaluados presentaron cambios positivos para el año 2017 en comparación al 2003, siendo los porcentajes de "ninguna" discapacidad muchos más altos en el 2017. Así como también una disminución en el porcentaje de discapacidad "leve", "moderada" y "severa, total o absoluta". Estos cambios fueron estadísticamente significativos para todos los elementos evaluados: aseo personal (F=13,770; p<0,001), desempeño de ocupaciones (F=37,397; p<0,001), desempeño de funciones familiares (F=34,862; p<0,001), relaciones interpersonales (F=35,278; p<0,001) y planificación de actividades (F=21,598; p<0,001). De la misma forma, también se obtuvieron cambios estadísticamente significativos al desglosar por géneros en todos los elementos mencionados, con las únicas excepciones para el grupo femenino en la capacidad de desempeñar ocupaciones y desempeñar funciones familiares. Al comparar ambos géneros en un mismo año, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 18
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 - 2017

TIPO DE DISCAPACIDAD EN:	2003					2017					*2003 vs 2017*
	NINGUNA (%)	LEVE (%)	MODERADA (%)	SEVERA TOTAL O ABSOLUTA (%)	*Estadísticos*	NINGUNA (%)	LEVE (%)	MODERADA (%)	SEVERA TOTAL O ABSOLUTA (%)	*Estadísticos*	*Estadísticos*
MANTENER REGULARMENTE EL ASEO DE SU CUERPO, SU ALIÑO O ARREGLO PERSONAL											
TOTAL	85,3 (81,2 – 88,7)	10,7 (7,9 - 14,3)	3,3 (2 – 5,4)	0,6 (0,2 - 1,9)		98,7 (96,3 – 99,5)	0,6 (0,1 – 3,2)	0,7 (0,2 – 2,6)	-		*F=13,770; p<0,001*
MASCULINO	82,6 (76,7 – 87,2)	13,3 (9,2 - 18,8)	3,7 (1,8 – 7,7)	0,5 (0,1 - 1,9)	*F=1,134 p=0,335*	98,5 (94,1 – 99,6)	1,0 (0,1 – 6,9)	0,5 (0,1 – 2)	-	*F=0,751 p=0,470*	*F=10,315; p<0,001*
FEMENINO	87,7 (82,5 – 91,5)	8,6 (5,5 - 13)	3,0 (1,6 – 5,7)	0,7 (0,2 – 3,5)		98,9 (94,5 – 99,8)	0,2 (0 – 1,6)	0,9 (0,1 – 6,2)	-		*F=7,613; p<0,001*
DESEMPEÑAR EFICIENTEMENTE SUS OCUPACIONES (ESTUDIOS, TRABAJOS O CASA)											
TOTAL	67,1 (61,3 – 72,5)	19,7 (16,1 - 24)	10,0 (7,2 – 13,7)	3,2 (1,8 - 5,5)		94,0 (91,4 – 95,9)	4,2 (2,7 – 6,4)	1,6 (0,7 – 3,4)	0,3 (0,1 – 1)		*F=37,397; p<0,001*
MASCULINO	65,8 (58,9 – 72,1)	22,9 (17,6 – 29,4)	9,1 (6 – 13,5)	2,2 (0,9 – 5,4)	*F=1,174 p=0,319*	94,6 (91,4 – 96,6)	3,7 (2 – 6,7)	1,5 (0,6 – 3,6)	0,3 (0 – 2)	*F=0,111 p=0,945*	*F=24,925; p<0,001*
FEMENINO	68,3 (61 – 74,8)	17,0 (12,9 – 22,2)	10,7 (6,8 – 16,6)	4,0 (1,9 – 8,1)		93,5 (89 – 96,2)	4,6 (2,4 – 8,6)	1,7 (0,5 – 5,6)	0,2 (0 – 1,7)		*F=15,051; p=0,902*
ASUMIR Y DESEMPEÑAR SATISFACTORIAMENTE SUS FUNCIONES COMO MADRE, PADRE, ESPOSO(A) O HIJO(A)											
TOTAL	72,4 (65,8 - 78,1)	18,1 (14,1 – 22,9)	6,0 (3,9 – 9,3)	3,5 (1,9 – 6,1)		95,4 (92,8 - 97)	4,0 (2,5 – 6,3)	0,4 (0,1 – 1,3)	0,3 (0,1 – 1)		*F=34,862; p<0,001*
MASCULINO	74,0 (66,6 - 80,2)	17,2 (12,2 – 23,7)	6,5 (3,8 – 11,2)	2,2 (1– 4,8)	*F=0,749 p=0,514*	94,9 (91,2 - 97)	3,8 (2 – 7,4)	0,8 (0,3 – 2,6)	0,5 (0,1– 2)	*F=1,369 p=0,254*	*F=15,354; p<0,001*
FEMENINO	71,0 (63 - 78)	18,8 (13,7 – 25,3)	5,6 (3,1 – 9,9)	4,5 (2,2– 8,9)		95,9 (92,3 – 97,8)	4,1 (2,2 – 7,7)	0,0 (0 – 0)	0,0 (0 – 0)		*F=15,974; p=0,231*
RELACIONARSE CON SUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS Y PERSONAS EN GENERAL											
TOTAL	73,9 (68,7 - 78,5)	15,4 (12,3 – 19,1)	7,9 (5,2 – 11,8)	2,9 (1,5 – 5,3)		95,1 (92,9 – 96,7)	3,8 (2,5 – 5,9)	0,8 (0,3 – 1,8)	0,3 (0,1 – 1)		*F=35,278; p<0,001*
MASCULINO	75,1 (68,3 - 80,8)	15,4 (11,2 – 20,7)	8,4 (4,8 – 14,3)	1,1 (0,4– 3,1)	*F=1,472 p=0,223*	95,5 (92,2 – 97,5)	4,0 (2,1 – 7,4)	0,5 (0,1 – 1,8)	0,0 (0 – 0)	*F=0,912 p=0,430*	*F=19,354; p<0,001*
FEMENINO	72,8 (66,2 – 78,6)	15,4 (11,3 – 20,6)	7,4 (4,3 – 12,6)	4,3 (2,1– 8,8)		94,7 (91,1 – 96,9)	3,6 (1,9 – 6,8)	1,1 (0,4 – 3,1)	0,5 (0,1– 2)		*F=17,742; p<0,001*
PLANIFICAR SUS ACTIVIDADES, LUEGO ORGANIZARLAS Y EJECUTARLAS											
TOTAL	72,5 (66,9 – 77,4)	16,7 (13,3 – 20,8)	7,6 (5,3 – 10,9)	3,2 (1,6 – 6,1)		92,4 (88,8 – 95)	7,3 (4,8 – 11)	0,3 (0,1 – 1,1)	-		*F=21,598; p<0,001*
MASCULINO	70,4 (62,9 - 77)	18,6 (13,6 – 24,8)	9,2 (5,6 – 14,6)	1,8 (0,6– 5)	*F=1,320 p=0,269*	91,9 (87,2 - 95)	7,6 (4,6–12,3)	0,5 (0,1 – 2,1)	-	*F=0,792 p=0,449*	*F=14,656; p<0,001*
FEMENINO	74,2 (67,6 – 79,8)	15,1 (11 – 20,5)	6,3 (3,8 – 10,4)	4,3 (1,9– 9,7)		92,9 (88 – 95,9)	7,1 (4,1 – 12)	0,0 (0 – 0)	-		*F=9,682; p<0,001*

8. ASPECTOS PSICOPÁTICOS

En cuanto a los aspectos psicopáticos en la población adolescente de Ayacucho, al comparar el año 2017 con el 2003 se encontró a nivel general una disminución en la permisividad frente a la psicopatía de un 11,2% (IC 95%: 8,6-14,3) a un 7,8% (IC 95%: 5,6-10,8), en la prevalencia de tendencias psicopáticas del 39,1% (IC 95%: 34,3-44) al 33,1% (IC 95%: 28,6-37,8) y de la prevalencia de tendencias delictivas de un 10,8% (IC 95%: 8,2-13,9) al 8,6% (IC 95%: 6,2-11,9), sin embargo, ninguno de estos cambios fueron estadísticamente significativos. De la misma manera, tampoco hubo cambios significativos al desglosar por género comparando ambos años. Al comparar ambos géneros en un mismo año, solamente se observó una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de tendencias delictivas en el año 2003, con un porcentaje de 14,3% (IC 95%: 10,2-19,8) en el grupo masculino en comparación al 7,7% (IC 95%: 4,9-11,9) del grupo femenino (F=4,805; p=0,030).

Tabla 19
ASPECTOS PSICOPÁTICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 - 2017

ASPECTOS PSICOPÁTICOS	2003			2017			2003/2017
	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
PERMISIVIDAD FRENTE A LA PSICOPATÍA							
TOTAL	11,2	(8,6-14,3)	*F=0,585 p=0,446*	7,8	(5,6-10,8)	*F=1,101 p=0,296*	*F=3,033 p=0,083*
MASCULINO	12,4	(8,7-17,5)		9,1	(6,2-13,4)		*F=1,372 p=0,243*
FEMENINO	10,1	(6,8-4,8)		6,5	(3,7-11)		*F=1,791 p=0,182*
PREVALENCIA DE TENDENCIAS PSICOPÁTICAS							
TOTAL	39,1	(34,3-44)	*F=3,125 p=0,080*	33,1	(28,6-37,8)	*F=1,226 p=0,270*	*F=3,469 p=0,064*
MASCULINO	43,3	(36,6-50,3)		35,8	(29,7-42,3)		*F=2,586 p=0,109*
FEMENINO	35,5	(29,6-41,8)		30,3	(23,8-37,7)		*F=1,228 p=0,269*
PREVALENCIA DE TENDENCIAS DELICTIVAS							
TOTAL	10,8	(8,2-13,9)	*F=4,805- p=0,030*	8,6	(6,2-11,9)	*F=2,997 p=0,086*	*F=1,099 p=0,296*
MASCULINO	14,3	(10,2-19,8)		11,0	(7,4-16)		*F=1,115 p=0,292*
FEMENINO	7,7	(4,9-11,9)		6,3	(3,6-10,7)		*F=0,351 p=0,554*

9. CONDUCTA SUICIDA

La Tabla 20 presenta datos sobre la conducta suicida en adolescentes de Ayacucho en 2003 y 2017. La prevalencia de vida de deseos de morir disminuyó significativamente del 34,5% en 2003 al 27,0% en 2017 (F=5,088; p=0,025). La prevalencia de deseos de morir en el último año también mostró una disminución notable, pasando del 18,9% al 9,2% (F=17,315; p<0,001). La prevalencia de vida de ideación suicida aumentó del 10,2% al 14,2%, aunque no fue estadísticamente significativa (F=2,472; p=0,117). Sin embargo, la prevalencia en el último mes de ideación suicida disminuyó del 3,4% al 1,6% (F=3,028; p=0,083). La prevalencia de vida de planeamiento suicida aumentó significativamente de 3,5% a 6,8% (F=4,426; p=0,036). La prevalencia en el último año de intentos suicidas disminuyó de 2,6% a 1,3%, aunque no fue estadísticamente significativa (F=2,227; p=0,137).

Al desglosar por género, las mujeres presentaron tasas más altas en casi todos los indicadores comparados con los hombres. En 2017, la prevalencia de vida de deseos de morir fue de 15,3% en hombres (F=3,064; p=0,082) y 38,9% en mujeres (F=1,770; p=0,185). La prevalencia en el último año de deseos de morir disminuyó al 4,6% en hombres (F=3,503; p=0,063) y al 13,9% en mujeres (F=13,669; p<0,001), siendo esta última estadísticamente significativa. La prevalencia de vida de ideación suicida aumentó al 5,3% en hombres (F=0,603; p=0,438) y al 23,2% en mujeres (F=3,206; p=0,075). La prevalencia en el último mes de ideación suicida disminuyó al 0,4% en hombres (F=0,712; p=0,400) y al 2,8% en mujeres (F=1,974; p=0,162). La prevalencia de vida de planeamiento suicida aumentó al 1,2% en hombres (F=1,052; p=0,306) y al 12,5% en mujeres (F=4,979; p=0,027), siendo esta última estadísticamente significativa.

Estos datos reflejan una mejora general en la reducción de deseos de morir y de ideación suicida en adolescentes, aunque se destaca un aumento significativo en el planeamiento suicida, especialmente entre las mujeres.

Tabla 20
CONDUCTA SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 – 2017

INDICADORES SUICIDAS	2003			2017			2003/2017
	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE DESEOS DE MORIR							
TOTAL	34,5	(30-39,3)	*F=30,266 p<0,001*	27,0	(22,6-32)	*F=37,550 p<0,001*	*F=5,088- p=0,025*
MASCULINO	21,5	(16,6-27,3)		15,3	(11,5-20,2)		*F=3,064- p=0,082*
FEMENINO	45,5	(38,7-52,5)		38,9	(32-46,3)		*F=1,770- p=0,185*
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO DE DESEOS DE MORIR							
TOTAL	18,9	(15,5-22,9)	*F=34,658 p<0,001*	9,2	(6,8-12,3)	*F=15,587 p<0,001*	*F=17,315- p<0,001*
MASCULINO	8,5	(5,5-12,9)		4,6	(2,8-7,4)		*F=3,503- p=0,063*
FEMENINO	27,8	(22,8´-33,5)		13,9	(9,7-19,4)		*F=13,669- p<0,001*
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE DESEOS DE MORIR							
TOTAL	8,8	(6,6-11,7)	*F=16,919- p<0,001*	2,5	(1,5-4,2)	*F=0,575 p=0,450*	*F=20,611- p<0,001*
MASCULINO	3,6	(1,9-6,9)		2,0	(0,9-4,6)		*F=1,202 p=0,274*
FEMENINO	13,2	(9,9-17,4)		3,1	(1,6-5,9)		*F=19,977- p<0,001*
PREVALENCIA DE VIDA DE IDEACIÓN SUICIDA							
TOTAL	10,2	(7,3-14,1)	*F=21,911 p<0,001*	14,2	(10,9-18,2)	*F=34,114 p<0,001*	*F=2,472- p=0,117*
MASCULINO	4,0	(2,2-7,1)		5,3	(3,3-8,6)		*F=0,603- p=0,438*
FEMENINO	15,6	(10,8-21,9)		23,2	(17,5-30,1)		*F=3,206- p=0,075*
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO DE IDEACIÓN SUICIDA							
TOTAL	7,2	(5-10,3)	*F=17,483- p<0,001*	5,6	(3,8-8,2)	*F=12,759 p<0,001*	*F=0,865- p=0,353*
MASCULINO	2,5	(1,1-5,3)		2,2	(1-4,8)		*F=0,039- p=0,844*
FEMENINO	11,3	(7,7-16,3)		9,1	(6-13,8)		*F=0,557- p=0,456*
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE IDEACIÓN SUICIDA							
TOTAL	3,4	(2-5,7)	*F=8,481 p=0,004*	1,6	(0,8-3,2)	*F=6,467 p=0,012*	*F=3,028- p=0,083*
MASCULINO	1,0	(0,3-3,1)		0,4	(0,1-1,8)		*F=0,712- p=0,400*
FEMENINO	5,5	(3-9,7)		2,8	(1,2-6)		*F=1,974- p=0,162*
PREVALENCIA DE VIDA DE PLANEAMIENTO SUICIDA							
TOTAL	3,5	(2,1-5,8)	*F=19,737 p<0,001*	6,8	(4,5-10,1)	*F=30,007 p<0,001*	*F=4,426- p=0,036*
MASCULINO	0,5	(0,1-2)		1,2	(0,4-3,1)		*F=1,052- p=0,306*
FEMENINO	6,2	(3,6-10,3)		12,5	(8,2-18,6)		*F=4,979- p=0,027*
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO DE PLANEAMIENTO SUICIDA							
TOTAL	3,0	(1,7-5,2)	/*	2,1	(1,1-3,8)	/*	F=0,702- p=0,403
MASCULINO	0,5	(0,1-2)		0,2	(0 -1,6)		F=0,415- p=0,520
FEMENINO	5,1	(2,8-9,1)		4,0	(2,1-7,4)		F=0,317- p=0,574
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE PLANEAMIENTO SUICIDA							
TOTAL	1,4	(0,6-3,4)	/*	0,7	(0,3-2)	F=2,723- p=0,101	F=1,077- p=0,300
MASCULINO	0,3	(0-2,1)		0,2	(0-1,6)		F=0,047- p=0,829
FEMENINO	2,4	(0,9-6)		1,2	(0,4-3,9)		F=0,827- p=0,364
PREVALENCIA DE VIDA DE INTENTO SUICIDA							
TOTAL	3,9	(2,5-5,9)	*F=8,922 p=0,003*	4,7	(3-7,4)	/*	F=0,408- p=0,524
MASCULINO	1,3	(0,5-3,6)		0,2	(0-1,7)		F=2,990- p=0,085
FEMENINO	6,1	(3,7-9,7)		9,3	(5,8-14,5)		F=1,728- p=0,190
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO DE INTENTO SUICIDA							
TOTAL	2,6	(15-4,5)	*F=6,451- p=0,012*	1,3	(0,6-2,7)	/*	*F=2,227- p=0,137*
MASCULINO	0,9	(0,3-2,9)		-	-		*F=3,802- p=0,053*
FEMENINO	4,0	(2,2-7,4)		2,6	(1,2-5,4)		*F=0,843- p=0,359*
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE INTENTO SUICIDA							
TOTAL	1,4	(0,7-3)	*F=2,020 p=0,158*	0,5	(0,2-1,8)	/*	*F=1,822- p=0,178*
MASCULINO	0,7	(0,2-2,8)		-	-		*F=2,690- p=0,103*
FEMENINO	2,0	(0,9-4,7)		1,1	(0,3-3,7)		*F=0,667- p=0,415*
POTENCIALIDAD SUICIDA* (6,45% DE LOS INTENTOS)							
TOTAL	1,2	(0,5-2,6)	*F=4,704 p=0,032*	0,9	(0,4-2,4)	/*	*F=0,141- p=0,707*
MASCULINO	0,3	(0-1,8)		-	-		*F=1,421- p=0,235*
FEMENINO	2,0	(0,8-4,6)		1,9	(0,7-4,7)		*F=0,004- p=0,948*

/*No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico

En la Tabla 21 se muestran los hallazgos en la población adolescente de Ayacucho respecto a los motivos de planes e intentos suicidas según el sexo en los años 2003 y 2017. Tanto en el 2003 como en el 2017, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres, salvo en lo relacionado con problemas de la salud física, donde los adolescentes varones en el año 2017 presentaron una mayor prevalencia de planes suicidas (14%) en comparación con las adolescentes (2,4%), siendo la diferencia estadísticamente significativa (F=7,374 p=0,007).

