



## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

### **Tema:**

“ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO  
EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE BACHILLERATO  
DE LA CIUDAD DE BAÑOS DE AGUA SANTA”

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicólogo  
Clínico**

### **Línea de Investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

### **Autor:**

JHONATAN SANTIAGO BARRENO UBILLUZ

### **Directora:**

PS. ADRIANA LORENA LEÓN TAMAYO, MG.

**Ambato – Ecuador  
Febrero 2018**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE  
AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

**“ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN  
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE BACHILLERATO DE LA  
CIUDAD DE BAÑOS DE AGUA SANTA”**

**Línea de Investigación:**

**Desarrollo Humano y Salud Mental**

**Autor:**

**JHONATAN SANTIAGO BARRENO UBILLUZ**



BIBLIOTECA

Adriana Lorena León Tamayo, Ps. Cl. Mg.  
CALIFICADORA

f.

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Ps. Cl. Mg.  
CALIFICADORA

f.

Norma Marlene Macías Herrera, Psi. Cl.  
CALIFICADORA

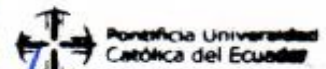
f.

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra.  
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f.

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.  
SECRETARIO GENERAL PUCESA

f.



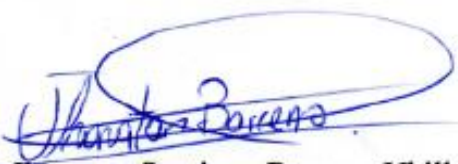
SECRETARÍA GENERAL  
PROCURADURÍA

**Ambato – Ecuador  
Febrero 2018**

## DECLARACIÓN DE LA AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Jhonatan Santiago Barreno Ubilluz portador de la cédula de ciudadanía 160064571-5 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva personalidad legal y académica.



Jhonatan Santiago Barreno Ubilluz

CI 160064571-5



## **AGRADECIMIENTO**

En 1 Tesalonicenses 5:18 dice: “Dad gracias en todo, porque esta es la voluntad de Dios para con vosotros en Cristo Jesús”. Con esto quiero dar gracias a Dios por rescatarme y orientarme en cada aspecto de mi vida y rodearme a diario con personas que me alentaron a seguir adelante en todas mis actividades.

Mis padres Gustavo y Bella, quienes fueron el pilar fundamental, por su confianza y apoyo incondicional en mis estudios y mostrarme que mediante el esfuerzo podemos llegar a donde nos propongamos, sin importar cuan cansado y largo sea ese camino. A mi hermano Christian quien siempre me alentó a ser mejor persona y a que no olvide que con esta profesión puedo ayudar a la comunidad.

## **DEDICATORIA**

Para mi profesor y sobretodo mi amigo Jorge Montero, por enseñarme que sin importar las circunstancias uno debe decidirse a ser feliz en su vida. Gracias por todo Jorge, mi familia y yo te extrañamos cada día.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es un análisis comparativo de los factores de riesgo en adolescentes escolarizados del bachillerato de la ciudad Baños de Agua Santa, provincia de Tungurahua, cuyo objetivo principal es analizar los factores de riesgo en la población antes mencionada. Por esta razón se realizó un estudio de tipo descriptivo comparativo de corte transversal en una población de 264 estudiantes, con una media de edad de 16,5 años en adolescentes varones y 16,2 años en adolescentes mujeres, de las unidades educativas Oscar Efrén Reyes, Tecnológico Baños, Doctor Misael Acosta Solís. Los participantes en la investigación fueron evaluadas por medio del Cuestionario de Conductas Desadaptativas y el Inventario Autodescriptivo del Adolescente, así también se aplicó una ficha sociodemográfica. Se encontró que los adolescentes varones perciben la existencia de factores y conductas de riesgo en la dimensión Familiar, Social y Escolar; mientras que las adolescentes mujeres sienten la existencia de riesgo en las dimensiones Personal y Salud.

**Palabras Claves:** Factores de riesgo, adolescentes, conductas desadaptativas, varones, mujeres.

## **ABSTRACT**

This research project is a comparative analysis of risk factors in high school teenagers from the city of Baños de Agua Santa in the province of Tungurahua. Its main aim is to analyze the risk factors in the aforementioned teens. Therefore, a cross-section comparative descriptive study was carried out with a sample of 264 students at an average age of 16.5 in male teens and 16.2 in female teens from the schools Oscar Efrén Reyes, Tecnológico Baños and Doctor Misael Acosta Solís. The participants in the study were evaluated using the Maladaptive Behavior Questionnaire and the Teen Self-Descriptive Inventory. A socio-demographical observation sheet was also applied. It was found that there are risk factors and behaviors in the areas of family, social and school in male teenagers while female teenagers feel the existence of risk in their personal life and health.

Key words: risk factors, teenagers, behaviors, male, female.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

### **Preliminares**

DECLARACIÓN DE LA AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
DEDICATORIA .....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO .....	3
1.1 Antecedentes investigativos de los factores de riesgo en adolescentes .....	3
1.2 El problema de investigación .....	5
1.2.1 Descripción del problema .....	5
1.2.2 Preguntas básicas .....	7
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos .....	9
1.4.2 Específicos .....	9
1.5 Pregunta de estudio, Meta y/o Hipótesis de trabajo.....	9
1.6 Variables .....	10
1.7 Delimitación Funcional.....	10
CAPITULO II .....	11
MARCO TEÓRICO.....	11

BASES TEÓRICAS DE LA ADOLESCENCIA .....	11
2.1 Adolescencia .....	11
2.1.1 Fases de la adolescencia.....	13
2.1.1.1 Adolescencia temprana .....	13
2.1.1.2 Adolescencia media .....	17
2.1.1.3 Adolescencia tardía .....	19
2.2 Fases psicosexuales según Sigmund Freud.....	20
2.3 Etapas psicosociales de la adolescencia según Erik Erikson .....	23
2.4 Factores de Riesgo en adolescentes .....	26
2.4.1 Definición de Riesgo.....	26
2.4.2 Factores de riesgo.....	27
2.5 Dimensiones de los factores de riesgo en la adolescencia .....	29
2.5.1 Factores de riesgo en la dimensión Familiar.....	29
2.5.2 Factores de riesgo en la dimensión social .....	32
2.5.3 Factores de riesgo en la dimensión escolar .....	35
2.5.4 Factores de riesgo en la dimensión personal.....	37
2.5.5 Factores de riesgo en la dimensión salud.....	41
CAPITULO III .....	45
MARCO METODOLÓGICO.....	45
3.1 Metodología de investigación .....	45
3.1.1 Método aplicado.....	46
3.1.2 Técnicas e instrumentos .....	47
3.1.3 Procedimiento metodológico .....	50
CAPÍTULO IV .....	52
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	52

4.1 Análisis sociodemográfico .....	52
4.1.1 Análisis de las variables individuales .....	53
4.1.2 Análisis de variables familiares .....	60
4.1.3 Análisis de las variables sociales .....	66
4.1.4 Análisis de las variables de salud y escolar .....	70
4.1.5 Análisis de las variables personales .....	77
4.2 Análisis comparativo de los factores de riesgo en adolescentes .....	85
4.2.1 Análisis comparativo de los datos obtenidos en el CCD .....	86
4.2.1.1 Análisis comparativo por género del CCD .....	86
4.2.1.2 Análisis comparativo por niveles académicos .....	91
4.2.1.3 Análisis comparativo por Unidades Educativas.....	96
4.2.2 Análisis comparativo de los datos obtenidos en el IADA .....	99
4.2.2.1 Análisis comparativo por género del IADA.....	101
4.2.2.2 Análisis comparativo por niveles académicos .....	105
4.2.2.3 Análisis comparativo por unidades educativas .....	112
4.3 Análisis de la consistencia interna de los instrumentos .....	118
4.3.1 Análisis de consistencia interna del CCD y IADA .....	118
3.4 Comprobación de hipótesis .....	120
CAPÍTULO V .....	122
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	122
5.1 Conclusiones .....	122
5.2 Recomendaciones.....	127
BIBLIOGRAFÍA .....	129
ANEXOS .....	137
Anexo 1: Carta de consentimiento informado .....	137

Anexo 2: Ficha sociodemográfica.....	138
Anexo 3: Cuestionario de conductas desadaptativas (CCD).....	139
Anexo 4: Inventario Autodescriptivo del Adolescente .....	141

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### GRÁFICOS

Gráfico 4.1: Representación gráfica del nivel económico de los participantes. ....	56
Gráfico 4.2: Distribución de la población según el miembro de la familia del cual proviene ingresos .....	57
Gráfico 4.3: Distribución por sexos de la variable servicios con lo que cuenta su vivienda.....	59
Gráfico 4.4: Distribución por sexos de la variable con quien vive el adolescente.....	61
Gráfico 4.5: Distribución de la variable relaciones afectiva por género.....	63
Gráfico 4.6: Distribución de la variable relación afectiva con hermanos por género .....	64
Gráfico 4.7: Distribución por sexos de la variable relación afectivas con pares .....	68
Gráfico 4.8: Distribución por sexos la variable enfermedad física actual .....	72
Gráfico 4.9: Distribución por sexos de la variable tratamiento psicológico .....	73
Gráfico 4.10: Distribución por sexos de la variable perdida de año .....	75
Gráfico 4.11: Distribución por género de relaciones afectivas con maestros. ....	76
Gráfico 4.12: Distribución de la variable religión por género .....	79
Gráfico 4.13: Distribución de la variable relación afectiva de los adolescentes por género.....	81
Gráfico 4.14: Distribución de la variable trabajo por género.....	82
Gráfico 4.15: Distribución de variable de consumo de sustancias por género. ....	83
Gráfico 4.16: Distribución de la variable de actividades de tiempo libre por género.....	84
Gráfico 4.17: Puntuaciones en conductas delictivas por género.....	90
Gráfico 4.18: Puntuaciones en factor agresividad y conductas delictivas por niveles.....	92

Gráfico 4.19: Puntuaciones en factor consumo de drogas por niveles. ....	93
Gráfico 4.20: Puntuaciones en factor Victimización por niveles.....	95
Gráfico 4.21: Puntuaciones en factor agresividad y conductas delictivas por Unidades Educativas .....	97
Gráfico 4.22: Puntuaciones en factor consumo de drogas por unidades educativas.....	98
Gráfico 4.23: Puntuaciones en factor victimización por unidades educativas.....	99
Gráfico 4.24: Puntuaciones por dimensiones IADA por género.....	104
Gráfico 4.25: Puntuación de la dimensión familiar por niveles.....	107
Gráfico 4.26: Puntuación de la dimensión social por niveles .....	108
Gráfico 4.27: Puntuación de la dimensión escolar por niveles .....	109
Gráfico 4.28: Puntuación de la dimensión salud por niveles .....	110
Gráfico 4.29: Puntuación de la dimensión personal por niveles.....	111
Gráfico 4.30: Puntuaciones de la dimensión familia por unidades educativas .....	113
Gráfico 4.31: Puntuaciones de la dimensión social por unidades educativas .....	114
Gráfico 4.32: Puntuaciones de la dimensión escolar por unidades educativas .....	115
Gráfico 4.33: Puntuaciones de la dimensión salud por unidades educativas .....	116
Gráfico 4.34: Puntuaciones de la dimensión personal por unidades educativas.....	117
Gráfico 4.35: Modelo explicativo de los Factores de Riesgo en los y las adolescentes	120

## TABLAS

Tabla 2.1 Características en adolescentes .....	12
Tabla 2.2: Estados de identidad .....	25
Tabla 2.3: Estilos de Crianza .....	32
Tabla 2.4: Tipo de violencia .....	36
Tabla 2.5: Características de la imagen corporal. ....	38
Tabla 2.6: Duelos Fundamentales .....	40
Tabla 2.7: Duelos en la adolescencia .....	41
Tabla 4.1: Distribución de los grupos en función de las variables individuales y económicas .....	54
Tabla 4.2: Distribución de las variables familiares .....	60
Tabla 4.3: Distribución de las variables sociales .....	66
Tabla 4.4: Distribución de las variables de salud y escolar .....	71
Tabla 4.5: Distribución de variables personales .....	78
Tabla 4.6: Análisis comparativo entre adolescentes varones y adolescentes mujeres .....	86
Tabla 4.7: Análisis comparativo entre niveles de los y las adolescentes participantes.....	91
Tabla 4.8: Análisis comparativo entre Unidades Educativas participantes .....	96
Tabla 4.9: Análisis comparativo del IADA entre adolescentes varones y adolescentes mujeres .....	101
Tabla 4.10: Análisis comparativo del IADA entre niveles de los y las adolescentes participantes .....	106
Tabla 4.11: Análisis comparativo del IADA entre Unidades Educativas participantes	112
Tabla 4.12: Análisis de la consistencia interna CCD .....	118
Tabla 4.13: Análisis de la consistencia interna IADA .....	119

## INTRODUCCIÓN

Los factores de riesgo son considerados como aquellas conductas o características variables en el individuo, que en caso de estar presentes en una persona en particular hacen más propenso que el resto de la población para desarrollar un padecimiento en su salud física o psicología. Considerando lo anterior los factores de riesgo pueden provenir a nivel personal, familiar, social, educativo e incluso existen factores de riesgo a nivel de salud. Por esa razón esta investigación busca comparar los factores de riesgo entre adolescentes varones y mujeres escolarizados del bachillerato de la ciudad de Baños de Agua Santa.

El contenido de esta investigación comienza a desarrollarse en el primer capítulo, el que contiene la información básica para poder iniciar la investigación y cuyos subtemas son: antecedentes, la descripción del problema, la justificación y los objetivos. En el segundo capítulo se presenta las bases teóricas del trabajo en el cual se encuentra definida la variable de trabajo que es los factores de riesgo en la adolescencia con sus componentes y dimensiones, la información recabada para este segundo capítulo tiene origen en fuentes técnicas y avaladas.

En el tercer capítulo consta la metodología utilizada en el trabajo, en esta sección se especifica el tipo, método y el diseño de la investigación, así también se explica la población, las técnicas e instrumentos empleados en la misma.

Dentro del cuarto capítulo se explica los resultados obtenidos en la investigación, para lo cual se emplearon tablas y gráficos con sus respectivos análisis e interpretaciones. Como último capítulo, el quinto se expone las conclusiones y recomendaciones obtenidas a lo largo de toda la investigación.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO**

### **1.1 Antecedentes investigativos de los factores de riesgo en adolescentes**

En la actualidad existen trabajos enfocados en los Factores de Riesgo en adolescentes que muestran que el presente proyecto de titulación es un tema relevante, factible y de interés. Las investigaciones que se describen a continuación están desarrolladas en el plano internacional precisamente en los continentes americano y europeo y considerando con relevancia a las poblaciones latinoamericanas que van desde adolescentes escolarizados a adolescentes que no se encuentren vinculados a ningún tipo de unidad educativa.

El estudio realizado por Cano y otros (2012), en 2.289 adolescentes catalanes entre 15 y 18 años, cuyo objetivo general es profundizar en el conocimiento sobre la relación entre el consumo de tabaco en la adolescencia y variables socio-demográficas y socio-emocionales; mostró que el comportamiento adictivo tiene más probabilidad cuando los adolescentes presentan estados de ánimo negativos como tristeza, nerviosismo y soledad; controlando variables socio-demográficas y otros factores de riesgo

A nivel del continente americano se encuentra el estudio realizado por Marimón y otros (2011), en 30 estudiantes pertenecientes a la Escuela Secundaria Básica Urbana “Combate de Bacunagua”, Cuba, con el objetivo de determinar los factores de riesgo psicosociales que inciden en el cumplimiento de los deberes escolares en los adolescentes del municipio de Pinar de Río. Esta investigación dio como resultado la posible asociación causal entre adolescentes que incumplen los deberes y presentan una familia con necesidades básicas insatisfechas, socialmente complejas, cuyos padres presentan actitudes inadecuadas y relaciones afectivas inadecuadas dentro del hogar.

Otro estudio realizado en el continente de Centro América por Xancal y otros (2016), en 300 adolescentes de secundaria del estado de Tlaxcala, con el objetivo de determinar la relación de Factores de Riesgo Psicosocial y el Involucramiento en el Consumo de Alcohol, cuyos resultados fueron que a mayor influencia de los factores de riesgo en los adolescentes y mayores problemas en su vida cotidiana, mayor será el involucramiento en el consumo de esta sustancia. En otras palabras Los factores de riesgo psicosocial y el involucramiento en el consumo de alcohol muestran correlación significativa baja.

Por otra parte en la investigación realizada por Hoyos y otros (2012) con una población de 3690 adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín, Colombia entre los 9 y 19 años, tuvo como objetivo el evaluar la asociación de los factores de riesgo como núcleos familiares inadecuados, pobreza extrema entre otros y de protección de la depresión. Los resultados de esta investigación fueron que los factores ambientales como eventos vitales estresantes, problemas en la relación con los padres, la espiritualidad, afiliaciones

con pares con comportamientos pro-sociales y antisociales, logros y compromiso académico tienen una asociación frente a los trastornos internalizantes, el cual se encuentra la depresión.

La investigación realizada por León y otros (2016), con una población de 302 adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 18 años de cuatro diferentes instituciones educativas cuyo objetivo general era determinar los niveles de riesgo psicosocial en adolescentes escolarizados de la ciudad de Ambato, Ecuador. Se utilizó el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA), cuyos resultados fueron que: Los hombres presentan mayores diferencias que las mujeres en la dimensión de riesgos a la salud, por lo cual llegaron a la conclusión de la existencia de antecedentes psicológicos familiares e individuales constituyen factores de riesgo que están presentes en más comportamientos y situaciones de riesgo.

## **1.2 El problema de investigación**

### **1.2.1 Descripción del problema**

Se observó que los y las adolescentes escolarizados de la ciudad de Baños de Agua Santa de la provincia de Tungurahua, se ven en constante influencia de diferentes conductas de riesgo como son: el uso y abuso de tabaco, alcohol y otras sustancias de abuso así como el acceso a dichas sustancias; problemas en la interacción social y familiar, problemas de conducta y deserción escolar entre otras. Estas conductas al

parecer se relacionan con lo denominado como Factores de Riesgo. Se puede definir como: “Cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica, social, medioambiental, cuya presencia o ausencia influye en la posibilidad de que se presente un problema en el desarrollo de un individuo” (Gómez-Maqueo, Barcelata Eguiarte , & Duran Patiño, 2010, p. 10). Es decir, son todas aquellas conductas que se dan por el medio familiar, social y académico, que pueden llevar al adolescente a generar un trastorno, una enfermedad o incluso perder la vida.

Los factores de Riesgo aparentemente se ven fortalecidos por el ritmo de vida y de la cultura en que se desenvuelve el adolescente, Myers (1991), afirma que “Los seres humanos somos criaturas sociales. Nacemos y nos desarrollamos en un contexto en el que adquirimos hábitos, valores y pautas de conducta a través de la interacción social. Este hecho tiene una especial trascendencia para nuestra conducta” (p. 25). Esto quiere decir, que el estilo de vida que resulta muchas veces furtivo, acelerado y hedónico genere que él y la adolescente esté en contacto directo con diferentes factores de riesgo.

Entre los adolescentes, al parecer los varones se ven mucho más influenciados por los factores de riesgo que las mujeres. Por lo tanto será sustancial y relevante, realizar una investigación descriptiva, comparativa en la población de referencia, para lograr la confirmación de la hipótesis propuesta. De esta manera esta investigación permitiría explicar a partir de la teoría los factores de riesgo y qué grupo se ve más afectado por los mismos. De esta forma los datos reales de la población servirán para que se puedan

generar herramientas y mecanismos de prevención de factores de riesgo para los y las adolescentes de la ciudad de Baños de Agua Santa.

### **1.2.2 Preguntas básicas**

#### **¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?**

Aparece cuando los y las adolescentes escolarizados se encuentran constantemente influenciados a diferentes conductas de riesgo como: consumo de sustancias y el fácil acceso a las mismas, así también problemas en la interacción social y familiar, de la misma forma existe deserción escolar.

#### **¿Por qué se origina?**

Se presume que se origina por el medio ambiente en donde se desenvuelve el adolescente escolarizado de la ciudad de Baños de Agua Santa.

#### **¿Qué lo origina?**

No aplica

#### **¿Cuándo se origina?**

No aplica

#### **¿Dónde se origina?**

No aplica

#### **¿Dónde se detecta?**

Se detecta en los estudiantes escolarizados del bachillerato de la ciudad de Baños de Agua Santa de la provincia de Tungurahua.

### **1.3 Justificación**

Los factores de riesgo afectan directamente a la adolescencia en la actualidad, estos se ven determinados por múltiples dimensiones o factores las cuales son: Familiar, social, escolar, personal, salud, agresividad, conductas delictivas, consumo de drogas. Por esta razón es necesario como pertinente diagnosticar y averiguar cómo los y las adolescentes perciben la existencia o no riesgo en sus vidas y comprobar la hipótesis previamente establecida para esta investigación. En los y las adolescentes de la ciudad de Baños de Agua Santa, provincia de Tungurahua no se han realizado investigaciones sobre Factores de Riesgo, por esta razón este estudio puede servir como el inicio de una investigación mucho más profunda en la que se busque mejorar el estudio y el bienestar físico y psicológico de los y las adolescentes de esta ciudad.

La evaluación de los factores de riesgo en los y las adolescentes permitirá identificar las circunstancias familiares, sociales, escolares, personales y de salud en que se desenvuelvan de la misma manera se identificara conductas desadaptativas. Esta modalidad que se utilizó en la investigación permitió establecer una forma de evaluación permanente a los y las adolescentes, tomando en cuenta diversas dimensiones y factores previamente mencionados.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 General**

Analizar los Factores de Riesgo en los adolescentes escolarizados de bachillerato de la ciudad de Baños de Agua Santa de la provincia de Tungurahua

### **1.4.2 Específicos**

1. Fundamentar bibliográficamente los factores de riesgo psicológicos en adolescentes escolarizados.
2. Diagnosticar la práctica de los factores de riesgo de los adolescentes escolarizados de la ciudad de Baños de Agua Santa de la Provincia de Tungurahua.
3. Desarrollar un análisis comparativo de los datos obtenidos de Factores de Riesgo en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Baños de Agua Santa de la Provincia de Tungurahua.

## **1.5 Pregunta de estudio, Meta y/o Hipótesis de trabajo**

**Meta:** No aplica

**Hipótesis de trabajo:** Los adolescentes escolarizados varones presentan mayor nivel de riesgo que las adolescentes escolarizadas mujeres de la ciudad de Baños de Agua Santa.

**Pregunta de estudio:** No aplica

## **1.6 Variables**

**Variable 1:** Factores de Riesgo

## **1.7 Delimitación Funcional**

**Pregunta 1: ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?**

Como resultado final la investigación aportará con un modelo empírico comparativo con el cual se logren diferenciar los factores de riesgo en los adolescentes escolarizados del bachillerato en la ciudad de Baños de Agua Santa.

**Pregunta 2: ¿Qué no será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?**

No Aplica

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **BASES TEÓRICAS DE LA ADOLESCENCIA**

##### **2.1 Adolescencia**

El término adolescencia desde un origen etimológico proviene del latín *ad* que tiene como significado hacia adelante y *olescere* que quiere decir crecer. Algunos autores la definen como una etapa en la cual culmina la niñez y la puerta para la edad adulta, allí se producen cambios a nivel físico, psicológico y social (Papalia, Olds, & Feldman, 2010). Esta etapa que todo sujeto debe transcurrir, es un proceso normal compuesto por una serie de características, cambios físicos y psicológicos. Así, Velasco (2004), define a la adolescencia de la siguiente manera:

Etapa del desarrollo humano que tiene un comienzo y una duración variables, la cual marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. Está marcada por cambios independientes en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del ser humano (Velasco, 2004, p. 11).

En definitiva, la adolescencia es el preámbulo de la edad adulta por lo que el sujeto experimenta alteraciones físicas y psicológicas. Esta etapa posee características notorias e indispensables, Horrocks (1986), agrupa en seis categorías (Ver tabla 2.1).

**Tabla 2.1 Características en adolescentes**

1	Existe más consciencia de sí mismo e intenta poner a prueba diversos conceptos del yo. Aprenden el papel personal y social para ajustarse al concepto de sí mismo y al de los demás.
2	Búsqueda de estatus, en la que se desarrolla el interés vocacional y la lucha por la independencia económica.
3	Se producen las relaciones de grupo, el interés heterosexual, homosexual y bisexual.
4	Desarrollo físico y fisiológico, se produce una nueva imagen corporal.
5	Desarrollo intelectual y cognoscitivo, interpretación del ambiente en que se desenvuelve mediante la experiencia.
6	Desarrollo y evolución de valores e ideales propios que genera conflicto entre el idealismo y la realidad.

**Fuente:** Horrocks (1986)

Estas características anteriormente descritas, demuestran que el sujeto al transcurrir por la adolescencia genera nuevas conceptualización de sí mismo y así también se forma un nuevo enfoque sobre el mundo como consecuencia del desarrollo natural el cual experimenta a lo largo de esta etapa, se busca la exploración de nuevas experiencias las cuales desemboca en la instauración de nuevos valores e ideales. Al ver descrito el concepto y las características de la adolescencia, a continuación se detallan las etapas de la misma.

Al transcurrir la adolescencia, los sujetos atraviesan por diferentes etapas, las mismas tienen su base en características etarias y de escolarización. Algunos autores las clasifican en tres etapas bien diferenciadas, las cuales son: la adolescencia temprana que consta desde los 10 a los 13 años; la adolescencia media que va desde los 14 a 16 años;

la tardía que va desde los 17 a 20 años (Redondo, Galdó, & García, 2008). A continuación, se define con detalle cada una de las etapas anteriormente mencionadas.

### **2.1.1 Fases de la adolescencia**

#### **2.1.1.1 Adolescencia temprana**

También puede ser llamada adolescencia precoz o primera adolescencia, esta etapa comprende desde los 10 a los 13 años en mujeres y en varones de los 10 a 14 años, dicha etapa está caracterizada por cambios en la esfera biológico, psicológico y sexual.

En el desarrollo biológico, existe una inhibición hipotalámica que se encontraba aquietada por los niveles de esteroides sexuales, con este proceso da inicio la pubertad. El hipotálamo estimula la hipófisis que libera gonadotrofinas y hormonas de crecimiento durante el ciclo del sueño, el cambio hormonal genera una permutación somática y fisiológica en esta etapa (García & González, 2000). Una característica que marca la adolescencia temprana es el crecimiento acelerado, como es comprobado por los diferentes estudios el cambio biológico se produce de manera más temprana en las mujeres que en comparación con los varones.

Existe un desarrollo biológico propio de las niñas, García y González (2000), afirman que: “Los botones mamarios es el primer signo que puede evidenciarse desde los 8 años.

Los estrógenos y la hormona estimulante de los folículos actúan sobre los ovarios, útero, clítoris y los labios mayores, produciendo un aumento de tamaño” (p. 258). Esto muestra que la mujer desde temprana edad ingresa a la pre adolescencia. Por otro lado, los cambios biológicos en varones, se da un aumento del tamaño en los testículos mediando los 9 años. La segregación de la hormona testosterona y luteinizante son las encargadas del acrecentamiento de los tubos seminíferos, el epidídimo, las vesículas seminales y próstata (García & González, 2000). Mediante el crecimiento de la laringe y el tórax, la totalidad de la voz va sufriendo engrosamientos, esta es una característica esencial para el sexo masculino.

El aspecto físico, el adolescente percibe y se exhibe desproporcionado, esto se debe al crecimiento de las partes distales de las extremidades comenzando con las manos y pies, de la misma manera sucede con brazos y piernas, para culminar con el crecimiento del tronco. Aparece el acné como consecuencia del estímulo de las glándulas sebáceas por los andrógenos suprarrenales, el tamaño de la mandíbula aumenta, esto resulta en alteraciones en la estética dentaria y se produce la elongación del globo ocular lo que tiene como consecuencia la miopía tan común en la adolescencia (García & González, 2000).

Al comprender lo relacionado con los cambios producidos en la esfera biológica, es propicio detallar los cambios sexuales que atraviesan los adolescentes en esta etapa.

En la esfera sexual, el adolescente siente atracción por el sexo opuesto, para García y González (2000), afirman que en los adolescentes varones “comienzan las fantasías sexuales, la curiosidad, emociones, etc. Se produce la primera eyaculación, comienza la masturbación masculina, a veces incluso con un carácter social” (p. 259). Con lo anteriormente citado, los varones muestran socialmente una sexualidad más desinhibida, en comparación al sexo opuesto. El estado de excitación en todo el sistema nervioso es provocado por las hormonas androgénicas en varones y ováricas en la mujer, así también pueden ser provocadas por factores psicológicos y socioculturales. Para Sales (2001), afirma que: “parte de sus problemas del desarrollo tiene que ver con la aceptación de su cuerpo y con la creciente habilidad de este para tener excitación sexual y orgasmos” (p. 101). Se entiende entonces, la excitación tiene directa relación con procesos psicológicos propios de la etapa que se transcurre y que busca saciar su placer sexual, así también las excitaciones de los órganos reproductores tienden a ser más sensibles en esta parte de la vida del sujeto. Una vez puntualizado el desarrollo en la esfera sexual del adolescente, a continuación, se procede a postular las alteraciones causadas en la esfera psicológica.

