

Inequidad en la salud mental de los escolares de educación secundaria de los colegios de Huaraz - Ancash

Inequity in the mental health of school children in secondary education schools in Huaraz - Ancash

Llermé Núñez Z.¹

RESUMEN

El objetivo fue identificar el estado de la salud mental de los escolares y su asociación con sexo, edad, colegio, empleabilidad, autoestima y discriminación. La metodología utilizada fue descriptiva de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 347 escolares de 4° y 5° grado de educación secundaria de los colegios urbanos de Huaraz-Ancash, seleccionada siguiendo un procedimiento de muestreo aleatorio; el instrumento incluyó el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12), la Escala de Autoestima de Coopersmith y una escala de discriminación. Los resultados fueron: el 50,7% de los escolares presentaron algún problema de salud mental sin diferencia de edad, colegio y empleabilidad; los problemas de salud mental tuvieron asociación significativa con el sexo (OR=1,895 [1,237-2,902]), autoestima (OR=4,675 [2,876-7,560]) y discriminación (p<0,001); la autoestima estuvo asociada al sexo (OR=1,586 [1,006-2,500]) y empleabilidad (OR=1,979 [1,183-3,312]) y la discriminación presentó asociación con la edad, salud mental y autoestima (p<0,001). A la conclusión arribada fue que existe una alta prevalencia de problemas de salud mental en la población escolar, teniendo más riesgo las mujeres, los escolares con baja autoestima y los que perciben mayor discriminación.

Palabras clave: salud mental; salud escolar; distrés emocional; autoestima; discriminación.

ABSTRACT

The objective was to identify the state of the mental health of the students and its association with sex, age, school, employability, self-esteem and discrimination. The methodology was descriptive of cross section; the sample was 347 students of 4° and 5° grade of secondary education of the urban schools of Huaraz City in Ancash, selected following a procedure of random sampling; the instrument included the General Questionnaire of Health of Goldberg (GHQ-12), the Scale of Self-esteem of Coopersmith 7 % of the students presented some problem of mental health without difference of age, school and employability; the problems of mental health had significant association with the sex (OR=1,895 [1,237-2,902]), self-esteem (OR=4,675 [2,876-7,560]) and discrimination (p <0,001); the self-esteem was associated with the sex (OR=1,586 [1,006-2,500]) and employability (OR=1,979 [1,183-3,312]) and the discrimination presented association with the age, mental health and self-esteem (p <0,001). To the arrived conclusion the fact was that there exists a high predominance of problems of mental health in the school population, having more risk the women, the students with low self-esteem and those who perceive major discrimination.

Key words: Mental health; school health; distrés emotional; self-esteem; discrimination.

¹ Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Ancash - Perú

INTRODUCCIÓN

En la provincia de Huaraz del departamento de Ancash, ubicada en la sierra Norte del país, existe una población adolescente cursando estudios en Educación Secundaria. En éste grupo se desconoce la magnitud de los problemas de salud mental y por lo tanto no existe evidencia empírica que justifique una intervención específica en ésta área de salud en los escolares.

Los adolescentes son un grupo particular de la población, distinto de los niños y los adultos, con preocupaciones y necesidades específicas que provienen de sus cuerpos en rápido crecimiento y proceso de cambio, así como de los retos sociales, sexuales y personales que son parte de su maduración. Para muchos adolescentes, la transición de la niñez a la edad adulta con todas las expectativas y responsabilidades que la acompañan puede ser particularmente traumática y puede causar dificultades mentales (Papalia, 1992)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS 2001) una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida; una quinta parte de los adolescentes antes de terminar ésta etapa padece de algún problema de desarrollo emocional o de conducta y; uno de cada ocho adolescentes ya tiene un trastorno mental instaurado cuando termina la adolescencia.