Tabla 21

MOTIVOS DE PLANES E INTENTOS SUICIDAS SEGÚN SEXO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 – 2017

MOTIVOS	2003				2017			
	TOTAL (IC 95%)	MASCULINO (IC 95%)	FEMENINO (IC 95%)	*ESTADÍSTICOS*	TOTAL (IC 95%)	MASCULINO (IC 95%)	FEMENINO (IC 95%)	*ESTADÍSTICOS*
PROBLEMAS CON LA AUTOIMAGEN								
PLANES SUICIDAS	1,7 (0,6 – 5,4)	0 (0 – 0)	2,5 (0,8 - 7,5)	/*	6,3 (2,7 – 3,7)	1,3 (0,2 – 9,2)	8,4 (3,6 – 18,5)	/*
INTENTOS SUICIDAS	-	-	-	-	6,9 (1,5 – 26,8)	0 (0 – 0)	7,1 (1,5 - 27,3)	/*
PROBLEMAS CON LOS PADRES								
PLANES SUICIDAS	46 (38,3 – 54)	42,3 (29,2 – 56,6)	47,6 (38,5 – 56,9)	*F=0,396; p=0,531*	60,2 (48,9 – 70,4)	58,6 (44,3 – 71,6)	60,9 (46,9 – 73,3)	*F=0,063; p=0,802*
INTENTOS SUICIDAS	72,9 (50,3 – 87,7)	86,3 (38,4 – 98,4)	70,4 (45,5 – 87,1)	*F=0,622; p=0,432*	83,2 (58 – 94,7)	100 (100 – 100)	82,8 (57,2 – 94,6)	/*
PROBLEMAS CON OTROS PARIENTES								
PLANES SUICIDAS	13,2 (9,3 – 18,5)	10 (4,4 – 21)	14,6 (9,6 – 21,4)	*F=0,688; p=0,408*	10,8 (6,2 – 18,1)	6,3 (2,5 – 15,1)	12,8 (6,6 – 23,5)	*F=1,550; p=0,215*
INTENTOS SUICIDAS	17 (6,7 – 36,7)	46,9 (9,8 – 87,9)	11,5 (3,7 – 30,4)	*F=2,986; p=0,087*	6,4 (2 – 18,9)	0 (0 – 0)	6,5 (2 – 19,4)	/*
PROBLEMAS CON LA PAREJA O ENAMORADA(O)								
PLANES SUICIDAS	2,3 (0,9 – 5,6)	1,2 (0,2 – 7,7)	2,7 (1 – 7,4)	/*	2,6 (0,8 – 8,3)	1,6 (0,2 – 10,2)	3 (0,7 – 11,6)	/*
INTENTOS SUICIDAS	6 (1,5 – 21,6)	0 (0 – 0)	7,1 (1,7 – 25,1)	/*	-	-	-	-
PROBLEMAS CON AMIGOS(AS)								
PLANES SUICIDAS	2,9 (1,2 – 6,8)	0,6 (0,1 – 4,4)	3,9 (1,6 – 9,2)	/*	6,6 (3,5 – 12)	2,8 (0,6 – 11,9)	8,3 (4,2 – 15,7)	*F=1,887; p=0,172*
INTENTOS SUICIDAS	-	-	-	-	6,5 (1,5 – 24,2)	0 (0 – 0)	6,7 (1,5 – 24,7)	/*
PROBLEMAS CON EL TRABAJO								
PLANES SUICIDAS	1,6 (0,4 – 6,3)	2,9 (0,4 – 18,3)	1,1 (0,1 – 7,5)	/*	0,4 (0,1 – 2,9)	1,3 (0,2 – 9,2)	0 (0 – 0)	/*
INTENTOS SUICIDAS	6,4 (35,6 – 100)	0 (0 – 0)	7,6 (40,1 – 100)	/*	-	-	-	-
PROBLEMAS CON LOS ESTUDIOS								
PLANES SUICIDAS	21,2 (15,8 – 28)	13,2 (6,1 – 26,3)	24,5 (17,9 – 32,6)	*F=2,661; p=0,106*	12,8 (6,1 – 24,9)	6,4 (2,2 – 16,8)	15,7 (6,8 – 32,1)	*F=2,100; p=0,150*
INTENTOS SUICIDAS	6,7 (2,1 – 19,5)	0 (0 – 0)	7,9 (2,4 – 22,8)	/*	11 (3,2 – 31,4)	0 (0 – 0)	11,2 (3,3 – 32,1)	/*
PROBLEMAS ECONÓMICOS								
PLANES SUICIDAS	10,5 (6,8 – 16)	13,4 (5,7 – 28,3)	9,4 (5,6 – 15,3)	*F=0,509; p=0,477*	7,6 (4,2 – 13,3)	2,6 (0,6 – 10,3)	9,8 (5,2 – 17,7)	*F=3,441; p=0,066*
INTENTOS SUICIDAS	-	-	-	-	7,5 (1,8 – 26,7)	0 (0 – 0)	7,7 (1,8 – 27,3)	/*
PROBLEMAS CON LA SALUD FÍSICA								
PLANES SUICIDAS	3,5 (1,8 – 6,8)	4,2 (1,2 – 13,4)	3,2 (1,4 – 7,1)	*F=0,133; p=0,716*	6 (2,9 – 11,9)	14,0 (5,9 – 30,4)	2,4 (0,7 – 7,5)	*F=7,374; p=0,007*
INTENTOS SUICIDAS	-	-	-	-	-	-	-	-
PROBLEMAS DE SALUD DE UN FAMILIAR								
PLANES SUICIDAS	4 (1,8 – 8,5)	0 (0 – 0)	5,6 (2,6 – 11,8)	/*	2,5 (0,9 – 6,4)	2,1 (0,3 – 14,1)	2,7 (0,9 – 7,8)	/*
INTENTOS SUICIDAS	-	-	-	-	-	-	-	-
SEPARACIÓN DE FAMILIAR								
PLANES SUICIDAS	5,4 (2,9 – 10)	4,1 (1,5 – 10,5)	6 (2,8 – 12,6)	*F=0,379; p=0,539*	5,4 (2,6 – 10,7)	3,5 (0,8 – 13,7)	6,2 (2,7 – 13,6)	*F=0,497; p=0,482*
INTENTOS SUICIDAS	4,4 (0,6 – 26,1)	0 (0 – 0)	5,2 (0,7 – 29,9)	/*	7,3 (1,8 – 25,4)	0 (0 – 0)	7,4 (1,8 – 25,9)	/*
SEPARACIÓN DE PAREJA O ENAMORADA (O)								
PLANES SUICIDAS	0,9 (0,1 – 6)	0 (0 – 0)	1,2 (0,2 – 8,3)	/*	0,4 (0 – 2,5)	0 (0 – 0)	0,5 (0,1 – 3,6)	/*
INTENTOS SUICIDAS	-	-	-	-	-	-	-	-
MUERTE DE UN HIJO								
PLANES SUICIDAS	-	-	-	-	0,4 (0,1 – 2,8)	0 (0 – 0)	0,6 (0,1 – 4,1)	/*
INTENTOS SUICIDAS	-	-	-	-	-	-	-	-
MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES								
PLANES SUICIDAS	2,8 (1,3 – 6)	3,3 (1,1 – 9,6)	2,5 (0,8 – 7,3)	*F=0,128; p=0,721*	1,7 (0,2 – 11,3)	0 (0 – 0)	2,5 (0,3 – 15,6)	*F=0,473; p=0,493*
INTENTOS SUICIDAS	-	-	-	-	9,7 (1,5 – 44)	0 (0 – 0)	10 (1,5 – 44,6)	/*
PROBLEMAS CON EXPERIENCIA TRAUMÁTICA								
PLANES SUICIDAS	1,3 (0,3 – 5,1)	0 (0 – 0)	1,8 (0,5 – 7,1)	/*	3,1 (1,1 – 8,4)	0 (0 – 0)	4,4 (1,6 – 11,8)	/*
INTENTOS SUICIDAS	7,5 (1 – 38,6)	0 (0 – 0)	8,9 (1,2 – 43,4)	/*	5 (0,7 – 28,1)	0 (0 – 0)	5,2 (0,7 – 28,6)	/*
OTRO MOTIVO								
PLANES SUICIDAS	17,3 (11,9 – 24,5)	23,4 (13,6 – 37,3)	14,8 (9 – 23,4)	*F=1,748; p=0,189*	7,7 (4 – 14,1)	4,6 (1,4 – 14)	9 (4,3 – 17,8)	*F=0,961; p=0,329*
INTENTOS SUICIDAS	14,4 (4,5 – 37,9)	33,1 (4,6 – 83,6)	11 (2,5 – 37,2)	/*	5,5 (1,4 – 19,4)	0 (0 – 0)	5,6 (1,4 – 19,8)	/*

/*No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico

10. TENDENCIAS VIOLENTAS

La Tabla 22 muestra las tendencias hacia la violencia en adolescentes de Ayacucho en 2003 y 2017. La prevalencia de vida de tendencias violentas total disminuyó de 24,1% en 2003 a 17,5% en 2017 (F=5,915; p=0,016). En el caso de los adolescentes masculinos, esta prevalencia bajó de 36,4% a 27,2% (F=4,282; p=0,040), y en las adolescentes femeninas, se redujo de 13,8% a 7,6% (F=4,607; p=0,033), siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo, la participación en más de una pelea que acabó a golpes mostró una reducción significativa, disminuyendo del 20,1% en 2003 al 13,6% en 2017 (F=6,448; p=0,012). Esta tendencia también se observó en los adolescentes masculinos, donde la prevalencia bajó de 32,7% a 23% (F=5,087; p=0,025), y en las adolescentes femeninas, reduciéndose de 9,4% a 4% (F=4,744; p=0,030), siendo las diferencias estadísticamente significativas.

No se encontraron diferencias significativas en otros indicadores de violencia.

Tabla 22
TENDENCIAS HACIA LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 – 2017

INDICADOR	2003			2017			2003 VS 2017
	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE TENDENCIAS VIOLENTAS*							
TOTAL	24,1	(20,3- 28,5)	*F=33,469 p<0,001*	17,5	(14,3-21,3)	*F=32,685 p<0,001*	*F=5,915; p=0,016*
MASCULINO	36,4	(29,6-43,8)		27,2	(22,1-32,9)		*F=4,282; p=0,040*
FEMENINO	13,8	(10-18,7)		7,6	(4,8-12)		*F=4,607; p=0,033*
LE HA PEGADO A UN NIÑO MENOR Y LE HA DEJADO MORETONES							
TOTAL	5,6	(3,8-8,2)	*F=2,675 p=0,105*	4,6	(3,1-6,6)	*F=3,668 p=0,058*	*F=0,576; p=0,449*
MASCULINO	7,6	(4,4 -12,9)		6,3	(4-9,9)		*F=0,267; p=0,606*
FEMENINO	3,9	(2,2-6,9)		2,7	(1,3-5,7)		*F=0,560; p=0,455*
HA PARTICIPADO EN MÁS DE UNA PELEA QUE HAYA ACABADO A GOLPES							
TOTAL	20,1	(16,3-24,4)	*F=47,719 p<0,001*	13,6	(10,8-17)	*F=32,426 p<0,001*	*F=6,448; p=0,012*
MASCULINO	32,7	(26-40,1)		23,0	(18,4-28,4)		*F=5,087; p=0,025*
FEMENINO	9,4	(6,4-13,5)		4,0	(2-8)		*F=4,744; p=0,030*
EN UNA PELEA HA USADO PIEDRAS, PALOS, CUCHILLOS (NAVAJAS), HONDAS, MACHETE, VERDUGUILLO U HOZ							
TOTAL	3,3	(2,1-5,2)	*F=0,992 p=0,321*	1,7	(0,9-3,2)	*F=0,288 p=0,593*	*F=2,703; p=0,102*
MASCULINO	4,2	(2,2-7,9)		2,0	(0,9-4,7)		*F=1,821; p=0,179*
FEMENINO	2,5	(1,3-5,1)		1,4	(0,6-3,5)		*F=0,984; p=0,322*
EN UNA PELEA HA USADO ARMAS DE FUEGO COMO PISTOLAS							
TOTAL	0,5	(0,1-2)	-	0,6	(0,2-1,6)	*F=0,805 p=0,442*	*F=0,328; p=0,708*
MASCULINO	1,2	(0,3-4,4)		0,9	(0,3-2,5)		*F=0,339; p=0,702*
FEMENINO	0,0	(0-0)		0,4	(0-2,5)		*F=0,865; p=0,353*
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA**							
TOTAL	2,1	(1,1-4,2)	*F=0,033 p=0,856*	4,6	(3-7,1)	*F=0,028 p=0,867*	*F=3,800; p=0,052*
MASCULINO	2,0	(0,7-5,6)		4,8	(2,7-8,4)		*F=2,287; p=0,132*
FEMENINO	2,2	(1-4,7)		4,5	(2,3-8,3)		*F=2,064; p=0,152*
PREVALENCIA ANUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA							
TOTAL	1,0	(0,4-2,5)	*F=0,009 p=0,923*	1,4	(0,7-3,1)	*F=0,150 p=0,699*	*F=0,379; p=0,539*
MASCULINO	0,9	(0,2-4,5)		1,6	(0,5-4,8)		*F=0,340; p=0,561*
FEMENINO	1,0	(0,3-3,1)		1,2	(0,4-3,4)		*F=0,050; p=0,823*
PREVALENCIA MENSUAL DE CONSIDERACIONES O PENSAMIENTOS DE ÍNDOLE HOMICIDA							
TOTAL	0,8	(0,3-2,4)	*F=0,047 p=0,829*	1,1	(0,4-2,7)	*F=0,063 p=0,802*	*F=0,153; p=0,696*
MASCULINO	0,7	(0,1-5,1)		1,2	(0,3-4,5)		*F=0,196; p=0,659*
FEMENINO	0,9	(0,3-3,1)		1,0	(0,3-3,1)		*F=0,003; p=0,957*

11. COHESIÓN FAMILIAR

En la Tabla 22 los datos revelan un aumento altamente significativo en el grado de cohesión familiar de los adolescentes de Ayacucho entre 2003 y 2017, tanto en la población total (F= 62,839; p<0,001) como en los subgrupos de género masculino (F= 50,110; p<0,001) y femenino (F= 25,584; p<0,001), lo que sugiere una mejora en las relaciones y el soporte familiar durante este período. La diferencia entre géneros no fue estadísticamente significativa tanto en el 2003 como en el 2017.

Tabla 23
GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 – 2017

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR (ESCALA DE 1 A 20)	2003				2017				2003 VS 2017
	MEDIA	E.S	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	MEDIA	E.S	(IC95%)	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
TOTAL	14,915	0,117	(14,2-4,6)	F=0,601 p=0,440	15,886	0,142	(15,6-16,2)	F=0,922 p=0,339	F= 62,839; p<0,001
MASCULINO	14,2972	11,7142	(14,0-14,6)		16,0021	0,16212	(15,7-16,3)		F= 50,110; p<0,001
FEMENINO	14,4725	11,5485	(14,1-14,8)		15,7676	0,20976	(15,4-16,2)		F= 25,584; p<0,001

12. TRASTORNOS CLÍNICOS

La Tabla 24 muestra que entre los años 2003 y 2017, en la población adolescente de Ayacucho, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de ciertos trastornos mentales. En 2003, la prevalencia total de episodios depresivos moderados a severos fue del 6,2% (IC95%: 4,2-9,0), incrementándose al 9,1% (IC95%: 6,7-12,1) en 2017, con un cambio significativo en 2017 (F=9,347; p=0,003). Sin embargo, la diferencia entre ambos años no fue significativa (F=2,476; p=0,116). En la población masculina, la prevalencia aumentó de 3,6% (IC95%: 1,7-7,4) a 4,8% (IC95%: 2,6-8,7) y en la femenina, de 8,3% (IC95%: 5,3-12,8) a 13,4% (IC95%: 9,5-18,5), sin significancia estadística en ambos casos.

El trastorno de ansiedad generalizada mostró una reducción significativa en su prevalencia total, bajando de 9,3% (IC95%: 6,5-13,3) en 2003 a 2,4% (IC95%: 1,4-4,1) en 2017 (F=19,068; p<0,001). Esta disminución fue significativa tanto en la población masculina, que pasó de 6,7% (IC95%: 3,8-11,7) a 2,1% (IC95%: 0,9-4,8) (F=5,570; p=0,019), como en la femenina, que descendió de 11,5% (IC95%: 7,3-17,7) a 2,7% (IC95%: 1,3-5,5) (F=13,500; p<0,001).

Asimismo, el trastorno de ansiedad generalizada comórbido presentó una disminución significativa en su prevalencia total, pasando de 12,3% (IC95%: 9,3-16,2) en 2003 a 5,7% (IC95%: 3,9-8,2) en 2017 (F=11,117; p=0,001). En la población femenina, la prevalencia bajó significativamente de 15,9% (IC95%: 11,4-21,7) a 6,7% (IC95%: 4,1-10,7) (F=9,191; p=0,003), mientras que, en la población masculina, el cambio no fue significativo.

Tabla 24
PREVALENCIA ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AYACUCHO 2003 – 2017

TRASTORNOS CLÍNICOS	2003			2017			2003 VS 2017
	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO A SEVERO							
TOTAL	6,2	(4,2-9,0)	F=4,136 p=0,044	9,1	(6,7-12,1)	F=9,347 p=0,003	F=2,476; p=0,116
MASCULINO	3,6	(1,7-7,4)		4,8	(2,6-8,7)		F=0,382; p=0,537
FEMENINO	8,3	(5,3-12,8)		13,4	(9,5-18,5)		F=2,876; p=0,091
DISTIMIA							
TOTAL	0,7	(0,2-2,2)	F=0,121 p=0,729	0,4	(0,1-1,6)	F=0,242 p=0,623	F=0,435; p=0,510
MASCULINO	0,6	(0,1 – 2,6)		0,5	(0,1-3,5)		F=0,007; p=0,934
FEMENINO	0,8	(0,2-3,9)		0,3	(0,0-1,8)		F=0,933; p=0,329
FOBIA SOCIAL							
TOTAL	3,9	(2,2-6,5)	F=0,004 p=0,951	2,8	(1,7-4,6)	F=1,873 p=0,173	F=0,749; p=0,387
MASCULINO	3,8	(1,7-8,2)		1,9	(0,8-4,3)		F=1,479; p=0,225
FEMENINO	3,9	(1,9-8,0)		3,7	(2,0-6,8)		F=0,008; p=0,927
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA							
TOTAL	9,3	(6,5-13,3)	F=0,721 p=0,398	2,4	(1,4-4,1)	F=1,465 p=0,229	F=19,068; p<0,001
MASCULINO	6,7	(3,8-11,7)		2,1	(0,9-4,8)		F=5,570; p=0,019
FEMENINO	11,5	(7,3-17,7)		2,7	(1,3-5,5)		F=13,500; p<0,001
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMÓRBIDO							
TOTAL	12,3	(9,3-16,2)	F=7,205 p=0,008	5,7	(3,9-8,2)	F=0,816 p=0,368	F=11,117; p=0,001
MASCULINO	8,1	(4,9-13,1)		4,8	(2,7-8,3)		F=1,949; p=0,164
FEMENINO	15,9	(11,4-21,7)		6,7	(4,1-10,7)		F=9,191; p=0,003
BULIMIA NERVIOSA							
TOTAL	0,4	(0,1-1,6)	/*	0,2	(0,1-0,8)	/*	F=0,307; p=0,580
MASCULINO	-	-		-	-		-
FEMENINO	0,7	(0,0-1,1)		0,4	(0,1-1,6)		F=0,216; p=0,643

/*No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico

13. CONSUMO DE SUSTANCIAS

La Tabla 25 muestra la prevalencia de consumo de diversas sustancias en adolescentes de Ayacucho en los años 2003 y 2017. La prevalencia de vida de consumo de alcohol disminuyó ligeramente de 74,0% en 2003 a 71,0% en 2017 (F=0,552; p=0,458). La prevalencia de vida de consumo de tabaco disminuyó significativamente de 24,3% a 12,7% (F=16,782- p<0,001). La prevalencia en el último mes de consumo de tabaco también mostró una disminución significativa de 8,3% a 2,8% (F=11,782- p=0,001). El consumo de vida de pastillas para el dolor de cabeza disminuyó drásticamente de 20,9% a 2,2% (F=57,266- p<0,001). El consumo de vida de marihuana aumentó de 0,1% a 2,7% (F=9,799- p=0,002), y el consumo de vida de hoja de coca aumentó de 20,1% a 27,6% (F=5,516- p=0,020). En general, la prevalencia de consumo de sustancias ha disminuido significativamente en algunos casos, como el tabaco y las pastillas para el dolor de cabeza, mientras que, en otros como la marihuana y la hoja de coca, ha aumentado.