En la esfera psicológica en la etapa temprana de la adolescencia, se producen cambios en el pensamiento filosófico, se generan nuevas capacidades para matemáticas y otras áreas cognoscitivas, el pensamiento moral influye en la toma de decisiones en relación a su comportamiento, vestimenta, grupo de pares. García y González (2000), afirman: “El pensamiento moral sufre también una evolución diferenciando netamente lo bueno y lo malo, aunque con frecuencia trasladan ciertos sentimientos de culpa a las actuaciones en grupo o pandillas, exculpándose así su propia consciencia” (p. 259). Es decir, gracias al

pensamiento moral los sujetos buscan cualquier forma la aceptación social sabiendo que puede generar consecuencias positivas o negativas para su vida.

A nivel cognitivo el adolescente se encuentra según el postulado de Piaget en la etapa de las operaciones concretas que inicia aproximadamente a los 6 o 7 años y culmina a los 11 años en la adolescencia temprana. Esta etapa de operaciones concretas es definida por Myers (2005), como: “El periodo del desarrollo cognitivo durante el cual los niños realizan operaciones mentales que se les permite razonar en forma lógica acerca de acontecimientos cercanos” (p. 149). Es decir, el niño ya posee la capacidad para la resolución de problemas y conocer el alcance de las consecuencias de sus actos.

A nivel emocional aparece la inseguridad y timidez por la nueva imagen corporal que es percibida distorsionada por la mayoría de los sujetos, esto como consecuencia del predominio de los criterios sociales de sus pares llegando a condicionar la forma de vestir que rompen la tradicionalidad de su familia. Se considera normal la desadaptación escolar y el distanciamiento familiar como consecuencia del deseo de independizar (García & González, 2000). Es evidente, la etapa temprana de la adolescencia los cambios que atraviesa el sujeto son furtivos e inesperados, esta fase es el pilar fundamental para un correcto desarrollo en el resto de la adolescencia. A continuación, se procede a detallar la etapa media de la adolescencia.

### **2.1.1.2 Adolescencia media**

Etapa desde los 13 años hasta los 17 años, el adolescente sufre cambios biológicos y sexuales. Se desarrolla lo cognitiva y moral, se instaura el concepto del sí mismo. A continuación, se detalla de manera individual cada uno de los cambios mencionados. El sujeto experimenta un crecimiento corporal acelerado. Para Behrman Kliegman y Jenson (2000), afirman que: “El aumento del peso puberal representa alrededor del 40% del peso adulto. También se incrementa la masa muscular, seguida varios meses más tarde por un aumento de la fuerza; los varones muestran mayores aumentos de ambos parámetros” (p. 57). Es decir, el crecimiento del varón y la adquisición de fuerza, aunque es tardío en relación con la mujer, se dan en mayor medida. En lo relacionado a la estatura las mujeres incrementan aproximadamente 8,3 cm anuales desde los once años y seis meses hasta los 16 años. En cambio, los varones el crecimiento comienza a los 13 años y 6 meses con una media es de 9.5 cm anuales y culmina a los 18 años de edad. También, existen cambios fisiológicos que incluyen el aumento del tamaño del corazón y de la capacidad vital pulmonar, el aumento en la presión arterial, el volumen de la sangre y el hematócrito.

El desarrollo biológico de los adolescentes es determinado en gran manera por el estilo de vida y hábitos que los adolescentes poseen, ya que si no existe una alimentación adecuada o ejercicio se producirán afecciones médicas perjudiciales para la salud, éstas se producirán en la adolescencia o en la edad adulta. A continuación, se enuncia el desarrollo sexual que se produce en esta etapa.

La sexualidad suele variar en gran medida, para Behrman y Otros (2000), afirman que: “Alrededor del 30% de las niñas y el 45% de los niños afirman haber practicado el coito, mientras el 17% comunica caricias y alrededor del 22% besos, como únicas actividades sexuales” (p. 57). Esto significa que, la sexualidad es un aspecto sumamente importante para los adolescentes y buscan tener una vida sexual activa, que marca muchas veces la relación con los pares. La maduración biológica sumada con la presión de los pares determina la vida sexual del sujeto. Esto puede verse aumentado por estilos de crianza en donde exista permisividad y una educación sexual desinhibida que no suben orientar correctamente al adolescente.

La interrelación sexual por géneros es diferente, autores como Soutullo y Mardomingo (2010), afirman que: “para los chicos tiene a menudo una naturaleza exploratoria y con menos interés relacional, para las chicas tiene mayor importancia el aspecto relacional” (p. 50). Se entiende que, las metas relacionadas con la sexualidad son de perspectivas diferentes entre varones y mujeres, entonces los adolescentes varones buscan expandir sus curiosidades sexuales; mientras que las adolescentes mujeres buscar generar vínculos afectivos.

En relación con las creencias del amor y sentimientos relacionados, para Behrman y Otros (2000), afirman que: “Las creencias sobre el amor, la honestidad y el decoro. A esta edad las relaciones de cortejo suelen ser superficiales y destacan la atracción y la experiencia sexual, en vez de la intimidad” (p. 57). Esto muestra que se busca un contacto físico con el sexo opuesto antes de crear lazos de afectividad íntimos y así

también, existe un alto nivel de presión de pares en las cuales se suele comenzar la sexualidad prematuramente. El desarrollo sexual influye en la instauración del sí mismo, por eso es imperativo que a continuación, se desarrolle conceptualmente la formación del sí mismo en la adolescencia.

El grupo de pares ejerce una influencia menor en la conducta, realización de actividades y vestimenta en comparación con la etapa anterior. En esta fase se busca frecuentar experiencias con personas diferentes y por lo regular cambian sus intereses, conductas, formas de vestir y grupos de amigos de manera constante. De igual manera aparece el pensamiento reflexivo, ya que la vida del adolescente no se relaciona con la realidad exterior, sino que su pensamiento se vuelve a sí mismo generando el nacimiento de la intimidad. Para Castillo (2012), afirma que: “La intimidad que surge en la adolescencia es ver dentro de sí mismo y reconocer lo que allí se ve como algo propio. La introversión típica del adolescente responde a esta nueva necesidad de vivir dentro de sí mismo” (p. 88). Entonces, los adolescentes buscan el objetivo de su existencia y en la mayoría de los sujetos inicia su camino a la autorrealización en esta etapa, ya que se instaura el pensamiento reflexivo y filosófico, el cual genera graves conflictos emocionales y conductuales en busca de respuestas por su existencia y la instauración de su sí mismo.

### **2.1.1.3 Adolescencia tardía**

Esta etapa va desde los 18 a los 20 o 21 años de edad, a nivel somático se producen pocos cambios acompañados de una estabilidad sexual, se instaura sentimientos

idealistas tales como el interés por la justicia, la política, los nacionalismos y patriotismo. Para García y Gonzáles (2000), en relación a la madures social y física afirman que: “La independencia de la familia normal y necesaria en esta edad, debe ser progresiva hasta terminar con el abandono del hogar al llegar a la emancipación total, por otra familia con autoeficacia económica y social” (p. 261). Es decir que, el sujeto al culminar con esta etapa ya debe haber generado un proyecto de vida, acompañado de actitudes, aptitudes que permitan afrontar las responsabilidades de la edad adulta.

Esta es la etapa de transición para la edad adulta, en donde se busca auto superación personal y culminar metas propuestas en las etapas anteriores. De igual forma, se busca establecer un legado, comenzar a formar una familia con independencia y autonomía tanto a nivel emocional como personal.

Una vez explicadas las tres diferentes etapas, es pertinente describir otras conceptualizaciones realizadas por Sigmund Freud y Erik Erikson sobre la adolescencia. Por esa razón a continuación se procede describir lo postulado por estos autores.

## **2.2 Fases psicosexuales según Sigmund Freud**

Desde la corriente psicoanalítica, existe una serie de etapas que atraviesa el sujeto desde su nacimiento, con el objetivo de desarrollar su personalidad. Estas etapas los especialistas las denominan Etapas Psicosexuales, las cuales son: Etapa oral que va desde los 0 a 18 meses aproximadamente; Etapa anal que inicia al final de la etapa oral y

culmina a los 3 años; Etapa fálica dura aproximadamente 3 años; Etapa de latencia consta desde los 7 años hasta el inicio de la pubertad y; Etapa genital se prolonga desde la pubertad y no tiene edad para culminar. Las mismas son determinadas por cambios que el sujeto experimenta en la libido. La libido para Freud es definida como: “Una fuerza de cantidad variable mediante la cual pueden medirse los procesos y transformaciones que tiene lugar en las esferas de excitación sexual” (Citado en Zepeda Herrera, 2003, p. 273). En otras palabras, la libido es más que el impulso sexual que las personas poseen, el cual es distinguido de diferente intensidad en cada individuo. Para el mismo Freud se podría convertir en el motor que puede impulsar un cambio en el desarrollo de los sujetos. La fase que es pertinente detallar es la genital.

La etapa genital comienza en los 11 años y no tiene edad específica para culminar. El sujeto dirige y canaliza su libido nuevamente a los órganos genitales, pero esta vez ya con una nueva perspectiva. El diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996), dice que la fase genital es:

Fase del desarrollo psicosexual caracterizada por la organización de las pulsiones parciales bajo la primacía de las zonas genitales; comporta dos tiempos, separados por el período de latencia: la fase fálica u organización genital infantil y la organización genital propiamente dicha, que se instaura en la pubertad. (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 154).

Es decir, la fase genital da inicio a la pubertad y existe una organización más definida de la sexualidad del sujeto, por eso los deseos sexuales son percibidos con intensidad en relación a otras etapas y por esta razón no pueden ser reprimidos y se manifiestan con

facilidad. Así también, para la mejor comprensión de esta etapa, es oportuno complementarlo con otros estudios.

Para García-Piña (2005), la fase genital se define como: “Serie de cambios físicos y psicológicos, continúa la lucha por la autonomía e identificación con el grupo de compañeros. Durante esta fase se alcanza la capacidad de reproducción; sin embargo, la madurez emocional y física no logran su totalidad” (p. 50). Es decir que, el sujeto busca ya establecer su independencia en relación con sus padres, pero no existe la suficiente experiencia y es una etapa de vulnerabilidad. Para Freud la tarea que el sujeto debe realizar es liberarse de los padres. La búsqueda de ambos sexos en realidad se da por independencia y esto trae serios y dolorosos problemas emocionales.

En la organización genital puberal, las pulsiones parciales se unifican y se jerarquizan de forma definitiva. De la misma manera, comienza la maduración de la sexualidad, el sujeto busca la estimulación de sus genitales, con el objetivo de satisfacer sus deseos sexuales con una persona del sexo opuesto.

Entendiendo la fase genital, es conveniente describir el estudio realizado por Erik Erikson sobre las etapas psicosociales de la adolescencia y complementarlas con lo postulado por Marcia sobre la identidad del sujeto adolescente.

### **2.3 Etapas psicosociales de la adolescencia según Erik Erikson**

La búsqueda de identidad es importante para la formación del sujeto a su vida adulta. La identidad para Erikson es definida como una “concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que las personas establecen un compromiso sólido” (Citado en Papalia, Olds, & Feldman, 2010, p. 390). Es decir, la identidad se va a ver fundamentada por el proyecto de vida que el sujeto se proponga cumplir. La mayoría de los adolescentes se esfuerzan para darle un sentido a su yo, esto fue llamado por Erikson (1950), como una especie de malestar madurativo. Esta búsqueda forma parte de un proceso vital considerado saludable, con cimientos basados en logros obtenidos en anteriores etapas. Así también, sirve como base para enfrentar la vida adulta, la etapa psicosocial que es conveniente describir es la identidad vs confusión de la identidad.

Para Erikson la obligación del sujeto es confrontar esta etapa, lo que conllevará una crisis en el mismo, cuando está es superada se convierte en adulto único con un sentido del yo coherente y desempeña un rol con valor en la sociedad. La identidad se construye a la medida que los jóvenes van resolviendo tres grandes problemas, los cuales son: la elección de la profesión; la adopción de valores con los cuales vivir; y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria (Papalia, Olds, & Feldman, 2010).

Para Erikson (1982), al superar la crisis se “desarrollan la virtud de la fidelidad, es decir, lealtad, fe un sentido de pertenencia a un ser querido o a los amigos o compañeros. La

fidelidad también puede ser una identificación con un conjunto de valores, una ideología, una religión” (Citado en Papalia, Olds, & Feldman, 2010, p. 515). De lo anterior se entiende que, los adolescentes llegan a convertirse en personas confiables, con principios formados para bien y sobretodo una identidad estable y sólida. De la misma manera, existe peligro en esta etapa, cuando no existe claridad en el rol a desempeñar, la mala resolución de la crisis de identidad demora la obtención de la psicología adulta, cabe recalcar que existe un cierto grado de confusión de la identidad en el sujeto por la inestabilidad y el caos que se suelen percibir.

En relación al desarrollo de la identidad en los adolescentes varones, Erikson dice que el hombre llegará a la verdadera intimidad, siempre y cuando adquiera una identidad estable. En el caso de las adolescentes mujeres llegan a definir su identidad por medio de contraer matrimonio o llegan a ser madres, en otras palabras este autor afirma que la identificación de las mujeres se da por medio de la intimidad y no antes (Papalia, Olds, & Feldman, 2010).

Al comprender lo que Erikson postula, es necesario complementar esta etapa con lo postulado por Marcia. A continuación, se procederá a definir los cuatro estados de identidad.

Marcia (1980), en sus investigaciones basadas en los aportes de Erikson, postula 4 estados de la identidad, los cuales definió como: “Estados de desarrollo del yo que dependen de la presencia o ausencia de crisis y compromiso” (Citado en Papalia, Olds,

& Feldman, 2010, p. 516). Es decir, que estos estados van a aparecer en los adolescentes que tengan compromisos establecidos e importantes por cumplir. Estos estados de identificación son: logro de identidad; la exclusión; la moratoria; y difusión de identidad. A continuación, se procederá a enunciar los estudios de Marcia sobre los estados de la identidad (ver tabla 2.2).

**Tabla 2.2: Estados de identidad**

Logro de identidad (crisis que conduce a un compromiso)	Se caracteriza por el compromiso con las elecciones tomadas después de una crisis, enfocado a explorar las alternativas.
Exclusión (compromiso sin crisis)	Estado de la identidad en el que una persona que no ha considerado alternativas; comprometida con planes de otras personas.
Moratoria (crisis sin que aún haya compromiso)	Estado de identidad en el que una persona considera alternativas (en crisis), parece dirigirse al compromiso.
Difusión de identidad (sin compromiso, sin crisis)	Estado de identidad que se caracteriza por ausencia de compromiso y falta de consideración seria de las alternativas.

**Fuente:** Papalia y Otros (2010)

Se entiende entonces que, estas categorías se dan en momentos particulares y probablemente cambien en cualquier sentido al adolescente a medida que los jóvenes continúan desarrollándose.

Una vez conceptualizado, caracterizado e identificado cada etapa de la adolescencia con sus diferentes esferas, se procede a la fundamentación teórica de los factores de riesgo en la adolescencia.

## **2.4 Factores de Riesgo en adolescentes**

### **2.4.1 Definición de Riesgo**

El término riesgo tiene su origen en la ciencia de la epidemiología, en la cual según el Diccionario de Epidemiología de Last (1989), es definida como: “La probabilidad de ocurrencia de un evento mórbido o fatal y un término no técnico que incluye diversas medidas de probabilidad en cuanto a consecuencias desfavorables” (Citado en Almeida Filho, Castiel, & Ayres, 2009, p. 328). Es así que, las ciencias sociales tienen por objetivo identificar los diferentes factores de riesgo en la sociedad, no solo lo que afecta la salud fisiológica de las personas, sino a la vez realizar un estudio más profundo de todo lo que pone en peligro la integridad física y psicológica de la población en general. Así Witkiewitz y Marllatt (2004), definen al riesgo como “una circunstancia en la cual el intento de un individuo por frenar una conducta en particular es inadecuado, esto puede variar de persona a persona y para cada individuo en particular” (Citado en Gómez-Maqueo, Barcelata Eguiarte , & Duran Patiño, 2010, p. 10). Por tanto, cada sujeto percibe el riesgo de manera diferente, poseyendo mecanismos distintos para el afrontamiento del mismo.

El riesgo genera las conductas de riesgo, que llegan a ser patrones repetitivos de la población en general, para comprender de una mejor manera este término Salazar y Otros (2004), las definen como: “Aquellas conductas que al ser ejecutada con intencionalidad consciente o no, tiene la probabilidad de producir un daño, enfermedad o lesión a uno mismo o a los demás” (p. 179). Esto muestra que en determinados grupos

de personas, existan ciertas conductas, actitudes y aptitudes que los vuelven personas vulnerables y que consecuentemente llegan a ser partícipes de conductas de riesgo que afectar de manera directa o indirecta su salud física y psicológica.

### **2.4.2 Factores de riesgo**

Los Factores de Riesgo tienen una fundamentación teórica, que se dio mediante investigaciones realizadas por especialistas en el área biomédica, la cual se destinaba hacia la búsqueda y principalmente a la identificación de los factores biológicos, psicológicos y sociales del comportamiento humano y su medio cotidiano, en el medio en que viven, que aparentemente mostraban asociación directa con la aparición de problemas en la salud física y mental de las personas (Fernández, 2010).

El concepto de factor de riesgo es probabilístico, no regido por el determinismo, esto quiere decir que: Si un adolescente se encuentra de alguna manera constantemente influenciado directa o indirectamente por cualquier factor de riesgo, no implica que desarrolle conductas desadaptativas o ponga en riesgo su integridad. Si a este adolescente lo comparamos con uno cuyos factores de riesgo son casi nulos o no son percibidos de manera fuerte, el primero presentará una mayor probabilidad de generar conductas desadaptativas y poner en riesgo su salud e incluso su propia vida (Peña Fernández, 2010). Los factores de riesgo no actúan de manera solitaria o aislada generando únicamente conductas desadaptativas, sino que es todo lo contrario, se

interrelacionan entre varios factores, con lo cual se puede predecir tendencias generales de conducta en la población afectada.

En la actualidad el término factor de riesgo es muy utilizado por la población en general. Existen varios autores que ayudan a comprender de mejor manera este término, Roca y Aguirre (2016), afirman que los factores de riesgo son: “Cualquier evento o circunstancia de naturaleza biológica, psicológica y social, que pueda favorecer la aparición de un problema” (p. 4). Esto indica que la unión de rasgo de personalidad, el lugar en donde está situado la vivienda de la persona, tiene en el adolescente vulnerable consecuencias negativas que ponen en riesgo su salud e incluso su vida. De la misma forma Gómez-Maqueo y otros (2010), afirma lo siguiente de los factores de riesgo:

Representan un peligro latente para la estabilidad física y emocional del adolescente. Algunas de esas variables tienen que ver más con su entorno como la dinámica familiar, las relaciones extra familiares, la dinámica en la escuela en general, o bien sus relaciones sociales, especialmente con los amigos y compañeros. (Gómez-Maqueo, Barcelata Eguiarte, & Duran Patiño, 2010, p. 10).

Así, los factores de riesgo se ven directamente influenciados por diferentes dimensiones como: la dimensión familiar, social, escolar, personal. En vista que son dimensiones de suma importancia para la presente investigación, es conveniente realizar una descripción de cada una de ellas.

## **2.5 Dimensiones de los factores de riesgo en la adolescencia**

### **2.5.1 Factores de riesgo en la dimensión Familiar**

Esta dimensión tiene como principal objetivo el explorar cómo está conformada la familia, su dinámica de relación, la cual engloba las formas de interacción y comunicación que tiene la persona con su familia, sin importar cuál sea su conformación. Para ello es pertinente conceptualizar el término familia, Oliva y Villa (2003), postulan que: “La familia es el grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad por lejano que fuere” (p. 12). Este parentesco consanguíneo se transmite de padres a hijos, va acompañado por lazos emocionales entre los miembros, que se ven reforzados o debilitados por la dinámica y el tipo de familia que representa, esto entre muchos otros factores más pueden llegar a ser beneficiosos o no para cada individuo que conforma la familia.

Otras conceptualizaciones sobre familia en cambio no solo toman en cuenta el factor antes mencionado, sino también el vínculo afectivo que se establece pese a no tener ese lazo consanguíneo este tipo es denominado como familia nuclear. La ONU (1987), define como: “Personas que conforman un hogar privado tales como los esposos o un padre o madre con un hijo no casado o en adopción. Puede estar formado por una pareja casada o no casada con uno o más hijos no casados” (Citado en Valdivia Sánchez, 2008, p. 16). Como se nota en esta definición, este término no solo se rige a lazos de sangre, sino que también se considera familia a las personas que mantienen lazos afectivos

cercanos y que conviven día tras día. Un ejemplo particular es el de un niño que es adoptado, no existe lazo consanguíneo, pero existe un lazo afectivo cercano y fuerte.

En los últimos años se han realizado investigaciones directamente con adolescentes, esto debido a que dentro de las familias representan una población vulnerable por sus características psicológicas y también por las condiciones ambientales. La existencia de factores de riesgo dentro de la familia puede desencadenar en el consumo de sustancias perjudiciales para la salud, conductas desadaptativas o disociales, deserción escolar o en el peor de los casos en intento de suicidios. Estos factores de riesgo son: Dificultades en las interrelaciones entre los miembros de la familia; comunicación conflictiva ya sea entre padres o padre e hijo; niveles de cercanía afectiva bajos o nulos; altos niveles de control parental por estilos de crianza inadecuados que llega a tener una estructura familiar inestable; existencia de desórdenes psiquiátricos en la historia familiar; abuso de sustancias de padres y conflictos legales del padre o cuidador primario (Paveza, Santander, Carranza, & Vera-Villarreal, 2009). Es pertinente detallar los factores de riesgo que aparentemente en investigaciones previas se presentan con cotidianidad.

Uno de los principales factores de riesgo que se encuentra a nivel familiar, es la mala comunicación existente entre sus miembros, Para López y Otros (2011), los denominan la claudicación familiar y la definen como: “La incapacidad familiar para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente. Se manifiesta en la dificultad para mantener una comunicación positiva con el paciente” (p. 119). Esto muestra que, los padres o cuidadores primarios no saben ser comunicativos sobre las

múltiples decisiones o temas que dentro del hogar se manejan, así también los adolescentes no suelen ser partícipes de las mismas ya que su opinión no es bien recibida.

Los estilos de crianza o estilos parentales son considerados otro gran factor de riesgo. Para Musito (2002), afirma que los estilos de crianza son: “Una constelación de actitudes hacia el hijo que, consideradas conjuntamente crean un clima emocional en el que se expresan las conductas de los padres” (Citado en Gracia, 2004, p. 146). Es decir que, los padres tienen la obligación de brindar a sus hijos un hogar en el cual proporcionen un espacio de apoyo y emociones positivas, del mismo modo, donde satisfagan no solo la parte física como alimento o vestimenta, sino también las demandas emocionales de sus hijos.

Existen varios estilos de crianza, pero es conveniente mencionar los que se transforman en factores de riesgo para sus hijos por las diferentes características que presentan cada uno de ellos. García (2004), categorizó en cuatro estilos de crianza ciertas características específicas como refuerzos positivos, castigos, responsabilidad, negligencia, nivel de exigencia, las cuales llegan a beneficiar o perjudicar directamente a sus hijos. A continuación, se explicará los estilos de crianza que se convierten en un riesgo para los adolescentes (Ver tabla 2.3).

**Tabla 2.3: Estilos de Crianza**

Estilo de Crianza	Característica
Estilo Autoritario	<p>Este estilo se caracteriza por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres que hacen uso de la ratificación de poder y el establecimiento de normas notoriamente rígidas.</li> <li>• Enfatizan a la obediencia de normas y sobre todo al respeto a la autoridad.</li> <li>• Los autoritarios no permiten a sus hijos hacer demandas ni opinar en la toma de decisiones.</li> <li>• Padres aparentemente sin afecto</li> <li>• Este estilo se relaciona con la falta de comunicación y con un clima familiar tenso.</li> </ul>
Estilo Permisivo	<p>Se caracteriza por padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Razonablemente responsivos y al mismo tiempo evitan regular la conducta de sus hijos.</li> <li>• Suelen ser padres muy sensibles y cariñosos.</li> <li>• Estos padres imponen pocas reglas, las demandas para el comportamiento maduro son casi inexistentes.</li> </ul>
Estilo Negligente	<p>Se caracteriza por padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitar el tiempo que invierten en su rol de padres y sólo se preocupan de sus propios problemas.</li> <li>• Brindan poco apoyo, son considerados fríos afectivamente y además establecen escasos límites de conducta a sus hijos.</li> </ul>

**Fuente:** Gracia (2004)

Tal y como se menciona en el cuadro anterior, estos 3 estilos de crianza son los que tienen mayor probabilidad de desencadenar en factores de riesgo para sus hijos, ya que su dinámica de relación y sus características no generan sentido de pertenencia y seguridad en los sujetos. Esto afecta de manera directa la salud física y psicológica de cada miembro de la familia, pero muchos más a los adolescentes.

### 2.5.2 Factores de riesgo en la dimensión social

Al momento que el sujeto llega a transcurrir la etapa de la adolescencia, genera nuevas expectativas acerca de su vida. Por motivos que su familia y actividades que realizaba en

su niñez ya no son su centro de atención, sino que buscan expandir sus experiencias. El sujeto busca aceptación y agrado del medio social, pero en la actualidad se ve influenciado en gran medida con factores de riesgo perjudiciales. Las habilidades sociales son un pilar fundamental para la disminución de los factores de riesgo, para Buendía Riquelme y Ruíz (2004), afirman que “Tanto las habilidades sociales como las de resolución de problemas suponen factores de protección que adquieren especial relevancia durante la adolescencia, en tanto que se trata de una etapa marcada por la búsqueda de identidad personal y social” (p. 42). Se entiende que, mientras exista una correcta adquisición de habilidades sociales y resolución de problemas en el transcurso de la adolescencia, los factores de riesgo en la dimensión social o en cualquier otra disminuirán ya que el sujeto tendrá mejores mecanismos de afrontamiento que evitara la existencia de una crisis. A continuación, se procede a postular los factores de riesgo que por las características que presentan son los que más afectan a la adolescencia.

Los factores macro sociales, los cuales pueden ser: fácil acceso a bebidas etílicas, ingreso a lugares prohibidos, entre otros, la característica primordial de este factor es que el adolescente puede acceder sin restricciones a cualquier sustancia, lugares privados y actividades que pongan en riesgo la salud física o psicológica del individuo. Un ejemplo práctico para la actualidad: Existe gran demanda de alcohol y tabaco en lugares en donde se consideran riesgosos para adolescentes como bares, discotecas, prostíbulos, ya que la venta y distribución es legal, pero el ingreso a estos lugares para la población mencionada es ilegal. Otro aspecto asociado a este factor es la aprobación social para realizar o practicar actividades que atenten contra la salud física y psicológica del

individuo, como deportes extremos, consumo de sustancias psicotrópicas (Citado en Pérez & Scoppetta, 2008).

Otro factor de riesgo es el pandillerismo, el sujeto busca pertenecer a grupos de pares que tienden a incurrir constantemente en la transgresión de leyes y ejecutan conductas disociales que ponen en riesgo a ellos mismo o a la población en general. Herrera (1997), afirma que:

Este factor tiene como causa fundamental la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad del seguimiento del código grupal. Por lo general cuando los adolescentes no encuentran una vía adecuada de autoafirmación tratan de buscarla en este tipo de grupo donde fácilmente la encuentran, con el reconocimiento grupal ante la imitación de sus patrones inadecuados. (Herrera, 1997, p. 41).

Como se afirmó anteriormente, el adolescente en la mayoría de los casos ejecutará las conductas que sean necesarias o incluso sobrepasan sus límites morales para poder encajar en cualquier tipo de grupo, poniendo en riesgo incluso su vida, todo para sentir aceptación social, sentimiento de pertenecía, que percibe que con su familia nuclear no puede llegar a tenerlo.

El mayor factor de riesgo es el consumo y libre expendio de sustancias como alcohol, cigarrillo. Esto es una problemática que afecta la adolescencia en nuestro país e inclusive gran parte de América latina y el mundo. El consumo de estas sustancias de manera continua y en grandes cantidades ha llevado a la existencia de índices de alcoholismos elevados y la tasa de mortalidad como consecuencia del aumento de

consumo en los últimos años en nuestro país. Elzo (2010), en sus investigaciones afirma que:

La sociedad actual potencia de algún modo el consumo de alcohol en la adolescencia, pues es señalado como parte de la cultura juvenil, constituyendo un espacio simbólico, común y compartido entre adolescentes, con unas ciertas normas colectivas y valores implantados por los mismos. Todo ello desarrolla graves problemas de salud pública, como son el ejemplo de botellones donde se produce un consumo explosivo, desmedido y sin control. (Citado en Espejo, y otros, 2016, p. 98).

De acuerdo con lo antes mencionado, la sociedad instaura sentimientos de pertenencia por parte de sus pares al sujeto que consuma alcohol, cigarrillo o cualquier sustancia. En la mayoría de los casos las consecuencias son irreversibles en la salud. Se ha convertido en un factor que difícilmente disminuirá o se erradicará por la normosis que se está instaurando en la sociedad.