Los problemas de salud mental son producto de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales; haciendo por ende necesario el estudio no solamente de los indicadores de éstos sino también de sus posibles factores asociados (Desjarlais, 1997)

El distrés emocional está referido a la presencia de problemas de salud mental, desde signos y síntomas que indican malestar emocional o psicológico hasta una gama de trastornos mentales instaurados (Pedersen, 2002)

El distrés emocional o distrés mental puede ser medido como tal o mediante algunos indicadores como la depresión, las ideas suicidas, la ansiedad, el estrés, la

sintomatología depresiva o la disfunción social. Lo anterior es coherente con la definición de la salud mental que hace la OMS (2001) cuando afirma que *es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.*

La prevalencia de los trastornos mentales y conductuales en la población adolescente es variable, por ejemplo en Alemania (Weyerer, 1988) llega a un 20,7%, en Japón (Morita, 1993) alcanza la cifra de 22,5%, en Gran Bretaña (Coleman, 2003) ésta prevalencia oscila entre el 10 y 20% y en Estados Unidos de Norteamérica (U.S.P.H.S, 2000) alcanza 21%.

En el Perú, en la zona costa algunos estudios comunitarios en poblaciones urbanas y urbano-marginales de Lima (Perales, 1996) y Trujillo (Perales, 2001) respectivamente, hallaron diversos problemas de salud mental para el grupo adolescente, que incluían: elevados niveles de estrés, síntomas ansiosos y depresivos, propensión hacia conductas violentas, abuso de alcohol, entre los más importantes. En el 2002 en una población escolar urbano-marginal de Ica (Toledo, 2002) hallaron que el 38% presentó distrés emocional. En Arequipa (Quispe, 1995) y Huancayo (Salazar, 2004) investigaciones realizadas sobre depresión en escolares identificaron 13% de prevalencia. Así mismo en el estudio de salud mental comunitario (IEsM, 2003) para tres ciudades de la sierra (Cajamarca, Ayacucho y Huaraz), encontraron 5,7% de prevalencia de episodios depresivos y 5,5% de trastornos de ansiedad generalizada para el grupo adolescente.

Actualmente, los pocos estudios en el país acerca del distrés emocional en escolares o adolescentes son puramente descriptivos o consideran relaciones con sólo algunas variables sociodemográficas; por éste motivo en la presente investigación se incluyen a la discriminación y autoestima como variables que han demostrado tener asociación en otras investigaciones a nivel mundial.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal.

La población estuvo conformada por el total de escolares matriculados en el 4° y 5° grado de Educación Secundaria de Menores (3524) en los colegios estatales y privados de la zona urbana de la Provincia de Huaraz, Departamento de Ancash. La unidad de análisis del presente estudio fue el escolar. Con un nivel de confianza del 95% y realizando la corrección con el número poblacional obtuvimos una muestra de 347 escolares.

Los criterios de selección fueron: a) Escolares de educación secundaria de menores de educación básica regular de colegios públicos o privados urbanos de Huaraz, b) en condición de asistencia regular al colegio; c) no tener problemas de salud reportados a la Oficina de Orientación y Bienestar del Educando del colegio de procedencia, y d) que aceptaran voluntariamente cumplimentar el cuestionario.

RESULTADOS

176 escolares obtuvieron puntajes mayores o iguales a tres en el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12), lo cual indicó una prevalencia de distrés emocional o problemas de salud mental para éste grupo de 50,7%.

Los escolares con problemas de salud mental fueron en su mayoría mujeres (38%), del grupo etáreo de 16 a 20 años (63,6%), procedentes de colegios públicos (81,3%) y no estaban empleados (75%); sólo con diferencia significativa para el sexo. Ver Tabla 1.

El instrumento utilizado fue un Cuestionario que contenía: datos generales del escolar, Escala de Salud General de Goldberg (GHQ-12), Escala de Autoestima de Stanley Coopersmith y Escala de Discriminación.

Los datos fueron recolectados utilizando como instrumento el denominado Cuestionario para Escolares, el cual fue administrado de manera colectiva a los escolares en su centro de estudios, siempre y cuando cumplieran los criterios de inclusión.

Antes de obtener la versión final del instrumento se realizó una prueba piloto con 50 escolares de características semejantes a la muestra, lo cual mejoró la redacción del mismo y además permitió obtener la confiabilidad de las escalas utilizadas, las cuales presentaron valores de alpha de Cronbach de 0,74 (Cuestionario General de Salud), 0,80 (Escala Autoestima) y 0,72 (Escala de Discriminación).