Tabla 25

PREVALENCIA DE VIDA Y EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003 – 2017

PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS	2003			2017			2003 VS 2017
	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES							
TOTAL	74,0	(67 - 79,9)		71,0	(66 - 75,5)		*F=0,552- p=0,458*
MASCULINO	77,2	(70,1 - 83)	*F=2,541 p=0,114*	73,8	(66,7 - 79,9)	*F=1,511 p=0,221*	*F=0,527- p=0,469*
FEMENINO	71,3	(62,5 - 78,7)		68,1	(61,1 - 74,3)		*F=0,365- p=0,546*
PREVALENCIA EN MES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES							
TOTAL	15,3	(11,6 - 20)		10,5	(7,7 - 14,1)		*F=3,646- p=0,057*
MASCULINO	13,2	(8,9 - 19,1)	*F=1,025 p=0,313*	12,8	(8,5 - 18,7)	*F=2,257 p=0,135*	*F=0,013- p=0,909*
FEMENINO	17,1	(11,8 - 24,2)		8,1	(5,2 - 12,6)		*F=7,046- p=0,009*
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES							
TOTAL	24,3	(19,7 - 29,7)		12,7	(9,8 - 16,2)		*F=16,782- p<0,001*
MASCULINO	30,3	(23,8 - 37,7)	*F=10,899 p=0,001*	16,0	(11,8 - 21,2)	*F=4,152 p=0,043*	*F=12,608- p<0,001*
FEMENINO	19,3	(14,7 - 24,8)		9,3	(5,8 - 14,4)		*F=8,256- p=0,004*
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES							
TOTAL	8,3	(5,9 - 11,5)		2,8	(1,6 - 4,9)		*F=11,782- p=0,001*
MASCULINO	12,0	(8,2 - 17,1)	*F=8,170 p=0,005*	3,8	(2 - 7,2)	*F=1,283 p=0,259*	*F=10,513- p=0,001*
FEMENINO	5,2	(3 - 8,8)		1,8	(0,5 - 5,8)		*F=2,935- p=0,088*
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN ADOLESCENTES							
TOTAL	0,6	(0,2 - 1,8)		0,2	(0,1 - 0,9)		
MASCULINO	0,1	(0 - 0,9)	/*-	0,4	(0,1 - 1,7)	/*	/*
FEMENINO	1,0	(0,3 - 3,4)		-	-		
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA EN ADOLESCENTES							
TOTAL	20,9	(15,5 - 27,6)		2,2	(1,1 - 4,3)		*F=57,266- p<0,001*
MASCULINO	16,6	(11,5 - 23,2)	*F=6,224 p=0,014*	0,6	(0,1 - 4,5)	*F=3,520 p=0,063*	*F=24,613- p<0,001*
FEMENINO	24,6	(17,8 - 32,8)		3,7	(1,8 - 7,6)		*F=32,143- p<0,001*
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE PASTILLAS PARA EL DOLOR DE CABEZA EN ADOLESCENTES							
TOTAL	9,4	(6,8 - 12,8)		0,2	(0,1 - 1)		
MASCULINO	5,7	(3,7 - 8,7)	*F=9,742 p=0,002*	-	-	/*	/*
FEMENINO	12,5	(8,5 - 17,9)		0,5	(0,1 - 2)		
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS EN ADOLESCENTES							
TOTAL	5,4	(3,4 - 8,5)		1,5	(0,6 - 3,4)		*F=8,411- p=0,004*
MASCULINO	6,5	(3,8 - 10,8)	*F=0,802 p=0,372*	1,9	(0,6 - 5,5)	*F=0,986 p=0,322*	*F=4,653- p=0,032*
FEMENINO	4,5	(2,2 - 8,9)		1,0	(0,4 - 2,7)		*F=7,267- p=0,008*
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE JARABE PARA LA TOS EN ADOLESCENTES							
TOTAL	0,7	(0,2 - 2,2)		0,1	(0 - 0,9)		
MASCULINO	0,4	(0,1 - 1,6)	/*	-	-	/*	/*
FEMENINO	1,0	(0,3 - 3,3)		0,3	(0 - 1,8)		
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ÉXTASIS EN ADOLESCENTES							
TOTAL	0,1	(0 - 0,5)		-	-		
MASCULINO	0,1	(0 - 1)	/*	-	-	-	-
FEMENINO	-	-		-	-		
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE MARIHUANA EN ADOLESCENTES							
TOTAL	0,1	(0 - 0,5)		2,7	(1,7 - 4,2)		
MASCULINO	0,1	(0 - 1)	/*	4,7	(2,8 - 7,6)	*F=9,799 p=0,002*	/*
FEMENINO	-	-		0,6	(0,2 - 2,5)		
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE MARIHUANA EN ADOLESCENTES							
TOTAL	-	-		0,9	(0,3 - 2,2)		
MASCULINO	-	-	-	1,7	(0,7 - 4,2)	/*	-
FEMENINO	-	-		-	-		

PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS	2003			2017			2003 VS 2017
	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE COCAÍNA EN ADOLESCENTES							
TOTAL	0,3	(0,1 - 1,3)		-	-		
MASCULINO	0,6	(0,1 - 2,7)	/*	-	-	-	-
FEMENINO	-	-		-	-		
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE PBC EN ADOLESCENTES							
TOTAL	0,1	(0 - 0,4)		-	-		
MASCULINO	-	-	/*	-	-	-	-
FEMENINO	0,1	(0 - 0,7)		-	-		
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALUCINÓGENOS EN ADOLESCENTE							
TOTAL	0,5	(0,2 - 1,5)		0,1	(0 - 0,8)		
MASCULINO	1,2	(0,4 - 3,2)	/*	-	-	/*	/*
FEMENINO	-	-		0,2	(0 - 1,6)		
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE HOJA DE COCA EN ADOLESCENTES							
TOTAL	20,1	(15,9 - 25)		27,6	(23,5 - 32,1)		*F=5,516- p=0,020*
MASCULINO	19,4	(14,3 - 25,7)	*F=0,149 p=0,700*	28,7	(22,8 - 35,5)	*F=0,311 p=0,578*	*F=4,589- p=0,033*
FEMENINO	20,6	(15,7 - 26,6)		26,5	(21,5 - 32,1)		*F=2,225- p=0,137*
PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE CONSUMO DE HOJA DE COCA EN ADOLESCENTES							
TOTAL	4,2	(2,4 - 7,2)		3,8	(2,4 - 5,9)		*F=0,080- p=0,778*
MASCULINO	4,3	(2,2 - 8)	*F=0,013 p=0,908*	3,6	(1,8 - 7,2)	*F=0,036 p=0,850*	*F=0,120- p=0,729*
FEMENINO	4,1	(2,2 - 7,6)		3,9	(2,1 - 7,2)		*F=0,009- p=0,925*
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE INHALANTES EN ADOLESCENTES							
TOTAL	0,4	(0,1 - 1)		0,2	(0 - 1,1)		
MASCULINO	0,8	(0,3 - 2,3)	/*	-	-	/*	/*
FEMENINO	-	-		0,3	(0 - 2,2)		
PREVALENCIA VIDA DE CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA (INCLUIDO ALCOHOL) EN ADOLESCENTES							
TOTAL	79,2	(72,6 - 84,6)		76,8	(72,1 - 80,9)		*F=0,419- p=0,518*
MASCULINO	81,8	(75,2 - 86,9)	*F=1,769 p=0,186*	79,9	(73,2 - 85,2)	*F=2,028 p=0,157*	*F=0,217- p=0,642*
FEMENINO	77,0	(68,2 - 84)		73,6	(66,8 - 79,4)		*F=0,430- p=0,513*
PREVALENCIA EN EL MES DE CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA (INCLUIDO ALCOHOL) EN ADOLESCENTES							
TOTAL	29,3	(24 - 35,1)		14,7	(11,7 - 18,5)		*F=21,168- p<0,001*
MASCULINO	27,1	(20,8 - 34,5)	*F=0,845 p=0,360*	16,7	(11,9 - 22,8)	*F=1,135 p=0,288*	*F=5,633- p=0,019*
FEMENINO	31,0	(24,5 - 38,5)		12,8	(8,9 - 18)		*F=19,528- p<0,001*

/*No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico

14. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

La Tabla 26 presenta datos sobre la morbilidad mental sentida y expresada en adolescentes de Ayacucho en los años 2003 y 2017. La prevalencia de vida de morbilidad mental sentida disminuyó significativamente del 51,57% en 2003 al 27,26% en 2017 (F=38,928; p<0,001). En varones, esta disminución fue del 43,86% al 20,97% (F=26,832; p<0,001), mientras que en mujeres pasó del 58,06% al 33,68% (F=16,416- p<0,001).

Por otro lado, la prevalencia de vida de morbilidad mental sentida, expresada y atendida aumentó significativamente del 4,16% en 2003 al 14,15% en 2017 (F=14,130; p<0,001). En varones, el incremento fue del 2,33% al 6,77% sin ser estadísticamente significativo (F=2,832; p=0,094), mientras que en mujeres aumentó del 5,30% al 19,13% (F=11,905; p=0,001).

Tabla 26
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA EN ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003 – 2017

MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA	2003			2017			2003 VS 2017
	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA DE VIDA							
TOTAL	51,57	(45,6 - 57,5)		27,26	(23,0 - 31,9)		*F=38,928; p<0,001*
MASCULINO	43,86	(36,7 - 51,3)	*F=10,615 p=0,001*	20,97	(16,8 - 25,9)	*F=9,329 p=0,003*	*F=26,832; p<0,001*
FEMENINO	58,06	(49,3 - 66,3)		33,68	(26,5 - 41,6)		*F=16,416; p<0,001*
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA EXPRESADA Y ATENDIDA DE VIDA							
TOTAL	4,16	(2,3 - 7,3)		14,15	(10,0 - 19,7)		*F=14,130; p<0,001*
MASCULINO	2,33	(0,8 - 6,2)	*F=1,847 p=0,177*	6,77	(2,9 - 14,8)	*F=5,456 p=0,021*	*F=2,832; p=0,094*
FEMENINO	5,30	(2,7 - 10,2)		19,13	(13,0 - 27,2)		*F=11,905; p=0,001*

En la Tabla 27 se presenta la evolución de los lugares de atención de adolescentes en Ayacucho entre 2003 y 2017. En MINSA, la atención aumentó del 1,4% en 2003 al 4,84% en 2017 (F=4,664; p=0,031). En los puestos o centros de salud, se incrementó del 0,95% en 2003 al 4,52% en 2017 (F=6,185; p=0,013). En las

postas o policlínicos, la atención subió del 0,20% en 2003 al 4,12% en 2017 (F=17,155; p<0,001). En las clínicas particulares, aumentó del 0,25% en 2003 al 2,44% en 2017 (F=6,733; p=0,010), La atención privada creció del 0,57% en 2003 al 3,48% en 2017 (F=9,092; p=0,003). Estos resultados reflejan un aumento significativo en la atención de adolescentes en varios tipos de establecimientos de salud en Ayacucho durante este período.

Tabla 27
LUGAR DE ATENCIÓN DE LOS ADOLESCENTE DE AYACUCHO 2003 – 2017

LUGAR DE ATENCIÓN	2003			2017			2003/2017
	PARCIALES (%)	IC 95%	TOTALES (%)	PARCIALES (%)	IC 95%	TOTALES (%)	ESTADÍSTICOS
MINSA			**1,40**			**4,84**	***F=4,664; p=0,031***
PUESTOS O CENTROS DE SALUD	0,95	(0,3 - 3,0)	(50,0% DE LO	4,52	(2,3 - 8,9)	(44,7% DE LO	*F=6,185; p=0,013*
HOSPITAL GENERAL	0,45	(0,06 - 3,15)	ATENDIDO)	0,32	(0,04 - 2,21)	ATENDIDO)	*F=0,060; p=0,807*
ESSALUD			**2,10**			**4,88**	***F=2,504; p=0,114***
HOSPITAL GENERAL	1,90	(0,7 - 4,9)	(7,6% DE LO	0,77	(0,2 - 3,1)	(31,4% DE LO	*F=1,140; p=0,286*
POSTA O POLICLÍNICO, CENTRO	0,20	(0,03 - 1,42)	ATENDIDO)	4,12	(2,1 - 7,7)	ATENDIDO)	*F=17,155; p<0,001*
PRIVADA			**0,57**			**3,48**	***F=9,092; p=0,003***
CLÍNICA PARTICULAR	0,25	(0,03 - 1,7)		2,44	(1,0 - 5,7)	(17,9% DE LO	*F=6,733; p=0,010*
CONSULTORIO PARTICULAR		(0,7 - 4,9)		2,00	(0,6 - 6,2)	ATENDIDO)	*F=0,002; p=0,966*
OTROS				0,74	(0,2 - 2,9)		-
FFAA Y POLICIA NACIONAL			**-**			**0,61**	
	-	-	-	0,61	(0,01 - 4,3)		-
OTROS			**2,91**			**5,41**	
OTROS	2,91	(1,3 - 6,5)	(13,4% DE LO ATENDIDO)	5,41	(2,3 - 3,3)	(6% DE LO ATENDIDO)	*F=1,106; p=0,294*

La Tabla 28 presenta los motivos principales por los cuales la población adolescente de Ayacucho no buscó atención médica a pesar de percibir problemas de salud mental, comparando los años 2003 y 2017. Entre los resultados más destacados se encontró que el motivo "No sabía dónde ir" disminuyó del 53,2% en 2003 al 29,9% en 2017, con una diferencia estadísticamente significativa (F=13,046; p<0,001). Esta reducción fue significativa tanto en hombres (F=12,907; p<0,001) como en mujeres (F=4,046; p=0,046). Otro motivo importante fue "No tenía dinero", que bajó del 36,5% en 2003 al 13,1% en 2017, con una diferencia significativa (F=20,304; p<0,001), siendo esta disminución significativa en hombres (F=7,142; p=0,008) y en mujeres (F=13,034; p<0,001). La "Falta de confianza en los servicios" también mostró una reducción, del 37,0% en 2003 al 20,1% en 2017 (F=9,454; p=0,002), particularmente significativa en mujeres (F=7,250; p=0,008). Asimismo, la creencia de que "Debía superar el problema solo(a)" disminuyó del 60,1% en 2003 al 33,4% en 2017 (F=18,664; p<0,001), con una reducción significativa tanto en hombres (F=10,434; p=0,001) como en mujeres (F=8,900; p=0,003). Estos resultados reflejan una mejora en el acceso y la percepción de los servicios de salud mental entre los adolescentes de Ayacucho en el período estudiado.

Tabla 28
MOTIVOS PRINCIPALES DE NO BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE QUE PERCIBIÓ PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO 2003 – 2017

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	2003			2017			2003 VS 2017
	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
NO SABÍA DÓNDE IR							
TOTAL	53,2	(44,8-61,4)		29,9	(22,0-39,2)		*F=13,046; p<0,001*
MASCULINO	52,4	(42,1-62,6)	*F=0,026 p=0,873*	23,4	(14,7-35,1)	*F=2,030 p=0,156*	*F=12,907; p<0,001*
FEMENINO	53,7	(41,7-65,3)		34,8	(23,1-48,7)		*F=4,046; p=0,046*
NO TENÍA DINERO							
TOTAL	36,5	(28,7-45,2)		13,1	(8,5-19,7)		*F=20,304; p<0,001*
MASCULINO	31,4	(22,3-42,2)	*F=1,720 p=0,192*	12,7	(6,6-23,0)	*F=0,017 p=0,896*	*F=7,142; p=0,008*
FEMENINO	39,8	(28,6-52,2)		13,5	(7,5-23,1)		*F=13,034; p<0,001*
TENÍA DINERO, PERO PREFERÍA GASTARLO EN OTRA COSA							
TOTAL	3,6	(2,0-6,4)		5,9	(2,8-11,8)		*F=1,045; p=0,307*
MASCULINO	3,2	(1,3-7,6)	*F=0,127 p=0,722*	2,5	(0,6-9,6)	*F=2,422 p=0,122*	*F=0,075; p=0,785*
FEMENINO	3,9	(1,8-8,2)		8,4	(3,6-18,3)		*F=1,879; p=0,172*

MOTIVOS DE NO CONSULTA A CENTRO ASISTENCIAL	2003			2017			2003 VS 2017
	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	%	(IC 95%)	ESTADÍSTICOS	ESTADÍSTICOS
NO CUBRÍA SEGURO MÉDICO							
TOTAL	7,1	(3,1-15,5)		7,0	(3,3-14,4)		*F=0,612; p=0,539*
MASCULINO	7,3	(2,7-18,1)	*F=0,014 p=0,906*	6,1	(2,0-17,5)	*F=0,431 p=0,608*	*F=0,055; p=0,815*
FEMENINO	7,1	(2,1-21,2)		7,7	(2,7-19,6)		*F=0,595; p=0,543*
LARGAS LISTAS DE ESPERA							
TOTAL	16,1	(10,8-23,3)		10,9	(6,3-18,0)		*F=1,410; p=0,236*
MASCULINO	13,7	(7,1-24,6)	*F=1,019 p=0,315*	7,9	(3,2-18,3)	*F=0,986 p=0,323*	*F=1,021; p=0,313*
FEMENINO	17,6	(10,6 -27,8)		13,1	(6,7- 24,0)		*F=0,518; p=0,472*
NO EXISTÍA SERVICIO DE SALUD MENTAL CERCANO							
TOTAL	17,0	(3,7-16,0)		7,8	(1,8-7,0)		*F=4,741; p=0,030*
MASCULINO	15,9	(8,8-26,9)	*F=0,222 p=0,638*	5,3	(2,0- 13,0)	*F=1,227 p=0,270*	*F=4,302; p=0,039*
FEMENINO	17,7	(9,3-31,2)		9,7	(4,7-18,8)		*F=1,667; p=0,198*
FALTA DE CONFIANZA							
TOTAL	37,0	(29,1- 45,8)		20,1	(14,2-27,6)		*F=9,454; p=0,002*
MASCULINO	35,2	(25,2-46,7)	*F=0,183 p=0,670*	22,0	(13,5-33,8)	*F=0,259 p=0,612*	*F=2,794; p=0,097*
FEMENINO	38,2	(27,1- 50,5)		18,7	(11,4-29,0)		*F=7,250; p=0,008*
DUDA DE MANEJO POR MÉDICOS							
TOTAL	21,6	(15,3-29,6)		14,3	(9,2- 21,4)		*F=2,349; p=0,126*
MASCULINO	19,9	(12,2-30,9)	*F=0,318 p=0,574*	9,3	(4,1-19,9)	*F=2,029 p=0,157*	*F=2,761; p=0,098*
FEMENINO	22,7	(14,1-34,3)		18,2	(11,0-28,5)		*F=0,452; p=0,502*
PENSABA QUE NO LE AYUDARÍA							
TOTAL	21,6	(15,2-29,7)		19,7	(13,9-27,2)		*F=0,135; p=0,714*
MASCULINO	17,9	(10,9-27,9)	*F=1,600 p=0,209*	12,4	(6,7-21,8)	*F=4,218 p=0,042*	*F=0,888; p=0,347*
FEMENINO	23,9	(15,1-35,8)		25,4	(16,9-36,4)		*F=0,042; p=0,837*
CREÍA QUE LO DEBÍA SUPERAR SOLO(A)							
TOTAL	60,1	(51,4-68,3)		33,4	(25,5-42,2)		*F=18,664; p<0,001*
MASCULINO	59,2	(47,8-69,6)	*F=0,057 p=0,812*	30,9	(20,0-44,4)	*F=0,263 p=0,609*	*F=10,434; p=0,001*
FEMENINO	60,8	(48,3-72,0)		35,3	(24,7-47,4)		*F=8,900; p=0,003*
PREFERENCIA POR REMEDIOS CASEROS							
TOTAL	7,9	(4,8-12,6)		3,9	(1,8-8,5)		*F=2,363; p=0,125*
MASCULINO	8,3	(3,9-16,6)	*F=0,029 p=0,866*	2,5	(0,6-9,1)	*F=0,772 p=0,381*	*F=0,344; p=0,709*
FEMENINO	7,6	(4,0 -14,0)		5,1	(1,9-12,6)		*F=3,300; p=0,071*
POR VERGÜENZA							
TOTAL	23,0	(17,4 - 29,8)		17,4	(10,3 - 27,7)		*F=1,167; p=0,310*
MASCULINO	20,1	(12,3 - 31)	*F=0,634 p=0,427*	5,1	(1,9 - 12,9)	*F=5,666 p=0,004*	*F=4,001; p=0,0,020*
FEMENINO	24,9	(17,9 - 33,5)		26,7	(14,8 - 43,4)		*F=0,049; p=0,825*
SUS VECINOS HABLARÍAN MAL DE UD. SI SE ENTERARAN							
TOTAL	7,8	(5,1 - 11,9)		7,1	(4,1 - 12,1)		*F=0,076; p=0,783*
MASCULINO	6,2	(2,7 - 13,6)	*F=0,558 p=0,457*	6,4	(2,3 - 16,3)	*F=0,092 p=0,762*	*F=0,003; p=0,0,953*
FEMENINO	8,9	(5,2 - 14,7)		7,7	(3,9 - 14,6)		*F=0,130; p=0,719*
POR TEMOR A QUE LO(A) VIERAN COMO ENFERMO (A) MENTAL							
TOTAL	7,0	(4,1 - 11,9)		10,7	(5,8 - 18,9)		*F=1,106; p=0,294*
MASCULINO	4,0	(1,5 - 10,2)	*F=2,172 p=0,143*	6,4	(2,8 - 14,1)	*F=1,782 p=0,184*	*F=0,627; p=0,429*
FEMENINO	9,0	(4,7 - 16,4)		14,1	(6,2 - 28,9)		*F=0,772; p=0,380*
EXPERIENCIA DE MALA ATENCIÓN ANTERIOR							
TOTAL	9,1	(5 - 15,8)		4,9	(2,2 - 10,6)		*F=1,593; p=0,208*
MASCULINO	8,8	(3,5 - 20,7)	*F=0,006 p=0,940*	2,5	(0,6 - 9,7)	*F=1,405 p=0,238*	*F=2,553; p=0,112*
FEMENINO	9,2	(4,4 - 18,3)		6,7	(2,5 - 16,5)		*F=0,284; p=0,595*
TUS PADRES NO LO CONSIDERABAN NECESARIO							
TOTAL	18,7	(12,2 - 27,5)		-	-		-
MASCULINO	21,5	(12,8 - 33,8)	*F=0,611 p=0,436*	-	-	-	
FEMENINO	16,9	(9,9 - 27,5)		-	-		
POR FALTA DE TIEMPO							
TOTAL	-	-		28,8	(20,8 - 38,3)		
MASCULINO	-	-	-	22,8	(13,2 - 36,5)	*F=1,918 p=0,168*	-
FEMENINO	-	-		33,3	(23,4 - 45)		
NO HAY CENTRO DE SALUD CERCANO							
TOTAL	-	-		8,8	(4,5 - 16,5)		
MASCULINO	-	-	-	3,2	(1 - 9,6)	*F=6,916 p=0,010*	-
FEMENINO	-	-		13,0	(6,3 - 24,8)		
PREFERÍA TRATAMIENTO CON NATURISTA O YERBERO							
TOTAL	-	-		6,1	(2,7 - 13,1)		
MASCULINO	-	-	-	1,4	(0,2 - 9,7)	/*	-
FEMENINO	-	-		9,6	(3,9 - 21,7)		
PREFERÍA TRATAMIENTO CON CURANDERO O BRUJO							
TOTAL	-	-		0,7	(0,1 - 4,7)		
MASCULINO	-	-	-	1,5	(0,2 - 10,3)	/*	-
FEMENINO	-	-		0,0	(0 - 0)		
NO ERA SERIO, GRAVE O MUY IMPORTANTE							
TOTAL	-	-		54,8	(45,3 - 64,1)		
MASCULINO	-	-	-	61,8	(47,8 - 74,1)	*F=1,971 p=0,163*	-
FEMENINO	-	-		49,5	(37,6 - 61,5)		
OTRO							
TOTAL	22,8	(15,2 - 32,7)		13,3	(8,3 - 20,6)		*F=,3,321; p=0,070*
MASCULINO	20,0	(11,9 - 31,7)	*F=0,410 p=0,523*	12,3	(6 - 23,5)	*F=0,083 p=0,773*	*F=1,338; p=0,249*
FEMENINO	24,6	(14,7 - 38,2)		14,0	(7,5 - 24,8)		*F=2,092; p=0,150*

/*No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico

VI. DISCUSIÓN

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES

La comparación de los resultados obtenidos revela una serie de tendencias interesantes en relación con la distribución demográfica de la población adolescente en Ayacucho a lo largo del tiempo. En primer lugar, se destacó una ligera disminución en la proporción de individuos del sexo masculino durante el año 2017, lo que sugiere un aumento relativo en la proporción del género femenino en comparación con años anteriores. Sin embargo, es importante señalar que estas diferencias no alcanzaron significancia estadística, lo que podría indicar una estabilidad general en la distribución de género en la población adolescente de Ayacucho.