### **2.5.3 Factores de riesgo en la dimensión escolar**

Es verdaderamente en la escuela en donde comienza a aplicarse lo aprendido en casa y a desarrollarse herramientas sociales que serán útiles para el futuro del sujeto. Pero en los centros de educación también existen factores de riesgo, estos influyen directa o indirectamente a los adolescentes. A continuación, se detallará los factores de riesgo que suelen obstaculizar la vida de los adolescentes en esa etapa.

Existen 2 variables que generan factores de riesgo en el área escolar. La insatisfacción escolar es la primera, los adolescentes que practican conductas disociales o riesgosas

para su vida, muestran grandes niveles de insatisfacción educativa sea de sus docentes, compañeros y tareas que se realizan dentro del colegio. Como segunda variable se encuentra el fracaso escolar, éste tiene una íntima relación con la primera variable; los estudiantes que presentan fracaso al no lograr igualar o superar el rendimiento académico de sus compañeros, tienen mayores posibilidades de presentar conductas riesgosas dentro y fuera del salón de clases (Otero, 2001).

El factor de riesgo que se evidencia con facilidad, es el de la violencia. Es definida por Organización Mundial de Salud como: “Uso deliberado de fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos” (Citado en Amemiya, Oliveros, & Barrientos, 2009, p. 2). Es decir que, la violencia en un cierto punto llega a ser justificada, pero en la mayoría de los casos en las escuelas es injustificada. Produciendo daño de tipo físico, así también se presenta el atentar contra la moral y dignidad de las víctimas, llegando a la violencia física y verbal, Díaz y Otros (2002), las clasifican en 4 tipos de violencia (ver tabla 2.4)

**Tabla 2.4: Tipo de violencia**

1	Incluyen conductas de burla amenazas, intimidaciones, agresiones físicas, aislamiento sistemático, insultos.
2	Causan problemas que se repiten y alargan durante cierto tiempo.
3	Es provocada por un alumno considerado agresor, apoya casi siempre a un grupo que se enfrente contra una posible víctima que se muestra indefensa.
4	Se evidencia ignorancia o pasividad de las personas se encuentran con los agresores y a las víctimas

**Fuente:** Díaz y otros (2002)

Los tipos de violencia antes mencionados, muestran que se puede comenzar con amenazas; si éstas no tienen el efecto deseado en el otro sujeto buscan el unirse con pares de las mismas características y continuar con la violencia física.

La violencia que se da en los establecimientos educativos, desencadena otro factor de riesgo denominado acoso escolar. El autor Olweus (1983), define el acoso escolar como: “Una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno o alumna contra otro, al que escoge como víctima de repetidos ataques” (Citado en Amemiya, Oliveros, & Barrientos, 2009, p. 255). Este factor de riesgo es constante, ya que existen mecanismos de control inadecuado. Cabe mencionar que este acoso escolar provoca en las víctimas efectos directos para la salud psicológica como la aparición de ansiedad, disminución de la autoestima, en casos graves cuadros depresivos, esto tiene como consecuencia la dificultad para la integrarse en la institución escolar, e impide el desarrollo normal del aprendizaje (Olweus, 1993).

#### **2.5.4 Factores de riesgo en la dimensión personal**

El ser humano al transcurrir la etapa de la adolescencia, va sufriendo múltiples cambios. A lo largo de todo ese proceso se instaura la imagen corporal, la cual es definida por Rosen (1992), como: “La manera en que una persona percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo” (Citado en López & Salles, 2011, p. 18). Esta imagen corporal siendo percibida negativamente puede convertirse en un factor de riesgo para el adolescente. Es pertinente ahondar más el concepto de imagen corporal. Ayela (2009),

afirma que la imagen de cada individuo es subjetiva y no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad, para ello postulo las siguientes características (ver tabla 2.5).

**Tabla 2.5: Características de la imagen corporal.**

1	Es un concepto multifacético
2	La imagen corporal está interrelacionada por los sentidos de autoconciencia.
3	La imagen corporal está determinada por la sociedad.
4	La imagen corporal no es fija o estática, es más bien un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función a propias experiencias.
5	La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos nuestro cuerpo.
6	La imagen corporal influye en el comportamiento y no solo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente

**Fuente:** Ayela (2009)

Estas características previamente nombradas, hacen que el adolescente comience a auto percibirse de manera positiva o negativa. Además, en base a su percepción se da la concepción de su sí mismo, lo cual desemboca en la elección de pares o pareja.

La imagen corporal, según Raich (2000), está conformada por 3 componentes primordiales: la representación mental del cuerpo; un componente cognitivo afectivo; y un aspecto netamente conductual. A continuación, conceptualizaremos cada uno de ellos:

- Representación mental del cuerpo: es la percepción, o se podría decir que es una fotografía que se realiza de manera mental del propio cuerpo, se da por medio del cerebro global y al mismo tiempo llega a especificar cada una de las partes del cuerpo. La principal característica es la subjetividad y recibe una influencia del medio.

- Aspecto cognitivo – afectivo: son las creencias y actitudes en base a nuestra representación corporal, en otras palabras, es como se valora la apariencia y se llega a ser autocalificativos.
- Conducta: si se posee una imagen negativa va a afectar el comportamiento y fluctúa desde la vestimenta hasta el estilo de vida. Se puede llegar a evitar situaciones en donde la imagen corporal se puede observar por otras personas como por ejemplo, el dejar de frecuentar balnearios, evitar realizar ejercicio físico en lugares como gimnasios (Citado en Gil & Cáceres, 2008).

Una vez entendido más sobre la imagen corporal, se fundamentará como factor de riesgo. La percepción errónea de la imagen personal influye en los pensamientos, sentimiento y genera conductas impropias en el sujeto. La mala imagen corporal puede generar la dispersión corporal, cuya consecuencia es la anorexia mental. Para Aguirre y Otros (1994), postula que la anorexia mental surge como: “La reacción a la transformación del cuerpo infantil en un cuerpo de mujer. La no aceptación de dicho cambio y por lo tanto la dificultad de integrar la genitalidad conduce a la negación corporal” (p. 72). Se entiende que, para las mujeres en ocasiones la etapa de la pubertad llega a ser dolorosa y decide negar su crecimiento y su transformación en mujer. Esta enfermedad puede llegar a ser muy perjudicial para la salud de los adolescentes e incluso llegar a perder la vida, es un trastorno que afecta más a las mujeres que a los hombres adolescentes.

Otro factor de riesgo son los duelos no resueltos. Según Aguirre y Otros (1994), los definen a duelo como: “Un conjunto de representaciones mentales que acompañan a la pérdida de un objeto amado. La pérdida del objeto al cual se está afectivamente ligado, produce un desgarramiento, una depresión ligada a los sentimientos de culpabilidad por la pérdida” (p. 33). Es decir que, los duelos pueden ser por la pérdida de un objeto transicional o por concluir la etapa de la niñez. Existen también cuatro tipos de duelos que se presentan en la vida cotidiana en los adolescentes, estos se tornan indispensables de estudiar en la presente sección de este documento (ver tabla 2.6).

**Tabla 2.6: Duelos Fundamentales**

Duelo por el cuerpo infantil	Cuando se da la identidad genital los púberes sean niños o niñas, son obligados a renunciar a las fantasías de bisexualidad que son omnipresentes en el pensamiento infantil, todo esto para dar paso a la masculinidad y feminidad respectivamente.
Duelo por la dependencia infantil	Al constituirse su cuerpo genital adulto, el adolescente vuelve a experimentar el abandono y la pérdida de la relación parental y simbiótica con la madre.
Duelo de los objetos edípicos	Existe conciencia de la imagen corporal por los cuerpos sexuados de sus padres y su relación paulatina. Remoción de la libido de los objetos edípicos y orientarse hacia nuevos objetos exogámicos.

**Fuente:** Aguirre y Otros (1994)

Los duelos antes mencionados, son considerados normales. Ya que es necesario para el correcto desarrollo e ingreso adecuado para la etapa de la adolescencia. También sirven para generar mecanismos de afrontamiento en situaciones difíciles.

En la adolescencia se dan cambios psicológicos, los cuales general inestabilidad emocional, existen duelos paulatinos conforme al crecimiento emocional, los mismos autores antes citados postulan los duelos fundamentales que sufre el adolescente de manera progresiva son (Ver tabla 2.7).

**Tabla 2.7: Duelos en la adolescencia**

Pérdida de la infancia (11-12 años aprox.)	Duelo por pérdida del cuerpo infantil. Duelo por pérdida de los padres de la infancia.
Pérdida del grupo de pares (15-16 años)	Duelo por pérdida de la grupalidad. Duelo por referencia homosexual.
Pérdida de la libertad adolescente (22-24 años)	Duelo por la pérdida de libertad (pareja). Duelo por la libertad corporal.
Pérdida de la casa parental	Duelo por pérdida de la protección parental. Duelo por la pérdida de la soltería.

**Fuente:** Aguirre y Otros (1994)

El duelo se debe elaborar mediante la experimentación consciente del luto, se debe racionalizar y verbalizar la pérdida. Se vuelve un factor de riesgo cuando no se supera el duelo de manera adecuada, esto conduce a un estado de frustración y conlleva a la agresividad, así también como la automarginación. De igual manera se suele presentar la disforia o anorexia, o incluso en casos con más severidad se dan pensamientos suicidas. Todo esto llega a poner en peligro la integración física y emocional del adolescente.

### **2.5.5 Factores de riesgo en la dimensión salud**

En la etapa de la adolescencia, la salud se considera que un recurso que los sujetos poseen para su vida cotidiana, con el objetivo de realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y enfrentarse de una manera adecuada al ambiente. Se puede definir a la

salud de manera sencilla como la ausencia de enfermedad, pero la Organización Mundial de Salud (1987) la define como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, credo” (Citado en Redrado, Gol, Marchesi, Brusio, & Bolech, 2003, p. 31). Se entiende que, la salud engloba todas las esferas de los sujetos, no solo la parte física, sino que debe mantenerse un equilibrio con la esfera psíquica y social para que pueda evitar cualquier tipo de crisis. Existen varios factores de riesgo que afectan la salud de los adolescentes como la mala alimentación, enfermedades de transmisión sexual, a continuación es pertinente detallar dichos factores de riesgo.

La mala alimentación afecta a la salud del adolescente, ya que los patrones de actividad física y los hábitos alimentarios que se alteran directamente por los cambios psicológicos que se producen en esta etapa de desarrollo, para Gómez y Marcos (2006), afirman que: “Si no se produce una buena adaptación entre las necesidades, como consecuencia de los cambios corporales correspondientes a la edad, y la ingesta, los adolescentes tienen una gran probabilidad de sufrir trastornos del comportamiento alimentario ya sea por exceso o por defecto” (p. 23). Esto indica que si se produce una mala adaptación se producirá obesidad por exceso de comida o por defecto aparecerá la anorexia que ya anteriormente postilamos en esta investigación. El factor de riesgo de la obesidad consiste en una enfermedad crónica que en la mayoría de casos se da por un alto consumo de calorías y la nula actividad física, de igual manera existen los factores individuales como los genéticos y metabólicos que tienen íntima relación con el crecimiento, desarrollo y maduración, estos interaccionan con los factores ambientales

los cuales generan consecuencias a corto y largo plazo, a continuación, se procederá a detallar cuales son estas consecuencias.

Para Liria (2012), afirma que las consecuencias a corto plazo son: “Burlas, bullying, marginación y pobres resultados académicos. Asimismo, se ha descrito que niños y adolescentes con obesidad informan mayores limitaciones funcionales, físicas y psicosociales lo que repercutiría en una baja calidad de vida debido al estigma social” (p. 358). Entonces, los sujetos que sufren obesidad tienen a ser víctimas de abusos físicos y psicológicos que conllevan a mal rendimiento en otras esferas de su vida. Mientras que las consecuencias a largo plazo pueden ser: Mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular; Ciertos tipos de cáncer, diabetes y asma) en la edad adulta. Así, la obesidad mantiene altos índices de mortalidad y se convierte en un factor de riesgo grave que afecta de manera directa a los y las adolescentes en la actualidad.

Las enfermedades o infecciones de transmisión sexual, llegan a ser definidas por Anzalone y Mattera (2008), como: “Conjunto de infecciones que se pueden expresar clínicamente con distinta sintomatología, que tienen diferentes agentes etiológicos y que las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por vía sexual, sin ser esta la única vía de transmisión” (p. 227). Se entiende que, estas infecciones atacan principalmente la zona genital de los sujetos y múltiples enfermedades atacan a diversos órganos internos de los portadores, así también la edad que más se presenta es entre los 15 a 50 años, en otras palabras, los y las adolescentes tienen probabilidades de contraer algún tipo de

infección. Dentro de estas enfermedades existen marcadores de riesgo, estos serán postulados a continuación.

- La edad, siendo la adolescencia y la ectopia cervical de las mujeres jóvenes factores favorecedores.
- El género: son más frecuentes en el hombre que en comparación de las mujeres.
- El consumo de drogas y sustancias psicotrópicas.
- Niveles socioculturales realmente bajos (Anzalone & Mattera, 2008).

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Metodología de investigación**

Este proyecto de titulación correspondió a una investigación de tipo descriptivo comparativo de corte transversal. Es descriptiva debido a que los datos obtenidos, características de las variables y la población investigada se describieron. Para Tamayo (2004), la investigación descriptiva comprende: “La descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente” (p. 46). Es decir, la investigación se centró en la recolección y obtención de datos que evidencien los factores de riesgo en los y las adolescentes escolarizados del bachillerato en la ciudad de Baños de Agua Santa, perteneciente a la provincia de Tungurahua.

El enfoque utilizado fue mixto, ya que fue necesario un proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder al planteamiento de la hipótesis de trabajo. Pereira

(2011), afirma que: “Los métodos mixtos se refieren a un único estudio que utiliza estrategias múltiples o mixtas para responder a las preguntas de investigación y/o comprobar hipótesis” (p. 17). En base a lo anteriormente citado, este método servirá para la comprobación de la hipótesis previamente planteada y la fiabilidad de la investigación.

Adicionalmente, la investigación es de tipo comparativo, ya que su objetivo se centra en comparar una población específica con otra. Barrera (2010), afirma que: “Es aquella cuyo propósito consiste en precisar diferencias y semejanzas entre dos o más grupos con respecto a un mismo evento” (p. 133), en este caso, la población de adolescentes varones con la población de adolescentes mujeres fue la comparada, esto con finalidad de diferenciar si los adolescentes varones se describen mayormente afectados por los factores de riesgo que las adolescentes mujeres.

El diseño fue no experimental de corte transversal, debido a que la variable investigada no fue manipulada de manera intencional, sino que fue sometida a evaluación y valoración, en lo relacionado con la recolección de datos, se llevó a cabo en un momento único en las instituciones seleccionadas.

### **3.1.1 Método aplicado**

Para la realización de la investigación se utilizó el método científico aplicado a las Ciencias Sociales y a la Psicología.

### 3.1.2 Técnicas e instrumentos

Se utilizó técnicas de investigación como la observación científica, con la que se logró identificar ciertas conductas de riesgo en adolescentes, de igual forma se estableció el grupo de adolescentes que se procedió a evaluar. También se utilizó pruebas estandarizadas que garantizan un correcto desarrollo del proceso metodológico de la investigación.

Los instrumentos utilizados en la investigación tienen sus bases en las teorías de medición psicológica, se seleccionaron los siguientes reactivos psicológicos: Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA), el Cuestionario de Conductas Desadaptativas (CCD), una ficha sociodemográfica. A continuación, se detalla cada uno de los instrumentos de medición utilizados.

La ficha sociodemográfica fue de elaboración propia, con la finalidad de obtener información de cuestiones específicas en los adolescentes. Se garantizó la confidencialidad de los y las adolescentes que participaron en la investigación, se reemplazó sus nombres por un código. La ficha sociodemográfica constó de 33 preguntas por motivos de estudio se dividió en 5 dimensiones, las cuales son: Familiar, social, escolar, salud y personal (ver anexo 2).

El Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA), de los autores Emilia Lucio-Gómez, Blanca Estela Barcelata Eguiarte y Consuelo Durán-Patiño, 2010. Esta versión

de Preparatoria (bachillerato) consta de 176 ítems, con una respuesta dicotómica (Si/No), esto permite evaluar de manera confiable las cinco dimensiones de las que está compuesto el reactivo, las dimensiones son: Familiar, Social, Escolar, Personal y de Salud (ver anexo 4).

La consistencia interna de las dimensiones del IADA, establece porcentajes satisfactorios en relación al procedimiento Alpha de Cronbach, dichos porcentajes se detallan a continuación: dimensión familiar con un  $\alpha=0,83$ ; dimensión social con un  $\alpha=0,63$ ; dimensión escolar con un  $\alpha=0,70$ ; dimensión personal con un  $\alpha=0,73$  y la dimensión de salud con un  $\alpha = 0,78$ . Danto como total de reactivo IADA con un  $\alpha=0,90$ . (Gómez-Maqueo, Barcelata Eguiarte, & Duran Patiño, 2010).

Adicionalmente se aplicó el Cuestionario de Conductas Desadaptativas (CCD) (García, 2004), corresponde a la adaptación del Cuestionario de Rubbini y Pombeni (1992). El principal objetivo es medir comportamientos de tipo disruptivo o trasgresor con relación a personas y bienes materiales cometidos en el último año (García, 2004). Este reactivo cuenta con un total de 38 preguntas y engloba las siguientes dimensiones: Agresividad y conductas delictivas, Consumo de Drogas y Victimización (Anexo 3).

Las respuestas están diseñadas en formato de la escala de Likert, con puntuaciones que van desde 1 al 5, las cuales están distribuidas de la siguiente forma: 1 (Nunca), 2 (Casi Nunca), 3 (Algunas veces), 4 (Bastantes veces), 5 (Muchas veces).

El Cuestionario de Conductas Desadaptativas, muestra una validez interna satisfactoria mediante un análisis factorial. En la dimensión de Agresividad y conductas delictivas presenta un  $\alpha=0,93$ ; en la dimensión de consumo de drogas presenta un  $\alpha=0,87$  y en victimización muestra un  $\alpha=0,81$ . Danto un total del reactivo en validez interna, según el alpha de Cronbach, es de  $\alpha=0.92$ .

### **3.1.3 Población y muestra**

La población de interés que se utilizó para la investigación son los y las estudiantes escolarizados legalmente matriculados en el nivel de bachillerato y cuya edad promedio es entre los 14 a los 18 años de edad de las siguientes unidades educativas de la ciudad de Baños de Agua Santa: Unidad Educativa Oscar Efrén Reyes, Unidad Educativa Baños y Unidad Educativa Dr. Misael Acosta Solis. Por lo que el número total de interés es de 850 casos entre todas las instituciones. Para el desarrollo fue necesario la aplicación de reactivos psicométricos estandarizados, por lo cual es necesaria la conformación de una muestra representativa. Los parámetros para considerar el tamaño de la muestra se elaboró por la formula postulada por Aguilar-Borrajas (2005), el cual considera una confiabilidad del 95 % y un margen de error del 5%. De esto se deduce una muestra integrada de 264 casos.

El tipo de muestreo que se utilizó en la investigación fue elegido por conveniencia con criterios de inclusión, para Navarrete (2002), este criterio es: “El procedimiento que consiste en la selección de la muestra de forma arbitraria, sin criterio alguno que le

defina” (p. 121). Los y las adolescentes deben cumplir los siguientes criterios: pertenecer a las unidades educativas antes mencionadas; estar legalmente matriculados en el bachillerato; asistir de manera permanente a clases.

### **3.1.3 Procedimiento metodológico**

Para la realización de la presente investigación, se inició con la elaboración del plan del proyecto de investigación, éste fue sometido a la aprobación de los miembros del consejo de escuela de la PUCE Ambato en el semestre Octubre 2016 – Febrero (2017), después de haber sido aprobada la investigación, se procedió a la fundamentación teórica de la variable de interés, se recopiló bibliografía referente a los factores de riesgo y a la adolescencia, con el objetivo de constar con un sustento teórico que respalde la importancia de la investigación. Como siguiente paso, se procedió a gestionar con el Ministerio de Educación el ingreso a las instituciones para la identificación, lo cual consistió en llenar un formulario de aceptación de investigación y finalmente la elección de los y las participantes dentro de las instituciones.

El paso subsiguiente fue la elaboración de la ficha sociodemográfica y la selección de instrumento y la posterior aplicación de los siguientes reactivos son: Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) (Gómez-Maqueo & Otros, 2010). Cuestionario de Conductas Desadaptativas (CCD) (García, 2004), con la ficha sociodemográfica previamente elaborada.

Se aplicó a un total de 264 adolescentes, distribuidos en 132 mujeres y 132 varones, pertenecientes a las siguientes unidades educativas: Unidad Educativa Oscar Efrén Reyes, Unidad Educativa Baños, Unidad Educativa Dr. Misael Acosta Solís. La resolución de los reactivos tuvo una resolución de 50 a 60 minutos aproximadamente.

Posteriormente se dio la tabulación de datos por medio del programa estadístico SPSS versión 20.00, en el cual se realizó un análisis comparativo con el objetivo de analizar los resultados y de esta manera poder comprobar la hipótesis previamente establecida. Por último, mediante los datos obtenidos se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

#### **4.1 Análisis sociodemográfico**

La sección inicial comprende el análisis de las características sociodemográficas que muestran los participantes de la investigación y por razones del tema investigativo se decidió dividir en cinco secciones principales. La primera sección comprende las variables individuales de los participantes y variables socioeconómicas; la segunda sección corresponde a variables familiares; la sección tercera hace alusión a las variables sociales; la cuarta comprende las variables de salud y escolares y la quinta sección son variables relacionadas con lo personal.

El estudio comprendió un trabajo de evaluación psicológica en 264 observaciones. Para fines didácticos y mejor comprensión fueron categorizados en dos grupos: a. El grupo de observaciones de adolescentes varones pertenecientes a las Unidades Educativas Oscar Efrén Reyes, Tecnológico Baños, Misael Acosta Solís n=132 y b. El grupo de observación de adolescentes mujeres pertenecientes de igual manera a las Unidades Educativas antes mencionadas n=132.

#### **4.1.1 Análisis de las variables individuales**

En este primer segmento se analizan los resultados obtenidos en función de variables de autoidentificación étnica, edad, situación económica actual, ingresos económicos, sector en donde se encuentra acentuada la vivienda, tipo de vivienda y servicios con los que cuenta la vivienda. Las variables cualitativas se muestran con la frecuencia ( $f$ ), la representación porcentual (%) y las variables cuantitativas por medio de la media ( $M$ ) y la desviación estándar ( $Ds$ ). La prueba de contraste para determinar diferencias entre los grupos comprende la Prueba *Chi cuadrado de Pearson* ( $X^2$ ) (ver tabla 4.1).

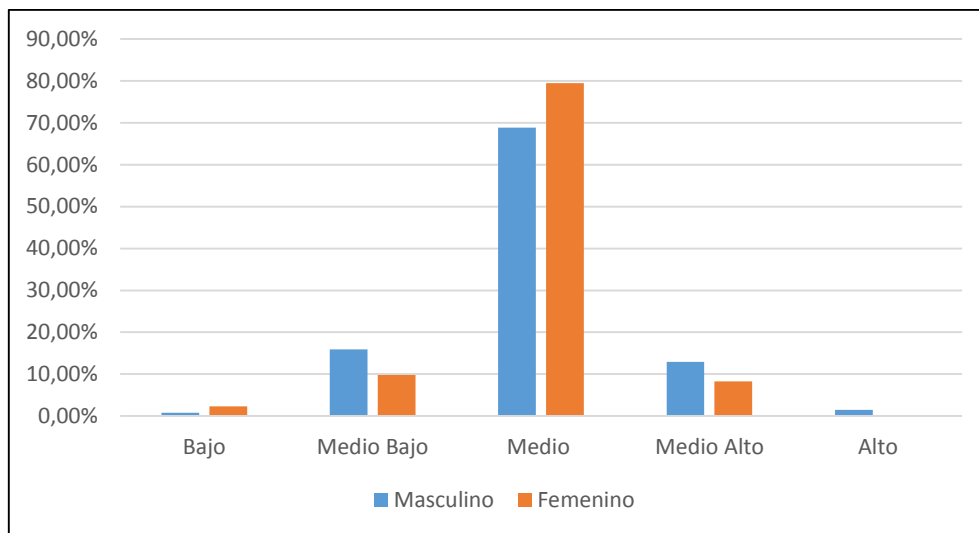
**Tabla 4.1: Distribución de los grupos en función de las variables individuales y económicas**

Variables	Masculino; n=132		Femenino; n=132		Contraste $\chi^2$
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Etnia</b>					
Mestiza	127	96,2%	128	97%	
Indígena	2	1,5%	0	0%	,531
Blanca	2	1,5%	3	2,3%	
Afrodescendiente	1	0,8%	1	0,8%	
<b>Situación socioeconómica actual</b>					
Bajo	1	0,8%	3	2,3%	
Medio bajo	21	15,9%	13	9,8%	
Medio	91	68,9%	105	79,5%	,127
Medio alto	17	12,9%	11	8,3%	
Alto	2	1,5%	0	0%	
<b>Ingresos económicos</b>					
Padres	98	74,2%	100	75,8%	
Madre	25	18,9%	28	21,2%	,096
Suyo	6	4,5%	0	0%	
Otro	3	2,3%	4	3%	
<b>Sector de la vivienda</b>					
Urbano	100	75,8%	94	71,2%	,403
Rural	32	24,2%	38	28,8%	
<b>Tipo de vivienda</b>					
Propia	106	80,3%	104	78,8%	
Arrendada	22	16,7%	23	17,4%	,791
Prestada	2	1,5%	4	3%	
Otra	2	1,5%	1	0,8%	
<b>Servicios con lo que cuenta la vivienda</b>					
Luz	132	100%	132	100%	
Agua	131	99,2%	131	99,2%	1,00
Teléfono	115	87,1%	103	78%	0,52
Alcantarillado	131	99,2%	132	100%	,316
Cable	111	84,1%	105	79,5%	,338
Internet	107	81,1%	98	74,2%	,184
	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>T</i>
Edad	16,5	1,02	16,2	1,12	0,047

En relación con la variable edad, el grupo de participantes varones presenta una media  $M=16,5$  años con una desviación  $Ds=1,02$ ; mientras que el grupo de participantes de adolescentes mujeres presenta una media  $M=16,2$  años con una desviación estándar  $Ds=1,12$ . Se evidencia mediante la prueba  $t$  de student que existen diferencias estadísticas significativas ya que  $t=0.047$ ;  $p<0.05$ .

En la variable autoidentificación étnica en los participantes adolescentes varones en un 96,2% se considera mestizo, el 1,5% se define como indígena, 0,8% se identifica como afrodescendiente y el 1,5% se considera de etnia blanca; mientras en el grupo de participantes de adolescentes mujeres el 97% se define como mestizo, el 2,3% se considera blanca y el 0,8% tiene una autoidentificación afroecuatoriana, cabe recalcar que no existió ninguna participantes que se identifique con la etnia indígena. La ausencia de diferencias estadísticamente significativas muestra que entre los grupos existe similitud  $X^2 =,531; p >.05$ .

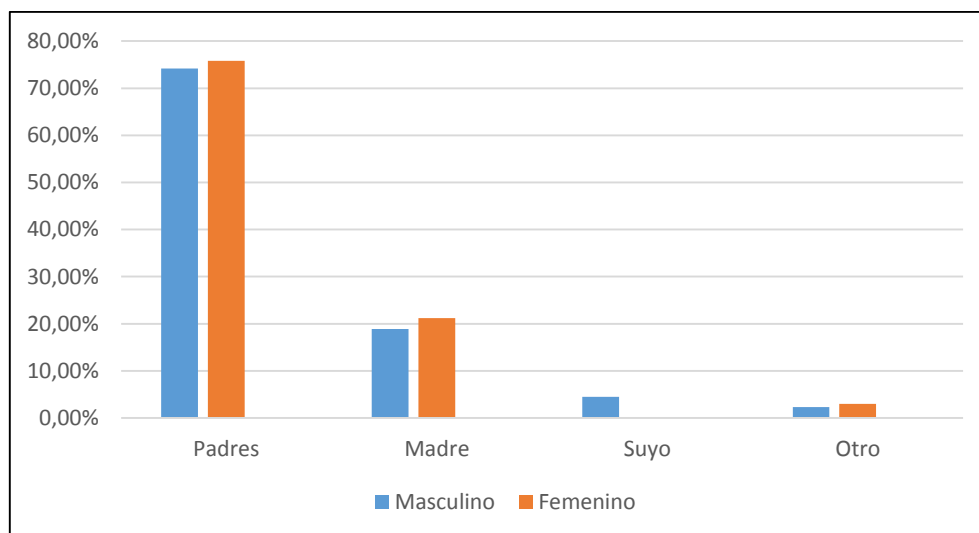
En relación con la variable de situación económica actual, los participantes adolescentes varones son en un 0,8% de una situación económica baja, el 15,9% media baja, un 68,9% de los participantes se consideran tener una posición económica media, el 12,9% dice ser de clase media alta y el 1,5% restante se sitúa en una posición económicamente alta; mientras que las participantes adolescentes mujeres, el 2,3% indican ser de una clase económica baja, el 9,8% se considera clase media baja, el 79,5% pertenecen a clase media, el 8,3% afirman que su estado económico es medio alto. Se entiende que entre los grupos no existe una similitud, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 =,127; p <.05$ .