Tabla 1 Escolares con problemas de salud mental según sexo, edad, colegio y empleabilidad, Huaraz

Variables	Problemas de salud mental				
	N°	%	OR	IC 95%	p
<i>Sexo</i>					
Femenino	109	61,9	1.895	1.237-2.902	0,003*
Masculino	67	38,1			
<i>Edad</i>					
13-15 años	64	36,4	1.213	0.787-1.870	0,387
16-20 años	112	63,6			
<i>Colegio</i>					
Público	143	81,3	0.948	0.581-1.712	0,993
Privado	33	18,8			
<i>Empleabilidad</i>					
Si	44	25,0	1.394	0.837-2.322	0,201
No	132	75,0			

* Diferencia significativa $p < 0,05$ de Ji-cuadrada

Al cruzar los datos en una tabla de 2x2 de problemas de salud mental y los niveles de autoestima, se observó que el 74,8% de los escolares que tenían autoestima baja presentaron problemas de salud mental y el 61,2% de los escolares que tenían autoestima alta no presentaron problemas de salud mental. Para estos datos se encontró un OR de 4,675 con un IC95% de 2,896-7,560, siendo estadísticamente significativo, tal como lo muestra la Tabla 2.

Tabla 2 Problemas de salud mental según niveles de autoestima en escolares, Huaraz.

Autoestima	Problemas de salud mental				TOTAL	
	Si*		No**			
	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	86	74,8	29	25,2	115	100
Alta	90	38,8	142	61,2	232	100
TOTAL	176	50,7	171	49,3	347	100

* Si : Escala GHQ ≥ 3

** No : Escala GHQ ≤ 2

OR= 4,675; IC: 2,876-7,560 ; $X^2= 39,844$; $p=0,000$

Las medias de los puntajes obtenidos en la escala de discriminación por los escolares con problemas de salud mental fue de 6,35 (DS=2,74), mientras que para los escolares sin problemas de salud mental alcanzó 4,71 (DS=3,12); observándose que ésta diferencia fue estadísticamente significativa (Tabla 3).

Tabla 3 Comparación de medias de discriminación experimentada en escolares según problemas de salud mental - Huaraz

Problemas de salud mental	Discriminación experimentada				
	Media	DS	Mediana	IC 95%	p
Si*	6.35	3.12	6.00	5.88-6.81	0.000***
No**	4.71	2.74	4.00	4.29-5.12	

* Si : Escala GHQ ≥ 3

** No : Escala GHQ ≤ 2

*** Diferencia significativa $p < 0.05$ de t de Student

DISCUSIÓN

La OMS (FMSM, 2005) menciona que los adolescentes en países en vías de desarrollo enfrentan riesgos particulares para desarrollar problemas de salud mental, siendo factores para esto: la pobreza, la desigualdad, las funciones relativas al género, los sentimientos de autoestima y autovalía, la discriminación y el cambio social acelerado.

La muestra de escolares tiene un rango de edad que comprende la adolescencia media y final, sub-etapas que coinciden con los estudios de educación secundaria de menores de la Educación Básica Regular del Perú; a diferencia de los escolares de la Educación Básica Alternativa que tienen mayor edad y no fueron parte de la población de estudio.

Las características sociodemográficas de la muestra: sexo, lugar de nacimiento, zona de residencia, colegio, credo y empleabilidad, son homogéneas para escolares de colegios públicos y privados, excepto la edad, debido a que la mayoría de escolares de 16 o más años proceden de colegios públicos, donde el atraso escolar llega al 46% en la sierra urbana del país¹⁸.

En el estudio más de la mitad de la muestra presenta problemas de salud mental, lo cual indica la alta prevalencia de problemas de salud

mental en los escolares de los dos últimos grados de Educación Secundaria de la zona urbana de Huaraz.

Esta misma metodología se utilizó en Europa encontrándose menor prevalencia de problemas de salud mental en España [33,9%]¹⁹ y en Australia [18,9%]²⁰; sin embargo en un estudio en Latinoamérica, específicamente en Quito-Ecuador²¹ la prevalencia reportada fue semejante (48,6%) a la encontrada en la presente investigación.