SEXO

Los resultados del análisis comparativo de la proporción de adolescentes según el sexo en Ayacucho, entre los años 2003 y 2017, muestran una ligera disminución en la proporción del sexo masculino para el año 2017, con un aumento correlativo en la proporción de adolescentes de sexo femenino. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (F=1,893; p=0,170).

Al comparar estos resultados con estudios similares realizados en otros escenarios, se observa que la tendencia de un cambio en la proporción por sexo varía según el contexto. En un estudio realizado en el Perú, por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", se encontró que la distribución por sexo de los adolescentes en Lima Metropolitana y Callao entre 2002 y 2012 se mantuvo relativamente estable. La ligera variación observada en las proporciones (de 49% a 48,5% para hombres y de 51% a 51,5% para mujeres) no fue lo suficientemente grande como para ser considerada significativa desde un punto de vista estadístico (F = 0,92, p = 0,34) [25].

Estos hallazgos sugieren que, aunque en algunos lugares pueden observarse cambios significativos en la proporción de sexos, en otros, como en Ayacucho, la distribución se mantiene estable, lo que podría reflejar una constancia en los patrones demográficos y sociales de la región.

EDAD

En cuanto a la edad promedio de los adolescentes encuestados en Ayacucho, los resultados indican que no hubo diferencias significativas entre los años 2003 y 2017 (F=0,073; p=0,787). La edad promedio se mantuvo alrededor de los 14 años en ambos períodos, lo que sugiere estabilidad en la estructura etaria de la población adolescente.

Además, al analizar los grupos etarios en ambos años, se observó que la distribución de la población adolescente fue similar, con una ligera tendencia a una mayor presencia en el grupo de 12 a 14 años. Sin embargo, es importante destacar que estas diferencias no fueron significativas desde el punto de vista estadístico (F=0,064; p=0,801). Este resultado sugiere una relativa uniformidad en la distribución de la población adolescente en diferentes grupos etarios a lo largo del período estudiado.

Este resultado difiere con otro estudio realizado en el Perú, por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", donde se encontró una evolución notable en la distribución por edad de la población adolescente en Lima Metropolitana y Callao del 2002 al 2012. La proporción de adolescentes más jóvenes (12-14 años) aumentó significativamente en un 15% (F = 5,21, p = 0,023), mientras que la de adolescentes mayores (15-17 años) disminuyó en un 12% (F = 4,57, p = 0,034). Los cambios pueden reflejar diversos factores, como variaciones en las tasas de natalidad, migración, o cambios en las condiciones socioeconómicas y de salud pública, lo que resalta la importancia de considerar estas tendencias en la planificación y formulación de políticas de salud y educación dirigidas a la población adolescente [25].

Estos hallazgos sugieren una cierta estabilidad en la distribución demográfica de la población adolescente en Ayacucho a lo largo del tiempo, con cambios mínimos en la proporción de género y en la distribución por grupos etarios.

En resumen, los resultados del análisis de la población adolescente en Ayacucho entre 2003 y 2017 revelan una estabilidad en la proporción por sexo y en la distribución etaria, sin diferencias significativas en estos aspectos. A pesar de los cambios socioeconómicos que pueden haber ocurrido en otros lugares, la estructura demográfica de la población adolescente en Ayacucho se ha mantenido estable durante este período.

ESCOLARIDAD

Los resultados obtenidos en el estudio sobre el nivel de educación de los adolescentes en Ayacucho entre los años 2003 y 2017 revelan una serie de tendencias importantes y cambios significativos, que pueden ser comparados con otros estudios nacionales e internacionales para una mejor comprensión del contexto y las implicancias.

En primer lugar, se identificó una disminución considerable en la proporción de adolescentes con educación primaria incompleta en el año 2017 en comparación con el año 2003. Este hallazgo es estadísticamente significativo tanto para el total de la muestra como para ambos sexos ($F=36,252$; $p<0,001$). Esta disminución puede interpretarse como un indicador positivo en términos de acceso y retención escolar en los niveles más básicos de educación, lo que sugiere posibles mejoras en el sistema educativo durante ese período de tiempo [26]. A nivel internacional, estudios en países en desarrollo han mostrado resultados similares, donde la mejora en la accesibilidad y la calidad de la educación ha conducido a una disminución en las tasas de abandono escolar [27, 28].

Por otro lado, se encontró un aumento significativo en la proporción de adolescentes con educación secundaria completa durante el mismo período de estudio ($F=24,860$; $p<0,001$). Nuevamente, este aumento es estadísticamente significativo para el total de la muestra y para ambos sexos. Este resultado podría reflejar una mayor atención o recursos dedicados a la educación secundaria, lo que posiblemente contribuyó a un mayor número de adolescentes completando este nivel educativo [29]. En comparación con estudios nacionales, esta tendencia refleja los esfuerzos del gobierno peruano por mejorar la educación secundaria en áreas rurales y urbanas marginales, alineándose con los objetivos educativos de la UNESCO de aumentar la tasa de graduación secundaria a nivel global para el 2030 [30].

Un hallazgo interesante es la diferencia significativa entre ambos sexos en el año 2003 en el grupo de educación superior, donde la proporción de mujeres con educación superior era mayor que la de los hombres ($F=4,022$; $p=0,047$). Sin embargo, esta disparidad no se mantuvo en el año 2017. Este cambio podría ser indicativo de un cambio en las tendencias de educación superior entre los sexos a lo largo del tiempo, lo que podría estar relacionado con cambios socioculturales o políticas educativas específicas [31]. A nivel internacional, se ha documentado una tendencia similar en varios países en desarrollo, donde la brecha de género en la educación superior se ha reducido significativamente, aunque persisten desafíos en áreas específicas [32].

Además de estos hallazgos significativos, se observa que las demás proporciones de niveles educativos se mantuvieron relativamente estables a lo largo de los años estudiados, sin mostrar variaciones estadísticamente significativas. Esto sugiere cierta consistencia en la distribución de los niveles educativos entre los adolescentes durante ese período de tiempo, lo que podría indicar cierta estabilidad en el sistema educativo en esos aspectos particulares [33].

Estos hallazgos podrían tener implicaciones importantes para las políticas educativas y el diseño de intervenciones destinadas a mejorar el acceso y la calidad de la educación en la población adolescente.

Sin embargo, es importante tener en cuenta las limitaciones del estudio y considerar posibles variables no controladas que podrían haber influido en los resultados. Por ejemplo, factores socioeconómicos, políticas gubernamentales específicas o cambios en la economía local podrían haber jugado un papel en estas tendencias [34]. Es crucial que futuros estudios aborden estas limitaciones y exploren más a fondo las dinámicas subyacentes que afectan la educación en regiones como Ayacucho.

La comparación con otros estudios nacionales y regionales indica que las tendencias observadas en Ayacucho reflejan en gran medida las dinámicas educativas a nivel nacional. Sin embargo, la magnitud de las mejoras puede variar en función de factores socioeconómicos específicos de la región. Por ejemplo, mientras que la reducción de la primaria incompleta es un fenómeno ampliamente documentado en Perú, la tasa de incremento en la educación secundaria y superior puede ser más pronunciada en Ayacucho debido a intervenciones educativas específicas en la región [26,29].

En comparación con estudios internacionales, los resultados de Ayacucho muestran un progreso que es comparable al de otras regiones en países en desarrollo donde se han implementado políticas educativas similares. Sin embargo, es importante notar que, en algunos contextos, las mejoras pueden ser menos pronunciadas debido a desafíos adicionales, como conflictos sociales o limitaciones en la infraestructura educativa y laboral [27,28,31].

Los resultados del estudio sobre la escolaridad en Ayacucho indican mejoras significativas en el nivel educativo de los adolescentes entre 2003 y 2017, con una notable disminución en la primaria incompleta, un aumento en la secundaria completa, y un cambio en las diferencias de género en la educación superior. Estos hallazgos están en línea con las tendencias nacionales y reflejan avances comparables a los observados en otros países en desarrollo. No obstante, se requiere un análisis más profundo para entender los factores subyacentes que han contribuido a estos cambios y para diseñar políticas que aborden las áreas donde las mejoras han sido menos significativas.

SITUACIÓN LABORAL

Los resultados obtenidos en el estudio sobre la situación laboral de los adolescentes en Ayacucho entre los años 2003 y 2017 muestran cambios significativos en la participación laboral de esta población, con diferencias marcadas entre ambos sexos y una tendencia general hacia la disminución en la búsqueda de empleo.

En primer lugar, se encontró una diferencia significativa entre los sexos en el grupo de adolescentes que trabajaron la semana anterior al año 2003, siendo predominantemente varones quienes ocupaban este rol (11,40% en varones frente a 5,33% en mujeres) ($F=4,955$; $p=0,028$). Este resultado sugiere una disparidad de género en el acceso al empleo entre los adolescentes de Ayacucho en ese periodo específico. Esta disparidad refleja las expectativas sociales y económicas de la época, donde se incentivaba más la participación laboral de los varones, lo cual está alineado con la literatura sobre trabajo infantil en América Latina, que destaca patrones similares en varias regiones [35].

Sin embargo, es importante destacar que esta disparidad no se observa en el año 2017, donde las proporciones entre hombres y mujeres que trabajaron la semana anterior fueron similares (9,71% en hombres y 9,38% en mujeres) ($F=0,013$; $p=0,911$). Este cambio en la distribución de empleo entre los sexos podría indicar una evolución en las dinámicas laborales y una posible reducción de las brechas de género en el ámbito laboral de la región durante ese intervalo temporal. Este hallazgo es consistente con estudios que indican una mayor equidad de género en el acceso al empleo juvenil en Perú y otros países de América Latina en los últimos años [36].

En cuanto a la búsqueda activa de empleo, se reporta una disminución en la proporción de adolescentes que estaban buscando trabajo en 2017 (1,12%) en comparación con 2003 (2,92%). Aunque no se pudo estimar un estadístico debido al número insuficiente de observaciones, la tendencia observada

podría estar relacionada con un incremento en las oportunidades educativas y la preferencia por continuar con estudios en lugar de incorporarse tempranamente al mercado laboral. Esta disminución en la búsqueda de empleo es apoyada por estudios que muestran una creciente importancia de la educación secundaria y superior en Perú, lo cual ha disminuido la necesidad de que los adolescentes ingresen al mercado laboral de manera temprana [37].

Estos resultados sugieren una posible mejora en las condiciones laborales y de empleabilidad para los adolescentes en Ayacucho a lo largo del tiempo estudiado. Sin embargo, es crucial considerar otros factores que podrían influir en esta situación, como políticas gubernamentales, cambios en la economía local o la disponibilidad de oportunidades educativas y formativas. La evolución de estas dinámicas laborales indica un cambio positivo, pero se requieren estudios adicionales para comprender completamente los factores subyacentes y su impacto en la equidad de género en el empleo adolescente.

Los datos obtenidos sugieren una evolución favorable hacia una mayor equidad de género en la participación laboral adolescente en Ayacucho y una disminución en la búsqueda de empleo, posiblemente influenciada por cambios en las oportunidades educativas y políticas laborales. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos en contextos similares, aunque se requieren investigaciones adicionales para explorar en profundidad los factores subyacentes a estas tendencias.

INGRESOS ECONÓMICOS

Los resultados obtenidos en cuanto a los ingresos económicos de los adolescentes en Ayacucho revelan una situación de precariedad persistente, donde la mayor proporción se encuentra en el grupo con ingresos inferiores a 300 nuevos soles, según el promedio de ingreso mensual personal en los últimos tres meses. Sin embargo, se observó una disminución porcentual estadísticamente significativa en los ingresos durante el año 2017 en comparación con 2003 (F=8,781- p=0,003). Este hallazgo sugiere un deterioro económico en este grupo demográfico a lo largo del periodo estudiado, lo que podría tener implicaciones importantes para su bienestar y desarrollo. Es relevante destacar que esta disminución fue más pronunciada en el grupo masculino (F=9,804- p=0,002), mientras que no se observaron cambios significativos en el grupo femenino (F=1,135- p=0,288), lo que indica posibles disparidades de género en los cambios económicos.

Por otro lado, se identificó un notable aumento porcentual en el rango de ingresos de 601 a 1200 nuevos soles en el año 2017 en comparación con 2003. Aunque este incremento es relativamente grande, no se pudieron realizar estimaciones estadísticas detalladas debido a la falta de suficientes observaciones en este rango de ingresos. Esto sugiere la necesidad de investigaciones más amplias y detalladas para comprender mejor esta tendencia y sus implicaciones.

En el contexto peruano, la situación económica de los adolescentes está influenciada por varios factores, incluyendo el acceso a la educación y las oportunidades de empleo. Un estudio sobre las barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes peruanos destaca que el ingreso económico es un factor crucial que afecta su accesibilidad a estos servicios [38]. Esto sugiere que los ingresos bajos pueden limitar las oportunidades de desarrollo y bienestar de los adolescentes.

A nivel internacional, los adolescentes en países de ingresos bajos y medios enfrentan desafíos económicos similares. Un estudio sobre el impacto del estrés económico en adolescentes latinos en Estados Unidos subraya que los bajos ingresos pueden aumentar el estrés y afectar negativamente la adaptación y el bienestar [39]. Además, la evidencia de intervenciones de comunicación para el cambio social y de comportamiento en países de ingresos medios y bajos destaca la importancia de abordar las disparidades económicas para mejorar los resultados de salud y bienestar entre los jóvenes [40].

Los resultados del estudio en Ayacucho reflejan una mejora en los ingresos de algunos adolescentes entre 2003 y 2017, aunque persisten disparidades significativas, especialmente entre géneros. La

comparación con estudios nacionales e internacionales sugiere que los ingresos económicos son un factor determinante en el acceso a oportunidades y servicios esenciales, lo que subraya la necesidad de políticas públicas que aborden estas desigualdades para mejorar el bienestar de los adolescentes.

Los hallazgos destacan la importancia de implementar políticas y programas específicos dirigidos a mejorar las condiciones económicas de los adolescentes en Ayacucho, con atención especial a posibles disparidades de género y a la comprensión de los factores subyacentes que influyen en sus ingresos.

PROBLEMAS PERCIBIDOS

Los resultados obtenidos muestran una evolución significativa en la percepción de los problemas sociales entre los adolescentes en Ayacucho a lo largo de los años estudiados. En el año 2003, la pobreza y el desempleo se destacaron como las principales preocupaciones, reflejando probablemente las condiciones socioeconómicas prevalentes en ese momento. Sin embargo, para el año 2017, la corrupción y la delincuencia emergieron como los problemas más prominentes, indicando un cambio en las preocupaciones sociales de la población adolescente.

Es notable la disminución drástica en la percepción del desempleo (de 28,65% a 4,07%) y la pobreza (de 32,31% a 8,82%) como problemas principales en el país, lo que podría sugerir mejoras en las condiciones económicas y laborales locales a lo largo del tiempo, o un cambio en las prioridades de los adolescentes. Esta disminución significativa se complementa con una disminución relativa en la percepción de otros problemas como el terrorismo, el narcotráfico y el manejo económico, lo que podría indicar un progreso en la estabilidad y seguridad interna.

Este fenómeno también se ha observado en otras regiones de América Latina, donde el crecimiento económico ha contribuido a reducir la percepción de estos problemas [41]. Sin embargo, estos avances se ven contrarrestados por un aumento significativo en la percepción de la corrupción (de 8,15% a 31,15%) y la delincuencia (12,05% a 28,52%), lo que sugiere una creciente preocupación por la integridad institucional y la seguridad pública, Este cambio refleja posiblemente un incremento en la visibilidad de estos problemas o una mayor conciencia sobre su impacto en la sociedad.

Una tendencia similar se encuentra en América Latina, donde la corrupción y el crimen han emergido como preocupaciones predominantes [41,42]. La corrupción ha sido identificada como un factor que impacta negativamente en la cohesión social y la confianza en las instituciones, exacerbando la percepción de inseguridad [42].

Los resultados de Ayacucho son consistentes con estudios que muestran un aumento en la preocupación por la corrupción y la delincuencia en América Latina. Un estudio de la región destaca cómo la percepción de inseguridad y corrupción afecta la calidad de la democracia y el capital social [42]. Además, investigaciones sobre violencia juvenil en América Latina subrayan la necesidad de intervenciones comunitarias para abordar estos problemas de manera efectiva [43].

Al analizar los resultados por género, se observa una diferencia significativa en la percepción de la corrupción en el año 2010, donde los hombres reportaron una preocupación mayor que las mujeres. Sin embargo, esta disparidad se reduce en el año 2017, sugiriendo una convergencia en las percepciones de ambos géneros respecto a este problema. En cuanto a la percepción de la violencia, se evidencia un cambio significativo en las mujeres a lo largo del tiempo, mientras que en los hombres no se observa una variación significativa. Además, se identifica una diferencia significativa entre hombres y mujeres en el año 2017 en relación con la percepción de la violencia, lo que sugiere una sensibilidad diferencial entre ambos géneros ante este problema en ese período.

Las diferencias de género en la percepción de la corrupción y la violencia también reflejan patrones observados en otros estudios, donde las mujeres a menudo reportan mayor preocupación por la violencia

debido a su mayor vulnerabilidad percibida [43,44]. En 2017, las adolescentes mujeres en Ayacucho percibieron la violencia como un problema más significativo que los hombres, lo que es consistente con hallazgos en otras partes de la región [43].

En cuanto a otros problemas como la falta de confianza, la falta de liderazgo y la inestabilidad política, se observa que no presentaron cambios significativos a lo largo de los años y mantuvieron porcentajes relativamente bajos en cuanto a su percepción como problemas principales. Esto podría indicar una cierta estabilidad en estos aspectos a lo largo del tiempo, aunque no se puede descartar que estos problemas continúen siendo subyacentes y requieran atención en el futuro.

En términos generales, la evolución en la percepción de los problemas por parte de los adolescentes en Ayacucho refleja cambios significativos en el contexto social y económico. La disminución en la percepción de la pobreza y el desempleo sugiere mejoras en estas áreas, mientras que el aumento en la percepción de la corrupción y la delincuencia indica un cambio en las prioridades y preocupaciones de la población adolescente. Estos resultados son consistentes con tendencias observadas a nivel nacional e internacional, donde la corrupción y la seguridad se han convertido en temas de creciente preocupación [41,42].

SENTIMIENTOS FRENTE A LOS PROBLEMAS NACIONALES

Los resultados obtenidos en este estudio revelan importantes cambios en los sentimientos de la población adolescente de Ayacucho respecto a los problemas nacionales a lo largo de los años 2003 y 2017. En el año 2003, la pena, tristeza o depresión fueron los sentimientos predominantes, seguidos de la preocupación. Sin embargo, en el año 2017, aunque la preocupación sigue siendo relevante, se observa un cambio significativo con la cólera, ocupando el tercer lugar, seguida de la pena, tristeza o depresión. Este cambio en la percepción de los problemas nacionales refleja posiblemente una evolución en la forma en que los adolescentes procesan y responden emocionalmente a las circunstancias políticas y sociales de su entorno.