**Gráfico 4.1: Representación gráfica del nivel económico de los participantes.**

Con el gráfico anterior se analiza que existe un mayor número de hogares de clase media en las participantes adolescentes mujeres que los adolescentes varones, mientras que en relación a clase media baja, medio alto y alto existen mayor número hogares en adolescentes varones que mujeres.

En la variable de qué miembro de la familia proviene los ingresos económicos (ver tabla 4.1), se encuentra que los participantes adolescentes varones en un 74,2% el padre y la madre son los encargados de sustentar económicamente el hogar, el 18,9% es solo la madre quien la responsable de sostener económicamente su hogar, el 4,5% son ingresos propios de los adolescentes y el 2,3% son otro tipo de ingresos; mientras que en las participantes adolescentes mujeres, el 75,8% afirman que sus ingresos son provistos por su padre y madre, el 21,2% son ingresos solo de madre y el 3% son ingresos de otro familiar. Se evidencia que no existe similitud en los grupos, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,096; p < .05$ .



**Gráfico 4.2: Distribución de la población según el miembro de la familia del cual provienen ingresos**

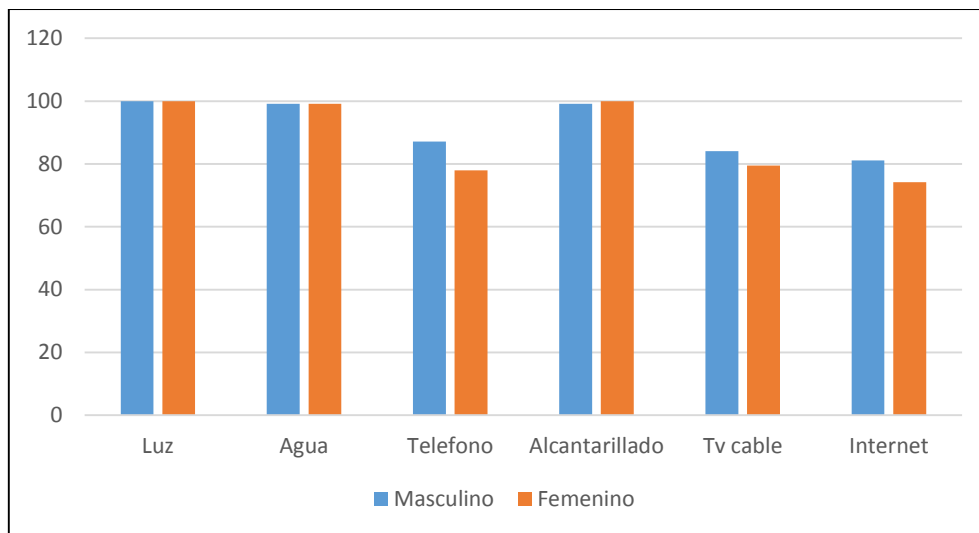
Con el gráfico anterior, se evidencia equidad entre las adolescentes mujeres y varones en cuanto padre y madre son los encargados de proveer el sustento económico directo a la familia, así como también en cuanto a la madre como encargada de proveer los recursos económicos. Pero en cuanto a ingresos propios se muestra una clara diferencia estadística, ya que en los varones un 4,5% trabajan y obtienen sus propios ingresos, mientras que en las adolescentes mujeres dependen económicamente de sus padres. El Instituto Nacional de estadística y censos (2012), afirman que existe un 8,56% de trabajo en niños y adolescentes entre 5 a 17 años, de estos un 62,8% son varones y un 37,2% son mujeres. Mientras el 15,7% son adolescentes hombres y mujeres entre 15 y 17 años, los cuales trabajan. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014). Así como en los datos obtenidos en la investigación se obtuvo un mayor número de adolescentes varones que mantienen ingresos propios para sus gastos personales y no dependen de algún otro tipo de ingreso que en comparación de las adolescentes mujeres.

Con respecto a la variable del sector en donde se encuentra situada la vivienda (ver tabla 4.1), los participantes adolescentes varones el 75,8% afirman vivir en el sector urbano, el 24,2% dicen que su casa se encuentra en el sector rural; mientras que las participantes adolescentes mujeres el 71,2% viven en el sector urbano y el 28,8% aseveran vivir en el sector rural. Se evidencia que los grupos no son similares, ya que no encuentra una diferencia estadísticamente significativa  $X^2 = ,403; p < .05$ .

En la variable de tipo de casa (ver tabla 4.1), los datos obtenidos en los participantes adolescentes varones el 80,3% tienen casa propia, el 16,7% viven en una casa arrendada y el 1,5% poseen una casa prestada u otro tipo de vivienda respectivamente; mientras en las adolescentes mujeres el 78,8% su tipo de vivienda es propia, el 17,4% arrienda su casa, el 3% su tipo de casa es prestada y el 0,8% posee otro tipo de casa. En los grupos se encuentra similitud, ya que no se evidencia diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,791; p > .5$ .

En la variable relacionada con los servicios que cuenta en su vivienda (ver tabla 4.1), se encuentra que los participantes adolescentes varones el 100% cuentan con luz, el 99,2% poseen agua, el 87,1% tienen teléfono, el 99,2% cuentan con el servicio de alcantarillado, el 84,1% tienen contratado tv cable y el 81,1% poseen internet en sus hogares; mientras en el grupo de adolescentes mujeres el 100% poseen luz, el 99,2% cuentan con agua, el 78% afirman tener teléfono, el 100% cuentan con el servicio de alcantarillado, el 79,5% indican tener tv cable y el 74,2% cuentan con el servicio de internet. Se encontró similitudes en los grupos ya que no existen diferencias

estadísticamente significativas, ya que estos servicios muestran una constante en todos los participantes de la investigación.



**Gráfico 4.3: Distribución por sexos de la variable servicios con lo que cuenta su vivienda**

Con el gráfico anterior se entiende que, los servicios antes mencionados son una constante en toda la muestra sea en hombres como en mujeres adolescentes. El consejo Nacional para la igualdad internacional (2014), en relación a los servicios básicos en los hogares ecuatorianos dice que: “El avance en el acceso a agua por tubería dentro de la vivienda alcanzado en el país a lo largo de los últimos 30 años. Este acceso casi se ha duplicado: ha aumentado del 38% al 60% en el promedio nacional y en el caso del área urbana del 56% al 74%” (p.51). Entonces se concluye que, tras el trabajo gubernamental se ha logrado a cubrir las necesidades básicas de la población y brindar un mejor estilo de vida.

#### 4.1.2 Análisis de variables familiares

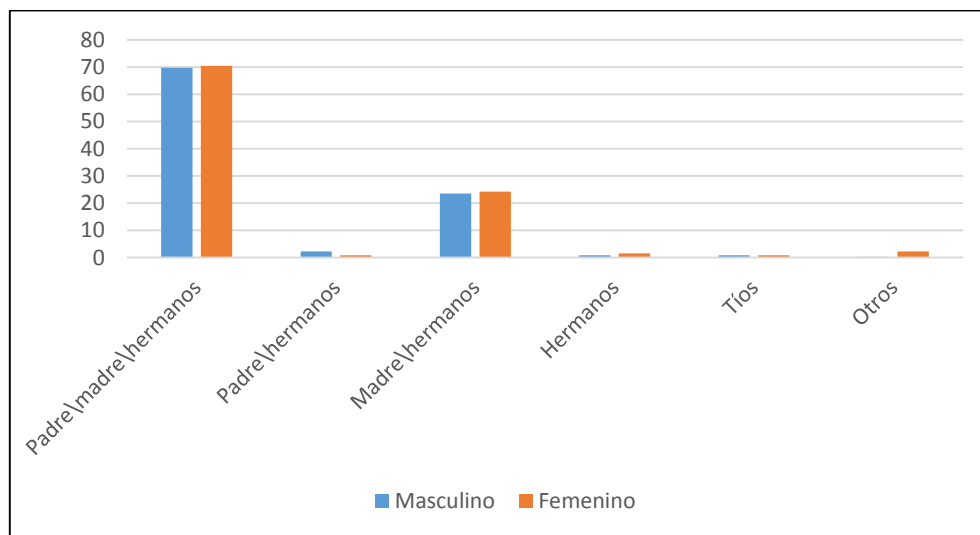
En el segundo segmento se analizan los resultados obtenidos en función de variables de las personas con las que viven, relación afectiva con padres, relación afectiva con hermanos, escolaridad del padre y madre. Las variables cualitativas se muestran con la frecuencia (*f*) y la representación porcentual (%). La prueba de contraste para determinar diferencias entre los grupos comprende la Prueba *Chi cuadrado de Pearson* ( $X^2$ ) (ver tabla 4.2).

**Tabla 4.2: Distribución de las variables familiares**

Variables	Masculino; n=132		Femenino; n=132		Contraste $X^2$
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Personas con las que vive</b>					
Padre/madre/hermanos	92	69,7%	93	70,5%	,913
Padre/hermanos	3	2,3%	1	0,8%	
Madre/hermanos	31	23,5%	32	24,2%	
Hermanos (as)	1	0,8%	2	1,5%	
Tíos (as)	1	0,8%	1	0,8%	
Otro	4	3%	3	2,3%	
<b>Relación afectiva con padres</b>					
No tengo relación	5	3,8%	0	0%	,010
Conflictiva	6	4,5%	3	2,3%	
Distante	19	14,4%	10	7,6%	
Cercana	62	47%	58	43,9%	
Muy cercana	40	30,3%	61	46,2%	
<b>Relación afectiva con hermanos</b>					
No tengo relación	11	8,3%	9	6,8%	,046
Conflictiva	7	5,3%	4	3%	
Distante	16	12,1%	7	5,3%	
Cercana	58	44%	49	37,1%	
Muy cercana	40	30,3%	63	47,7%	
<b>Escolaridad del padre</b>					
Primaria	34	25,8%	51	38,6%	,078
Secundaria	73	55,3%	62	47%	
Universitaria	25	18,9%	16	14,4%	
<b>Escolaridad de la madre</b>					
Primaria	34	25,8%	47	35,6%	,203
Secundaria	64	48,5%	58	43,9%	
Universitaria	34	25,8%	27	20,5%	

Nota: 264 observaciones

En relación a la variable personas que viven (ver tabla 4.2), en el grupo de adolescentes varones el 69,7% vive con sus padres y hermanos (as), el 2,3 solo con su padre y hermanos (as), el 23,5% con madre y hermanos (as), el 0,8% afirma vivir con hermanos (as) o tíos (as) respectivamente y el 3% dice vivir con otros familiares u otro tipo de personas; mientras que en el grupo de adolescentes mujeres el 70,5% vive con su padre madre y hermanos (as), el 0,8% afirma vivir con padres y hermanos (as), el 24,2% indica vivir con madre y hermanos (as), el 1,5% convive solo con hermanos (as), el 0,8% vive con tíos (as) y el 2,3% restantes alegan vivir con otro familiar u otra persona. Se evidencia que existe equidad en los grupos de participantes porque no se encuentra diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,913; p > .5$ .

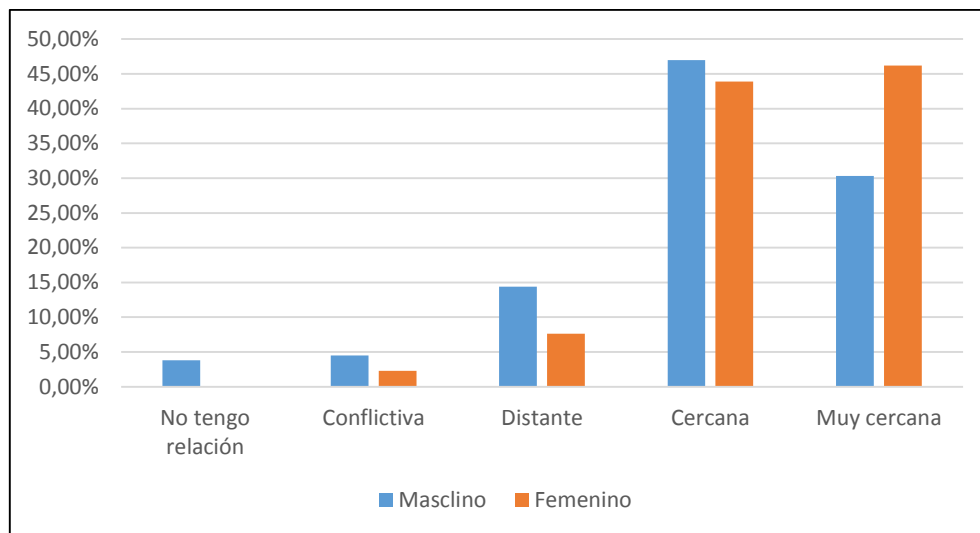


**Gráfico 4.4: Distribución por sexos de la variable con quien vive el adolescente**

El gráfico anterior muestra que en su gran mayoría los hogares en hombres y mujeres están conformados por su padre madre y hermanos; en segundo lugar se encuentra el hogar monoparental vía materna; en tercer lugar el hogar monoparental vía paterna. Al encontrar un alto porcentaje en hogares conformados por madres e hijos, Ospina y Milic

(2015), afirman que: “Se logró evidenciar que en la mayoría de casos se dan relaciones afectivas muy estrechas, donde prima la comunicación asertiva y afectiva y se ha establecido una relación basada en el cariño, el amor, la confianza” (p, 23). Se concluye que al faltar una figura paterna en la familia, la madre busca satisfacer esa ausencia adoptando un rol protector y esto conlleva a mantener cercanía en los vínculos afectivos y a la satisfacción de cualquier necesidad que sobrelleve sus hijos o hijas.

En la variable correspondiente a la relación afectiva con los padres, el grupo de adolescentes participantes varones el 3,8% no posee ningún tipo de relación con sus padres, el 4,5% afirma que la relación afectiva es conflictiva, el 14,4% alega que la relación es distante, el 47% mantiene una relación cercana y el 30,3% la relación afectiva es muy cercana; mientras en el grupo participante de adolescentes mujeres el 2,3% mantiene una relación conflictiva con sus padres, el 7,6% refiere tener una relación distante con sus progenitores, el 43,9% afirma tener una relación cercana con su padre y el 46,2% indican tener una relación muy cercana con sus padres. Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos  $X^2 = ,010; p < .5$  (ver tabla 4.2).

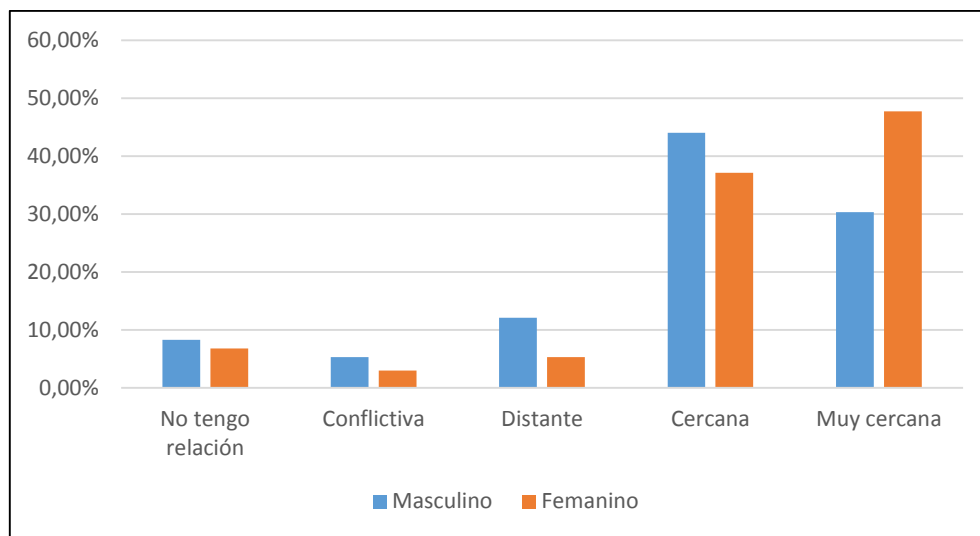


**Gráfico 4.5: Distribución de la variable relaciones afectiva por género**

Con el gráfico anterior se concluye que el grupo de adolescentes varones se sitúa en primer lugar la relación afectiva cercana con un mayor porcentaje que las adolescentes mujeres; mientras que en el grupo de adolescentes mujeres predominan las relaciones afectivas muy cercanas con sus padres. En estudio realizado por Ripoll y otros (2009), en la ciudad de Bogotá perteneciente a Colombia titulado relación entre hermanos y ajuste psicológico en adolescentes: los efectos de la calidad de la relación padres-hijos, afirman que: “La presencia de modelos de relación positivos en las relaciones padres-hijos influyen en las relaciones en otros subsistemas familiares (por ejemplo, la relación entre hermanos)” (Ripoll, Carrillo, & Castro, 2009, p. 130), así que las adolescentes mujeres tendrán mejores vínculos afectivos con hermanos (as) y sus pares, en la siguiente variable se comprueba este postulado.

En lo que corresponde a la variable de relación afectiva con hermanos (as), en cuanto al grupo de participantes de adolescentes varones, el 8,3% no tienen ningún tipo de

relación, el 5,3% presenta relaciones conflictivas, el 12,1% afirma ser distantes afectivamente de sus hermanos (as), el 44% mantiene una relación cercana y el 30,3% alega tener relaciones muy cercanas entre hermanos (as); mientras en el grupo de adolescentes mujeres participantes el 6,8% no presenta ningún tipo de relación, el 3% son relaciones conflictivas entre hermanos (as), el 5,3% afirma ser distantes afectivamente, el 37,1% son cercanos en la relación con sus hermanos (as) y el 47,7% indica tener relaciones muy cercanas. No se encuentra similitudes entre los grupos participantes ya que se presentan diferencias estadísticas significativas  $X^2 = ,046$ ;  $p < .5$  (Ver tabla 4.2).



**Gráfico 4.6: Distribución de la variable relación afectiva con hermanos por género**

Con el gráfico se concluye que en el grupo de adolescentes varones existe un predominio de las relaciones cercanas entre hermanos; mientras que en el grupo de adolescentes mujeres existe un mayor porcentaje en las relaciones afectivas muy cercanas con sus hermanos (as). En un estudio realizado por Facio y Resett (2007), Desarrollo de las relaciones con padres y hermanos en adolescentes argentinos realizado en adolescentes

13 y 17 años en argentina, se afirma que: “La salud psicológica de las chicas depende en mayor medida de las relaciones con los hermanos/as que la de los muchachos” (Facio & Resett, 2007, p. 265). Se entiende entonces, que las adolescentes mujeres necesitan tener relaciones afectivas cercanas con sus hermanos (as), para poder mantener una estabilidad emocional y psicológica, esto anteriormente citado no se evidencia en los adolescentes varones.

En relación con la variable de escolaridad del padre, en el grupo de adolescentes varones el 25,8% afirma que el padre aprobó la primaria, el 55,3% han concluido la secundaria y el 18,9% han obtenido un título del tercer nivel; mientras que en el grupo de adolescentes mujeres el 38,6% de las madres han cursado la primaria, el 47% han obtenido su título de bachillerato y el 14,4% han concluido los estudios universitarios. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos  $X^2 = ,078$ ;  $p < .5$  (Ver tabla 4.2).

En la variable de escolaridad de la madre, el grupo participante de adolescentes varones el 25,8% afirma que su madre estudió solamente la primaria, el 48,5% de las madres concluyeron su estudio de secundaria y el 25,8% han obtenido sus estudios universitarios; mientras en el grupo de participantes de mujeres el 35,6% han culminado la primaria 43,9% han obtenido su título de bachillerato y el 20,5% han terminado sus estudios de tercer nivel. Entre los grupos no existe similitud, ya que se encuentra diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,203$ ;  $p < .5$ .

### 4.1.3 Análisis de las variables sociales

En esta sección se analizó los resultados obtenidos en función de variables: grupo de amigos, la frecuencia de convivencia con amigos, relación con el grupo de amigos, actividades con grupo de amigos, lugar de concurrencia con amigos. Las variables cualitativas se muestran con la frecuencia ( $f$ ) y la representación porcentual (%). La prueba de contraste para determinar diferencias entre los grupos comprende la Prueba *Chi cuadrado de Pearson* ( $X^2$ ) (ver tabla 4.3).

**Tabla 4.3: Distribución de las variables sociales**

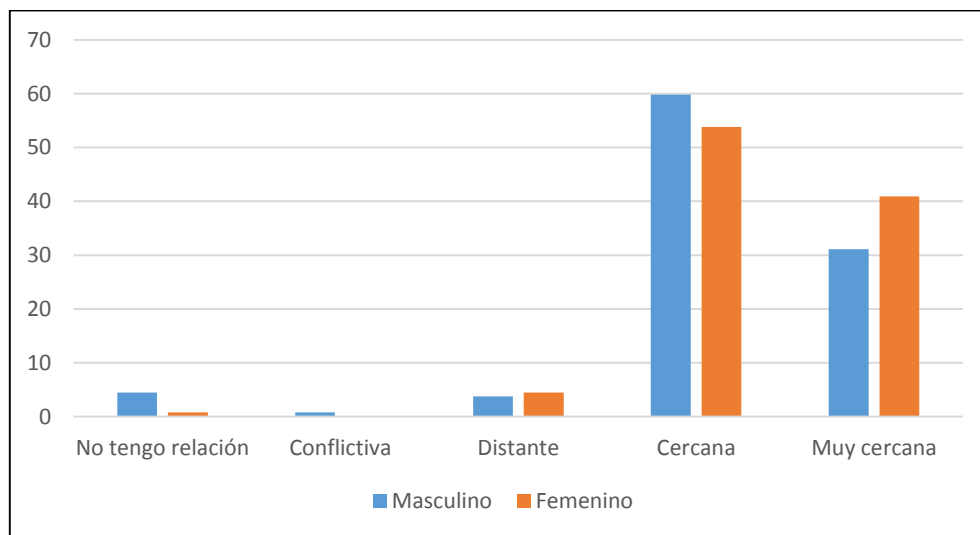
Variables	Masculino; n=132		Femenino; n=132		Contraste $X^2$
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Grupo de amigos</b>					
Colegio	74	56,1%	89	67,4%	,297
Barrio	26	19,7%	17	12,9%	
Grupo deportivo	16	12,1%	9	6,8%	
Grupo religioso	3	2,3%	2	1,5%	
Clase extracurricular	2	1,5%	4	3%	
Otro	11	8,3%	1	8,3%	
<b>Frecuencia con amigos</b>					
Todos los días	90	68,2%	92	69,7%	,289
3 veces por semana	18	13,6%	14	10,6%	
2 veces por semana	14	10,6%	8	6,1%	
1 vez por semana	5	3,8%	12	9,1%	
2 veces por mes	1	0,8%	3	2,3%	
1 vez por mes	4	3	3	2,3%	
<b>Relación con el grupo de amigos</b>					
No tengo relación	6	4,5%	1	0,8%	,143
Conflictiva	1	0,8%	0	0%	
Distante	5	3,8%	6	4,5%	
Cercana	79	59,8%	71	53,8%	
Muy cercana	41	31,1%	54	40,9%	
<b>Actividades con grupo de amigos</b>					
Deportivas	50	37,9%	36	27,3%	,439
Académicas	20	15,2%	24	18,2%	
Lúdicas	10	7,6%	9	6,8%	
Recreativas	25	18,9%	31	23,5%	
Otras	27	20,5%	32	24,2%	
<b>Lugar de concurrencia con amigos</b>					
Parques	63	47,7%	73	55,3%	,015
Centros comerciales	7	5,3%	9	6,8%	
Discotecas /Bares	14	10,6%	1	0,8%	
Iglesia	4	3%	5	3,8%	
Otro	44	33,3%	44	33,3%	

Nota: 264 observaciones

En lo relacionado con la variable grupo de amigos (ver tabla 4.3), en los participantes adolescentes varones el 56,1% afirma que su grupo de amigos pertenecen al colegio, el 19,7% indica que sus amigos son de su barrio de residencia, el 12,1% alega que corresponden a un grupo deportivo, el 2,3% pertenecen a un grupo religioso, el 1,5% son de clases extracurriculares y el 8,3% sus amigos conciernen a otro tipo de grupo; mientras que las participantes mujeres el 67,4% posee amigos en el colegio, el 12,9% su grupo de amigos provienen a su barrio, el 6,8% corresponden a su grupo deportivo, el 1,5% son practicantes de una religión, el 3% son de clases extracurriculares y el 8,3% proceden de algún otro tipo de grupo. Se entiende que entre los grupos no existe una similitud, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,297$ ;  $p < .05$ .

Lo que corresponde a la variable de frecuencia con la que pasa tiempo con sus amigos (as), en el grupo de adolescentes varones el 68,2% afirma que frecuentan a sus amigos (as) todos los días, el 13,6% afirma salir 3 veces por semana, el 10,6% refiere que conviven 2 veces por semana, el 3,8% frecuenta 1 vez por semana, el 0,8% 2 veces al mes y el 3% 1 vez al mes; mientras que el grupo de participantes mujeres el 69,7% dicen salir con sus amigos (as) todos los días, el 10,6% refiere frecuentar 3 veces por semana, el 6,1% afirma salir 2 veces por semana, el 9,1% conviven con sus amigos (as) 1 vez por semana, el 2,3% dice realizar actividades 2 veces por mes y el 2,3% restante solo salen con sus amigos 1 vez por mes. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,289$ ;  $p < .05$  (ver tabla 4.3).

En la variable de relación afectiva con sus amigos (as), en el grupo de participación de adolescentes varones el 4,5% afirman no tener ningún tipo de relación, el 0,8% indican tener relaciones conflictivas, el 3,8% refiere ser distantes de sus amigos (as), el 59,8% mencionan que mantienen una relación cercana y el 31,1% señalan ser muy cercanos a su grupo de amigos (as); mientras que en el grupo de adolescentes mujeres el 0,8% expresa que no existe ningún tipo de relación, el 4,5% mantiene relaciones distantes, el 53,8% refiere tener relaciones muy cercanas con sus amigos (as), y el 40,9% afirman que la relación con sus pares son muy cercanas. Se entiende que entre los grupos no existe una similitud, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 =,143; p < .05$  (ver tabla 4.3).



**Gráfico 4.7: Distribución por sexos de la variable relación afectivas con pares**

En el gráfico anterior se observa, que existen puntuaciones similares en relaciones distantes en ambos grupos participantes; de igual manera se entiende que los adolescentes varones presentan relaciones cercanas con sus pares que en comparación con las adolescentes mujeres (no estadísticamente significativo); por otro lado las

participantes mujeres presentan mayor puntuación en relaciones muy cercanas con sus pares que en comparación de los adolescentes varones. En estudio titulado: Relaciones de autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años, realizado por Garalgordobll y Durá (2003), en centros escolares de la provincia de Guipúzcoa España, mostraron niveles altos las adolescentes mujeres en diversos tipos de conductas sociales positivas como cooperación, habilidades sociales apropiadas, capacidad para trabajar en equipo, competencia social, estrategias y conductas prosociales y adaptación social; mientras que los adolescentes varones presentaron asertividad inapropiada y sobreconfianza (Garalgordobll & Duré , 2006). Con esto se concluye que, al presentarse un mayor puntaje en relaciones afectivas muy cercanas en las adolescentes mujeres logran establecer vínculos más afectivos y cercanos que relaciones utilitarias que en comparación con los varones, así también se muestra que los participantes varones proyectan mayores relaciones conflictivas y distantes por presentar tendencia a los mecanismos sociales inapropiados.

En lo relacionado con la variable de actividades que realiza con sus amigos (as), en los participantes varones el 37,9% afirma que practica actividades deportivas, el 15,2% realiza actividades académicas, el 7,6% actividades lúdicas, el 18,9% realizan actividades recreativas y el 20,5% practican otro tipo de actividades; mientras que el grupo de adolescentes mujeres el 27,3% practican actividades deportivas, el 18,2% actividades académicas, el 6,8% realizan actividades lúdicas, el 23,5% practican actividades de recreación y el 24,2% realizan otro tipo de actividades. Se detectaron

diferencias estadísticamente significativas entre los grupos participantes  $X^2 = ,439; p < .05$  (ver tabla 4.3).

Lo que corresponde a la variable de lugares de concurrencia con amigos, en el grupo de adolescentes varones el 47,7% visitan parques, el 5,3% asisten a centros comerciales, el 10,6% acuden a bares o discotecas, el 3% se congregan en cualquier iglesia, el 33,3% suelen concurrir otros tipos de lugares; mientras que en el grupo de adolescentes mujeres el 55,3% asisten a parques, el 6,8% concurren a centros comerciales, el 0,8% a bares y discotecas, 3,8% asisten a iglesias y el 33,3% concurren a otros tipos de lugares. Se entiende que entre los grupos no existe una similitud, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,015; p < .05$  (ver tabla 4.3).