En otro estudio en el Perú¹³ donde se aplicó diferente metodología, hallaron una prevalencia de 38% de problemas de salud mental en escolares, probablemente por diferencias en el instrumento de recolección de datos y del lugar de estudio (zona costa).

Al utilizar la depresión o ansiedad como indicadores de problemas de salud mental, los casos encontrados fueron menores a la mitad de la población adolescente, oscilando en el Perú entre 8,6% y 43,5%^{10,22,14,15} y en el resto del mundo entre 15,8% y 44%^{7,23-25}.

Esta alta prevalencia de problemas de salud mental en los escolares del estudio, aumentaría el riesgo del grupo para otros problemas relacionados (consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas, ideas suicidas, suicidio, conductas violentas, problemas con pares)

durante la adolescencia o en la etapa siguiente de desarrollo, tal como se menciona en varios estudios del mundo²⁶⁻³².

En cuanto a las variables de estudio y su asociación con problemas de salud mental, sólo fue significativa el sexo, presentando las mujeres casi dos veces más riesgo de padecer éste problema en comparación con los varones. Posteriormente ésta diferencia desaparece al ajustarse los datos por edad, colegio o empleabilidad.

La mayoría de los escolares del estudio presentan autoestima alta. La autoestima baja sólo está asociada con la variable de sexo, observándose que las mujeres tienen casi dos veces mayor probabilidad que los varones de tener autoestima baja; semejante hallazgo se encontró en España^{33,34}. Esta última asociación descrita en el estudio desaparece al ajustarse los datos con edad, colegio y empleabilidad.

Varios autores^{8,35,36} mencionan que influye en el desarrollo de una alta autoestima en el varón, la mayor valoración social del género masculino y un desarrollo puberal rápido, ayudando ambos a una afirmación de sí mismo y mayor confianza en su valía personal. Mientras que en las mujeres, una menor valoración social por ideas "machistas", una menarquia precoz, el abuso sexual al que puede ser sometida y una pobre valoración de su imagen corporal o apariencia física, la harían más vulnerables a una baja autoestima.

En cuanto a la pobreza de las mujeres de 14 a 17 años en el Perú, ésta alcanza el 29,9%, lo cual la obliga a compartir el estudio con el trabajo (con un promedio de 24,7 horas de trabajo por semana) para aportar al ingreso familiar, influyendo ésta situación en una mayor inasistencia a clases que los varones escolares que también trabajan³⁷.

La mayoría de escolares del estudio perciben o experimentan discriminación en el día a día, lo que confirma que los adolescentes de poblaciones generales también son sometidos a trato injusto o rechazo personal. Esto conlleva a pensar que los motivos de discriminación coincidirían con los reportados por los niños y

adolescentes de un estudio cualitativo en varios departamentos del país³⁸, donde para los residentes en provincia las razones de mayor discriminación fueron: color de piel, lenguaje, procedencia urbana o rural, ingresos económicos familiares, edad y género. Finalmente lo anterior nos hace suponer que en nuestro medio la diversidad es asumida como una serie de diferencias que ameritan respuestas discriminatorias.

Los escolares que tienen mayor puntaje de discriminación tienen mayor nivel de problemas de salud mental, lo cual corrobora la hipótesis de algunos autores^{39,40} que afirman que la discriminación actúa como estresor, desencadenando problemas de salud mental de diferente magnitud, tal como sucedió en Estados Unidos donde para escolares americano-koreanos la discriminación fue un predictor de ansiedad, depresión, agresión y delincuencia⁴¹.

Finalmente los escolares presentan a menor nivel de autoestima mayor discriminación; lo cual también se ha encontrado en otros estudios de adolescentes provenientes de minoría étnicas o de la población general^{42,43}. Este hallazgo en el estudio nos haría suponer que la discriminación sentida en los escolares estaría debilitando la autoestima, constructo psicológico que ayuda a afrontar los cambios emocionales y el estrés que podría generar la transición de niño a adulto, lo cual aumenta el riesgo para la existencia de problemas de salud mental en éste grupo poblacional.