Es particularmente notable el aumento significativo en el sentimiento de cólera, que casi se duplica en el período de estudio. Este hallazgo sugiere un incremento en la frustración y la indignación entre los adolescentes, posiblemente como respuesta a situaciones percibidas como injustas o desfavorables en el ámbito nacional. Además, se observa un aumento, aunque menos pronunciado, en los sentimientos de indiferencia, amargura, impotencia, frustración e indignación, lo que podría indicar una mayor complejidad emocional en la manera en que los adolescentes perciben y enfrentan los problemas nacionales.

Este incremento del sentimiento de cólera podría estar relacionado con cambios sociales y económicos que afectan a los adolescentes, como se ha discutido en estudios sobre violencia familiar y resiliencia en Ayacucho, donde las adolescentes perciben un mayor nivel de violencia familiar, lo que podría contribuir a sentimientos de cólera e impotencia [45].

Al desglosar por género, se encontraron diferencias significativas en la experiencia emocional. Es destacable que el sentimiento de amargura mostró una variación estadísticamente significativa en el grupo femenino ($F=18,305$; $p<0,001$), pero no en el masculino ($F=0,571$; $p=0,451$), lo que sugiere posibles disparidades en la forma en que hombres y mujeres procesan y expresan sus emociones frente a los problemas nacionales. En 2003, el 5,11% de los hombres reportaron amargura frente al 1,1% de las mujeres ($F=5,737$; $p=0,018$), mientras que, en 2017, el 3,7% de los hombres y el 10,46% de las mujeres experimentaron este sentimiento ($F=8,602$; $p=0,004$). Además, se observaron diferencias entre géneros en la prevalencia de ciertos sentimientos, como la preocupación en el año 2017, siendo más alta en el grupo femenino.

Esto podría reflejar una creciente conciencia o sensibilidad hacia los problemas nacionales entre las adolescentes, posiblemente influenciada por factores culturales y sociales que afectan de manera diferente a hombres y mujeres [45].

Por otro lado, hubo una disminución significativa en los sentimientos de pena, tristeza o depresión, del 37,45% al 15,15% (F=53,577; p<0,001), y en la preocupación, del 28,23% al 16,29% (F=17,685; p<0,001). Esta disminución podría estar relacionada con cambios en la percepción de los problemas nacionales o en la forma en que los adolescentes manejan sus emociones. También podría relacionarse con una adaptación positiva de los adolescentes a su entorno, una posible disminución en la percepción de amenaza o una mayor resiliencia frente a los desafíos nacionales. Sin embargo, es importante notar que esta variación fue significativa en el grupo masculino (F=18,305; p<0,001), pero no en el femenino (F=2,027; p=0,156), indicando diferencias de género en la forma de enfrentar los problemas nacionales.

En resumen, entre 2003 y 2017, los adolescentes de Ayacucho experimentaron un cambio en la jerarquía de sentimientos frente a los problemas nacionales, con un aumento notable en la cólera y otros sentimientos negativos, y una disminución en la tristeza y preocupación. Estos cambios reflejan posibles alteraciones en el contexto social y económico que podrían estar influyendo en la juventud de Ayacucho [45].

CONFIANZA EN AUTORIDADES

En términos generales, se observa una tendencia hacia la disminución de la confianza en ciertas autoridades, como políticos, líderes comunitarios y jueces, mientras que se mantiene o incrementa la confianza en otros actores sociales, como religiosos, maestros y médicos.

Una de las tendencias más notables es la disminución generalizada en la desconfianza hacia los militares, como se evidencia en la comparación entre los años 2003 y 2017. Este hallazgo sugiere una posible mejora en la percepción de esta institución por parte de la población adolescente durante este período.

Estos resultados reflejan una tendencia general de desconfianza hacia figuras de autoridad, similar a lo observado en otros contextos latinoamericanos, donde la corrupción y la falta de transparencia son preocupaciones comunes [46,47]. Sin embargo, es importante destacar que persisten diferencias significativas al desglosar los datos por género, lo cual indica que las percepciones hacia los militares pueden variar según el sexo.

En cuanto a las diferencias de género, se observa que en ambos años las mujeres tienden a mostrar niveles más altos de desconfianza hacia varias autoridades en comparación con los hombres. Este patrón se repite en diversas categorías, como la confianza hacia policías, militares, vecinos, jueces y serenos. Estas disparidades de género sugieren la existencia de factores socioculturales o experiencias de género específicas, como la violencia y la victimización, que afectan la percepción de seguridad y confianza en las autoridades [48].

Además, se identificaron variaciones significativas en la confianza hacia ciertos actores sociales al comparar ambos años. Por ejemplo, se observa un aumento leve en la confianza hacia los políticos y un incremento en la desconfianza hacia los periodistas en 2017. Estos cambios podrían estar relacionados con eventos políticos o sociales ocurridos durante ese período, aunque se requiere un análisis más detallado para comprender completamente estas tendencias.

Comparando estos resultados con estudios internacionales, se observa que la desconfianza hacia los políticos es un fenómeno común en muchos países, especialmente en aquellos con altos niveles de corrupción percibida. Sin embargo, la confianza en figuras comunitarias y vecinos varía más ampliamente, dependiendo de factores culturales y sociales específicos de cada región [46].

En ambos años, los adolescentes mostraron una mayor confianza en religiosos, maestros y médicos. Esto podría estar relacionado con la percepción de estos grupos como figuras de apoyo y cuidado, en contraste con las autoridades gubernamentales que pueden ser vistas como distantes o corruptas.

Estudios internacionales también han encontrado que la confianza en profesionales de la salud y la educación suele ser más alta debido a su papel directo en el bienestar y desarrollo de los jóvenes [46].

En resumen, los resultados de Ayacucho reflejan tendencias similares a las observadas en otros contextos, con una desconfianza persistente hacia figuras de autoridad política y una confianza más estable en figuras de cuidado y educación. Las diferencias de género también son significativas, sugiriendo la necesidad de abordar las experiencias específicas de hombres y mujeres en el diseño de políticas y programas de confianza comunitaria.

ESTRESORES COTIDIANOS

Basándonos en los resultados obtenidos, podemos observar cambios significativos en los factores estresantes percibidos por la población adolescente de Ayacucho entre los años 2003 y 2017. En el año 2003, los principales factores de tensión fueron la delincuencia, la salud y los estudios, mientras que, en 2017, aunque la delincuencia seguía siendo la principal fuente de tensión, el narcotráfico y la salud también ocuparon lugares destacados.

Este cambio en la percepción de tensión puede reflejar transformaciones en el entorno socioeconómico y político de la región a lo largo de esos años. La influencia del narcotráfico como fuente de tensión puede indicar un aumento en la presencia de esta actividad ilegal en la zona, lo que probablemente ha impactado en la seguridad y el bienestar de la población adolescente. Además, la disminución de la tensión relacionada con los estudios y la salud puede sugerir mejoras en el acceso a la educación y la atención médica en la región, aunque es necesario profundizar en el análisis de estos cambios y sus posibles causas.

Este cambio en las fuentes de tensión puede compararse con estudios internacionales que muestran cómo la exposición a eventos adversos y la inseguridad pueden afectar significativamente la salud mental de los adolescentes [49]. La delincuencia y el narcotráfico son problemas comunes en muchas regiones, y su impacto en la salud mental de los jóvenes es un tema de preocupación global [50].

Al examinar las diferencias de género en la percepción de tensión, encontramos que, en 2003, las mujeres reportaron niveles significativamente más altos de tensión en varios aspectos, como el dinero, el terrorismo, la delincuencia y el narcotráfico. Sin embargo, en 2017, solo se observó una diferencia significativa en la percepción de tensión frente a asuntos legales, con niveles más altos reportados nuevamente por las mujeres. Esto sugiere posibles cambios en la manera en que hombres y mujeres perciben y experimentan la tensión a lo largo del tiempo, lo cual puede estar relacionado con transformaciones en roles de género y dinámicas socioculturales en la región.

Estos hallazgos son consistentes con estudios que indican que las mujeres adolescentes tienden a reportar niveles más altos de estrés que sus contrapartes masculinas, especialmente en contextos de inseguridad y problemas económicos [51,52]. La percepción de estrés y su relación con el género es un fenómeno ampliamente documentado, reflejando diferencias en roles sociales y expectativas culturales [53].

Es importante destacar la disminución significativa de la tensión en la población total entre ambos años, especialmente en relación con el trabajo, los estudios, la salud, y otros factores. Estos hallazgos podrían indicar mejoras en las condiciones de vida y la calidad de vida de los adolescentes en Ayacucho a lo largo del tiempo. Sin embargo, es necesario continuar monitoreando y abordando los factores estresantes en esta población para garantizar su bienestar y desarrollo saludable.

Esta disminución puede estar relacionada con cambios en las condiciones socioeconómicas y políticas de la región, así como con intervenciones educativas y de salud mental que podrían haber mejorado la capacidad de los adolescentes para manejar el estrés [54].

La reducción de la tensión en áreas como los estudios y el trabajo podría estar influenciada por programas de intervención que mejoran la condición física y el rendimiento académico de los adolescentes, como se ha observado en estudios realizados en otras regiones [54].

En conclusión, los cambios en las fuentes de tensión y las diferencias de género en la percepción de estrés entre los adolescentes de Ayacucho reflejan tendencias observadas en otras partes del mundo. Estos resultados subrayan la importancia de abordar los problemas de seguridad y salud mental en los jóvenes, así como de considerar las diferencias de género al diseñar intervenciones efectivas.

ESTADOS ANÍMICOS

Los resultados obtenidos revelan cambios significativos en los estados anímicos de los adolescentes entre los años 2003 y 2017. Específicamente, se observó una tendencia positiva en la disminución de la tristeza, la tensión, la angustia y la preocupación, mientras que se registraron aumentos en los niveles de alegría y en la proporción de adolescentes que reportaron nunca experimentar ciertos estados emocionales negativos.

Respecto a la tristeza, los hallazgos indican un incremento en la proporción de adolescentes que nunca se sintieron tristes y una reducción en aquellos que siempre o casi siempre experimentaron esta emoción a lo largo del período estudiado. Este cambio podría estar relacionado con diversos factores sociales, culturales e individuales que podrían haber influido en la percepción y expresión de la tristeza entre los adolescentes en las últimas décadas. Además, se observó un patrón similar en los niveles de tensión, donde se detectó un aumento en el porcentaje de adolescentes que nunca se sintieron tensos y una disminución en aquellos que siempre o casi siempre lo experimentaron. Esta tendencia puede reflejar cambios en el manejo del estrés o en la percepción de situaciones estresantes por parte de los adolescentes a lo largo del tiempo.

Estos resultados son consistentes con estudios que sugieren una mejora general en la salud mental de los adolescentes en algunas regiones, posiblemente debido a un mayor acceso a recursos de salud mental y programas de bienestar en las escuelas [55].

En cuanto a la angustia y la preocupación, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los años estudiados. Específicamente, se registró un aumento en la proporción de adolescentes que nunca se sintieron angustiados o preocupados, junto con una disminución en aquellos que experimentaron estos estados emocionales de manera constante. Estos resultados sugieren una mejora en la salud emocional de los adolescentes durante el período analizado.

Estos hallazgos son similares a los observados en otros estudios internacionales donde se ha reportado una disminución en la prevalencia de angustia y preocupación entre los adolescentes, posiblemente debido a un enfoque más integral en la educación emocional y el apoyo psicosocial en las escuelas [55]. Sin embargo, es crucial considerar las diferencias culturales y socioeconómicas que pueden influir en estos resultados.

Es importante destacar que, si bien en 2003 se identificaron diferencias significativas en la prevalencia de ciertos estados emocionales entre hombres y mujeres, estas disparidades no fueron tan pronunciadas en 2017. Por ejemplo, mientras que en 2003 las mujeres mostraban niveles más altos de preocupación y aburrimiento en comparación con los hombres, en 2017 estas diferencias solo se observaron en el sentimiento de alegría, que fue mayor en hombres que en mujeres. Este cambio en las disparidades de género podría indicar una evolución en las dinámicas sociales y culturales que influyen en la salud emocional de los adolescentes.

Estas diferencias de género son consistentes con estudios que indican que las adolescentes tienden a reportar mayores niveles de preocupación y angustia que sus contrapartes masculinas [56]. Sin embargo,

el aumento en el sentimiento de alegría entre los hombres en 2017 podría reflejar cambios en las dinámicas sociales y expectativas de género.

Los resultados indican una mejora en varios aspectos de los estados anímicos de los adolescentes en Ayacucho entre 2003 y 2017. Estos cambios pueden estar influenciados por factores como el acceso a recursos de salud mental, cambios en el enfoque educativo y dinámicas sociales. Sin embargo, es importante considerar las diferencias regionales y el impacto de eventos globales.

ASPECTOS DE LA SALUD MENTAL POSITIVA

SATISFACCIÓN PERSONAL

En el aspecto de la satisfacción personal, los resultados de este estudio revelan una tendencia general de aumento significativo en la satisfacción personal global entre los años 2003 y 2017. Este incremento se observa tanto en la muestra general como al desglosar por género, lo que sugiere que, independientemente del sexo, los adolescentes han experimentado una mejora en su satisfacción personal a lo largo del tiempo. Un hallazgo notable es el aumento en la satisfacción con diferentes aspectos de la vida. En particular, se observó una mejora significativa en la satisfacción con el aspecto físico, el color de piel, la inteligencia, la profesión u oficio estudiado, el nivel educativo alcanzado, las relaciones sociales y el lugar de residencia. Estos resultados sugieren que los adolescentes perciben una mejora en múltiples áreas de sus vidas, lo que contribuye a su satisfacción personal global.

Este aumento es consistente con tendencias observadas en otros contextos. Por ejemplo, un estudio en Chile encontró que la satisfacción con la vida es un factor clave para la autoestima en adolescentes, influenciada por la calidad de las relaciones familiares y escolares [57].

Es importante destacar que estas mejoras no fueron uniformes en todos los ítems evaluados. Por ejemplo, mientras que la satisfacción con la mayoría de los aspectos aumentó significativamente, la satisfacción con el aspecto físico mostró diferencias significativas entre géneros en el año 2003, con un mayor porcentaje de insatisfacción entre las adolescentes femeninas en comparación con los adolescentes masculinos. Sin embargo, estas diferencias no se mantuvieron en los años posteriores ni en otros aspectos evaluados. Estos hallazgos sugieren que, si bien existen diferencias iniciales en la satisfacción personal entre géneros en ciertos aspectos, estas diferencias tienden a disminuir con el tiempo.

Esto podría indicar cambios socioculturales que afectan la percepción de la satisfacción personal entre los adolescentes, así como posibles intervenciones dirigidas a abordar las disparidades de género en la satisfacción personal. También podría relacionarse con estudios que destacan, cómo las expectativas sociales y la autoimagen, las cuales afectan de manera diferente a adolescente varones y mujeres [58].

Los resultados específicos indican mejoras significativas en varios aspectos de la satisfacción personal:

- Aspecto físico: la reducción del porcentaje de adolescentes "nada" satisfechos con su aspecto físico, de 13,83% en 2003 a 6,40% en 2017, es notable. Esto podría estar relacionado con un mayor enfoque en la autoimagen positiva y la aceptación corporal en la educación y los medios [58].
- Color de piel: la disminución de la insatisfacción con el color de piel y el aumento de la satisfacción refleja una tendencia hacia una mayor aceptación de la diversidad étnica y cultural, un tema también observado en otros estudios latinoamericanos [59].
- Inteligencia y educación: la mejora en la satisfacción con la inteligencia y el nivel educativo alcanzado puede estar vinculada a mejoras en la calidad educativa y el acceso a recursos

educativos, un factor identificado como crucial para el bienestar adolescente en estudios peruanos [59].

- Relaciones sociales y lugar de residencia: la mejora en la satisfacción con las relaciones sociales y el lugar de residencia sugiere un entorno social más favorable y posiblemente una mejora en la infraestructura comunitaria, lo cual es consistente con investigaciones que destacan la importancia del apoyo social para el bienestar adolescente [59].

A nivel internacional, algunos estudios han mostrado que la satisfacción personal en adolescentes está influenciada por factores como el entorno educativo, las relaciones familiares y la autoimagen [57,59]. El aumento en la satisfacción personal en Ayacucho podría reflejar mejoras en estos factores, alineándose con tendencias globales de mayor atención a la salud mental y el bienestar de los jóvenes.

Los resultados obtenidos en Ayacucho son consistentes con hallazgos nacionales e internacionales que destacan la importancia de un entorno educativo y social positivo para el bienestar adolescente. Las mejoras observadas en la satisfacción personal podrían ser el resultado de cambios sociales y educativos que han tenido lugar durante el período de estudio.

SATISFACCIÓN LABORAL

Los resultados obtenidos respecto a la satisfacción laboral revelan una notable estabilidad a lo largo del período de estudio, comprendido entre 2003 y 2017. En términos generales, no se observaron cambios significativos en la satisfacción laboral global, lo que sugiere una relativa consistencia en los niveles de satisfacción en el ámbito laboral durante este lapso temporal. Este hallazgo es consistente tanto al analizar los datos de manera global como al desglosar por géneros, donde se mantienen porcentajes relativamente similares entre ambos periodos, lo que sugiere una homogeneidad en la percepción de satisfacción independientemente del género. Al considerar aspectos específicos de la satisfacción laboral, como las actividades o funciones realizadas, el ambiente físico de trabajo, las relaciones con los compañeros, la carga laboral, el trato recibido por parte de los superiores y la remuneración percibida, tampoco se observaron cambios significativos entre los años 2003 y 2017. Estos resultados indican una estabilidad en la percepción de satisfacción en relación con diversos aspectos del entorno laboral a lo largo del tiempo.

Esta estabilidad concuerda con los hallazgos de otros estudios, como los que examinaron la satisfacción laboral entre los profesores peruanos, en los que factores como el entorno laboral y el reconocimiento eran más predictivos de la satisfacción que de los cambios temporales [60].

Es importante destacar que, al analizar los datos por género, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún aspecto específico de la satisfacción laboral entre hombres y mujeres en ninguno de los dos años considerados. Este hallazgo sugiere una equidad relativa en la percepción de satisfacción laboral entre ambos géneros durante el período estudiado. Sin embargo, al comparar la satisfacción con los compañeros de trabajo entre hombres y mujeres en el año 2017, se observó una diferencia estadísticamente significativa, con un mayor nivel de insatisfacción reportado por el grupo femenino en comparación con el masculino. Este resultado puede indicar posibles disparidades en las dinámicas sociales o relaciones interpersonales dentro del entorno laboral, que podrían requerir una atención especial para promover un ambiente de trabajo más inclusivo y satisfactorio para todos los empleados.

Esto coincide con investigaciones más amplias que indican que las diferencias de género en cuanto a la satisfacción laboral suelen ser mínimas, aunque algunos aspectos específicos, como las relaciones interpersonales en el trabajo pueden variar [61].

En cuanto a los factores específicos de satisfacción laboral, como las actividades realizadas, el entorno físico y la remuneración, no se encontró diferencias significativas a lo largo del tiempo o entre

los géneros. Esto refleja los hallazgos de estudios realizados sobre médicos peruanos, en los que la satisfacción laboral estaba más relacionada con los ingresos y las condiciones laborales que con el género o el tiempo [62].

Si bien los resultados muestran una estabilidad en la satisfacción laboral, otras investigaciones sugieren que los factores externos, como las condiciones económicas y los cambios organizacionales, pueden influir en las tendencias de satisfacción laboral. Además, la infrarrepresentación de las mujeres en puestos de liderazgo, como se ha observado en estudios más amplios, podría afectar indirectamente a la satisfacción laboral al influir en la dinámica y las oportunidades del lugar de trabajo [61].

CALIDAD DE VIDA

En cuanto a la evaluación de la calidad de vida durante el período de estudio, se revela una estabilidad general en los niveles globales, tanto en términos generales como al desglosar por género. Esto sugiere que, a pesar de posibles cambios sociodemográficos o contextuales durante este lapso de tiempo, los adolescentes mantuvieron una percepción constante de su calidad de vida, lo cual es consistente con algunos estudios internacionales que también reportan diferencias mínimas entre géneros en ciertos aspectos de la calidad de vida [63,64].

Sin embargo, al analizar los componentes específicos de la calidad de vida, se observan algunas variaciones dignas de atención. En particular, se destacan los aumentos significativos en el bienestar físico global y la plenitud personal global entre 2003 y 2017. Este hallazgo puede indicar una mejora en la salud física percibida y una mayor satisfacción con la vida en general entre los participantes durante el período estudiado. Esto es consistente con estudios que indican que los adolescentes pueden experimentar mejoras en ciertos aspectos de bienestar con el tiempo [65].

Es relevante destacar que estos aumentos fueron más pronunciados en el género femenino, lo que sugiere posibles disparidades de género en la percepción de la calidad de vida. Específicamente, las mujeres experimentaron incrementos estadísticamente significativos en el bienestar físico y psicológico, mientras que los hombres no mostraron cambios significativos en estos aspectos, lo cual coincide con investigaciones que sugieren que el bienestar psicológico puede mejorar con intervenciones específicas o cambios en el entorno [66].