#### **4.1.4 Análisis de las variables de salud y escolar**

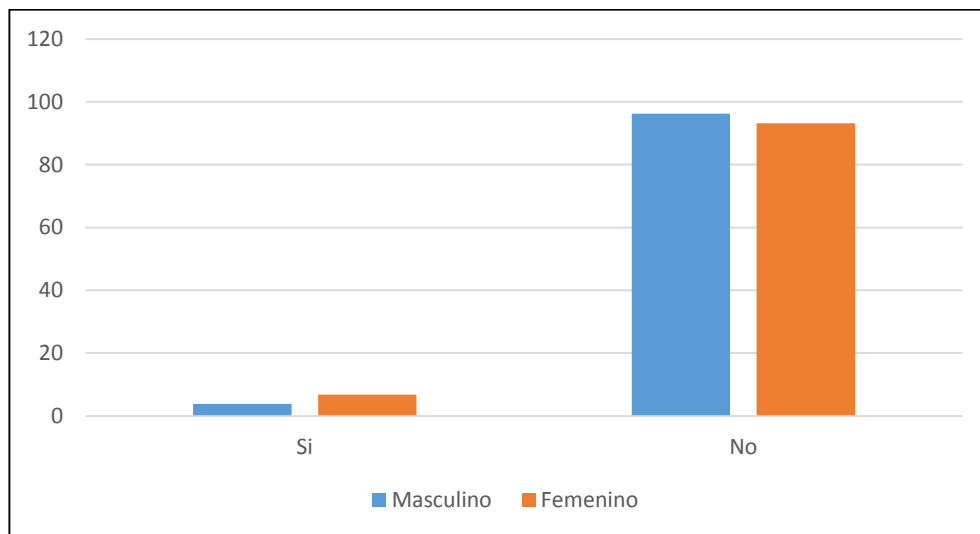
En esta sección se analizó los resultados obtenidos en función de variables: salud física actual, enfermedad física, tratamiento farmacológico, tratamiento psicológico, nivel académico, pérdida de año, relación con los docentes. Las variables cualitativas se muestran con la frecuencia ( $f$ ) y la representación porcentual (%). La prueba de contraste para determinar diferencias entre los grupos comprende la Prueba *Chi cuadrado de Pearson* ( $X^2$ ) (ver tabla 4.4).

**Tabla 4.4: Distribución de las variables de salud y escolar**

Variables	Masculino; n=132		Femenino; n=132		Contraste X <sup>2</sup>
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Salud Física</b>					
Muy mala (1)	2	1,5%	4	3%	
Mala (2)	2	1,5%	4	3%	
Regular (3)	24	18,2%	26	19,7%	,622
Buena (4)	73	55,3%	75	56,8%	
Muy buena (5)	31	23,5%	23	17,4%	
<b>Enfermedad física actual</b>					
Si	5	3,8%	9	6,8%	,272
No	123	96,2%	127	93,2%	
<b>Tratamiento Farmacológico</b>					
Si	13	9,8%	12	9,1%	,834
No	119	90,2%	120	90,9%	
<b>Tratamiento Psicológico</b>					
Si	8	6,1%	10	7,6%	,625
No	124	93,9%	122	92,4%	
<b>Nivel académico</b>					
Primero de bachillerato	53	40,2%	53	40,2%	
Segundo de bachillerato	35	26,5%	35	26,5%	1,00
Tercero de Bachillerato	44	33,3%	44	33,3%	
<b>Perdida de año</b>					
Si	35	26,5%	27	20,5%	,245
No	97	73,5%	105	79,5%	
<b>Relación con los docentes</b>					
Buenas	62	47%	82	62,1%	
Regulares	54	40,9%	40	30,3%	,099
Conflictivas	6	4,5%	4	3%	
No existe	10	7,6%	6	4,5%	

En lo relacionado con la variable salud física actual, el grupo de adolescentes varones el 0,5% afirman tener una salud física muy mala, de igual manera el 1,5% con una condición de salud mala, el 18,2% refiere tener salud física regular, el 55,3% indican tener buena salud y el 23,5% expresan estar con una condición muy buena; mientras que el grupo de participantes de adolescentes mujeres un 3% afirman tener muy mala y mala salud física respectivamente, el 19,7% indican estar en condiciones físicas regulares, el 56,8% poseen una buena salud y el 17,4% señalan estar con una muy buena salud física. Se entiende que entre los grupos existe una similitud, ya que no se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,622; p > .05$  (ver tabla 4.4).

Lo que corresponde a la variable enfermedad física, en el grupo de participantes adolescentes varones el 3,8% afirman que sí padecen algún tipo de enfermedad y el 96,2% indican no tener ninguna aflicción fisiológica; mientras que el grupo de adolescentes mujeres el 6,8% expresan sufrir enfermedades y el 93,2% refiere no padecer ninguna enfermedad. Se entiende que entre los grupos no existe una similitud, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,277$ ;  $p < .05$  (ver tabla 4.4).

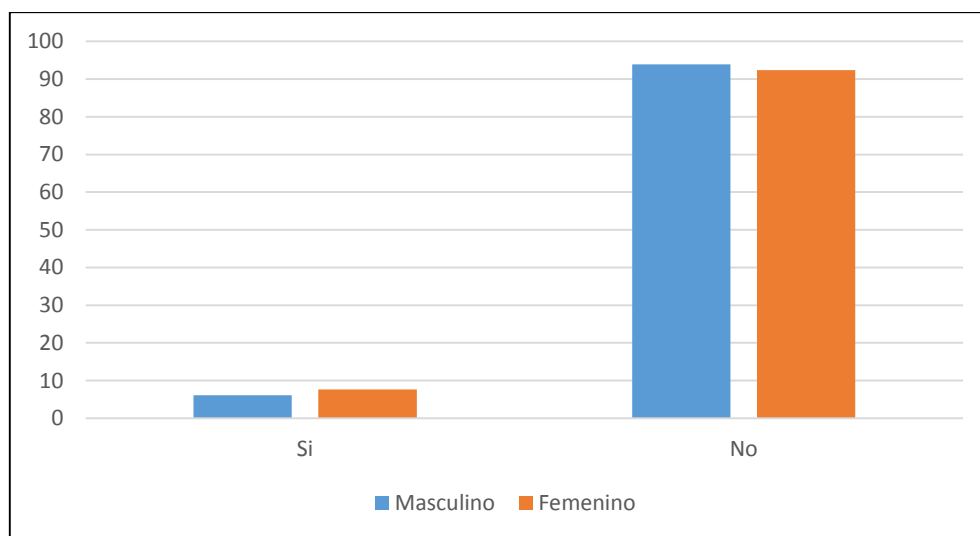


**Gráfico 4.8: Distribución por sexos la variable enfermedad física actual**

Con el gráfico anterior se observa que existe mayor porcentaje en las adolescentes mujeres en padecer alguna enfermedad física, para Barra y Cancino (2005), en su estudio de factores psicosociales y problemas de salud afirma que: “Las adolescentes mujeres informaron significativamente más problemas de salud, mayor impacto de los sucesos estresantes y especialmente mayor ánimo depresivo que los hombres” (237). Con esto se concluye que, las adolescentes mujeres son propensas a padecer cualquier tipo de enfermedad por el estado de ánimo que llegan a percibir.

En la variable tratamiento farmacológico, entre los adolescentes varones el 9,8% afirman que si reciben algún tipo de medicamento y el 90,2% dicen que no consumen ningún tipo de tratamiento; mientras que el grupo de adolescentes mujeres el 9,1% refiere recibir medicación continua y el 90,9% dicen que no consumen ningún tipo de medicamento. Se entiende que entre los grupos existe una similitud, ya que no se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,834; p > .05$  (ver tabla 4.4).

En lo que corresponde a la variable de tratamiento psicológico, el grupo de participantes adolescentes varones el 6,1% expresan estar asistiendo a terapia psicológica y el 93,9% no se encuentran en tratamiento psicológico; mientras que el grupo de adolescentes mujeres el 7,6% refiere recibir tratamiento psicológico y el 92,4% no lo hacen en la actualidad. Se entiende que entre los grupos existe una similitud, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,625; p > .05$  (ver tabla 4.4).

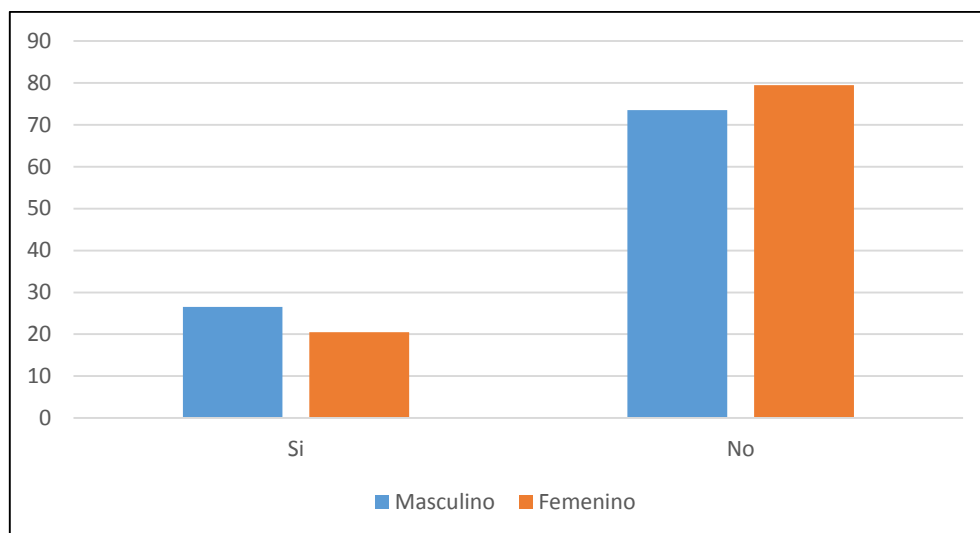


**Gráfico 4.9: Distribución por sexos de la variable tratamiento psicológico**

Con este gráfico se entiende que, las adolescentes mujeres tienden a acudir más a terapia psicológica que los adolescentes varones, para Labrador y García (2010), en sus estudios de demanda de atención psicológica en la práctica clínica afirman que: “Dos tercios de los pacientes sean mujeres. Las mujeres presenten más problemas psicológicos que los hombres, algo que reflejan los datos epidemiológicos sobre ansiedad y depresión, pero no es tan evidente en otros problemas” (p. 623). Con esto se concluye que, las adolescentes mujeres tienen a solicitar o acudir a orientación, terapia, asesoramiento cuando sienten que la situación lo amerita, mientras que los adolescentes varones llegan a ser más reacios para solicitar ayudar a un profesional de la salud mental.

En la variable nivel académico que cursa, el grupo de participantes adolescentes varones, el 40,25 afirma que cursan el primero de bachillerato, el 26,5% de segundo de bachillerato y un 33,3% pertenecen al tercero de bachillerato; mientras que el grupo de adolescentes mujeres el 40,2% son de primero de bachillerato, el 26,5% pertenecen al segundo de bachillerato y un 33,3% son del tercer de bachillerato. Se entiende que entre los grupos existe una similitud, ya que no se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = 1,00; p > .05$  (ver tabla 4.4).

En relación con la variable pérdida de año, en los adolescentes varones se encuentra que el 26,5% ha perdido el año y el 73,5% no lo ha hecho; mientras que en el grupo de participantes mujeres el 20,5% han repetido el nivel y el 79,5% no ha sufrido la pérdida de ningún año. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,245; p < .05$  (ver tabla 4.4).

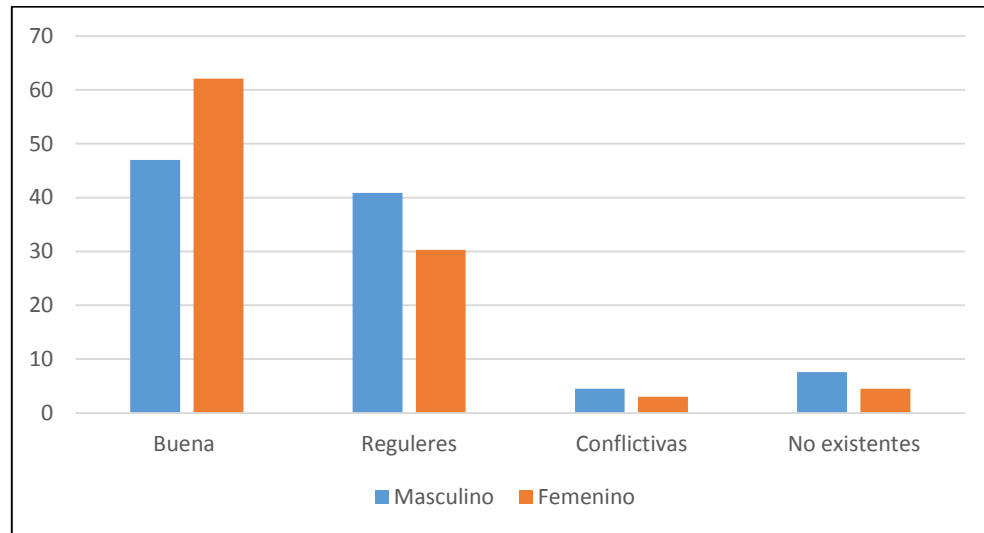


**Gráfico 4.10: Distribución por sexos de la variable perdida de año**

Con el gráfico anterior se entiende que, existe mayor porcentaje de perdida de año en adolescentes varones comparación que en comparación de las adolescentes mujeres. Para Urquijo (2002), afirma que: “la autoestima se asocia al sexo y a la edad cronológica de los sujetos, indicando que los varones tenían más experiencias de fracaso académico” (p.217). Con esto se concluye que los adolescentes varones tienden más a una inestabilidad emocional y que esto afecta directamente a su rendimiento académico y genera fracaso en el ambiente escolar.

En la variable de relación con los docentes, el grupo de participantes varones el 47% afirma que son buenas las relaciones, el 40,9% dice que son regulares, el 4,5% refiere que son relaciones conflictivas y el 7,6% afirman que no existe ningún tipo de relación; mientras que en el grupo de adolescentes mujeres el 62,1% indican que las relaciones son buenas, el 30,3% refiere que son relaciones regulares, el 3% mantienen relaciones conflictivas y el 4,5% expresan que no existen ningún tipo de relación. Se entiende que

entre los grupos no existe una similitud, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,099; p < .05$  (ver tabla 4.4).



**Gráfico 4.11: Distribución por género de relaciones afectivas con maestros.**

Con el gráfico anterior se evidencia que, las participantes adolescentes mujeres presentan un predominio en las relaciones afectivas con sus maestros en comparación de los participantes varones. Para investigadores como Ruiz y otros (2009), afirman que: “El clima escolar es positivo cuando el alumno se siente cómodo, valorado y aceptado en un ambiente fundamentado en el apoyo, la confianza y el respeto mutuo entre profesorado y alumnos y entre iguales” (p. 125). Se entiende que, las adolescentes mujeres perciben el clima escolar como un lugar apto para poder establecer relaciones afectivas con sus maestros y pares, esto se ha evidenciado a lo largo de la investigación ya que las participantes mujeres establecen mejor relación afectiva con padres, hermanos (as), pares y maestros (as).

#### **4.1.5 Análisis de las variables personales**

En esta sección se analizó los resultados obtenidos en función de variables: estado emocional, religión, pareja sentimental, jóvenes trabajando, consume alcohol, consume cigarrillo, consume marihuana, consume otras sustancias, actividades del tiempo libre. Las variables cualitativas se muestran con la frecuencia ( $f$ ) y la representación porcentual (%). La prueba de contraste para determinar diferencias entre los grupos comprende la Prueba *Chi cuadrado de Pearson* ( $X^2$ ) (ver tabla 4.5).

**Tabla 4.5: Distribución de variables personales**

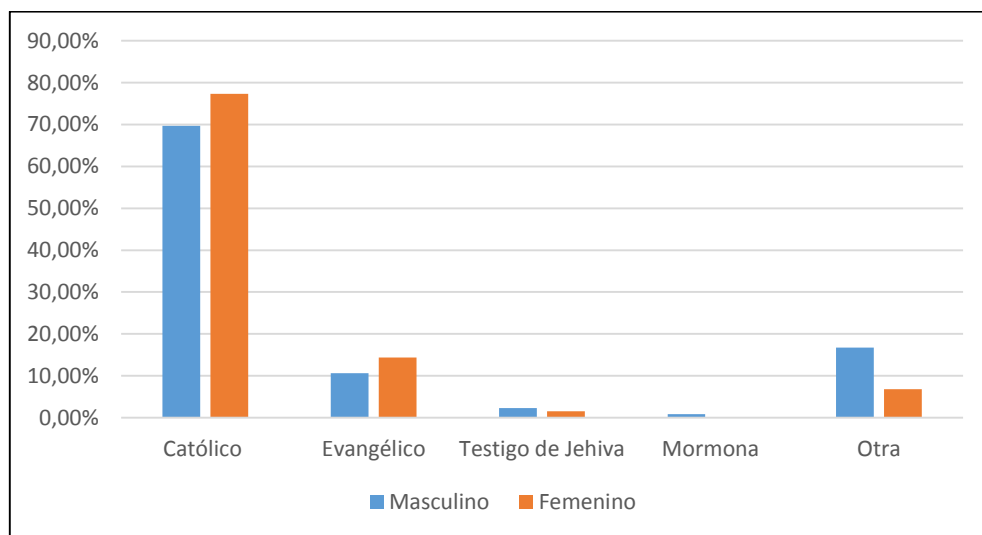
Variables	Masculino; n=132		Femenino; n=132		Contraste <b>X<sup>2</sup></b>
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Estado emocional</b>					
Irritable	9	6,8%	9	6,8%	,128
Ansioso	9	6,8%	5	3,8%	
Triste	7	5,3%	10	7,6%	
Tranquilo	75	56,8%	59	44,7%	
Feliz	32	24,2%	49	37,1%	
<b>Religión</b>					
Católico	92	69,7%	102	77,3%	,094
Evangélico	14	10,6%	19	14,4%	
Testigo de Jehová	3	2,3%	2	1,5%	
Mormona	1	0,8%	0	0%	
Otra	22	16,7%	9	6,8%	
<b>Pareja sentimental</b>					
Si	40	30,3%	51	38,6%	,154
No	92	69,7%	81	61,4%	
<b>Jóvenes trabajando</b>					
Si	32	24,2%	23	17,4%	,173
No	100	75,8%	109	82,6%	
<b>Consume alcohol</b>					
Si	48	36,4%	32	24,2%	,032
No	84	63,6%	100	75,8%	
<b>Consume cigarrillo</b>					
Si	12	9,1%	4	3%	,039
No	120	90,9%	128	97%	
<b>Consume marihuana</b>					
Si	14	10,6%	4	3%	,015
No	118	89,4%	128	97%	
<b>Consume otras sustancias</b>					
Si	5	3,8%	3	2,3%	,473
No	127	96,2%	129	97,7%	
<b>Actividades del tiempo libre</b>					
Caminar	16	12,1%	31	23,5%	,000
Leer	12	9,1%	21	15,9%	
Ver tv	26	19,7%	40	30,3%	
Club deportivo	39	29,5%	13	9,8%	
Grupo de estudio	2	1,5%	2	1,5%	
Clases extracurriculares	3	2,3%	4	3%	
Otra	34	25,8%	21	15,9%	

Nota: 264 observaciones

En la variable de estado emocional, el grupo de participantes adolescentes varones el 6,8% se encuentran irritables y ansiosos respectivamente, el 5,3% sienten tristeza, el 56,8% se sienten tranquilo y el 24,2% sienten felicidad; mientras que el grupo de adolescentes mujeres el 6,8% afirman encontrarse irritables, el 3,8% indican estar

ansiosas, el 7,6% sienten tristeza, el 44,7% se encuentran tranquilas y el 37,1% se sienten felices. Se entiende que entre los grupos no existe una similitud, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,128$ ;  $p < .05$  (ver tabla 4.5).

En relación con la variable religión con la que se identifican, el grupo de adolescentes varones el 69,7% indican practicar la religión católica, el 10,6% se orientan por ser evangélicos, el 2,3% afirman ser testigos de Jehová, el 0,8% expresan ser mormones y el 16,7% profesan otro tipo de religión; mientras que el grupo de adolescentes mujeres el 77,3% son partidarias del catolicismo, el 14,4% practican la religión evangélica, el 1,5% son testigos de Jehová y el 6,8% practican o profesan otro tipo de religión. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,094$ ;  $p < .05$  (ver tabla 4.5).

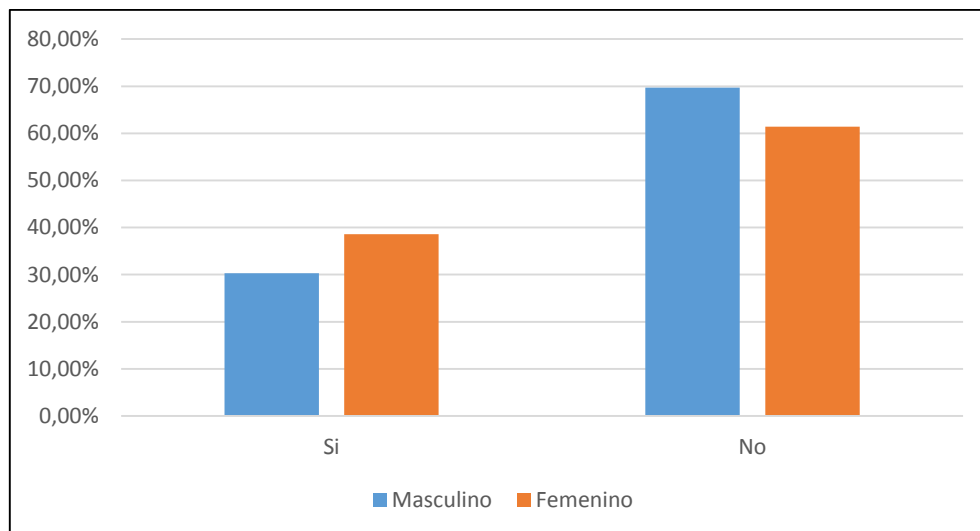


**Gráfico 4.12: Distribución de la variable religión por género**

Con el gráfico anterior se entiende que existe predominancia de la religión católica en los y las adolescentes, seguidas por la religión evangélica, en tercer puesto se encuentra

otro tipo de religión, en cuarto se encuentra la religión de los testigos de Jehová y en último lugar está la religión mormona. El INEC (2012), en sus primeras estadísticas oficiales sobre filiación religiosa en Ecuador, se obtienen los siguientes resultados: un 80,44% afirman ser católicos, el 11,30% son evangélicos, el 5,92% refieren ser de otra religión, el 1,29% indican ser testigos de Jehová y un 0,37% afirman ser mormones. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014), con esto se reafirma que la investigación ya que existen datos similares entre las dos investigaciones.

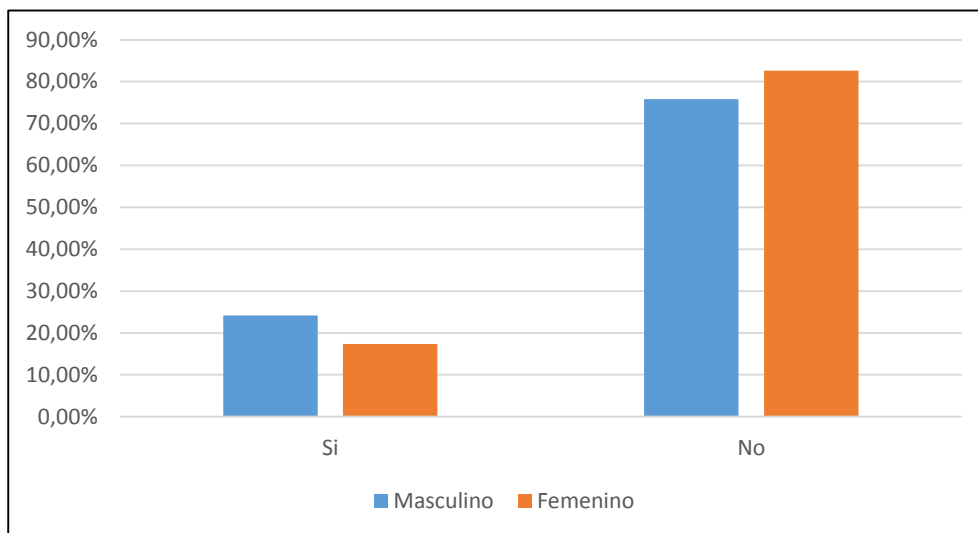
Con lo que respecta a la variable si los participantes se encuentran en una relación sentimental, el grupo de los adolescentes varones el 30,3% afirman que sí se encuentran en una relación y el 69,7% indican que no se encuentran con pareja en la actualidad; mientras que en el grupo de adolescentes mujeres el 38,6% refiere que si tienen pareja y el 61,4% expresan que no se encuentran en una relación afectiva. Se entiende que entre los grupos no existe una similitud, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,154; p < .05$ .



**Gráfico 4.13: Distribución de la variable relación afectiva de los adolescentes por género.**

El gráfico anterior muestra que existe predominancia a no tener una relación afectiva tanto en los adolescentes varones como en las adolescentes mujeres. La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos (2014), afirman en sus investigaciones que un 98,9% de los adolescentes en el año 2012 se mantenían solteros; mientras 96,2% de las adolescentes mujeres eran solteras. Con esto se concluye que en la actualidad se mantiene esta tendencia ya que los y las adolescentes participantes no mantienen ningún tipo de relación.

Con relación a la variable si trabajan en la actualidad, el grupo de participantes adolescentes varones el 24,2% afirman que se encuentran trabajando y el 75,8% indican que no laboran en la actualidad; mientras el grupo de adolescentes mujeres el 17,4% alegan que sí trabajan y el 82,6% refiere no poseen actividad laboral. Se entiende que entre los grupos no existe una similitud, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = 1,73$ ;  $p < .05$  (ver tabla 4.5).

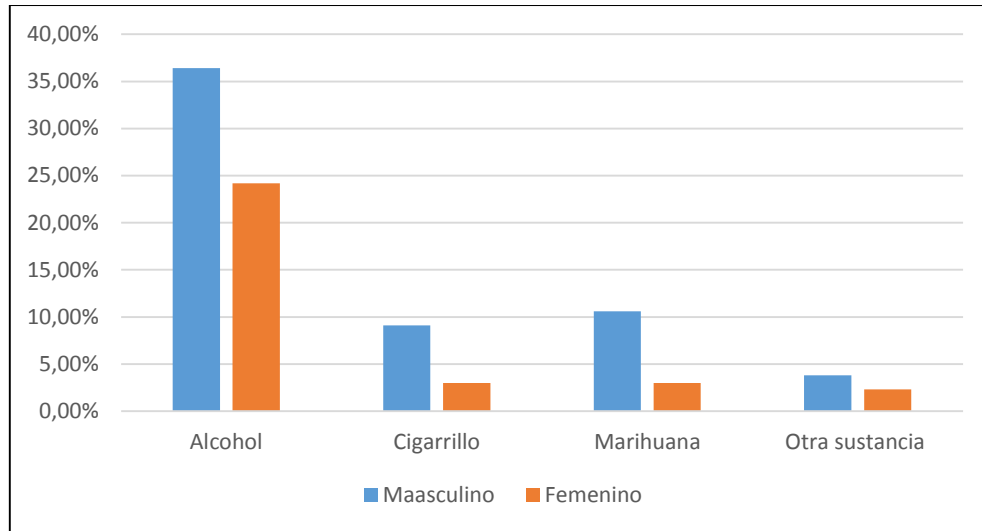


**Gráfico 4.14: Distribución de la variable trabajo por género.**

Con el gráfico anterior se entiende que existe un mayor número de adolescentes varones vinculados en el área de trabajo que las adolescentes mujeres. El Instituto Nacional de estadística y censos (2012), en su encuesta de uso de tiempo firman que el tiempo total de trabajo promedio de los hombres es superior al de las mujeres, en donde los adolescentes entre 12 y 19 años, existe una diferencia de 3 horas y 41 minutos entre varones y mujeres. Así también se evidencia una mayor cantidad varones trabajando que de mujeres adolescentes (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014). Se entiende que, los adolescentes varones tienden a trabajar más que las adolescentes mujeres a nivel nacional.

En las variables de consumo de alcohol, cigarrillo, marihuana y otro tipo de sustancias, en el grupo de adolescentes varones el 36,4% consumen alcohol, el 9,1% fuman, el 10,6% ingieren marihuana y el 3,8% consumen otro tipo de sustancias; mientras que en el

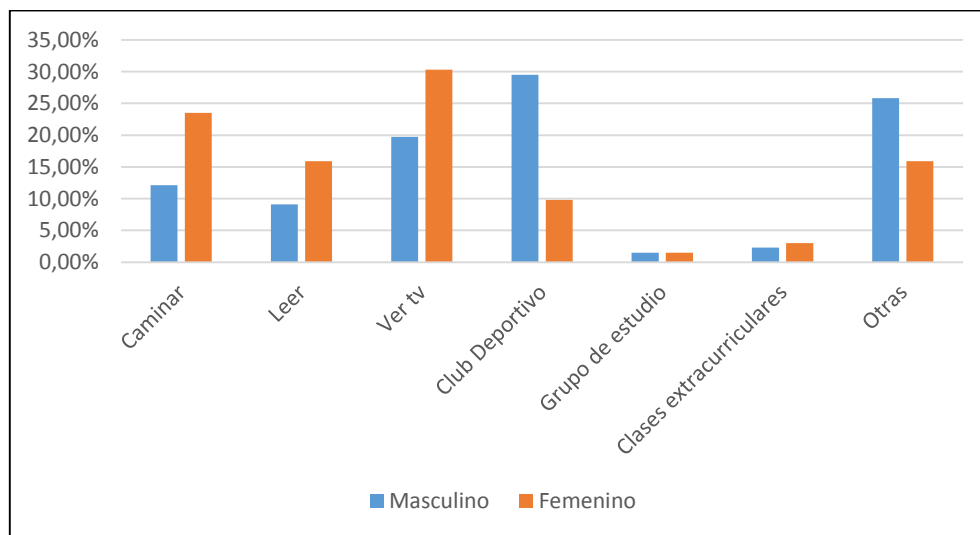
grupo de adolescentes mujeres el 23,2% consumen alcohol, el 3% fuman e ingieren marihuana respectivamente y el 2,3% consumen otro tipo de sustancias (ver tabla 4.5).