Para los análisis multivariados realizados, donde se obtuvieron el mejor modelo reducido para la discriminación o los problemas de salud mental, los resultados obtenidos significan que si tenemos las variables indicadas (que explican entre el 64% y 82% de casos según corresponda) siempre vamos a conseguir predecir estos fenómenos.

Así por ejemplo para un escolar con 15 años, con 24 puntos en la escala de autoestima y 5 puntos en el GHQ-12, el puntaje de discriminación será de 6,7; en el caso que fuera

mujer sería de 6,5 y en el supuesto que se trate de un varón tendría 7,5 puntos.

Para los problemas de salud mental, tenemos otro ejemplo de un escolar con 13 años de edad, con 30 puntos de autoestima y 4 puntos de discriminación. Entonces el puntaje de distrés emocional sería 5,6; mientras que si fuera mujer obtendría 3,6 y si fuera varón 3,3 puntos.

Finalmente, las variables aquí presentadas y las relaciones planteadas entre ellas deben estudiarse con mayor profundidad en estudios cuantitativos analíticos, estudios cualitativos y estudios de triangulación que combinen ambas metodologías.

CONCLUSIONES

1. Existe una alta prevalencia de problemas de salud mental en la población escolar de 4° y 5° grado de educación secundaria de menores de los colegios urbanos de Huaraz.
2. Las escolares tienen casi dos veces más riesgo de tener problemas de salud mental o autoestima baja que los escolares varones.
3. Los escolares con baja autoestima tiene casi cinco veces más riesgo de presentar problemas de salud mental que los escolares con autoestima alta.
4. Los escolares con mayor percepción de discriminación tienden a mayores problemas de salud mental

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Papalia D, Wendkos S. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 5° ed.; México: Mc Graw Hill; 1992.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: La Organización; 2001.

Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos.

Washington: OPS; 1997.

Pedersen D. Political violence ethnic conflict and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Soc Sci Med* 2002; 55(2): 174-190.

Organización Mundial de la Salud. Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Hoja Informativa N° 220. Ginebra: La Organización; 2001.

Weyerer S, Castell R, Biener A, Artner K, Dilling H. Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14 years old children: results of a representative field study in the small rural tow region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77:290-296.

Morita H, Suzuki M, Suzuki S, Kamoshita S. Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34(3):317-332.

Coleman J, Hendry L. Psicología de la adolescencia. 4° ed. Madrid: Ed. Morata; 2003.

U.S. Public Health Service 2000. Report of the Surgeon General's Conference on children's Mental Health: a national action agenda. Washington: Department of Health and Human Services; 2000.

Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano. *Anales de Salud Mental* 2002; 18(1, 2).

Perales A, Sogi C, Salas R. Salud mental en adolescentes del Distrito de Magdalena. Serie: Monografías de Investigación N° 4. INSM "HD-HN". Lima: DIMERSA; 1996.

Perales A, Sogi C, Morales R. Salud Mental en adolescentes de las Delicias Trujillo-Perú. *An Fac Med Lima* 2001; 62(4): 301-311.