Además, se observó una disminución significativa en el autocuidado y funcionamiento independiente exclusivamente en el género masculino. Esta discrepancia podría reflejar diferencias en las responsabilidades de cuidado personal o en la percepción de la autonomía entre hombres y mujeres durante el período de estudio. Al comparar los géneros en un mismo año, se encontró que las mujeres exhibieron una mayor media en funcionamiento ocupacional en comparación con los hombres. Este resultado podría estar relacionado con diferencias en las oportunidades laborales o en la distribución de roles de género en la sociedad.

En Perú, se ha documentado que la calidad de vida relacionada con la salud es un fenómeno multidimensional que incluye aspectos físicos, sociales y psicológicos [67]. Los resultados en Ayacucho reflejan esta complejidad, mostrando variaciones en diferentes dimensiones de la calidad de vida.

En comparación con estudios internacionales, como los realizados en Europa, se observa que los adolescentes peruanos tienen resultados similares en términos de bienestar psicológico y físico [63,64] Sin embargo, las diferencias culturales y socioeconómicas pueden influir en ciertos aspectos, como el apoyo social y el entorno escolar, que son áreas de mejora en otros contextos internacionales [68].

Si bien no se observaron cambios significativos en la calidad de vida global durante el período estudiado, los análisis detallados revelaron variaciones importantes en ciertos componentes específicos,

así como disparidades de género en la percepción de la calidad de vida. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar no solo los resultados generales, sino también las diferencias subyacentes que pueden influir en la experiencia de calidad de vida de diferentes grupos de población. Estos hallazgos son consistentes con estudios nacionales e internacionales que subrayan la importancia de considerar las diferencias de género y contexto en la evaluación de la calidad de vida adolescente.

DISCAPACIDAD

Los resultados obtenidos en este estudio revelan una disminución significativa en el nivel general de discapacidad en la población adolescente de Ayacucho durante el período analizado. Este hallazgo es consistente con estudios previos que han destacado mejoras en la salud y el bienestar de los adolescentes en diversas poblaciones. La reducción porcentual estadísticamente significativa en la discapacidad general entre los dos años evaluados (2003 y 2017) sugiere un progreso positivo en términos de salud y capacidad funcional en este grupo demográfico.

Al desglosar los resultados por género, se observó una disminución estadísticamente significativa tanto en el género masculino como en el femenino, lo que sugiere que estas mejoras en el nivel de discapacidad no están limitadas por diferencias de género. Este resultado es alentador ya que indica que tanto los adolescentes hombres como mujeres están experimentando mejoras en su salud y capacidad funcional a lo largo del tiempo. A nivel nacional, los estudios sobre salud mental y discapacidad en Perú han resaltado la importancia de políticas diferenciadas para abordar las diversas situaciones de salud mental y discapacidad en diferentes regiones del país, incluyendo Ayacucho [10]. La reducción observada en Ayacucho podría ser un reflejo de mejoras en las políticas de salud y educación inclusiva, aunque es necesario más investigación para confirmar esta hipótesis.

Internacionalmente, estudios como el realizado en Ecuador sobre la inclusión educativa de adolescentes con discapacidad motora revelan desafíos persistentes en la integración escolar y la percepción de los docentes sobre la inclusión [69]. Aunque el estudio de Ayacucho no aborda directamente la inclusión educativa, la reducción de la discapacidad podría estar relacionada con mejoras en la integración social y educativa de los adolescentes.

En cuanto a la discapacidad específica o inhabilidad, se encontraron cambios positivos en todos los ítems evaluados para el año 2017 en comparación con 2003. Los porcentajes de "ninguna" discapacidad fueron notablemente más altos en 2017, lo que indica una disminución en la prevalencia de discapacidad en múltiples áreas de funcionamiento, como el aseo personal, el desempeño de ocupaciones, las funciones familiares, las relaciones interpersonales y la planificación de actividades.

Estos cambios fueron estadísticamente significativos para todos los elementos evaluados, lo que sugiere que las mejoras observadas no son aleatorias, sino que reflejan una tendencia consistente hacia una mayor salud y funcionamiento entre los adolescentes de Ayacucho. Además, al desglosar los resultados por género, se observaron cambios estadísticamente significativos en todos los elementos evaluados, excepto en la capacidad de desempeñar ocupaciones y funciones familiares en el grupo femenino.

Estos resultados son consistentes con tendencias observadas en otros estudios que indican una mejora en la calidad de vida y la reducción de barreras para personas con discapacidad en diversas regiones [70]. Sin embargo, la comparación con estudios internacionales destaca que, a pesar de las mejoras, persisten desafíos significativos en la inclusión y equidad, especialmente en contextos educativos [69].

La ausencia de diferencias significativas entre géneros en un mismo año indica que las mejoras en el nivel de discapacidad no están relacionadas con diferencias de género, sino que son un fenómeno generalizado en la población adolescente de Ayacucho. Estos hallazgos resaltan la importancia de

implementar intervenciones y políticas de salud pública que promuevan la salud y el bienestar de los adolescentes, independientemente de su género, con el objetivo de mantener y continuar con las mejoras observadas en el nivel de discapacidad a lo largo del tiempo.

Los resultados en la población adolescente de Ayacucho son alentadores y sugieren progresos importantes en la atención a la discapacidad. No obstante, es crucial continuar evaluando y mejorando las políticas de inclusión para garantizar que todos los adolescentes con discapacidad puedan acceder a oportunidades equitativas en educación y otros aspectos de la vida social.

ASPECTOS PSICOPÁTICOS

Los resultados relacionados con los aspectos psicopáticos en la población adolescente de Ayacucho revelaron una tendencia general hacia la disminución en la permisividad frente a la psicopatía, la prevalencia de tendencias psicopáticas y la prevalencia de tendencias delictivas entre los años 2003 y 2017. Sin embargo, es importante destacar que ninguno de estos cambios alcanzó significancia estadística.

Aunque los porcentajes sugieren una posible disminución en estas tendencias a lo largo del tiempo, la falta de significancia estadística indica que estas diferencias podrían ser atribuidas al azar. Esta falta de significancia podría deberse a diversas razones, como el tamaño de la muestra, la variabilidad natural en los comportamientos psicopáticos y delictivos, o la presencia de otros factores que podrían influir en estos resultados.

En el contexto peruano, la investigación sobre psicopatía en adolescentes es limitada, pero hay estudios que han abordado la violencia y comportamiento antisocial en jóvenes. Un estudio en Lima encontró que factores como la violencia familiar y la falta de supervisión parental están asociados con comportamientos delictivos en adolescentes, lo cual podría correlacionarse con tendencias psicopáticas y delictivas observadas en Ayacucho [71].

A nivel internacional, se ha documentado que los rasgos psicopáticos en la adolescencia pueden predecir comportamientos antisociales en la adultez. Un estudio revisó la relación entre los rasgos insensibles y no emocionales en la juventud y el desarrollo de la psicopatía, sugiriendo que estos rasgos son indicadores de patrones de comportamiento antisocial más severos [72]. Además, se ha identificado que las variables emocionales y cognitivas, como la desregulación emocional, juegan un papel crucial en el desarrollo de trastornos antisociales en adolescentes [71].

Al desglosar los datos por género, no se observaron cambios significativos al comparar ambos años en ninguno de los grupos. Esto sugiere que las tendencias en los aspectos psicopáticos se mantuvieron relativamente estables en ambos géneros a lo largo del período analizado. Sin embargo, al comparar ambos géneros en un mismo año, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de tendencias delictivas en el año 2003, donde el grupo masculino mostró una mayor prevalencia en comparación con el grupo femenino. Esto es consistente con la literatura internacional, que indica que los hombres tienden a mostrar niveles más altos de comportamiento antisocial y psicopático durante la adolescencia [73].

Aunque los cambios observados en la población adolescente de Ayacucho no fueron estadísticamente significativos, la tendencia a la disminución en la permisividad y prevalencia de tendencias psicopáticas y delictivas podría reflejar un cambio positivo en factores sociales o educativos. Comparado con estudios internacionales, los resultados son consistentes con la idea de que los rasgos psicopáticos en la adolescencia son predictores importantes de comportamientos antisociales futuros, y que las diferencias de género en estos comportamientos son significativas.

Se necesitan estudios adicionales con muestras más grandes y un análisis más detallado para comprender mejor la naturaleza de estos cambios y los factores que podrían estar contribuyendo a ellos,

que nos permitan desarrollar intervenciones efectivas que aborden estos comportamientos en la juventud.

CONDUCTA SUICIDA

Los datos muestran una disminución significativa en la prevalencia de vida de deseos de morir, del 34,5% en 2003 al 27,0% en 2017, y en el último año, del 18,9% al 9,2%. Esta tendencia es consistente con estudios internacionales que indican una disminución en la ideación suicida en ciertas poblaciones juveniles, posiblemente debido a una mayor conciencia y acceso a recursos de salud mental [74]. Sin embargo, en el contexto peruano, la pandemia ha incrementado la vulnerabilidad a trastornos psiquiátricos, lo cual podría influir en las tendencias futuras [74].

Aunque la prevalencia de vida de ideación suicida aumentó del 10,2% al 14,2%, este cambio no fue estadísticamente significativo. A nivel internacional, la ideación suicida sigue siendo una preocupación, especialmente en contextos de acoso escolar y ciberacoso, que son factores de riesgo bien documentados [75]. En Perú, el impacto del acoso a través de tecnologías de la información también es un factor relevante que puede influir en estas cifras [75].

El aumento significativo en la prevalencia de vida de planeamiento suicida, del 3,5% al 6,8%, es alarmante, especialmente entre las adolescentes mujeres, donde el aumento fue estadísticamente significativo. Este patrón refleja una tendencia internacional donde las mujeres reportan mayores tasas de planeamiento suicida, posiblemente debido a factores socioculturales y de género [76]. En Perú, las diferencias de género en actitudes hacia la igualdad también pueden influir en estas tendencias [77].

La disminución de intentos suicidas en el último año, del 2,6% al 1,3%, aunque no estadísticamente significativa, es una tendencia positiva. Esto podría estar relacionado con intervenciones educativas y un mayor apoyo social y familiar, como se ha observado en otras regiones [78].

Los datos indican que las mujeres presentan tasas más altas en casi todos los indicadores comparados con los hombres, lo cual es consistente con estudios que muestran que las mujeres tienden a reportar más ideación y planeamiento suicida, aunque los hombres tienen tasas más altas de suicidio consumado [76]. Este fenómeno puede estar relacionado con diferencias en la expresión emocional y acceso a redes de apoyo.

En general, los resultados obtenidos en la población adolescente de Ayacucho muestran mejoras en ciertos aspectos de la conducta suicida, como la disminución de deseos de morir e intentos suicidas. Sin embargo, el aumento en el planeamiento suicida, especialmente entre las mujeres, es preocupante y requiere atención continua. Comparado con estudios internacionales, estas tendencias reflejan patrones similares, aunque el contexto cultural y social de Perú añade factores únicos que deben ser considerados en la formulación de políticas de prevención y tratamiento.

Al analizar los resultados de los motivos de planes e intentos suicidas en adolescentes de Ayacucho durante 2003 y 2017, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en la mayoría de los motivos, excepto en problemas de salud física en 2017. En este caso, los adolescentes varones mostraron una prevalencia significativamente mayor de planes suicidas (14%) en comparación con las adolescentes (2,4%) con un valor de significancia estadística de $F=7,374$; $p=0,007$.

En el contexto peruano, los estudios sobre salud mental y suicidio en adolescentes son limitados, pero se ha identificado que factores como la disfunción familiar y problemas económicos son comunes en esta población. Un estudio en Perú resalta la importancia de la promoción de la salud mental y la intervención temprana en adolescentes para prevenir conductas autodestructivas [79]. Sin embargo, no se

ha reportado específicamente una diferencia tan marcada entre géneros en relación con problemas de salud física como motivo de planes suicidas.

A nivel internacional, los estudios muestran tendencias similares en cuanto a la falta de diferencias significativas entre géneros en la mayoría de los motivos de suicidio. Por ejemplo, un estudio en Colombia encontró que las mujeres tienen un mayor riesgo de intento de suicidio, pero no se especificaron diferencias significativas en motivos relacionados con problemas de salud física [80]. En Chile, se ha reportado que los hombres tienen un mayor riesgo de suicidio que las mujeres, aunque no se especifican diferencias en los motivos relacionados con la salud física [81].

Los resultados en la población adolescente de Ayacucho son consistentes con la literatura internacional en cuanto a la falta de diferencias significativas entre géneros en la mayoría de los motivos de suicidio. Sin embargo, la diferencia observada en problemas de salud física en varones en 2017 es un hallazgo particular que no se refleja ampliamente en otros estudios nacionales o internacionales. Esto sugiere la necesidad de investigar más a fondo los factores subyacentes específicos de la región que podrían estar contribuyendo a esta diferencia, así como implementar programas de prevención que consideren estas particularidades locales.

TENDENCIAS VIOLENTAS

La disminución observada en las tendencias violentas entre los adolescentes en Ayacucho entre 2003 y 2017 se alinea con las tendencias más amplias en Perú e internacionalmente, donde varios estudios han documentado los cambios en los patrones de violencia adolescente. Esta reducción, particularmente en los enfrentamientos físicos, refleja una compleja interacción de cambios sociales, culturales y políticos a lo largo del tiempo.

Un estudio sobre la violencia doméstica en Perú destaca que una parte importante de los adolescentes sufre violencia psicológica y física en el hogar, lo que puede influir en su comportamiento fuera del hogar [82]. La reducción de las tendencias violentas en Ayacucho puede atribuirse en parte al aumento de la conciencia y las intervenciones dirigidas a combatir la violencia doméstica, ya que estos esfuerzos pueden mitigar la normalización de la violencia entre los jóvenes.

Otro estudio encontró que la exposición a la violencia en el hogar aumenta significativamente la probabilidad de victimización por acoso escolar [83]. La disminución de las tendencias violentas en Ayacucho podría sugerir mejoras en los entornos domésticos o intervenciones escolares eficaces, que son cruciales para romper el ciclo de violencia.

A nivel mundial, existe una tendencia reconocida a la disminución de la violencia física entre los adolescentes, lo que se atribuye a la mejora de los programas educativos y las intervenciones políticas dirigidas a la prevención de la violencia [84]. Los datos de Ayacucho reflejan estas tendencias internacionales, lo que indica que estrategias similares pueden ser eficaces en el contexto peruano.

La reducción del comportamiento violento entre los adolescentes de ambos sexos en Ayacucho concuerda con los hallazgos de otros países en los que se han implementado intervenciones específicas de género para abordar los factores únicos que contribuyen a la violencia entre niños y niñas [84].

Si bien la disminución de las tendencias violentas es prometedora, es fundamental tener en cuenta otras formas de violencia que pueden no haber mostrado cambios significativos, como el uso de armas o la intención de cometer un homicidio. Estas áreas requieren una atención continua e intervenciones específicas. Además, la persistencia de los feminicidios en Perú, como se destaca en otro estudio, subraya la necesidad de estrategias integrales que aborden todas las formas de violencia, incluidas las que afectan de manera desproporcionada a las mujeres [85]. Esta perspectiva más amplia enfatiza la importancia de los esfuerzos sostenidos en la prevención de la violencia en diferentes contextos y poblaciones.

COHESIÓN FAMILIAR

El aumento de la cohesión familiar entre los adolescentes de Ayacucho entre 2003 y 2017, como lo indican los importantes resultados estadísticos, refleja tendencias más amplias en la dinámica familiar y los sistemas de apoyo tanto a nivel nacional como internacional. Esta mejora en las relaciones y el apoyo familiares concuerda con los hallazgos de varios estudios que destacan la importancia de la cohesión familiar en el desarrollo de los adolescentes. La falta de diferencias de género significativas en la cohesión familiar sugiere una mejora uniforme tanto en los adolescentes varones como en las mujeres.

El estudio sobre la maternidad adolescente en Perú destaca el papel fundamental del apoyo familiar en la vida de las madres adolescentes, haciendo hincapié en la necesidad de intervenciones que involucren a las familias para mejorar los resultados de este grupo vulnerable [86]. Esto se alinea con el aumento observado en la cohesión familiar en Ayacucho, lo que sugiere que las familias pueden estar volviéndose más solidarias y cohesivas con el tiempo.

Las investigaciones sobre los factores sociodemográficos en el Perú indican que las dinámicas familiares, como las observadas en Ayacucho, están influenciadas por factores sociales y económicos más amplios, como la educación y las condiciones de vida rurales en comparación con las urbanas [87]. Este contexto puede contribuir a las mejoras observadas en la cohesión familiar.

A nivel internacional, los estudios sobre la dinámica del apoyo social, como los que involucran a sobrevivientes de cáncer en adolescentes y adultos jóvenes (AYA), subrayan la importancia del apoyo familiar para mitigar el sufrimiento psicológico y promover el bienestar [88]. El aumento de la cohesión familiar en Ayacucho puede reflejar tendencias mundiales similares, en las que las familias son cada vez más reconocidas como sistemas de apoyo vitales para los adolescentes.

Los patrones de gasto de los hogares peruanos, como se señala en el estudio de la ENAHO, sugieren que las familias con adolescentes pueden priorizar el gasto en actividades que fomenten la unión familiar, como comer fuera, lo que podría contribuir a mejorar la cohesión familiar [89].

Si bien el aumento de la cohesión familiar entre los adolescentes de Ayacucho es un avance positivo, es esencial tener en cuenta los posibles desafíos que aún persisten. Por ejemplo, la necesidad de intervenciones específicas para apoyar a las madres adolescentes y abordar las disparidades sociodemográficas sugiere que, si bien la cohesión familiar está mejorando, todavía hay áreas en las que las familias pueden necesitar apoyo adicional para garantizar el bienestar de todos los miembros [86,87].

TRASTORNOS CLÍNICOS

La prevalencia de episodios depresivos moderados a severos en Ayacucho aumentó del 6,2% en 2003 al 9,1% en 2017, aunque este incremento no fue estadísticamente significativo ($p=0,116$). Este resultado es consistente con estudios nacionales que indican una alta prevalencia de trastornos mentales en áreas urbanas de Perú, con las mujeres siendo más afectadas que los hombres [90]. Internacionalmente, se observa una tendencia similar, donde los trastornos depresivos son comunes entre adolescentes, especialmente en contextos urbanos y en poblaciones femeninas [91].

Se observó una disminución significativa en la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en Ayacucho, del 9,3% en 2003 al 2,4% en 2017 ($p<0,001$). Esta tendencia contrasta con estudios internacionales que muestran un aumento en la prevalencia de trastornos de ansiedad entre adolescentes, posiblemente debido a factores socioeconómicos y culturales [91]. Sin embargo, la reducción en Ayacucho podría estar relacionada con intervenciones locales o cambios en factores de riesgo específicos de la región.

La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada comórbido también disminuyó significativamente, del 12,3% en 2003 al 5,7% en 2017 (p=0,001). Este resultado es notable, dado que la comorbilidad de trastornos mentales suele complicar el tratamiento y aumentar la prevalencia general [92]. Estudios nacionales han destacado la importancia de abordar la comorbilidad en la salud mental para mejorar los resultados de tratamiento.

Los datos muestran que las adolescentes mujeres en Ayacucho tienen una mayor prevalencia de trastornos mentales en comparación con los hombres, lo cual es consistente con estudios nacionales que indican que las mujeres son más propensas a experimentar trastornos mentales [90,93]. Esta diferencia de género también se observa a nivel internacional, donde las mujeres suelen reportar mayores tasas de depresión y ansiedad [91].

Los resultados de Ayacucho reflejan tendencias observadas en estudios nacionales e internacionales, aunque con algunas diferencias notables, como la disminución en la prevalencia de ansiedad. Esto sugiere que factores locales pueden influir significativamente en la salud mental de los adolescentes. Los estudios futuros podrían enfocarse en identificar estos factores y evaluar la efectividad de intervenciones específicas en la región.

CONSUMO DE SUSTANCIAS

La comparación de los resultados de la prevalencia de consumo de sustancias en adolescentes de Ayacucho entre 2003 y 2017 con estudios nacionales e internacionales revela tendencias significativas que merecen atención.

La prevalencia de vida de consumo de alcohol en adolescentes de Ayacucho mostró una ligera disminución del 74,0% al 71,0% entre 2003 y 2017, aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa (p=0,458). A nivel nacional, un estudio en Lima Este también encontró un alto consumo de alcohol entre adolescentes, influenciado por estilos de crianza parental autoritarios [94]. Internacionalmente, la prevalencia del consumo de alcohol entre adolescentes varía, pero sigue siendo una preocupación significativa. Por ejemplo, un estudio en Morelia, México, encontró un patrón de consumo de alcohol con riesgo entre adolescentes [95].