**Gráfico 4.15: Distribución de variable de consumo de sustancias por género.**

Con el gráfico anterior se concluye, los adolescentes varones consumen en mayor medida sustancias como: alcohol, cigarrillo y marihuana; en comparación con las adolescentes mujeres. En la investigación titulada: La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos (2014), dicen que los adolescentes que consumieron sustancias como alcohol o cigarrillos antes de los 14 años de edad, cifra que casi se ha duplicado en este último tiempo, se evidencia que de cada diez adolescentes varones consumen sustancias lo hacen tres adolescentes mujeres. (Instituto Nacional de Estadística y Cencos, 2014). Con esto se entiende que los adolescentes varones tienen a consumir mayor cantidad de drogas que en comparación de las adolescentes mujeres.

En lo que corresponde a la variable actividades que realizan los participantes en tiempos libres, el grupo de adolescentes varones el 12,1% afirman que suelen caminar, el 9,1% leen, el 19,7% ven televisión, el 29,5% pertenecen a un grupo deportivo, el 1,5% concurren a un grupo de estudio, el 2,3% asisten a clases extracurriculares y el 25,8% practican otro tipo de actividades; mientras el grupo de participantes mujeres el 23,5% caminan en sus tiempos libres, el 15,9% leen, el 30,3% suelen ver televisión, el 9,8% asisten a un club deportivo, el 1,5 concurren a grupos de estudio, el 3% pertenecen a alguna clase extracurricular y el 15,9% practican otro tipo de actividad. Se entiende que entre los grupos no existe una similitud, ya que se detectaron diferencias estadísticamente significativas  $X^2 = ,000; p < .05$  (ver tabla 4.5).



**Gráfico 4.16: Distribución de la variable de actividades de tiempo libre por género.**

Con este gráfico se entiende que, los adolescentes varones realizan actividades relacionado con lo físico en su tiempo libre; mientras que las participantes adolescentes mujeres la actividad con mayor frecuencia realiza es ver televisión. En un estudio realizado por Zaragoza y otros (2006), titulado: Los factores ambientales y su influencia

en los patrones de actividad física en adolescentes encontraron que las adolescentes mujeres tienen mayor índice sedentario en su actividad físico deportiva y los adolescentes varones tienen mayor índice de práctica moderado y vigoroso (Zaragoza, y otros, 2006). Con esto se concluye que, los adolescentes varones presentan actividades libres relacionada con el deporte mientras que las adolescentes mujeres presentan actividades más sedentarias de lectura.

## **4.2 Análisis comparativo de los factores de riesgo en adolescentes**

Los factores de riesgo comprenden elementos que tienen una gran posibilidad de originar o asociarse al desencadenamiento de un hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir, pueden ser la causa de un daño como moduladores del mismo si influyen en él. Para medir estos denominados factores de riesgo existe una variedad de herramientas estandarizadas y con altos niveles de confidencialidad y validez. En este estudio se utilizaron dos herramientas, la primera de ellas es el Cuestionario de Conductas Desadaptativas (CCD), de 38 ítems (García, 2004), así también se utilizó el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) de 176 ítems (Gómez-Maqueo, Barcelata Eguiarte, & Duran Patiño, 2010). Estos instrumentos fueron aplicados sin ningún inconveniente en los lugares escogidos para la investigación.

#### 4.2.1 Análisis comparativo de los datos obtenidos en el CCD

El CCD es una herramienta encargada de medir comportamientos de tipo disruptivo o transgresor con relación a personas y bienes materiales que llegaron a ser cometidos en el último año (Gracia, 2004). Este instrumento de medición consta de 38 ítems (2004), los cuales agrupan tres factores: a) Agresividad y conductas delictivas; b) Consumo de drogas y c) victimización. En lo relacionado con los puntajes este cuestionario se responde en base a una escala de Likert de 1 a 5 puntos. Altas puntuaciones en cada factor representan mayor comportamiento disruptivo o trasgresor realizado por los participantes en el último año.

##### 4.2.1.1 Análisis comparativo por género del CCD

A partir de las agrupaciones de la muestra a comparar son: adolescentes varones  $n=132$  y adolescentes mujeres  $n=132$ , se presentan los datos obtenidos a través del Cuestionario de Conductas Desadaptativas en sus 3 dimensiones. Los datos descriptivos se presentan a través de la media aritmética ( $M$ ), la Desviación Estándar ( $Ds$ ) y a su vez se aplicó la prueba  $t$  de student con el objetivo de calcular diferencias significativas en la comparación de los dos grupos previamente mencionados (ver tabla 4.6).

**Tabla 4.6: Análisis comparativo entre adolescentes varones y adolescentes mujeres**

Variable	varones $n=132$			mujeres $n=132$			T p <0.000
	M	Ds.	Err. Tip.	M	Ds.	Err. Tip.	
Agresividad y Conductas delictivas	40,24	11,83	1,030	34,28	9,06	,789	0.000***
Consumo de drogas	7,47	3,72	,324	6,34	2,244	,195	0.003*
Victimización	13,11	4,997	,435	12,63	4,928	,429	0,435

Nota: 264 observaciones

En relación con los datos analizados, se evidencia que existe la presencia en varones de conductas agresivas y delictivas con una  $M=40,24$  y una  $Ds=11,83$ ; mientras que las adolescentes mujeres tuvieron una  $M=34,28$  y un  $Ds=9,06$ , así también en los varones en la dimensión de consumo de drogas obtuvieron una  $M=7,47$  y  $Ds=3,72$ ; mientras que las adolescentes mujeres, alcanzaron una  $M=6,34$  y una  $Ds=2,244$ . Con la prueba  $t$  de student se establece que existe una diferencia significativa en las dimensiones de agresividad, conductas delictivas con un  $p<0.000^{***}$  y consumo de drogas  $p<0.005^{**}$ . Danto entender que los adolescentes varones tienden mayormente a la agresividad, realizar conductas delictivas y a consumir drogas que las adolescentes mujeres.

El autor Ray Crozier en su libro: Diferencias individuales en el aprendizaje: Personalidad y rendimiento escolar (2001), dice que en la adolescencia se produce diferencias físicas y psicológicas entre hombres y mujeres; en la pubertad, en los varones se produce un aumento de la hormona testosterona, lo cual es un factor que genera agresividad en los adolescentes de este sexo, esto se evidencia mayormente en la adolescencia, cabe recalcar que esta hormona va decreciendo paulatinamente con el paso de los años (Ray Crozier, 2001). Para corroborar lo antes citado para Mingote y Requena en su libro titulado El malestar de los jóvenes contextos, raíces y experiencias afirma que: “Las diferencias de género se han fijado naturalmente en el papel potencial de la testosterona y la agresión física de los muchachos. La mayoría de los estudios se han realizado después de la aparición de la pubertad, sugiriendo que el efecto activador depende de la maduración física” (p. 205). Con esto se entiende que, al momento de

comenzar la etapa de la adolescente, en el varón se evidencia mayores niveles de agresividad por el aumento de la testosterona.

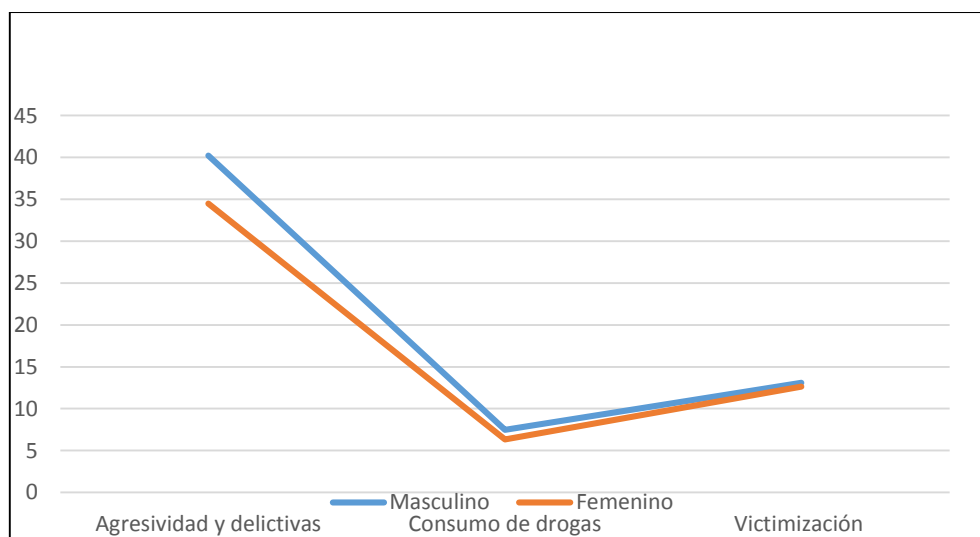
En lo relacionado con la conducta delictiva, para Gaeta y Galvanovskis (2011), afirman que: “Diferentes países muestran la participación de adolescentes hombres en distintos hechos antisociales y delictivos en muchas más ocasiones que las mujeres, especialmente cuando el ambiente y las circunstancias lo favorecen” (Citado en Uribe, Sanabria, Orcasita, & Castellanos, 2016, p. 106). Entonces se entiende que, los adolescentes varones tienden a la participación en actividades que son consideradas contra la ley. Así también para Pérez y otros en su investigación titulada Análisis de las conductas antisociales-delictivas en la etapa de educación secundaria: edad, género y perfil del alumno en la convivencia, en el año 2014, afirma que: “Diferentes países muestran la participación de adolescentes hombres en distintos hechos antisociales y delictivos en muchas más ocasiones que las mujeres, especialmente cuando el ambiente y las circunstancias lo favorecen” (p. 39). Con esto se entiende que, los adolescentes varones presentan comportamientos destructivos y mucho más agresivos tanto en la calle como en la unidad educativa en la cual se encuentra vinculado que en comparación con las adolescentes mujeres.

En relación con el consumo de drogas (ver tabla 4.6), se evidencia la existencia de diferencias estadísticamente significativas. Para White Home-Smith y otros (2012), citado por Caracuel y otros (2017), en su estudio titulado: Práctica de actividad física y consumo de sustancias nocivas en adolescentes, indican que: “Los chicos presentan un

mayor consumo que las chicas en casi todas las sustancias nocivas, estos valores están potenciados por factores sociales, culturales o físicos, puesto que las características de ambos sexos son diferentes y desde siempre se ha asociado el consumo desmesurado en los hombres frente a las mujeres” (p. 67). Se entiende que, los adolescentes varones tienen socialmente mayores libertades y alcance a cualquier tipo de sustancias que en comparación de las adolescentes mujeres. Para Espejo y otros (2017), en su investigación de consumo de alcohol y actividad física en adolescentes del entorno rural en Colombia afirman que los adolescentes varones: “Poseen una mayor dependencia hacia el alcohol que las mujeres, al igual que en la cantidad consumida de esta sustancia, dándose unos porcentajes superiores en los diferentes niveles de consumo. Los datos presentados pueden ser atribuidos a la concepción de beber alcohol como a una actividad madurativa” (p. 103). Con esto se ratifica que los adolescentes varones tienden al consumo de alcohol y otro tipo de drogas en mayor medida que las adolescentes mujeres.

Un estudio realizado por Moreta, Mayorga, León y Ilaja (2017), en población adolescente que busca conocer la prevalencia de exposición a sustancias legales, ilegales y fármacos; así como los factores de riesgo asociados a la exposición reciente en adolescentes escolarizados de la ciudad de Ambato afirma que: “En la condición por sexo ser hombre muestra mayor probabilidad de ocurrencia de consumo de sustancias 1,4 veces que siendo mujer; por el contrario el ser mujer expone un 2,9 veces más a los fármacos que siendo hombre” (p.46). Es decir que los adolescentes varones son más propensos al consumo de sustancias ilegales que en comparación con las adolescentes

mujeres, este estudio corrobora los datos obtenidos en la investigación realizada en la ciudad de Baños de Agua Santa. Para los mismos autores Moreta y otros (2017), relaciones que existen ciertos factores de riesgo que se asocian con el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco los cuales son: “La disponibilidad económica, el realizar estudios en institución educativa privada, los antecedentes de migración académica, la predisposición favorable hacia el consumo y la repetición de curso; los dos últimos factores señalados, también importan niveles de riesgo para el consumo de sustancias ilegales” (p.48). Se entiende que, los adolescentes con mayor probabilidad de ingerir las sustancias previamente nombradas cumplen ciertas características específicas. A continuación, se realizará una representación gráfica de los porcentajes obtenidos en cada uno de los factores que se procedió a evaluar con el Cuestionario de Conductas Desadaptativas.



**Gráfico 4.17: Puntuaciones en conductas delictivas por género**

Con el gráfico anterior se entiende que, existen mayores puntuaciones en general en conductas desadaptativas por parte de los participantes varones. Para esto García (2004),

en su investigación afirma que: “Los adolescentes que presentan un alto grado de participación en conductas disruptivas o violentas, se caracterizan por niveles más elevados de sintomatología depresiva y estrés” (p. 328). Entonces, los adolescentes varones presentarán este tipo de sintomatología como consecuencia de su conducta y su rechazo por su comportamiento.

#### 4.2.1.2 Análisis comparativo por niveles académicos

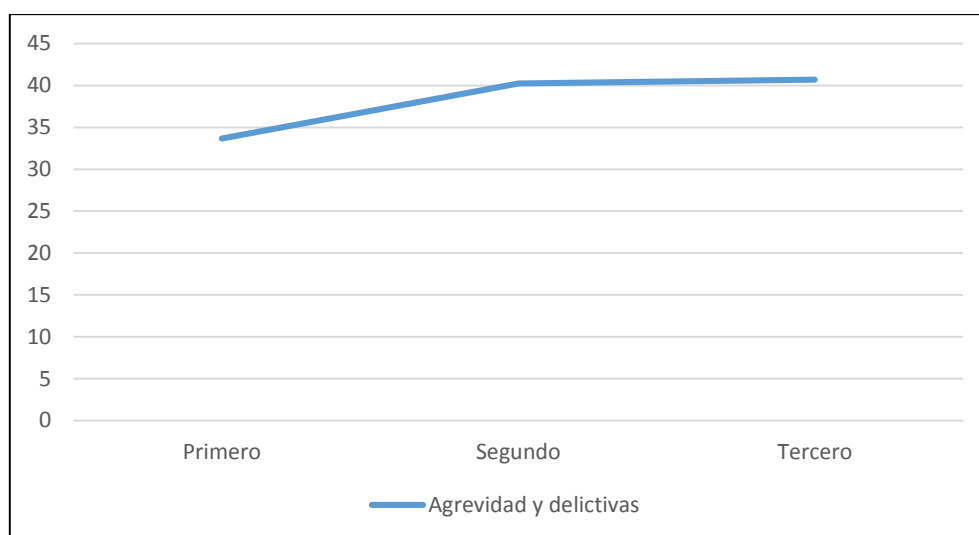
Para la realización de la comparación en niveles académicos, se procedió a dividir a la muestra en tres grupos los cuales son: primero de bachillerato con n= 106 participantes; segundo de bachillerato con n=70 participantes; y tercero de bachillerato con n=88 participantes. Los datos descriptivos se presentan a través de la media aritmética (*M*), la Desviación Estándar (*Ds*) y a su vez se aplicó la prueba Anova de factor (*F*), la cual nos permite comparar más de dos poblaciones, esto con el objetivo de calcular diferencias significativas en la comparación de los dos grupos previamente mencionados (ver tabla 4.7).

**Tabla 4.7: Análisis comparativo entre niveles de los y las adolescentes participantes**

Factor	Nivel	n=264			<i>F</i>
		<i>M</i>	<i>Ds.</i>	Err. Tip	
Agresividad y conductas delictivas	Primero	33,66	9,764	,948	0,03*
	Segundo	40,23	11,84	1,41	
	Tercero	40,70	12,01	1,28	
Consumo de drogas	Primero	6,27	2,49	,242	0,01*
	Segundo	6,67	3,12	,374	
	Tercero	7,85	3,57	,381	
Victimización	Primero	11,94	4,71	,458	0,037*
	Segundo	13,20	5,05	,604	
	Tercero	13,72	5,03	,305	

Nota: 264 Observaciones

Con los datos analizados se entiende que en agresividad y conductas delictivas en primer de bachillerato tiene una media  $M=33,66$ , con una desviación estándar  $Ds=9,764$  y error típico  $Err. Tip=,948$ .; en los participantes del segundo de bachillerato tiene una media  $M=40,23$ , una desviación estándar  $Ds=11,84$ ; y en el tercero de bachillerato tiene una media  $M=40,70$ , una desviación estándar  $Ds=12,01$ . Se encontró similitud entre los niveles participantes ya que existe diferencia estadísticamente significativa entre niveles de los y las participantes  $F=0,03^*$ ;  $P<0,5$ .

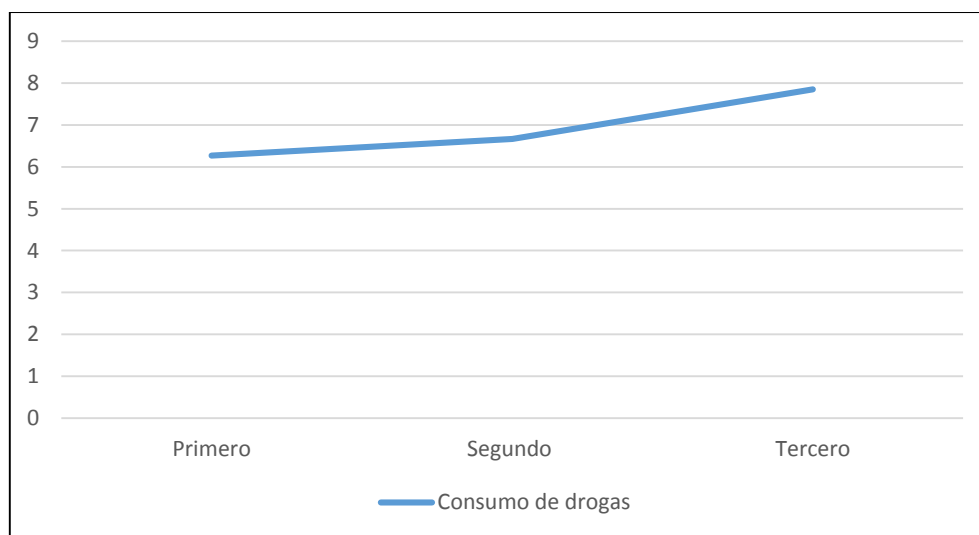


**Gráfico 4.18: Puntuaciones en factor agresividad y conductas delictivas por niveles.**

Con el gráfico anterior se observa que, el tercer nivel posee la mayor puntuación en agresividad y conductas delictivas, seguida con casi el mismo puntaje por el segundo de bachillerato y con menor puntuación se encuentra el primero de bachillerato. En un estudio realizado por Torre y Otros (2014), Relaciones entre Estilos Educativos Parentales y Agresividad en Adolescentes en adolescentes de España de 12 y 16 años, afirman que: “La expresión de altos niveles de conducta agresiva y hostil puede convertirse en un factor de riesgo asociado a la aparición de desajustes emocionales y

comportamentales” (p. 164). Entonces se concluye que, los y las participantes del tercer nivel del bachillerato presentan conductas agresivas y delictivas, ya que presentan factores o conductas de riesgo en el área familiar que más adelante en esta investigación se realizó el análisis de los factores de riesgo en la dimensión familiar.

En la dimensión de consumo de drogas (ver tabla 4.7), se analiza que en primero de bachillerato tiene una media  $M=6,27$ , con una desviación estándar  $Ds=2,49$ ; en el segundo de bachillerato se encuentra una media  $M=6,67$ , con desviación estándar  $Ds=3,12$ ; y en el nivel de tercero de bachillerato se encuentra una media  $M=7,85$ , con una desviación estándar  $Ds=3,57$ . En este grupo no existe similitud entre los participantes, ya que existe diferencia estadísticamente significativa ya que el  $F=0,01^*$ ;  $p<0.5$ .

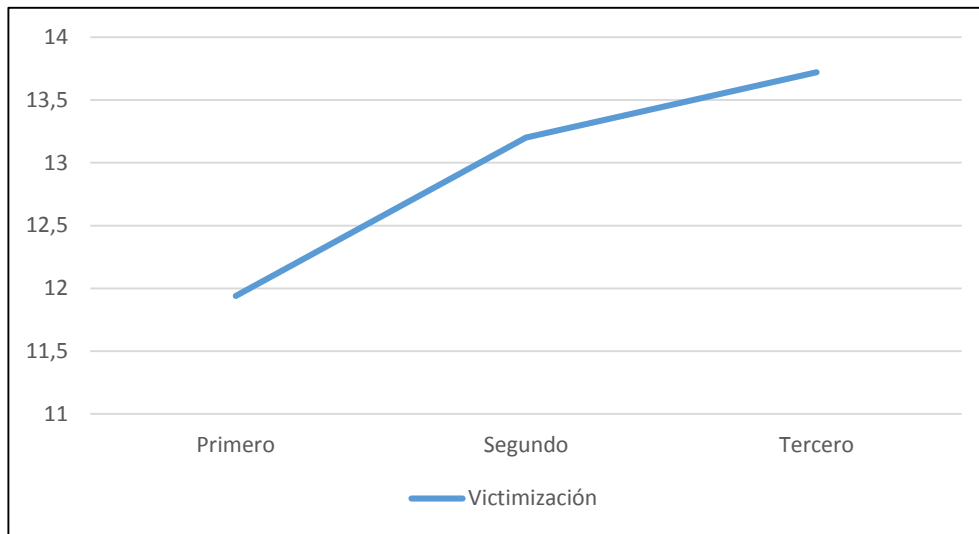


**Gráfico 4.19: Puntuaciones en factor consumo de drogas por niveles.**

En el gráfico se observa que, el tercer nivel del bachillerato ha consumido mayor cantidad de drogas en el último año que comparación con el primer y segundo nivel de

bachillerato. El observatorio español de la droga y las toxinas en su informe de 2011, afirman que: “Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En general, se observa una tendencia estable de la evolución de la edad media de inicio en el consumo de cada una de las drogas” (p. 60). Con se concluye que, al existir un consumo en los participantes en la etapa temprana de la adolescencia, este se va incrementando con el pasar de los años, como se observa en el gráfico anterior en el tercer año de bachillerato ya se presentan altos niveles de consumo de drogas.

En el análisis de la dimensión victimización por niveles de bachillerato (ver tabla 4,7), se obtiene una media  $M=11,94$  con una desviación estándar  $Ds=4,71$ ; en segundo de bachillerato se encuentra una media  $M=13,20$  con desviación estándar  $Ds=5,05$  y un error típico; en el tercer de bachillerato existe una media  $M=13,72$  con una desviación estándar  $Ds=5,03$ . En un análisis de factor anova se concluye que existe diferencias estadísticamente significativas entre los grupos participantes  $F=0,037^*$ ;  $P<0.5$ .



**Gráfico 4.20: Puntuaciones en factor Victimización por niveles.**

Con este gráfico se entiende que, el tercer nivel de bachillerato obtuvo mayor puntuación en el factor de victimización en comparación con el segundo nivel de bachillerato que se ubica en la segunda posición y el primer nivel de bachillerato quienes se ubican en el último. En un estudio realizado por Martínez y otros (2012), titulado: Clima escolar, satisfacción con la vida y victimización en la escuela. Un análisis del efecto moderador del género; afirman que: “los adolescentes victimizados informan de una experiencia escolar y unas relaciones sociales en el aula negativas” (p. 879). Esto se asocia que al existir en el tercer nivel del bachillerato conductas agresivas y delictivas con consumo de drogas, se evidencia con el gráfico anterior los niveles de victimización son mayores que los otros niveles, como consecuencia de las conductas previamente analizadas en esta investigación.

### 4.2.1.3 Análisis comparativo por Unidades Educativas

Para esta sección se comparará las Conductas Desadaptativas por unidades educativas escogidas para realizar la investigación, las cuales son: Unidad Educativa Oscar Efrén Reyes con  $n=114$  participantes; Unidad Educativa Tecnológico Baños con  $n=104$  participantes; y la Unidad Educativa Misael Acosta Solís con  $n=46$  participantes. Los datos descriptivos se presentan a través de la media aritmética ( $M$ ), la Desviación Estándar ( $Ds$ ). Se aplicó la prueba Anova de factor ( $F$ ), la cual nos permite comparar más de dos poblaciones, esto con el objetivo de calcular diferencias significativas en la comparación de los dos grupos previamente mencionados (ver tabla 4,8).

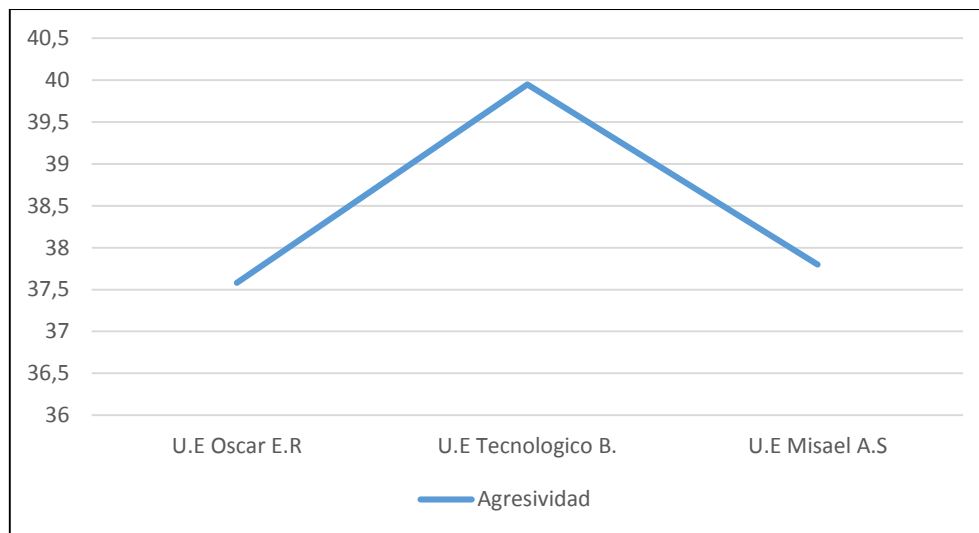
**Tabla 4.8: Análisis comparativo entre Unidades Educativas participantes**

Dimensión	Nivel	n=264			F
		M	Ds.	Err. Tip	
Agresividad y conductas delictivas	U.E. Oscar Efrén Reyes	37,58	11,438	1,071	,269
	U.E. Tecnológico Baños	39,95	11,195	1,098	
	U.E. Misael Acosta Solís	37,80	11,254	1,659	
Consumo de drogas	U.E. Oscar Efrén Reyes	6,88	3,289	,308	,144
	U.E. Tecnológico Baños	7,26	3,062	,300	
	U.E. Misael Acosta Solís	6,17	2,735	,403	
Victimización	U.E. Oscar Efrén Reyes	12,31	4,717	,442	,065
	U.E. Tecnológico Baños	13,75	5,169	,507	
	U.E. Misael Acosta Solís	12,26	4,869	,718	

Nota: 264 Observaciones

En la dimensión de Agresividad y Conductas delictivas (ver tabla 4,8), en la U. E. Oscar Efrén Reyes se encontró una media  $M= 37,58$  con una desviación estándar  $Ds=11,43$ ; en cuanto a la U. E Tecnológico Baños se encontró una media  $M= 39,95$  con una desviación estándar  $Ds=11,195$ ; y en la U. E. Misael Acosta Solís la media  $M=37,80$  la

desviación estándar  $Ds=11,254$ . Existe similitud entre los grupos participantes en las diferentes Unidades Educativas,  $F=,269$ ;  $p>0.5$ .

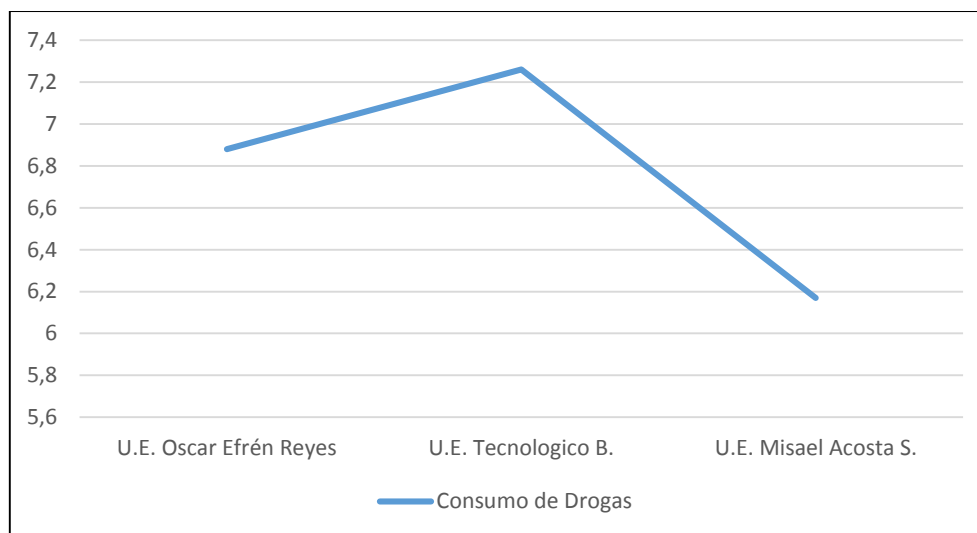


**Gráfico 4.21: Puntuaciones en factor agresividad y conductas delictivas por Unidades Educativas**

Con este gráfico se entiende que, la unidad Tecnológico Baños se ubica en primer puesto presenta la mayor puntuación en este factor, en segundo lugar se encuentra U.E. y en tercer Misael Acosta Solís lugar se sitúa el Oscar Efrén Reyes. Se concluye entonces que, la Unidad Educativa Tecnológico Baños presenta mayores conductas agresivas y delictivas en comparación de las unidades educativas Oscar Efrén Reyes y Misael Acosta Solís.