- Toledo K, Amao B. Salud mental de escolares de 12 a 17 años, La Tinguiña, Ica-2001 (Tesis Especialización). Lima: UNMSM; 2002.
- Quispe L. Evaluación de la ansiedad y depresión y la influencia de la dinámica familiar en escolares de quinto año de secundaria de tres CEP 1994. (Tesis Bachiller); Arequipa: UNSA; 1995.
- Salazar G. Prevalencia de depresión mayor en escolares de 12 a 16 años de edad en tres colegios de la ciudad de Huancayo. Trabajo de Investigación. Lima: UPCH; 2004.
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la sierra peruana 2003. *Anales de Salud Mental* 2003; 19(1,2).
- Federación Mundial de la Salud Mental. Día Mundial de la Salud Mental (en línea) 2005 (fecha de acceso diciembre 2005). Disponible en: URL:<http://www.Wmhday.net>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la niñez en el Perú (En CD-ROM). Lima; 2004.
- Tirado A, Gallego M, Aviles B, Vela S. Malestar Psíquico y disfunción familiar en adolescentes. XXVIII Congreso Nacional SEMERGEN (en línea) 2006 (fecha de acceso diciembre 2006). URL disponible en: <http://www.semergen.es/semergen2/microsites/comunicaciones/corunia/com%20.pdf>
- Tait R, Davina J, French G, Hulse G. Validity and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents. *Aus N Z J Psychiatry* 2003; 37: 374-381.
- Ayala J, Jiménez P, Toscazo G. Prevalencia de malestar psíquico en alumnos de la ciudad de Quito (en línea) 2002 (fecha de acceso noviembre 2004). URL disponible en: http://www.tesisdigitales/Quito_Ec/2002/pdf
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la sierra peruana 2003. *Anales de Salud Mental* 2003; 19(1,2).
- Serfaty E, Andrade J, De Agula H, Masautis A, Foglia L. Estudio epidemiológico de depresión y factores de riesgo en varones de 18 años residentes en la ciudad de Buenos Aires. *Bol Acad Nac Med B.Aires* 1993; 71(2): 583-91.
- Aguilera-Guzmán R, Carreño M, Juárez F. Características Psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental* 2004;27(6):57-66.
- Aguilar G, De Eduardo H, Berganza C. Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. *Rev Latioam Psicol* 1996; 28(2):341-366.
- Rubin C, Rubinstein J, Stecheler G, Halton A, Housman D, Kasten L, et. al. Depressive affect in "normal" adolescents: relations to life, stress, family and friends. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62(3):430-441.
- Gaspar M, Barren P, Dadds M, Shortt A. Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese national health behavior in school-aged survey. *European Journal of Psychology of Education* 2003; 18(1);3-14.
- Sandí L, Díaz A. Síntomas de rebeldía, depresión y aislamiento asociados al consumo de drogas en adolescentes costarricenses (en línea) 2004 (fecha de acceso: 03-05-04). URL disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/artsintomas>
- Liu R. The Conditional Effects of Gender and Delinquency on the Relationship between Emotional Distress and Suicidal Ideation or Attempt Among Youth. *J Adolesc* 2004; 19(6): 698-715.

- Larraguibel M, Gonzalez P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71(3): 38-49.
- Pine D, Cohen P, Gurley D, Brook J, Yju M. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorder in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(1): 56-64.
- Canals J, Dómelech E, Fernández J, Martí C. Predictors of depression at eighteen: a 7-year follow-up-study in a Spanish no clinical population. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11: 226-233.
- Torres R, Fernández F, Maceira D. Self-esteem and value of health as correlates of adolescent health behavior. *Adolescence* 1995; 30 (118) 403-412.
- Garaigordobil M, Dura A, Ignacio J. Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de la Psicología Clínica y de la Salud* 2005; 1: 53-63.
- Domélech E, Font S, Lalueza J. Pubertad y Psicología. En: Perinal A, Corral A, Crespo I. *Los adolescentes en el Siglo XXI*. Barcelona: Ed. UOC; 2003; p. 107-111.
- Barrón R, Byrne D. *Psicología Social*. 8° ed. Madrid: Prentice Hall; 1998.
- WHO. Gender and mental health 2000 (en línea) 2002 (fecha de acceso febrero 2007). URL disponible en: http://www.who.int/gender/other_health/eb/genderMH.pdf.
- Horna P. La discriminación en el Perú desde las experiencias y percepciones de niños, niñas y adolescentes. Lima: Save the Children Suecia; 2002.
- Meyer I. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am J Public Health* 2003; 93: 262-265.
- Harrel J, Hall S, Taliaferro J. Physiological Responses to Racism and Discrimination: An Assessment of the Evidence. *Am J Public Health* 2003; 93 :243:248.
- Shrake E, Rhee S. Ethnic identity as a predictor of problem behaviors among Korean American adolescents. *Adolescence* 2004; 39(155):601-622.
- Smith B. Discriminación percibida y autoestima en jóvenes de grupos minoritarios y mayoritarios en Costa Rica. *R Interam Psicol* 2005; 39 (1): 93-106.
- Cassidy C, O Connor R, Howe C, Warden D. Perceived discrimination and psychological distress: the role of personal and ethnic self-esteem. *J Couns Psychol* 2004; 51(3): 329-332.

Correspondencia

Llormé Núñez Zarazú
 opebri@yahoo.com