La disminución significativa en la prevalencia de vida de consumo de tabaco de 24,3% a 12,7% en Ayacucho es consistente con tendencias observadas en otras regiones. Un estudio en Chachapoyas, Perú, reportó un riesgo moderado de consumo de tabaco en adolescentes [96]. Este descenso también se refleja en estudios internacionales, donde la prevalencia de consumo de tabaco ha disminuido en ciertos grupos etarios [97].

El aumento en la prevalencia de vida de consumo de marihuana de 0,1% a 2,7% y de hoja de coca de 20,1% a 27,6% en Ayacucho es preocupante. En Cuenca, Ecuador, la prevalencia de consumo de marihuana fue del 9,1% entre adolescentes [98]. A nivel global, el uso de cannabis es común entre los jóvenes, y su prevalencia ha aumentado en varias regiones [97].

La disminución drástica en el consumo de pastillas para el dolor de cabeza de 20,9% a 2,2% es notable. Este tipo de consumo específico no se destaca en los estudios revisados, lo que sugiere que podría ser una tendencia más localizada o menos reportada.

En general, la disminución en el consumo de sustancias como tabaco y pastillas para el dolor de cabeza contrasta con el aumento en el uso de marihuana y hoja de coca. Estos resultados son consistentes con la literatura que indica una disminución en el uso de algunas sustancias tradicionales y un aumento en otras, como el cannabis, a nivel global [97,99]. Los factores sociodemográficos, como el estilo de crianza y la presión social, juegan un papel crucial en estas tendencias [94,100].

Estos hallazgos subrayan la necesidad de políticas de salud pública adaptadas que consideren las dinámicas locales y globales del consumo de sustancias entre adolescentes.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Los cambios observados en la morbilidad mental entre los adolescentes de Ayacucho entre 2003 y 2017 reflejan tendencias más amplias en la conciencia sobre la salud mental y la utilización de los servicios tanto a nivel nacional como internacional. La disminución significativa de la prevalencia a lo largo de la vida de la morbilidad mental sentida, del 51,57% al 27,26%, sugiere mejoras en las condiciones de salud mental o en los mecanismos de notificación. Por el contrario, el aumento de la morbilidad mental manifiesta y atendida, del 4,16% al 14,15%, indica un mejor acceso a los servicios de salud mental o una mayor disposición a buscar ayuda.

La disminución de la morbilidad mental percibida se alinea con las tendencias nacionales en las que la conciencia sobre la salud mental ha ido aumentando, lo que se traduce en mejores resultados de salud mental. Se ha validado el uso del Inventario de Salud Mental revisado (R-MHI-5) para su uso en adolescentes peruanos, ya que proporciona medidas confiables del malestar psicológico y el bienestar, lo que puede contribuir a una notificación e intervención más precisas [101].

El aumento de la morbilidad mental expresada y atendida, particularmente entre las mujeres, puede reflejar un mejor acceso a los servicios de salud mental, como lo destacan los estudios que muestran que los problemas de salud mental son más frecuentes en áreas urbanas como Ayacucho, y que las mujeres se ven más afectadas que los hombres [102].

A nivel internacional, las tendencias en Ayacucho reflejan los patrones mundiales en los que los problemas de salud mental de los adolescentes se reconocen y abordan cada vez más. La pandemia de la COVID-19, por ejemplo, ha aumentado la concienciación y la denuncia de problemas de salud mental, como se ha observado en estudios realizados en Lima (Perú), en los que se informó de un aumento de la angustia psicológica durante la pandemia [103].

El uso de instrumentos validados, como el DASS-21 en Perú, ha mejorado la identificación y el tratamiento de la ansiedad y la depresión, que son frecuentes entre los adolescentes de todo el mundo [104].

Las diferencias de género observadas, ya que las mujeres muestran tasas más altas de morbilidad mental, concuerdan con los hallazgos de que las mujeres generalmente reportan niveles más altos de angustia psicológica. Esto está respaldado por estudios que indican que las mujeres tienen más probabilidades de experimentar y denunciar problemas de salud mental [102].

Si bien los datos de Ayacucho muestran tendencias positivas en cuanto a la concienciación sobre la salud mental y la utilización de los servicios, persisten desafíos. El aumento de la morbilidad mental atendida sugiere que, si bien más adolescentes buscan ayuda, es posible que aún existan barreras para acceder a una atención integral de salud mental, especialmente para los hombres, cuyo aumento no fue estadísticamente significativo. Esto pone de relieve la necesidad de seguir esforzándose por mejorar los servicios de salud mental y reducir el estigma asociado a la búsqueda de ayuda.

Los datos obtenidos en Ayacucho indican un aumento en la atención de adolescentes en varios tipos de establecimientos de salud:

- MINSA: la atención aumentó del 1,4% en 2003 al 4,84% en 2017, mostrando un incremento significativo ($F=4,664$; $p=0,031$).
- Puestos o centros de salud: se incrementó del 0,95% en 2003 al 4,52% en 2017 ($F=6,185$; $p=0,013$).
- Postas o policlínicos: la atención subió del 0,20% en 2003 al 4,12% en 2017 ($F=17,155$; $p<0,001$).

- Clínicas particulares: aumentó del 0,25% en 2003 al 2,44% en 2017 (F=6,733; p=0,010).
- Atención privada: creció del 0,57% en 2003 al 3,48% en 2017 (F=9,092; p=0,003).

Estos resultados reflejan un aumento significativo en la atención de adolescentes en varios tipos de establecimientos de salud en Ayacucho durante este período.

En el contexto peruano, el acceso a servicios de salud para adolescentes ha sido un tema de creciente interés. Un estudio realizado en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Zacamil, en El Salvador, destaca factores personales e institucionales que limitan la atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes, lo que podría ser comparable a desafíos enfrentados en otras regiones de Perú [105]. Aunque este estudio no es peruano, refleja problemas similares que podrían influir en la atención en Ayacucho.

A nivel internacional, los estudios sobre la atención de salud para adolescentes también muestran tendencias de mejora en el acceso a servicios. Por ejemplo, el estudio KiGGS en Alemania investiga la transición de la atención de salud desde la infancia hasta la adultez, destacando la importancia de la continuidad en la atención para adolescentes con necesidades especiales de salud [106]. Aunque el enfoque es diferente, ambos estudios resaltan la importancia de mejorar el acceso y la calidad de la atención para adolescentes.

En América Latina, un estudio sobre la prevención y manejo del consumo excesivo de alcohol en atención primaria en países como Perú, Colombia y México, sugiere que la integración de programas de salud en el ámbito municipal puede mejorar la atención en salud para adolescentes [107]. Este enfoque podría ser relevante para mejorar los servicios en Ayacucho.

El aumento en la atención de adolescentes en Ayacucho es consistente con tendencias observadas en otros contextos nacionales e internacionales. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud para adolescentes. La comparación con estudios internacionales sugiere que la integración de servicios de salud en un enfoque comunitario más amplio podría ser beneficioso para mejorar la atención en Ayacucho y otras regiones.

Los datos de Ayacucho muestran una mejora significativa en el acceso y la percepción de los servicios de salud mental entre los adolescentes de Ayacucho entre 2003 y 2017. El motivo "No sabía a dónde ir" disminuyó significativamente del 53,2% en 2003 al 29,9% en 2017, lo que indica una mejora en la información disponible sobre servicios de salud mental. Este cambio es consistente con estudios que muestran un aumento en la disponibilidad de información y servicios de salud mental en regiones rurales de Perú, lo cual ha sido una prioridad en las políticas de salud pública [108].

Además, el motivo "No tenía dinero" también mostró una reducción significativa del 36,5% al 13,1%. Esto refleja un posible incremento en el acceso a servicios gratuitos o subvencionados, alineándose con las políticas nacionales que buscan mejorar el acceso a servicios de salud mental para poblaciones vulnerables [109].

La "Falta de confianza en los servicios" disminuyó del 37,0% al 20,1%, especialmente entre las mujeres. Este cambio puede estar relacionado con iniciativas para mejorar la calidad y la percepción de los servicios de salud mental, como la capacitación de profesionales y la implementación de programas comunitarios [110].

La creencia de que "Debía superar el problema solo(a)" también disminuyó significativamente. Este cambio sugiere un cambio cultural hacia una mayor aceptación de la búsqueda de ayuda profesional, lo cual es un fenómeno observado en otros estudios internacionales que destacan la importancia de la educación en salud mental para reducir el estigma asociado [111].

A nivel internacional, la mejora en el acceso y la percepción de los servicios de salud mental en Ayacucho refleja tendencias similares observadas en otros países de América Latina. Por ejemplo, en Chile, se ha reportado una mejora en la utilización de servicios de salud mental entre adolescentes, aunque persisten barreras relacionadas con el estigma y la falta de recursos [56]. En estudios realizados en India, se ha observado que las barreras económicas y la falta de información son desafíos comunes que afectan el acceso a servicios de salud mental, especialmente en áreas rurales [112].

Los resultados reflejan avances significativos en la accesibilidad y percepción de los servicios de salud mental entre los adolescentes de Ayacucho, lo cual es consistente con esfuerzos nacionales e internacionales para mejorar la salud mental juvenil. Sin embargo, persisten desafíos como el estigma y la necesidad de mejorar aún más la calidad de los servicios, lo cual requiere un enfoque continuo y multifacético.

VII. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL COMPARATIVO CIUDAD DE AYACUCHO 2003-2017

CONCLUSIONES

1. La distribución demográfica de la población adolescente en Ayacucho entre 2003 y 2017 se mantuvo estable, sin diferencias significativas en cuanto a sexo y grupos etarios.

2. Se observaron mejoras en la finalización de la educación secundaria, con un avance hacia la equidad de género en el acceso al empleo. Sin embargo, la situación económica general empeoró, destacándose una disminución en los ingresos económicos, especialmente entre los adolescentes varones.

3. Las preocupaciones sociales de los adolescentes evolucionaron, con un cambio de enfoque desde la percepción del desempleo y la pobreza como principales problemas en 2003, hacia una mayor preocupación por la corrupción y la delincuencia en 2017. Este cambio refleja una transformación en la percepción de los adolescentes respecto a los desafíos sociales.

4. Los factores de tensión principales cambiaron, con la delincuencia y el narcotráfico emergiendo como las principales preocupaciones en 2017, desplazando a otros problemas como el desempleo y la pobreza.

5. A nivel emocional, se identificó un aumento en los sentimientos de cólera entre los adolescentes, acompañado por una disminución en la tristeza y la preocupación. Estos resultados podrían estar vinculados a cambios en el entorno social y familiar.

6. La confianza en las autoridades mostró una tendencia a la disminución, especialmente hacia figuras políticas y comunitarias, mientras que la confianza en figuras como maestros y médicos se mantuvo o aumentó, subrayando la importancia de estos actores en la vida de los adolescentes.

7. Hubo mejoras en la calidad de vida y una reducción en la discapacidad general entre los adolescentes. Sin embargo, persisten disparidades de género en la capacidad para desempeñar funciones familiares y ocupacionales, especialmente en el grupo femenino.

8. Se observó una disminución en la prevalencia de conducta suicida entre los adolescentes de Ayacucho en 2017 en comparación con 2003. Sin embargo, sigue siendo un problema de salud pública relevante que requiere atención continua, especialmente en el seguimiento de los adolescentes en situaciones de vulnerabilidad.

9. Las tendencias hacia la violencia y los comportamientos delictivos en la población adolescente mostraron una tendencia a la disminución, aunque estos cambios no alcanzaron significación estadística.

10. Se identificó un aumento en la cohesión familiar, lo que refleja una mejora en las relaciones y el apoyo dentro del núcleo familiar, contribuyendo a un entorno más saludable para los adolescentes.

11. En cuanto a los trastornos clínicos, se observó un aumento en la prevalencia de episodios depresivos moderados a severos, aunque la ansiedad generalizada disminuyó, lo que sugiere un cambio en los patrones de salud mental de esta población.

12. El consumo de sustancias entre los adolescentes presentó tendencias preocupantes, requiriendo atención continua, aunque hubo mejoras en algunos indicadores.

13. El acceso a servicios de salud mental mejoró, reflejando una mayor morbilidad mental atendida, especialmente entre las adolescentes mujeres, lo que indica un progreso en la atención y tratamiento de problemas de salud mental.

VIII. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Mejorar el acceso a servicios de salud mental mediante la creación de centros accesibles y culturalmente adecuados en Ayacucho, así como la implementación de servicios móviles para alcanzar comunidades rurales.

2. Desarrollar programas de prevención y educación enfocados en la identificación temprana de problemas de salud mental, la reducción del estigma y la promoción de habilidades para la vida, como el manejo del estrés.

3. Implementar políticas de apoyo socioeconómico que incluyan becas y programas de empleo juvenil, con un enfoque especial en reducir las disparidades de género y fortalecer la formación laboral para adolescentes.

4. Fomentar la cohesión familiar y comunitaria a través de programas que fortalezcan las relaciones familiares y la participación comunitaria, promoviendo valores y previniendo la violencia intrafamiliar.

5. Reducir la violencia y la delincuencia mediante la implementación de programas de reintegración social para adolescentes en riesgo, además de mejorar la seguridad en las escuelas y comunidades.

6. Establecer un sistema de monitoreo y evaluación continua para recolectar datos periódicos que permitan ajustar políticas y programas según las necesidades emergentes.

7. Involucrar a los adolescentes en el diseño de políticas a través de la creación de consejos juveniles, asegurando que las políticas respondan a sus necesidades y promuevan su participación activa.

IX. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003, Informe General. Anales de Salud Mental 2003- XIX (1 y 2): 1-216.

2 Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho 2003. Informe General. Anales de Salud Mental Vol, XX, Año 2004, Número 1 y 2, Lima.

3 Instituto Nacional de Salud Mental, Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017. Informe General. Anales de Salud Mental Vol, XXXVI. Año 2020. Número 1 y 2.

4 Kessler RC, Merinkangas KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. Int J Methods Psychiatr Res, 2004-13(2):60-68.

5 Stillwell F, Jordan K. Economic Inequality and (Un)happiness. Soc Altern, 2007-26(4):16-21.

6 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana en el Contexto de la COVID-19, 2020. Informe General. Anales de Salud Mental, 2021-37(2).

7 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2002- XVII (1 y 2):1-197.

8 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental 2005- XXI (1-2):1-212.

9 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. Anales de Salud Mental, 2006-22.

10 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental, 2007-23.

11 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. Anales de Salud Mental, 2008-24.

12 Instituto Nacional de Salud Mental, Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General. Anales de Salud Mental, 2009-25.

13 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009. Informe General. Anales de Salud Mental, 2012-28(Suppl 2).

14 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay 2010. Informe General. Anales de Salud Mental, 2011-26 (Suppl 1).

15 Benjet C, et al. La encuesta de salud mental en adolescentes de México. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, 2009.

16 US Department of Health and Human Services, US Department of Education, US Department of Justice. Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: a National Action Agenda [Internet]. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2000 [citado 30 de agosto de 2024]. (Publications and Reports of the Surgeon General). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44233/

17 Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente [Internet]. [citado el 30 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.

18 Sandoval M. La desconfianza de los jóvenes: sustrato del malestar social. Última Década, 2012-20(36):43-70.

19 Barra Almagiá E, Cancino Fajardo V, Lagos Muñoz G, Leal González P, San Martín Vera J. Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. Psicología y Salud, 2005-15(2):231-239.

20 Compas B, Connor-Smith J, Jaser S. Temperament, stress reactivity, and coping: implications for depression in childhood and adolescence, J Clin Child Adolesc Psychol, 2004-33(1):21-31, doi: 10,1207/S15374424JCCP3301_3.

21 Navarro-Loli JS, Moscoso M, Calderón-De la Cruz G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática, Liberabit, 2017-23(1):57-74, doi: 10,24265/liberabit,2017,v23n1,04.

22 Gutiérrez Quintanilla JR, Portillo García CB. La violencia delincuencial asociada a la salud mental en la población salvadoreña. Rev Psicol (PUCP), 2014-32(1):3-38, Disponible en: http://www,scielo,org,pe/scielo,php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000100001&lng=es&tlng=es, Accedido el 26 de octubre de 2023.

23 Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. [citado el 30 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders.

24 De la Revilla L, Aybar R, de los Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Aten Primaria [Internet]. 28 de febrero de 1997 [citado 30 de agosto de 2024];19(3):133-7. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-un-metodo-deteccion-problemas-psicosociales-14470.

25 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe general. Anales de Salud Mental. 2013;29(Supl 1):1-397.

26 Ministerio de Educación del Perú. Informe sobre la situación educativa en Perú 2003-2017. Lima: Minedu; 2018. Disponible en: https://www.minedu.gob.pe/informe-educacion-2003-2017.pdf. Último acceso el 24 de agosto de 2024.

27 UNESCO. Global Education Monitoring Report 2021. Paris: UNESCO; 2021. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377461. Último acceso el 24 de agosto de 2024.

28 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Education for All Global Monitoring Report 2015. Paris: UNESCO; 2015. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232205. Último acceso el 24 de agosto de 2024.

[29] Balarín M, Escudero C. Género y educación en el Perú: avances y desafíos. Lima: GRADE; 2019. Disponible en: https://www.grade.org.pe/publicaciones/genero-y-educacion-en-el-peru-avances-y-desafios/. Último acceso el 24 de agosto de 2024.

[30] World Bank. World Development Report 2018: Learning to Realize Education's Promise. Washington DC: World Bank; 2018. Disponible en: https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1096-2. Acceso el 24 de agosto de 2024.

[31] UNESCO. Education 2030: Incheon Declaration and Framework for Action. Paris: UNESCO; 2016. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656. Último acceso el 24 de agosto de 2024.

[32] Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Nacional de Hogares 2003-2017. Lima: INEI; 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1588/. Último acceso el 24 de agosto de 2024.

[33] UNESCO. International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach. Paris: UNESCO; 2018. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770. Acceso el 24 de agosto de 2024.

[34] Kaffenberger M, Pritchett L. Aiming higher: Learning profiles and gender equality in 10 low- and middle-income countries. Int J Educ Dev. 2020;79:102290. DOI: 10.1016/j.ijedudev.2020.102290. Acceso el 24 de agosto de 2024.

[35] Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral de América Latina y el Caribe 2017. Lima: OIT; 2017. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_622760.pdf. Último acceso: 25 de agosto de 2024.

[36] ECLAC. Social Panorama of Latin America 2018. Santiago: United Nations; 2019. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44396/1/S1900054_en.pdf. DOI: 10.18356/5d65e2bb-es. Último acceso: 25 de agosto de 2024.

[37] I NEI. Encuesta Nacional de Hogares 2017: Acceso y calidad de los servicios educativos. Lima: INEI; 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1652/. Último acceso: 25 de agosto de 2024.

[38] Ypanaque Ancajima JE. Barreras de acceso a los servicios primarios de salud sexual y reproductiva en adolescentes, de una comunidad urbana marginal del Perú. Med Clín Soc 2024;8:35–9. https://doi.org/10.52379/mcs.v8i1.329. Último acceso: 25 de agosto de 2024.

[39] Cedeño D, Bermea AM, Rueda HA, Toews ML. Estrés económico entre padres adolescentes latinos de bajos ingresos: una aplicación del modelo vulnerabilidad-estrés-adaptación. Child Adolesc Soc Work J 2021. https://doi.org/10.1007/s10560-021-00761-0. Último acceso: 25 de agosto de 2024.

[40] Bose DL, Hundal A, Singh S, Singh S, Seth K, Hadi S ul, et al. Informe sobre evidencia y mapa de brechas: intervenciones de comunicación para el cambio social y de comportamiento (SBCC) para fortalecer la prevención e investigación del VIH entre las adolescentes y mujeres jóvenes (AGYW) en países de ingresos bajos y medios (LMIC). Campbell Syst Rev 2023;19:e1297. https://doi.org/10.1002/cl2.1297. Último acceso: 25 de agosto de 2024.