En la dimensión de consumo de sustancias (ver tabla 4.8), la U. E. Oscar Efrén Reyes se encontró una media  $M= 6,88$  con una desviación  $Ds=3,28$ ; en cuanto la U. E. Tecnológico Baños se encontró una media  $M= 7,26$  con desviación  $Ds=3,06$ ; y la U. E.

Misael Acosta Solís la media  $M=6,17$  la desviación es  $Ds=2,73$ . Existe similitud entre los grupos participantes en las diferentes Unidades Educativas,  $F=,144$ ;  $p>0.5$ .

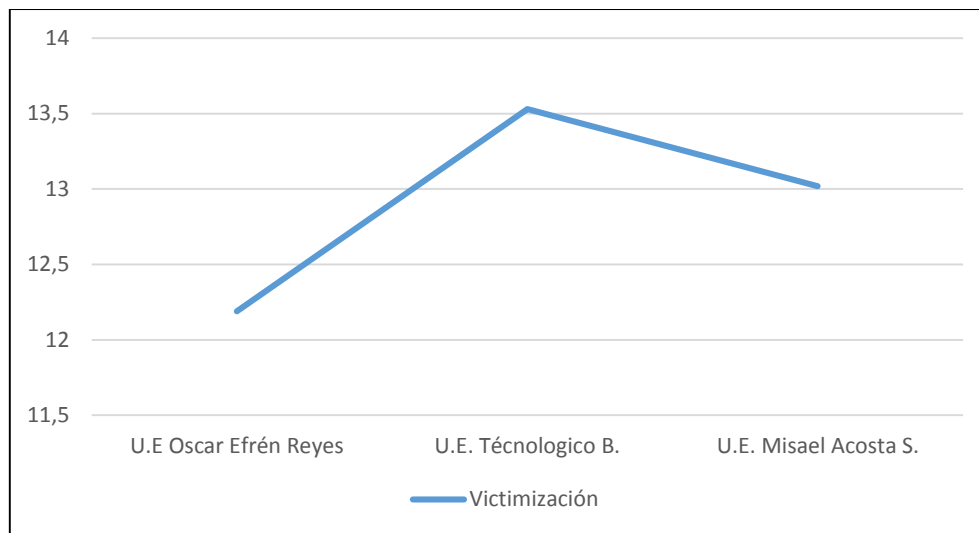


**Gráfico 4.22: Puntuaciones en factor consumo de drogas por unidades educativas.**

Con el gráfico anterior se observa que en consumo de drogas, la U.E. Tecnológico Baños con la mayor puntuación por ello se ubica en la primera posición, en segundo puesto se sitúa la U.E. Oscar Efrén Reyes y en tercer puesto está la U.E. Misael Acosta Solís con el menor puntaje. Con esto se concluye que, los participantes pertenecientes a la Unidad Educativa Tecnológico Baños presentan un mayor consumo de drogas en el transcurso del último año en comparación de las unidades educativas Oscar Efrén Reyes y Misael Acosta Solís.

En el análisis del factor victimización (ver tabla 4.8), la U.E. Oscar Efrén Reyes se encontró una media  $M= 12,31$  con desviación estándar  $Ds=4,71$ ; en cuanto, la U. E. Tecnológico Baños se encontró una media  $M=13,75$  con desviación  $Ds=5,16$ ; y en la U. E. Misael Acosta Solís la media  $M=12,26$  la desviación estándar  $Ds=5,16$ . Existe

similitud entre los grupos participantes en las diferentes Unidades Educativas, ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas,  $F=,065$ ;  $p>0.5$ .



**Gráfico 4.23: Puntuaciones en factor victimización por unidades educativas.**

Con el gráfico anterior se entiende que, los y las participantes de la U.E. Tecnológico Baños presentan mayor puntuación en el factor victimización por eso se coloca en primera posición, mientras que la U.E. Misael Acosta Solís se ubica en segundo lugar y la U.E. Oscar Efrén Reyes en tercer lugar ya que tiene la puntuación menor. Con esto se concluye que, los y las participantes adolescentes de la U.E. Tecnológico Baños se sienten víctimas por las conductas agresivas o delictivas de sus pares en comparación a las unidades educativas Oscar Efrén Reyes y Misael Acosta Solís.

#### **4.2.2 Análisis comparativo de los datos obtenidos en el IADA**

El Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA), tiene como objetivo tener una descripción basadas en la descripción que posee el adolescente de sí mismo en las

siguientes dimensiones: Familiar; Social; Escolar; Salud; y Personal. Así también evaluar la presencia de los indicadores de factores de riesgo en conductas problemáticas (Gómez-Maqueo, Barcelata Eguiarte , & Duran Patiño, 2010). La versión que se utilizó fue la de Preparatoria (bachillerato), consta de 176 ítems, con una respuesta dicotómica (Si/No), dando diferentes valores para la calificación, últimas 33 preguntas son relacionadas con la recolección de datos sociodemográficos.

Altas puntuaciones en cada factor representan mayores conductas de riesgo en los y las adolescentes participantes en la investigación. Se establecieron los siguientes puntos de corte para determinar si existe o no riesgo en la población participante:

- Dimensión Familiar: Puntuaciones superiores a 84 puntos muestran presencia de riesgo en los adolescentes.
- Dimensión Social: Puntuaciones superiores a 27 puntos muestran la presencia de riesgo en los adolescentes.
- Dimensión Escolar: Puntuaciones superiores a 42 puntos muestran la presencia de riesgo en los adolescentes.
- Dimensión de Salud: Puntuaciones superiores a 76 puntos muestran la presencia de riesgo en los adolescentes.
- Dimensión Personal: Puntuaciones superiores a 71 puntos muestran la presencia de riesgo en los adolescentes.

#### 4.2.2.1 Análisis comparativo por género del IADA

A partir de las agrupaciones de la muestra a comparar adolescentes varones  $n=132$  y adolescentes mujeres  $n=132$ , se presentan los datos obtenidos a través del Inventario Autodescriptivo del Adolescente en sus 5 dimensiones. Los datos descriptivos se presentan a través de la media aritmética ( $M$ ), la Desviación Estándar ( $Ds$ ), se aplicó la prueba  $t$  de student ( $t$ ) con el objetivo de calcular diferencias significativas en la comparación de los dos grupos previamente mencionados (ver tabla 4.9).

**Tabla 4.9: Análisis comparativo del IADA entre adolescentes varones y adolescentes mujeres**

Variable	varones $n=132$			mujeres $n=132$			T $p < 0.000$
	M	Ds.	Err. Tip.	M	Ds.	Err. Tip.	
Dimensión Familiar	83,33	38,53	3,35	76,94	34,18	2,95	,155
Dimensión Social	17,81	17,62	1,53	16,33	16,89	1,47	,611
Dimensión Escolar	44,19	29,21	2,54	30,12	25,79	2,24	,000***
Dimensión Salud	39,64	24,26	2,39	46,76	27,47	2,39	,027*
Dimensión Personal	55,30	27,78	2,41	61,02	29,32	2,55	,105

Nota: 264 observaciones

Respecto a los datos analizados, se evidencia que existe la presencia significativa de factores de riesgo en los participantes adolescentes varones a diferencia de las participantes adolescentes mujeres, de igual manera mediante la prueba  $t$  de student se establece la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la dimensión escolar  $t=,000***$ ;  $p < 0,000$  y la dimensión de salud  $t=,027*$ ;  $p < 0,05$ . En la dimensión escolar, los adolescentes participantes varones obtuvieron una media  $M=44,19$  con una desviación estándar  $Ds=29,21$ ; mientras que las adolescentes participantes mujeres alcanzaron una media  $M=30,12$  con una desviación  $Ds=25,79$ . En relación con la dimensión salud los adolescentes participantes varones obtuvieron una media  $M=39,64$

con una desviación estándar  $Ds=24,26$ ; mientras que las adolescentes participantes mujeres alcanzaron una media  $M=46,76$  con una desviación estándar  $Ds=27,47$ .

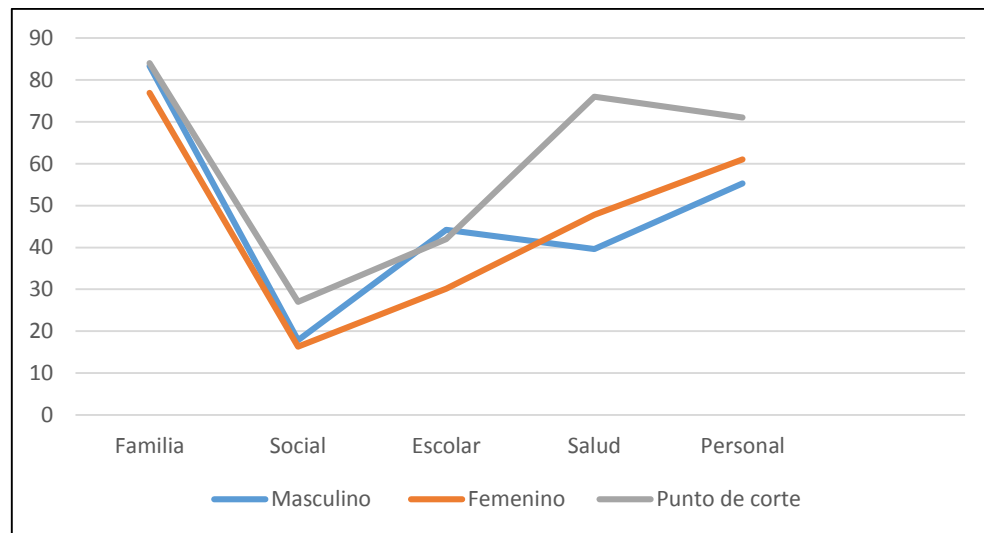
En lo relacionado con la dimensión escolar (ver tabla 4.9), un estudio realizado por Moratto y otros (2017), cuyo objetivo era determinar la relación entre clima escolar, funcionalidad familiar e intimidación escolar en estudiantes de Antioquia (Colombia), afirman que: “La percepción de un clima escolar inadecuado y la aparición en el contexto escolar de situaciones desfavorables como la intimidación escolar, puesto que se encontró que a mayor percepción de un clima escolar inadecuado, mayor es el riesgo de evidenciar intimidación entre los estudiantes y los docentes” (p. 70). Esto da a entender que, los adolescentes varones perciben un clima escolar adverso y riesgoso, lo que conlleva a la autodescripción de que dentro de las unidades educativas que se encuentran sienten factores y conductas riesgosas para su integridad física y mental.

Así también en estudios realizados por Loubat (2006), en relación con los factores de riesgo en la dimensión escolar afirma: “La escuela a veces no cumple totalmente con el rol de factor protector, para la detección y pesquisa de alumnos en riesgo” (Citado en Páramo, 2011, p. 88), se entiende que los adolescentes varones no reciben la atención necesaria para sus cuidados y necesidades dentro de las instituciones, por eso razón generan conductas agresivas y delictivas como ya se comprobó anteriormente que los varones son más agresivos que las adolescentes mujeres, esta agresividad pueden llegar a ser consideradas como mecanismos de afrontamiento.

Para autores como Moreta, Reyes, Mayorga y León (2016), en su estimación sobre niveles y factores de riesgo psicosocial en adolescentes escolarizados de Ambato, Ecuador afirman que: “Respecto a la vulnerabilidad, se encontraron subgrupos con criterios de riesgo elevado en la dimensión Escolar, siendo mayor en hombres que en mujeres aspectos que se asocian a conductas problemáticas, repetición del año escolar, dificultades en el aprendizaje o indiferencia” (p. 37), dando a comprender que los adolescentes varones se ven mayormente involucrados en conductas agresivas o delictivas que conllevan problemas en el área escolar que en comparación con las adolescentes mujeres.

En lo relacionado con la dimensión salud (ver tabla 4.9), se encontró que las participantes adolescentes mujeres perciben que existe mayores factores o conductas de riesgo que en comparación de los participantes varones, cabe recalcar que los puntajes obtenidos se encuentran por debajo de los puntos de corte. En un estudio realizado por González y otros (2016), población chilena escolar con edades de 10 hasta 18 años encontró que: “Los resultados de este estudio mostraron que las mujeres adolescentes escolarizadas en Chile perciben una peor calidad de vida relacionada con la salud cuando se compara con los varones, independiente de su edad, tipo de colegio y zona del país” (p. 304), entonces, se afirma los datos obtenidos en la investigación que las adolescentes mujeres perciben peor su salud en la adolescencia. De igual manera un estudio realizado por Videra y Reigal (2013), examinar las relaciones entre el autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital, en una muestra de adolescentes entre 14 y 16 años, en donde afirman que: “En relación a la percepción de

salud, el trabajo pone de manifiesto diferencias significativas en función del sexo, teniendo los chicos una mejor valoración de la misma” (p. 145). Para Abellán (2003), afirma que: “Han señalado que el sexo es una variable que discrimina la percepción de salud entre las personas, siendo más favorable en hombres que en mujeres y haciéndose patente en todas las edades” (Citado en Videra-García & Reigal-Garrido, 2013, p. 145), entonces, con los estudios previamente citados y los datos obtenidos en la presente investigación se concluye que, las participantes adolescentes mujeres tienden a percibir factores y conductas de riesgo las cuales afectan su bienestar físico y su calidad de vida que en comparación que los adolescentes participantes varones. A continuación, se procederá a graficar las puntuaciones obtenidas en el IADA.



**Gráfico 4.24: Puntuaciones por dimensiones IADA por género.**

Con el gráfico anterior se observa que: los adolescentes participantes varones y mujeres presentan factores de riesgo cercanos al punto de corte en la dimensión familiar, cabe recalcar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos participantes, pero ambas puntuaciones son elevadas. Para Valenzuela y otros (2013), en

relación con los factores de riesgo afirma que: “El proceso de socialización familiar se reconoce como uno de los factores determinantes en la génesis y mantenimiento de las conductas de riesgo, al constituirse en la base del desarrollo de las características individuales del adolescente tales como su personalidad, autoconcepto, valores y habilidades de comunicación entre otros” (p. 52), se entiende que, la comunicación inadecuada junto a la relación familiar inestable, así también el no acatamiento de normas y mala adaptación del ambiente desembocan en factores y conductas de riesgo que ponen en peligro la salud física y mental de los participantes.

#### **4.2.2.2 Análisis comparativo por niveles académicos**

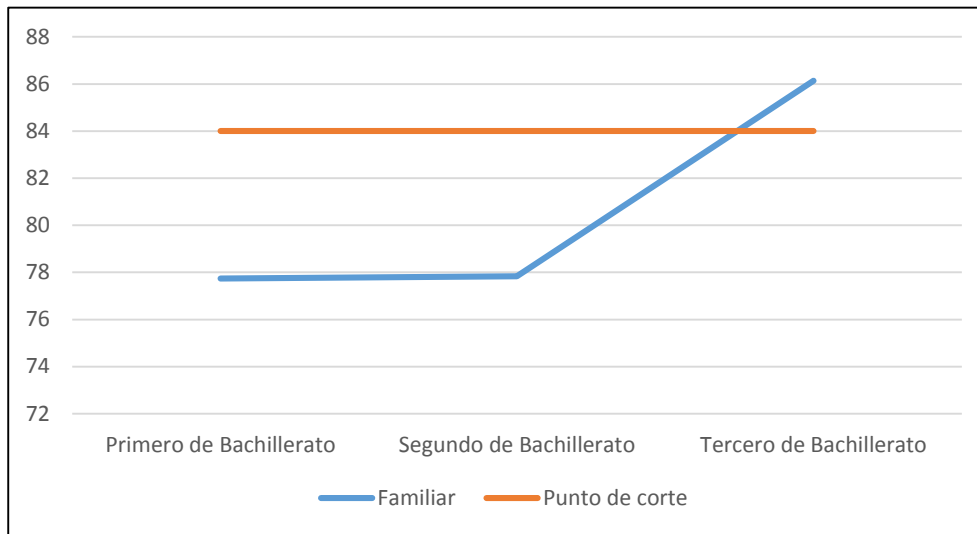
Para la realización de la comparación en niveles académicos, se procedió a dividir a la muestra en tres grupos los cuales son: primero de bachillerato con  $n= 106$  participantes; segundo de bachillerato con  $n=70$  participantes; y tercero de bachillerato con  $n=88$  participantes. Los datos descriptivos se presentan a través de la media aritmética ( $M$ ), la Desviación Estándar ( $Ds$ ), así también se procedió a aplicar la prueba Anova de factor ( $F$ ), la cual nos permite comparar más de dos poblaciones, esto con el objetivo de calcular diferencias significativas en la comparación de los dos grupos previamente mencionados (ver tabla 4.10).

**Tabla 4.10: Análisis comparativo del IADA entre niveles de los y las adolescentes participantes**

Dimensión	Nivel	n=264			F
		M	Ds.	Err. Tip	
Familiar	Primero de Bachillerato	77,64	39,35	3,88	1,09
	Segundo de Bachillerato	77,83	34,30	4,10	
	Tercero de Bachillerato	86,14	33,32	3,55	
Social	Primero de Bachillerato	16,71	17,37	1,68	,630
	Segundo de Bachillerato	18,86	18,79	2,24	
	Tercero de Bachillerato	16,39	15,83	1,68	
Escolar	Primero de Bachillerato	35,62	29,96	2,91	,353
	Segundo de Bachillerato	35	26,61	3,18	
	Tercero de Bachillerato	40,72	27,79	2,96	
Salud	Primero de Bachillerato	36,39	25,44	2,42	,002*
	Segundo de Bachillerato	46,39	24,85	2,97	
	Tercero de Bachillerato	48,88	26,33	2,80	
Personal	Primero de Bachillerato	55,91	28,42	2,76	,072
	Segundo de Bachillerato	54,46	27,22	3,25	
	Tercero de Bachillerato	63,82	29,48	3,14	

Nota: 264 Observaciones

En el análisis de la dimisión familiar por niveles de bachillerato (ver tabla 4.10), se obtiene en el primer nivel del bachillerato una media  $M=77,64$  con una desviación  $Ds=39,35$ ; en segundo nivel del bachillerato se encuentra una media  $M=77,83$  con desviación estándar  $Ds=34,30$ ; en tercer nivel de bachillerato existe una media  $M=86,14$  con una desviación  $Ds=22,32$ . Se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos participantes  $F=1,09$ ;  $p>0.5$ .

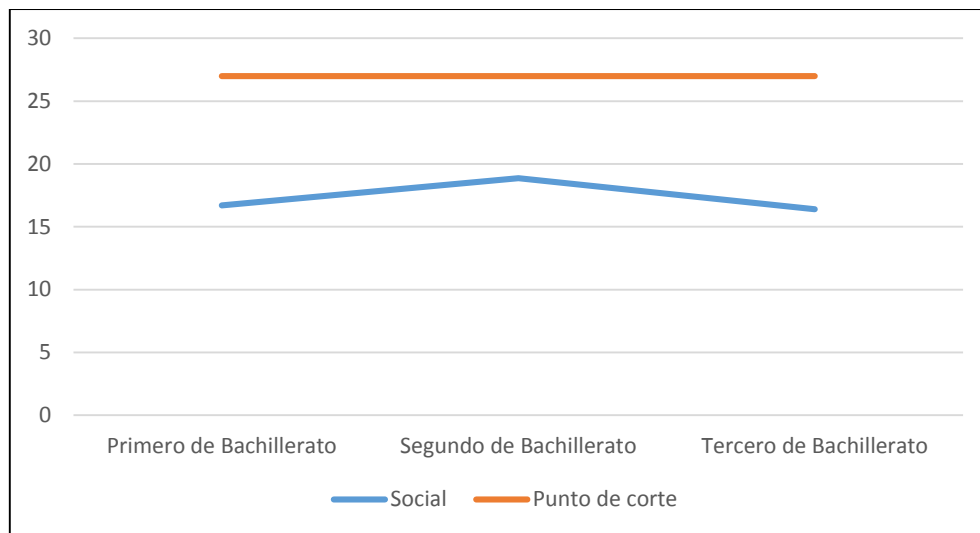


**Gráfico 4.25: Puntuación de la dimensión familiar por niveles**

Con el gráfico anterior se observa que, el tercer nivel del bachillerato posee la mayor puntuación, esta sobrepasa el punto de corte establecido para la existencia de riesgo, en posición siguiente se encuentra el segundo nivel del bachillerato y en tercera posición se sitúa el primero de bachillerato, estos dos últimos valores se encuentran bajo del punto de corte. El tercer nivel del bachillerato existe diferencia en puntuación en comparación con los otros dos niveles pero no es estadísticamente significativa. Con esto se concluye que, el tercer nivel del bachillerato existe riesgo en los y las adolescentes participantes, mientras que en el primer y segundo del bachillerato los y las participantes no describen el percibir factores o conductas riesgosas para su salud física o psicológica.

En la dimensión social por niveles de bachillerato (ver tabla 4,10), en el primer nivel se obtiene una media  $M=16,41$  con una desviación estándar  $Ds=17,37$ ; en segundo de bachillerato se encuentra una media  $M=18,86$  con desviación estándar  $Ds=18,79$ ; en el tercer de bachillerato existe una media  $M=16,39$  con una desviación  $Ds=15,83$ . En un

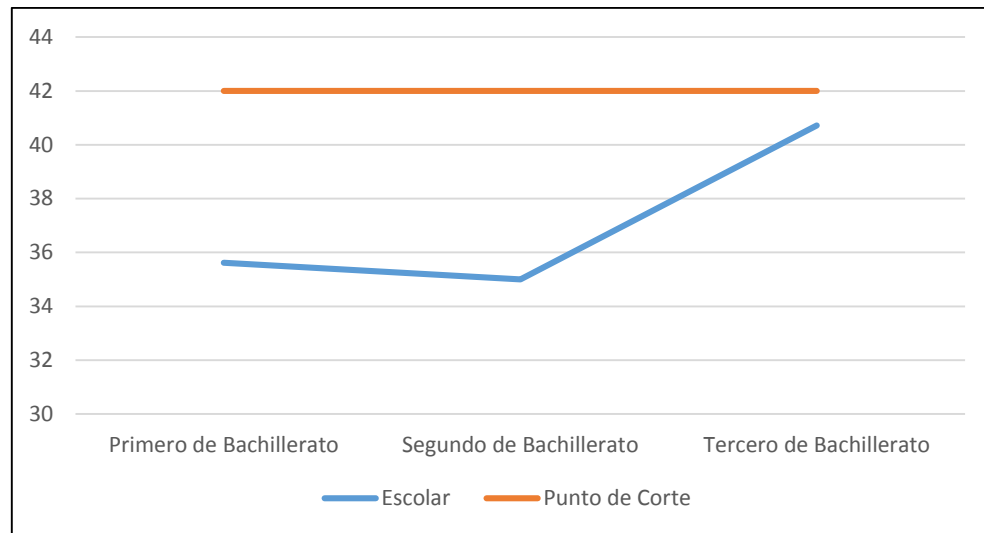
análisis de factor anova se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos participantes  $F=,630; p>0.5$ .



**Gráfico 4.26: Puntuación de la dimensión social por niveles**

Con este gráfico se entiende que, existen puntuaciones similares entre los tres niveles participantes en los y las adolescentes, así también se observa que ninguna puntuación obtenidas por los y las participantes pasan o se acercan al punto de corte. Con lo que se concluye que, los y las adolescentes participantes no perciben que existan factores de riesgo en la dimensión social.

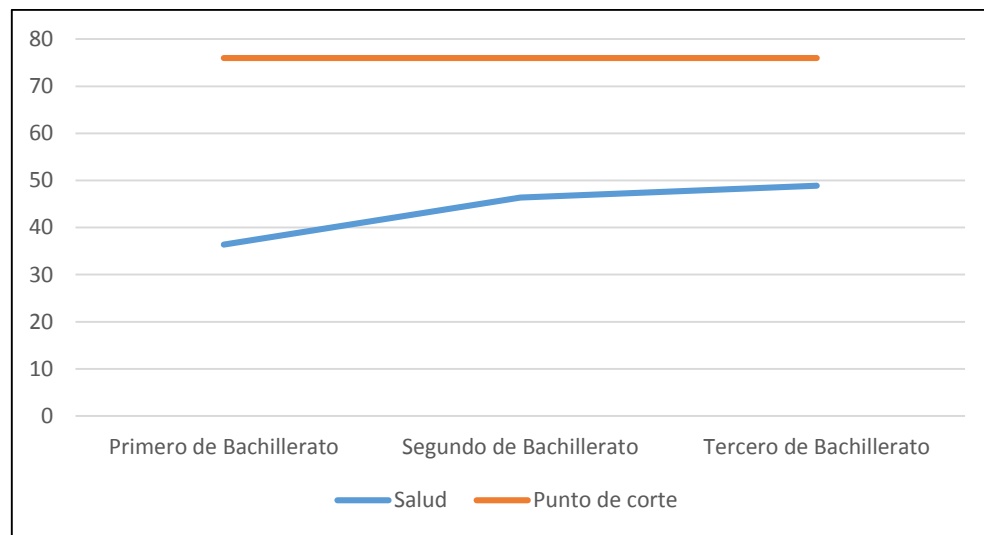
En lo correspondiente a la dimisión escolar por niveles de bachillerato (ver tabla 4,10), se obtiene en el primer nivel del bachillerato existe una media  $M=35,62$  con una desviación  $Ds=29,96$ ; en segundo nivel del bachillerato se encuentra una media  $M=53$  con desviación estándar  $Ds=26,61$ ; en el tercer de bachillerato existe una media  $M=40,72$  con una desviación estándar  $Ds=27,79$ . Se evidencia similitud entre niveles de los y las adolescentes participantes  $F=,353; p>0.05$ .



**Gráfico 4.27: Puntuación de la dimensión escolar por niveles**

Entonces, se entiende que el tercer nivel del bachillerato presenta la mayor puntuación, seguida por el primer nivel del bachillerato y en tercer puesto se sitúa el segundo nivel de bachillerato. Se concluye que, los y las participantes del tercer nivel del bachillerato presentan puntuaciones próximas al punto de corte en la dimensión escolar, esto en comparación del primer y segundo nivel del bachillerato quienes describen percibir factores o conductas de riesgo a nivel educativo.

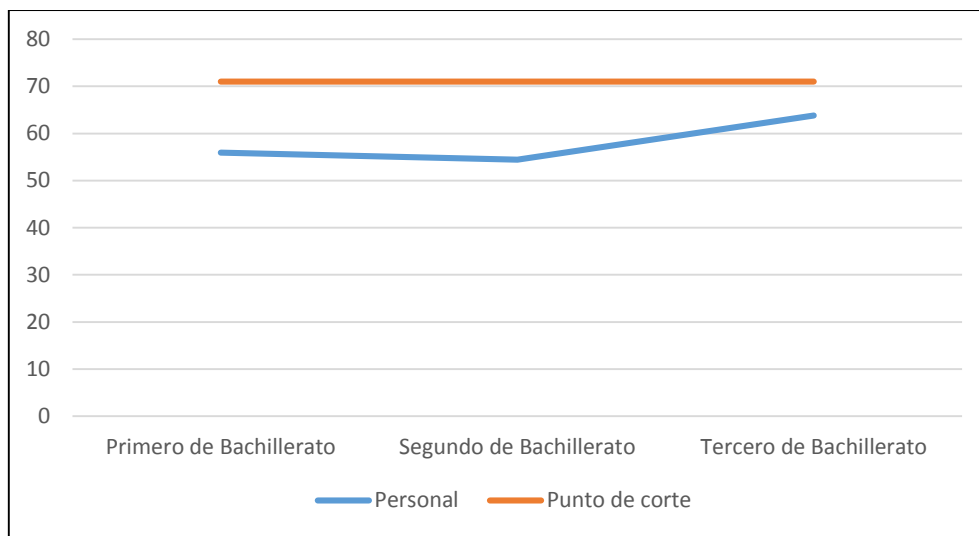
En lo relacionado con la dimensión de salud por niveles de bachillerato (ver tabla 4,10), en el primer nivel se obtiene una media  $M=36,39$  con una desviación estándar  $Ds=25,44$ ; en segundo de bachillerato se encuentra una media  $M=46,39$  con desviación estándar  $Ds=24,85$ ; en el tercer de bachillerato existe una media  $M=48,88$  con una desviación  $Ds=26,33$ . Se evidencia la existencia de diferencias estadísticas significativas entre los niveles participantes  $F=,002$ ;  $p<0.05$ .