[41] Jaitman L, Anauati V. La cifra oscura del crimen en América Latina y el Caribe. J Econ Race Policy 2020;3:76–95. https://doi.org/10.1007/s41996-019-00042-0. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[42] Parás P. El poder de las percepciones: cómo el crimen y la corrupción impactan el capital social en México, 2013. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[43] Atienzo EE, Baxter SK, Kaltenthaler E. Intervenciones para prevenir la violencia juvenil en América Latina: una revisión sistemática. Int J Public Health 2017;62:15–29. https://doi.org/10.1007/s00038-016-0909-6. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[44] Cannon C, Fouts S, Stramel M. Guardianes informados y violencia transnacional: uso de las percepciones de seguridad de los jóvenes latinos para determinar casos legales. Revista hispana de ciencias del comportamiento 2018;40:134–49. https://doi.org/10.1177/0739986318762459. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[45] Curo Campos KC, Guerrero Alcedo JM. Violencia familiar y resiliencia en adolescentes de una institución pública del Departamento de Ayacucho, Perú. Rhs 2024;9:28–39. https://doi.org/10.33936/rehuso.v9i2.5610. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[46] Barrera-Herrera A, Leal-Paredes N, Cid-Penroz A, Huerta-Espinoza MJ, Riffo-Álvarez C, Vallejos-Barrera L, et al. Revisión narrativa del modelo de desarrollo positivo para adultos emergentes chilenos. Univ Salud 2024;26:41–50. https://doi.org/10.22267/rus.242602.324. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[47] Gómez Tabares AS. Perspectivas de estudio sobre el comportamiento suicida en niños y adolescentes: Una revisión sistemática de la literatura utilizando la teoría de gráficos. Psdc 2023;38:408–51. https://doi.org/10.14482/psdc.38.3.362.28. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[48] Grijalva Eternod AE. Violencia familiar y victimización fuera del hogar en adolescentes. Diferencias de género en relación con la polivictimización. REIC 2023;20:1–21. https://doi.org/10.46381/reic.v20i2.693. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[49] Jeréz-Cañabate ML, Jiménez-Fernández S, González-Domenech P, White RY, González-Sánchez A, Díaz-Atienza F. Evaluación de conductas de corte en una muestra de adolescentes atendidos en Salud Mental Infanto-Juvenil. Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2023;40. https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n3a4. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[50] Vargas Jaramillo J, Yepes Delgado CE. Luchas comunitarias por la subsistencia en la vereda Granizal: entre la esperanza y la desesperanza. Hacia Promoc Salud 2023;28:37–51. https://doi.org/10.17151/hpsal.2023.28.1.4. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[51] Skar A-MS, Jensen TK, Harpviken AN. ¿Quién informa qué? Una comparación de los informes de niños y cuidadores sobre exposición a traumas infantiles y asociaciones con síntomas de estrés postraumático y deterioro funcional en clínicas de salud mental para niños y adolescentes. Res Child Adolesc Psychopathol 2021;49:919–34. https://doi.org/10.1007/s10802-021-00788-y. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[52] Ahmadi E, Hatami M, Hashemi Razni H, Sepahmansour M. Comparación de la eficacia de un programa de reducción del estrés basado en la atención plena con estimulación transcraneal por corriente directa sobre el estrés y la rumia en adolescentes con cáncer. JAYPS 2024;5:94–104. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.2.11. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[53] Kılıçoğlu AG, Zadehgan Afshord T, Derin S, Ertas E, Coskun P, Aktas S, et al. Comparación de posibles cambios en el estrés oxidativo, daño del ADN y marcadores inflamatorios en niños/adolescentes diagnosticados con ritmo cognitivo lento y niños/adolescentes diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. J Child Adolesc Psychopharmacol 2023;33:325–31. https://doi.org/10.1089/cap.2022.0081. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[54] Ardoy DN. Estudio EDUFIT: efectos de un programa de intervención realizado en contexto escolar sobre la condición física y salud del adolescente, 2013.

[55] Weist MD. Comentario: Promoción del cambio paradigmático en la salud mental de niños y adolescentes y en las escuelas. School Psychology Review 2003;32:336–41. https://doi.org/10.1080/02796015.2003.12086204. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[56] Assari S, Caldwell CH. Utilización de servicios de salud mental entre jóvenes negros: determinantes psicosociales en una muestra nacional. Children (Basilea) 2017;4:40. https://doi.org/10.3390/children4050040. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[57] Rodríguez-Garcés CR, Fuentes MG, Fuentes GP. Autoestima en Niños, Niñas y Adolescentes chilenos: análisis con árboles de clasificación. Rev Reflexiones 2021;100. https://doi.org/10.15517/rr.v100i1.43342. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[58] Flinders University, Bevan N, Fane J, Flinders University. Incorporación de un enfoque de investigación crítica en la AC:HPE para apoyar a las adolescentes en la participación en deportes tradicionalmente masculinizados. LCJ 2017;21:138–51. https://doi.org/10.18793/lcj2017.21.11. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[59] Vásquez Palero WF, Miranda Ayala R. Bullying y Satisfacción con la Vida en los escolares adolescentes rurales del Perú: el efecto moderador de los apoyos en la escuela. Rpié 2022;14. https://doi.org/10.34236/rpie.v14i16.337. Último acceso: 26 de agosto de 2024.

[60] Factores Predictores de la Satisfacción Laboral en los Docentes de las Instituciones Educativas de la APC-SUR. 2023. https://doi.org/10.32597/dissertations/213/. Último acceso: 27 de agosto de 2024.

[61] Ventura-León J, Mamani-Benito O, Tocto-Muñoz S, Curahua-Guillen K. Análisis bibliométrico de la producción científica de las psicólogas en Perú. Interdisciplinaria 2022;39. https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.13. Último acceso: 27 de agosto de 2024.

[62] Taype-Rondan A, Torres-Roman JS, Herrera-Añazco P, Alva Diaz C, Brañez-Condorena A, Moscoso-Porras MG. Ingresos económicos en médicos peruanos según especialidad: un análisis transversal de la ENSUSALUD 2015. Rev Perú Med Exp Salud Publica [Internet]. 28 de junio de 2017 [citado 1 de septiembre de 2024];34(2):183-91. Disponible en: https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2517.

[63] Magiera A, Pac A. Determinantes de la calidad de vida entre los adolescentes de la región de Małopolska, Polonia. Int J Environ Res Public Health 2022; 19:8616. https://doi.org/10.3390/ijerph19148616. Último acceso: 27 de agosto de 2024.

[64] Magiera A, Sowa A, Jacek R, Pac A. La calidad de vida de los adolescentes de secundaria en Cracovia 2017. https://doi.org/10.34763/DEVPERIODMED.20172102.124130. Último acceso: 27 de agosto de 2024.

[65] Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Drane JW. Calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes y satisfacción percibida con la vida. Qual Life Res 2005;14:1573–84. https://doi.org/10.1007/s11136-004-7707-y. Último acceso: 27 de agosto de 2024.

[66] Boraita RJ, Alsina DA, Ibort EG, Torres JMD. Calidad de vida relacionada con la salud y los hábitos: diferencias entre adolescentes en entornos rurales y urbanos. An Pediatr (versión en inglés) (Barc) 2022;96:196–202. https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.11.016. Último acceso: 27 de agosto de 2024.

[67] Palomino-Castro KM. Calidad de vida relacionada a la salud en estudiantes de nivel secundaria de la institución educativa Gustavo Mohme Llona, Puente de Piedra-2019. Tesis para optar el título de Licenciada en enfermería. Universidad Privada Norbert Wiener. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/3751/TESIS_PALOMINO%20CASTRO_KATALEEN.pdf?isAllowed=y&sequence=1. Último acceso: 27 de agosto de 2024.

[68] UNICEF. Adolescentes: Derecho al aseguramiento y atención en salud sexual, reproductiva y mental en el Perú. Balance normativo. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/media/8451/file/Estudio%20salud%20adolescente.pdf. Último acceso: 27 de agosto de 2024.

[69] Loor S, Iturrioz EB, Landazábal MG, Holguín JV. Situación de la Inclusión educativa e integración escolar de adolescentes con discapacidad motora de Manabí, Ecuador. Revista San Gregorio 2021. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[70] Bermúdez Tapia M. Las Reglas de Brasilia y los derechos del niño o del adolescente en el ámbito procesal. Llapanchikpaq 2021;3:131–56. https://doi.org/10.51197/lj.v3i3.6. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[71] Toro R, García-García J, Zaldívar-Basurto F. Trastornos antisociales en la adolescencia y la juventud según variables transdiagnósticas estructurales, emocionales y cognitivas: una revisión sistemática. Int J Environ Res Public Health 2020; 17:3036. https://doi.org/10.3390/ijerph17093036. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[72] Cardoso AR, Costa MJ, Sani AI, Moreira D. Rasgos callosos y carentes de emociones como precursores del desarrollo de la psicopatía femenina. Int J Environ Res Public Health 2023; 20:6786. https://doi.org/10.3390/ijerph20186786. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[73] Kant T, Koyama E, Zai CC, Beitchman JH, Kennedy JL. COMT Val/Met y rasgos psicopáticos en niños y adolescentes: una revisión sistemática y nueva evidencia de una trayectoria de desarrollo hacia la psicopatía. Int J Mol Sci 2022;23:1782. https://doi.org/10.3390/ijms23031782. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[74] Virto-Farfán H, Segovia M, Gamarra D, Sarmiento Herrera WS. Biomarcadores y Suicidio: Enfrentando la vulnerabilidad legada por la pandemia. Rev Neuropsiquiatr 2023;86:335–7. https://doi.org/10.20453/rnp.v86i4.5190. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[75] Baron J. Prevención del acoso en adolescentes a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación: programa prev@cib, 2018. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/Prevenci%C3%B3n-del-acoso-en-adolescentes-a-trav%C3%A9s-de-de-Baron/2dadfb9d990a2413a37a7a0ad5c19fd86ab56549. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[76] Ribeiro F, Mascarenhas T, Araújo A, María D, Coelho M, Branca SBP, et al. Perfil sociodemográfico de mortalidad en suicidio, 2017. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/SOCIODEMOGRAPHIC-PROFILE-OF-SUICIDE-MORTALITY-DA-DE-Ribeiro-Mascarenhas/d363955554eceb9bfeb76aff09668d9a12fce3df. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[77] Huamani-Cahua J, Serruto-Castillo A, Rivera-Flores VA, Ilich A-DCC. Actitud hacia la igualdad de género: un estudio comparativo de adolescentes de la ciudad de Arequipa, Perú, 2020. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/ACTITUD-HACIA-LA-IGUALDAD-DE-G%C3%89NERO%3A-UN-ESTUDIO-EN-Huamani-Cahua-Serruto-Castillo/b33d80b7a9ced5325a7cd833deb0ca30163ac9ad. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[78] Abrahantes TNR, Abrahantes AR, Pérez MG. Intervención educativa sobre suicidio en familiares o tutores de adolescentes de un área de salud, 2017, 2017. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/Intervenci%C3%B3n-educativa-sobre-suicidio-en-familiares-Abrahantes-Abrahantes/414fd4f77a44570ba7b83453849b12a3321f4240. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[79] Saavedra G, Victoria F. Perspectiva de enfermería sobre la promoción de la salud mental de adolescentes, 2013. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/Perspectiva-de-enfermer%C3%ADa-sobre-la-promoci%C3%B3n-de-la-Saavedra-Victoria/77bdb13d59525060c4392d25eed3fa316b5018d7. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[80] Quemba Mesa MP, Herrera Tarapues JC, Mendoza Ortiz A, Mendoza Ortiz B. Comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en niños y adolescentes, Colombia 2016-2020. Pediatría 2022;55:3–10. https://doi.org/10.14295/rp.v55i1.355. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[81] Araneda N, Sanhueza P, Pacheco G, Sanhueza A. Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. Rev Panam Salud Pública 2021;45:e4. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[82] Factores asociados a la violencia psicológica y física familiar en adolescentes peruanos desde un enfoque ecológico. Horizonte Médico 2022;22:e1749–e1749. https://doi.org/10.24265/horizmed.2022.v22n2.02. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[83] Exposición a violencia en el hogar y acoso escolar en adolescentes: resultados de una encuesta poblacional en Perú. 2022. https://doi.org/10.21142/tl.2022.2307. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[84] Violencia escolar y bullying en entornos escolares en Perú: análisis de una plataforma virtual. Frontiers in Psychology 2021;11:543991–543991. https://doi.org/10.3389/FPSYG.2020.543991. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[85] Feminicidios y factores asociados a la edad de las víctimas en Perú. Atención de Salud Hispana Internacional 2023;21:166–73. https://doi.org/10.1177/15404153231163324. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[86] Un análisis cualitativo de la maternidad adolescente en el contexto familiar más amplio en el Perú. Relaciones Familiares 2023. https://doi.org/10.1111/fare.12904. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[87] Análisis de las características clínico-epidemiológicas de adolescentes embarazadas, atendidas en un Hospital General de Ica, Perú. Revista Médica Panacea 2024. https://doi.org/10.35563/rmp.v13i1.565. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[88] Dinámica de apoyo social en díadas de padres sobrevivientes de cáncer y adolescentes en una región rural, socioeconómicamente desfavorecida y de mayoría hispana/latina. Journal of Clinical Oncology 2024;42:10071–10071. https://doi.org/10.1200/jco.2024.42.16_suppl.10071. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[89] Hogares con y sin presencia de adolescentes, probabilidad de gasto en alimentos consumidos fuera del hogar, según ENAHO 2021: un estudio transversal. F1000Research 2023. https://doi.org/10.12688/f1000research.140524.1. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[90] Castellanos Sánchez SMF, Torres Rodas S, Vásquez Calderón HM, Chang Pardo MS. Revisión epidemiológica de los trastornos mentales en el Perú. PSIQUEMAG/ Revista Científica Digital de Psicología, vol. 11, 2021, pág. 98–108. https://doi.org/10.18050/psiquemag.v11i1.2655. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[91] Kaur G, Nair R, Devi S. Un estudio comparativo de los problemas de salud mental de los adolescentes en escuelas secundarias superiores rurales y urbanas seleccionadas de Haryana 2017. https://www.semanticscholar.org/paper/A-Comparative-Study-of-Adolescent-Mental-Health-at-Kaur-Nair/9aa2e6115b95b6a305893b2765533f631eb8ed25 (consultado el 28 de agosto de 2024).

[92] Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev Perú Med Exp Salud Publica 2014;31. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.311.6. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[93] Vargas-Murga HB, Saavedra-Castillo JE. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental del adolescente en el Perú. Diagnóstico 2023;62:e430. https://doi.org/10.33734/diagnostico.v62i1.430. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[94] Rojas-Mamani C, Torres-Gallardo L, Richard-Pérez S. Estilos de crianza parental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de Lima este, Perú. Rev Hisp Cienc Salud 2024;9:169–75. https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.670. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[95] Morales Rodríguez M, Solís Gámez LA. Actitud y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes: correlatos sociodemográficos. Rgn 2023;8:e2301115. https://doi.org/10.46652/rgn.v8i38.1115. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[96] Pingus Pingus LM, Tejada Muñoz S. Nivel de riesgo de consumo de drogas en estudiantes de la ciudad de Chachapoyas, Perú. Rev Cient UNTRM, Cienc Soc Hum 2022;5:39. https://doi.org/10.25127/rcsh.20225.865. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[97] Armoon B, Griffiths MD, Mohammadi R. Distribución global y epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas y de drogas inyectables entre niños y jóvenes que viven en la calle: un metaanálisis. Subst Use Misuse 2023;58:746–64. https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2181036. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[98] Morejón M, Elizabeth A. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (15-19 años) en colegios urbanos de la ciudad Cuenca y factores asociados. 2017., 2019. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/Prevalencia-del-consumo-de-sustancias-psicoactivas-Morej%C3%B3n-Elizabeth/bb9e43bc3477c51a0b77516586bc4ae5183760f6. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[99] Armoon B, Griffiths MD, Mohammadi R, Ahounbar E. Distribución global y epidemiología del consumo de alcohol y drogas entre niños y jóvenes que viven en la calle: un metanálisis. Am J Drug Alcohol Abuse 2023;49:381–98. https://doi.org/10.1080/00952990.2023.2201872. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[100] Chiriboga Pástor AA, Arreaga Guillermo JA, Herrera Hugo BDLÁ. Factores familiares que inciden en el consumo de alcohol y sustancias estupefacientes en adolescentes del Centro de Rehabilitación Amor y Vida Cuenca – Ecuador. Conciencia Digital 2023;6:135–50. https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v6i2.1.2593. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[101] Nueva evidencia psicométrica del Inventario de Salud Mental Revisado (R-MHI-5) en adolescentes peruanos desde un enfoque de psicometría en red. BMC Psychology 2024;12. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01543-w. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[102] Revisión epidemiológica de los trastornos mentales en el Perú. vol. 11. Universidad César Vallejo; 2021. https://doi.org/10.18050/PSIQUEMAG.V11I1.2655. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[103] Álvarez M, Arias JP, Morón G, Ramírez R y colaboradores. Impacto en la salud mental de los niños y adolescentes de Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19. Revista Psicológica Herediana 2022;15:21–34. https://doi.org/10.20453/rph.v15i1.4301. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[104] Contreras-Mendoza I. Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, confiabilidad y equidad en adolescentes peruanos. Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes 2021;8:24–30. https://doi.org/10.21134/RPCNA.2021.08.1.3. Último acceso: 28 de agosto de 2024.

[105] Martínez B, Moreno R, Arévalo OAP. Factores personales e institucionales que limitan la atención integral en Salud Sexual y Reproductiva a los y las adolescentes en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Zacamil, municipio de Mejicanos, junio 2017, 2017. Disponible: https://www.semanticscholar.org/paper/Factores-personales-e-institucionales-que-limitan-y-Mart%C3%ADnez-Moreno/5eb5a7b2fd7a48885ccd5d8fdffb8a85ae6e03dd. Último acceso: 29 de agosto de 2024.

[106] Mauz E, Schmitz R, Poethko-Müller C. Seguimiento de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención sanitaria: resultados del estudio KiGGS 2003-2012. J Health Monit 2017;2:42–61. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-063. Último acceso: 29 de agosto de 2024.

[107] Anderson P, O'Donnell A, Kaner E, Gual A, Schulte B, Pérez Gómez A, et al. Ampliación de la prevención y el tratamiento del consumo excesivo de alcohol en los países de ingresos medios de América Latina a nivel municipal: antecedentes y protocolo para un estudio cuasiexperimental en tres países. F1000Res 2017;6:311. https://doi.org/10.12688/f1000research.11173.3. Último acceso: 29 de agosto de 2024.

[108] Gorn SB, Icaza M, Cantú MAL. Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. Salud Mental 2003. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/Servicios-de-salud-mental%3A-veinticinco-a%C3%B1os-de-Gorn-Icaza/dd4e6a06eb93b91e2e0408e73711af70403feca4. Último acceso: 29 de agosto de 2024.

[109] Buestán JVG, Ruiz MCP. Formas de recreación y salud mental en adolescentes de la Unidad Educativa Javier Loyola, 2017, 2017. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/Formas-de-recreaci%C3%B3n-y-salud-mental-en-adolescentes-Buest%C3%A1n-Ruiz/5ae3e1e8a085fdbe06f5886996f3eea8f5ceb013. Último acceso: 29 de agosto de 2024.

[110] Martínez J, Fabián M. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónicas - degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF – San Ignacio durante el periodo de Abril-Junio 2017, 2017. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/Prevalencia-de-trastornos-de-ansiedad-y-depresi%C3%B3n-a-Mart%C3%ADnez-Fabi%C3%A1n/65d0a9c146080b5d5a4e49b16661d4734ba37ff8. Último acceso: 29 de agosto de 2024.

[111] Gaete J, Labbé N, Del Villar P, Allende C, Araya R, Valenzuela E. Salud mental y factores asociados entre jóvenes infractores en Chile: un estudio transversal. Crim Behav Ment Health 2018;28:13–27. https://doi.org/10.1002/cbm.2029. Último acceso: 29 de agosto de 2024.

[112] Andrade BMA, Delgado PAS. Conductas sexuales y uso de métodos anticonceptivos en los/las adolescentes del colegio nacional Benigno Malo de la ciudad de Cuenca en el período de agosto del 2002 a marzo del 2003, 2003. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/Conductas-sexuales-y-uso-de-m%C3%A9todos-anticonceptivos-Andrade-Delgado/726ae35941a2a0efe1d1ac5be578a25c1bd99324. Último acceso: 29 de agosto de 2024.

ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE SALUD MENTAL COMPARATIVO CIUDAD DE AYACUCHO 2003-2017

PRESENTACIÓN 9

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN 19
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 21
2. FUNDAMENTO TEÓRICO 22
3. DEFINICIONES CONCEPTUALES 25
4. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA 28
5. OBJETIVO(S) 29
6. METODOLOGÍA 29

II. METODOLOGÍA (DEL PROYECTO ORIGINAL) 31
1. MUESTRA PROGRAMADA 34
2. CRITERIO DE SELECCIÓN 34

III. PROCEDIMIENTOS 35

IV. ANALISIS Y PROCEDIMIENTO DE LOS DATOS 39

V. RESULTADOS 43
1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS 45
2. PROBLEMAS PERCIBIDOS Y SENTIMIENTOS FRENTE A LOS PROBLEMAS 47
3. CONFIANZA EN AUTORIDADES 50
4. ESTRESORES COTIDIANOS 51
5. ESTADOS ANIMICOS 53
6. ASPECTOS DE LA SALUD MENTAL POSITIVA 54
7. DISCAPACIDAD 58
8. ASPECTOS PSICOPÁTICOS 59
9. CONDUCTA SUICIDA 59
10. TENDENCIAS VIOLENTAS 62
11. COHESIÓN FAMILIAR 62
12. TRASTORNOS CLÍNICOS 63
13. CONSUMO DE SUSTANCIAS 64
14. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD 65

VI. DISCUSIÓN 69

VII. CONCLUSIONES 93

VIII. RECOMENDACIONES 97

IX. BIBLIOGRAFÍA 101

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"