**Gráfico 4.28: Puntuación de la dimensión salud por niveles**

Con el gráfico anterior se entiende que, el tercer nivel del bachillerato obtiene la puntuación mayor, seguida por el segundo nivel del bachillerato y en último lugar se encuentra el primero del bachillerato, las puntuaciones generales no superan el punto de corte. Con esto se concluye que no existen factores ni conductas de riesgo en los y las adolescentes participantes en ninguno de los niveles. Un estudio realizado por Molina y otros (2016), el cual se centra en la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes entre 17 y 18 años en el que se obtienen la conclusión que los estudiantes en este rango de edad presentan riesgo, ya que genera una brusca adaptación estudiantil nuevos estudios y metas, evidenciando una disminución notoria en la práctica del deporte y la actividad física (Molina, Sepúlveda, Carmona, Molina, & Mac-Ginty, 2016). Entonces se concluye que los adolescentes varones y mujeres pertenecientes al tercer nivel de bachillerato realizan actividades con las cuales no logran practicar actividades físicas y genera factores o conductas de riesgo que afectan su salud física y psicológica.

En la dimisión personal por niveles de bachillerato (ver tabla 4,10), el primer nivel se obtiene una media  $M=55,91$  con una desviación estándar  $Ds=28,42$ ; en segundo de bachillerato se encuentra una media  $M=54,46$  con desviación estándar  $Ds=27,22$ ; en el tercer de bachillerato existe una media  $M=63,82$  con una desviación estándar  $Ds=29,48$ . Se evidencia que no existen diferencias estadísticas significativas entre los niveles participantes  $F=,072$ ;  $p>0.05$ .



**Gráfico 4.29: Puntuación de la dimensión personal por niveles**

Con el gráfico anterior se entiende que, el tercer nivel del bachillerato presenta la mayor puntuación y cercana al punto de corte, seguida del primer nivel del bachillerato y en última posición se sitúa el segundo nivel del bachillerato, pese a las diferencias en puntuaciones no existen diferencias estadísticas significativas. Con esto se concluye que, el tercer nivel del bachillerato presenta tendencia a los factores y conductas de riesgo en la dimensión personal que en comparación al primer y segundo nivel quienes no presentan factores ni conductas de riesgo.

#### 4.2.2.3 Análisis comparativo por unidades educativas

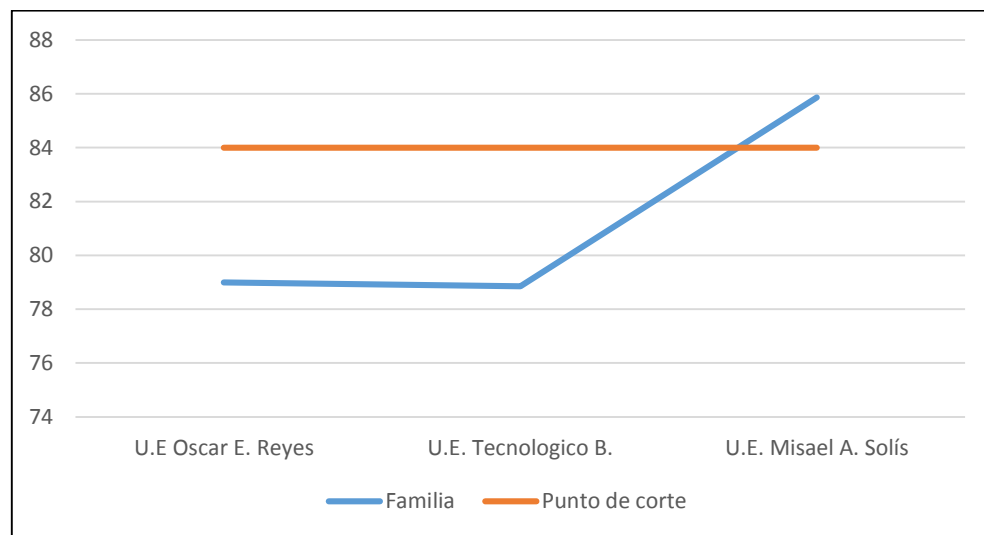
Para esta sección se comparará los factores de riesgo por unidades educativas que fueron escogidas para realizar la investigación, las cuales son: Unidad Educativa Oscar Efrén Reyes con n=114 participantes; Unidad Educativa Tecnológico Baños con n=104 participantes; y la Unidad Educativa Misael Acosta Solís con n=46 participantes. Los datos descriptivos se presentan a través de la media aritmética ( $M$ ), la Desviación Estándar ( $Ds$ ), se aplicó también la prueba Anova de factor ( $F$ ), la cual nos permite comparar más de dos poblaciones, esto con el objetivo de calcular diferencias significativas en la comparación de los dos grupos previamente mencionados (ver tabla 4,11).

**Tabla 4.11: Análisis comparativo del IADA entre Unidades Educativas participantes**

Dimensión	Nivel	n=264			$F$
		$M$	$Ds.$	Err. Tip	
Familiar	U.E. Oscar Efrén Reyes	79	37,02	3,46	,504
	U.E. Tecnológico Baños	78,85	34,24	3,35	
	U.E. Misael Acosta Solís	85,87	40,19	5,92	
Social	U.E. Oscar Efrén Reyes	16,39	16,44	1,54	,575
	U.E. Tecnológico Baños	18,55	18,85	1,84	
	U.E. Misael Acosta Solís	16	15,38	2,26	
Escolar	U.E. Oscar Efrén Reyes	36,93	29,08	2,72	,301
	U.E. Tecnológico Baños	39,71	26,88	2,63	
	U.E. Misael Acosta Solís	31,93	29,81	4,39	
Salud	U.E. Oscar Efrén Reyes	41,07	28,27	2,64	,05
	U.E. Tecnológico Baños	47,93	24,70	2,42	
	U.E. Misael Acosta Solís	37,78	22,11	3,26	
Personal	U.E. Oscar Efrén Reyes	58,24	29,10	2,72	,993
	U.E. Tecnológico Baños	58,27	28,00	2,74	
	U.E. Misael Acosta Solís	57,72	29,61	4,36	

Nota: 264 Observaciones

En la dimensión familiar (ver tabla 4.11), en la U. E. Oscar Efrén Reyes se encontró una media  $M= 79$  con una desviación estándar  $Ds=30,02$ ; en cuanto a la U. E Tecnológico Baños se encontró una media  $M= 78,85$ , con una desviación estándar  $Ds=34,24$ ; y en la U. E. Misael Acosta Solís la media  $M=85,87$  la desviación estándar  $Ds=40,19$ . Existe similitud entre los grupos participantes en las diferentes Unidades Educativas,  $F=,504$ ;  $p>0.5$ .

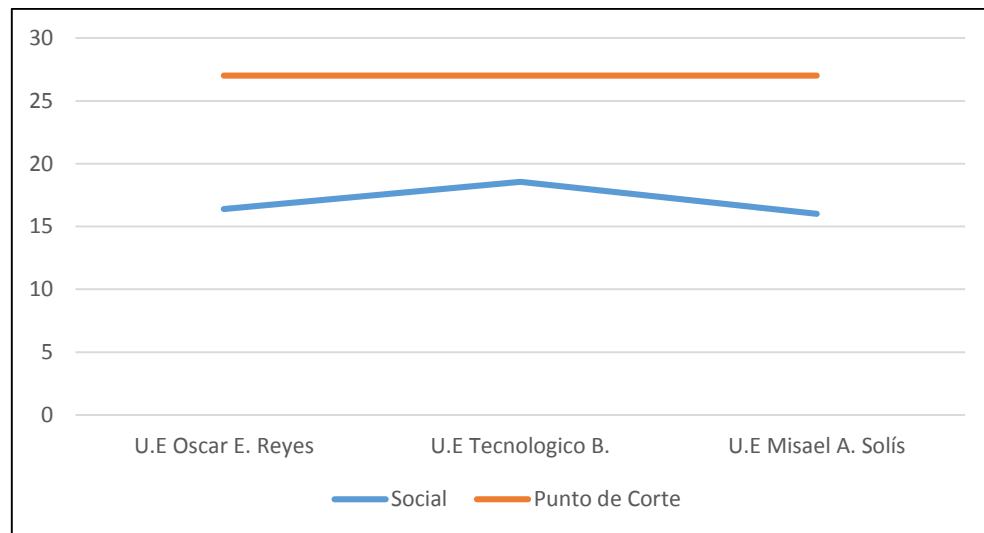


**Gráfico 4.30: Puntuaciones de la dimensión familia por unidades educativas**

Con el gráfico anterior se entiende que, la U.E. Misael Acosta Solís presenta la mayor puntuación y así también se sitúa sobre el punto de corte, seguida por la U.E Oscar Efrén Reyes y en tercer lugar se posiciona la U.E. Tecnológico Baños, estas dos últimas con puntuaciones situadas muy por debajo del punto de corte. Con esto se concluye que, habiendo un puntaje mayor por parte de la U.E. Misael Acosta Solís que en comparación con la U.E. Oscar Efrén Reyes y Tecnológico Baños no llega a representar una diferencia estadística significativa, así también se establece que los y las participantes

pertenecientes a la U.E Misael A.S. perciben que en su familia existen factores y conductas de riesgo; mientras que en las unidades educativas Oscar Efrén Reyes y Tecnológico Baños no existe riesgo o conductas de riesgo.

En lo relacionado con la dimensión social (ver tabla 4.11), en la U. E. Oscar Efrén Reyes se encontró una media  $M= 16,39$  con una desviación estándar  $Ds=16,44$ ; en cuanto, la U.E. Tecnológico Baños se encontró una media  $M= 18,55$  con una desviación estándar  $Ds=18,85$ ; y la U. E. Misael Acosta Solís la media  $M=16$  la desviación estándar  $Ds=15,38$ . Existe similitud entre los grupos participantes en las diferentes Unidades Educativas,  $F=,575$ ;  $p>0.5$ .

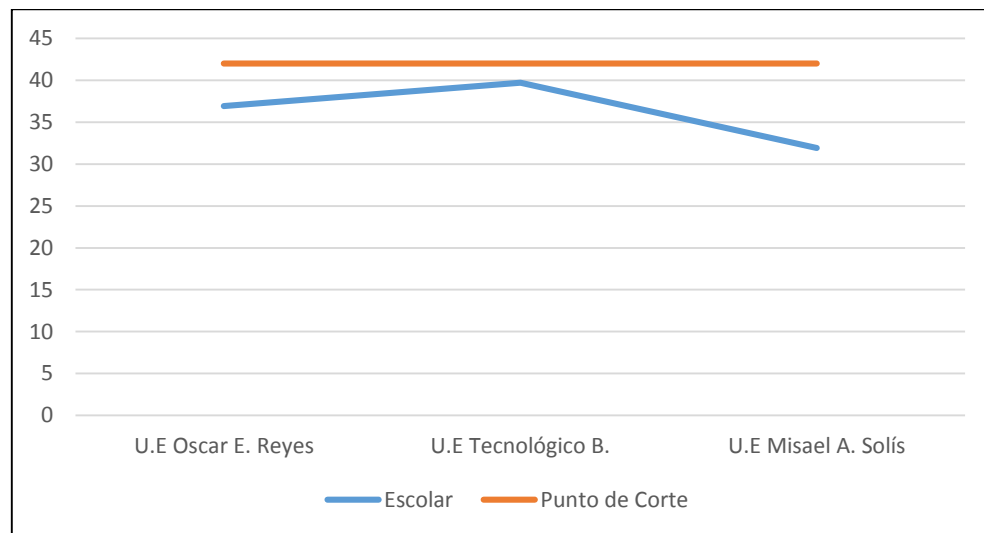


**Gráfico 4.31: Puntuaciones de la dimensión social por unidades educativas**

Con este gráfico se entiende que, la U.E. Tecnológico Baños presenta el mayor puntaje, seguido por la U.E. Oscar Efrén Reyes y en tercer lugar se ubica la U.E. Misael Acosta Solís, todos los puntajes obtenidos son similares estadísticamente y se sitúan debajo del punto de corte para la presencia de riesgo. Se concluye que ninguna las tres unidades

educativas participantes del estudio perciben la existencia de factores y conductas de riesgo.

En la dimensión escolar (ver tabla 4.11), en la U. E. Oscar Efrén Reyes se encontró una media  $M= 36,93$  con una desviación estándar  $Ds=29,08$ ; en cuanto a la U. E. Tecnológico Baños se encontró una media  $M= 39,71$  con una desviación  $Ds=26,88$ ; y en la U. E. Misael Acosta Solís la media  $M=31,93$  la desviación estándar  $Ds=29,81$ . Existe similitud entre los grupos participantes en las diferentes Unidades Educativas,  $F=,301$ ;  $p>0.5$ .

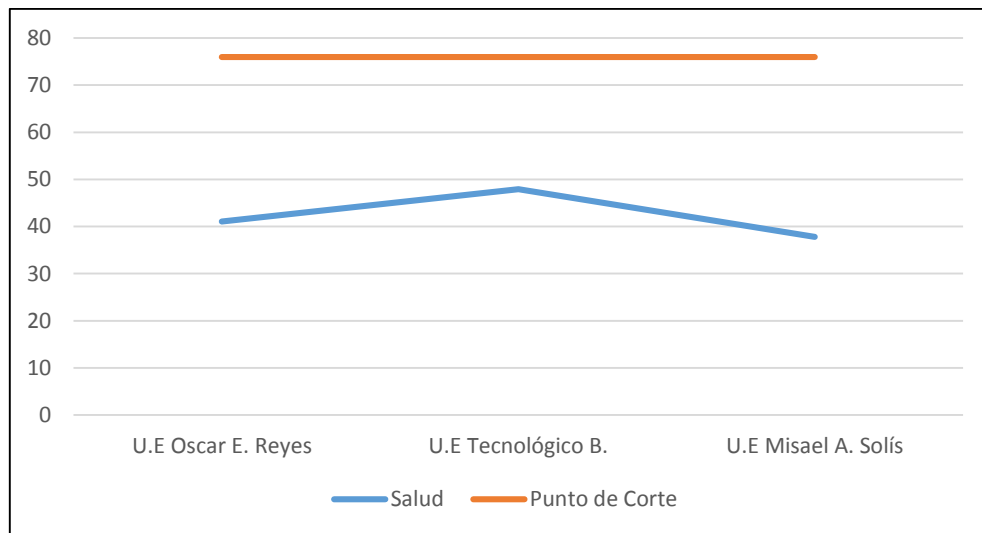


**Gráfico 4.32: Puntuaciones de la dimensión escolar por unidades educativas**

Con este gráfico se entiende que, U.E. Tecnológico Baños presenta la mayor puntuación, la cual está próxima al punto de corte, en segundo lugar se encuentra la U.E Oscar Efrén Reyes y en último lugar se sitúa la U.E Misael Acosta Solís, estas dos instituciones poseen puntuaciones lejanas al punto de corte establecido para la existencia de riesgo. Con esto se concluye que, la U.E Tecnológico Baños presenta tendencia a factores y

conductas de riesgo en esta dimensión en comparación con las otras unidades educativas que participaron.

En lo relacionado con la dimensión salud (ver tabla 4.11), en la U. E. Oscar Efrén Reyes se encontró una media  $M=41,07$  con una desviación estándar  $Ds=28,27$ ; en cuanto, la U.E. Tecnológico Baños se encontró una media  $M= 47,93$  con una desviación  $Ds=24,70$ ; y la U.E. Misael Acosta Solís la media  $M=37,78$  la desviación estándar  $Ds=21,11$ . No existe similitud entre los grupos participantes en las diferentes Unidades Educativas, por lo que se encuentra una diferencia estadística significativa.  $F=,046$ ;  $p<0.5$ .

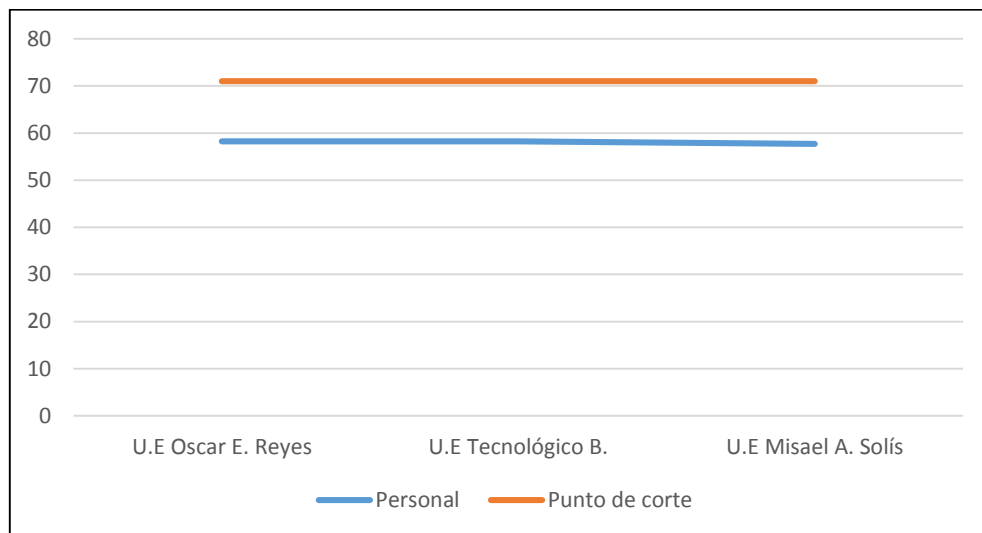


**Gráfico 4.33: Puntuaciones de la dimensión salud por unidades educativas**

Se entiende que, en la U.E. Tecnológico Baños presenta mayor puntuación en esta dimensión, seguido de la U.E. Oscar Efrén Reyes y en tercer lugar la U.E. Misael Acosta Solís, de igual manera se observa que ninguna de las tres puntuaciones está próxima al punto de corte que determina la existencia de riesgo. Con esto se concluye que, ninguna

de las tres unidades educativas existe la presencia de factores y conductas de riesgo que afecten la salud de los y las adolescentes participantes.

En la dimensión personal (ver tabla 4.11), la U.E. Oscar Efrén Reyes se encontró una media  $M=58,24$  con una desviación estándar  $Ds=29,10$ ; en cuanto, la U.E. Tecnológico Baños se encontró una media  $M= 58,27$  con una desviación estándar  $Ds=28$ ; y la U.E. Misael Acosta Solís la media  $M=57,72$  la desviación  $Ds=29,61$ . Existe similitud entre los grupos participantes en las diferentes Unidades Educativas  $F=,993$ ;  $p>0.5$ .



**Gráfico 4.34: Puntuaciones de la dimensión personal por unidades educativas**

Con el gráfico se entiende que prácticamente existen puntuaciones iguales entre las tres unidades educativas que participaron, así también se observa la que ninguna puntuación se acerca o supera el punto de corte. Con esto se concluye que en ninguna unidad educativa existen factores o conductas de riesgo en la dimensión personal.

### 4.3 Análisis de la consistencia interna de los instrumentos

#### 4.3.1 Análisis de consistencia interna del CCD y IADA

Con el objetivo de comprobar el grado de confiabilidad y consistencia interna del Cuestionario de Conductas Desadaptativas (CCD), se procedió a aplicar el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), con el objetivo de comprobar si la herramienta utilizada llegó a generar resultados consistentes y coherentes (ver tabla 4.12).

**Tabla 4.12: Análisis de la consistencia interna CCD**

Factores	Cantidad	Ítems	Alpha $\alpha$
Agresividad y conductas delictivas	27	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	,900
Consumo de drogas	5	15, 35, 36, 37, 38	,796
Victimización	6	29, 30, 31, 32, 33, 34	,448
Total	38	38	,932

Nota: 264 Observaciones

En el factor de agresividad y conductas delictivas se encontró un coeficiente de fiabilidad ( $\alpha$ ), de tipo alto con 27 ítems dio como resultado  $\alpha=.900$ . En el factor de consumo de drogas el coeficiente de fiabilidad ( $\alpha$ ), es de tipo medio alto con cinco ítems fue de  $\alpha=.796$ . En la puntuación de victimización el coeficiente de fiabilidad ( $\alpha$ ), es de tipo bajo con seis ítems tuvo  $\alpha=.448$ . El coeficiente de fiabilidad del test en general es de tipo alto, con un total de 38 ítems el resultado fue  $\alpha=.932$ . Lo que determina que el Cuestionario de Conductas Delictivas tiene puntuaciones fiables para los factores que deseábamos diagnosticar a los participantes.

Para comprobar el grado de confiabilidad y consistencia interna del Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA), se realizó el análisis de coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), con el objetivo de comprobar si la herramienta utilizada llegó a generar resultados conscientes y coherentes (ver tabla 4.13).

**Tabla 4.13: Análisis de la consistencia interna IADA**

Dimensión	Cantidad	Ítems	Alpha $\alpha$
Familiar	48	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48	,806
Social	8	49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56	,667
Escolar	15	57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71	,802
Personal	28	72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99	,762
Salud	33	100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132	,780
Total	132	132	,899

Nota: 264 Observaciones

En la dimensión familiar se encontró un coeficiente de fiabilidad ( $\alpha$ ), de tipo alto con 48 ítems dio el resultado  $\alpha=,806$ . En la dimensión social se obtuvo un coeficiente de fiabilidad ( $\alpha$ ), de tipo casi normal con 8 ítems se obtuvo  $\alpha=,667$ . Lo que corresponde a la dimensión escolar se encontró un coeficiente de fiabilidad ( $\alpha$ ), de tipo alto con 15 ítems dio como resultado  $\alpha=,802$ . En la dimensión personal el coeficiente de fiabilidad fue de tipo normal con 28 ítems se obtuvo  $\alpha=,772$ . En lo que corresponde a la dimensión salud el coeficiente de fiabilidad ( $\alpha$ ), fue normal con 33 ítems y un resultado  $\alpha=,780$ . El coeficiente de fiabilidad global ( $\alpha$ ), fue de tipo alto con un total de 132 ítems dio un resultado de  $\alpha=,899$ . Con esto se concluye que los reactivos aplicados en la

investigación poseen una consistencia interna adecuada para medir los factores de riesgo.

### 3.4 Comprobación de hipótesis

A partir del análisis realizado a lo largo del presente capítulo, se puede inferir, que los adolescentes participantes varones, perciben la existencia de factores y conductas de riesgo en las siguientes dimensiones: familiar, social, escolar, agresividad y consumo de drogas; encontrando específicamente diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones escolar, agresividad y consumo de drogas (ver tabla 4.6 y 4.9), en comparación con las participantes adolescentes mujeres. Así también, se encontró que las adolescentes participantes mujeres tienden a percibir la existencia de factores y conductas de riesgo en la dimensión salud y personal, encontrando diferencias estadísticamente significativas en la dimensión salud (ver tabla 4.9), en comparación de los adolescentes varones.

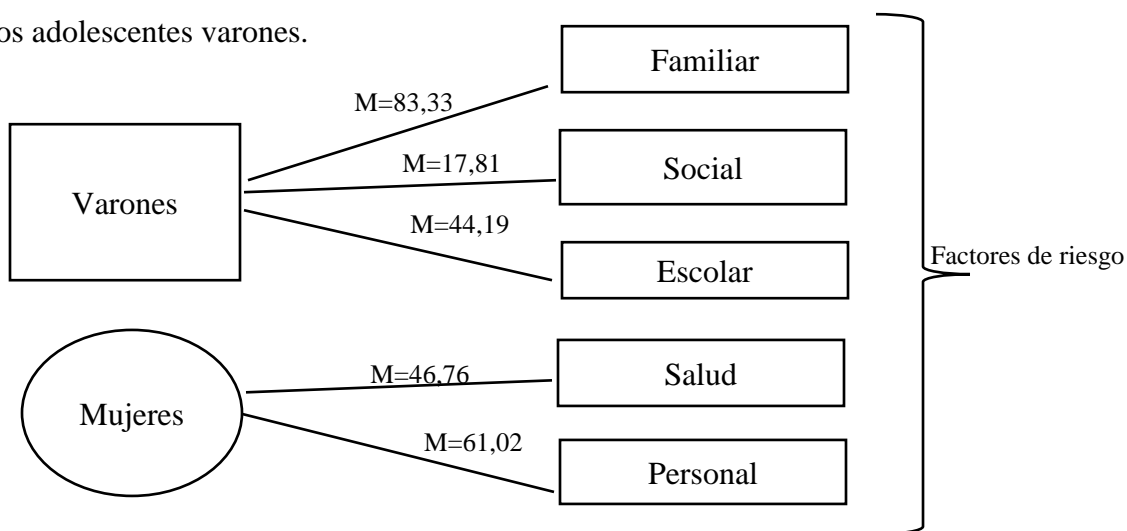


Gráfico 4.35: Modelo explicativo de los Factores de Riesgo en los y las adolescentes

Con el gráfico anterior, se acepta la hipótesis propuesta en el comienzo de la investigación la cual consistía en que los adolescentes escolarizados varones presentan mayor nivel de riesgo que las adolescentes escolarizadas mujeres de la ciudad de Baños de Agua Santa.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

A partir de la realización de la presente investigación y en base al análisis de datos obtenidos de los y las adolescentes, se concluye:

- La adolescencia que comienza alrededor de los 10 años y se prolonga hasta los 21 años aproximadamente, lo cual viene acompañado de múltiples cambios a nivel físico, biológico, psicológico, conductual, social y sexual. Lo que genera una serie de crisis tanto evolutivas y circunstanciales las cuales deben sobreponerse para generar su identidad propia, así también se generan mecanismos de afrontamiento que sirva como apoyo para la etapa adulta.

- Los factores de riesgo son la representación latente de peligro que llegan a afectar la estabilidad física, emocional y psicológica del adolescente. De igual manera, los factores de riesgo son los eventos o circunstancia biológica, psicológica y social que favorece la aparición de cualquier tipo de problema que afecte de manera directa la salud física y mental de los adolescentes.
- Dentro de los adolescentes que integraron la investigación se dividieron en dos grupos de 132 hombres y mujeres con un promedio de edad de 16,4 años, dando un total de 264 participantes, existiendo una predominancia de la autoidentificación étnica mestiza en ambos grupos y de estado civil soltero. Los mismos pertenecen a tres unidades educativas de la ciudad de Baños de Agua Santa las cuales son: Unidad Educativa Oscar Efrén Reyes con 114 participantes; Unidad Educativa Tecnológico Baños con 104 adolescentes; y la Unidad Educativa Misael Acosta Solís con 46 estudiantes. El nivel con mayor número participantes es el primero del bachillerato con un 40,2%, seguido del tercero del bachillerato con un 33,3% y en nivel con menos participantes es el segundo de bachillerato con un 26,5%.
- De igual manera se encontró dentro de los grupos participantes el predominio de los adolescentes varones en el ámbito laboral con un 24,2%, consumo de drogas como: alcohol 36,4%; cigarrillo 9,1%; y marihuana 10,6% que en comparación de las adolescentes mujeres.

- Mediante la aplicación del Cuestionario de conductas Desadaptativas (CCD), se evidencia la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los siguientes factores: conductas agresividad-delictivas y consumo de drogas, las puntuaciones son: los varones en agresividad y conductas delictivas obtuvieron  $M=40,24$  puntos; en consumo de drogas  $M=7,47$  puntos; mientras que las participantes mujeres obtuvieron en agresividad  $M=34,28$  puntos y en consumo de drogas  $M=6,34$  puntos. Entonces se concluye que, los adolescentes varones presentan mayor agresividad, junto a conductas delictivas y consumo de drogas que en comparación que las adolescentes mujeres, datos que son respaldados por la información obtenida en la ficha sociodemográfica.
- En relación a la comparación por niveles académicos, se encuentra que el tercer nivel de bachillerato, obtiene los mayores puntajes en los siguientes factores: agresividad y conductas delictivas  $M=40,70$  puntos; en consumo de drogas  $M=7,85$  puntos; y en victimización  $M=13,72$  en comparación con el primer y segundo nivel. Se llega a la conclusión que, el puntaje obtenido en el último factor es consecuencia de las conductas agresivas, delictivas y el consumo de drogas que presenta este nivel, lo que desemboca en la existencia de riesgo para adolescentes con mecanismo de confrontación inadecuados.
- Se encontró mediante el análisis comparativo de las instituciones participantes que, la unidad educativa Tecnológico Baños presenta las mayores puntuaciones

en los siguientes factores: agresividad y conductas delictivas  $M= 39,95$  puntos; consumo de drogas  $M= 7,26$  puntos; victimización  $M=13,75$  puntos. Se concluye que, los y las participantes adolescentes pertenecientes a la institución previamente mencionada han ejecutado conductas desadaptativas con mayor frecuencia en el último año calendario en comparación con las Unidades Educativas Oscar Efrén Reyes y Misael Acosta Solís.

- En factores de riesgo evaluado mediante el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA), se evidencian valores estadísticamente significativos entre los participantes varones y mujeres en las siguientes dimensiones: Escolar, se obtuvieron  $M(\text{varones})=44,19$  puntos y  $M(\text{mujeres})=30,12$  puntos; salud, se muestra  $M(\text{varones})=39,64$  puntos y  $M(\text{mujeres})=46,76$  puntos. Mediante la prueba  $t$ , se llega a evidenciar que los participantes adolescentes varones perciben la existencia de factores y conductas de riesgo que ponen en peligro su integridad física y psicológica dentro de la unidad educativa en la que se encuentra vinculado en comparación que la otra población evaluada  $t=,000***; p<0,000$ . Así también, se encuentra que las participantes mujeres afirman la existencia mayores factores y conductas de riesgo que ponen en peligro su salud física que en comparación de los participantes varones  $t=,027*; p<0.05$ .
- Con los resultados obtenidos en el inventario autodescriptivo del adolescente en relación a niveles educativos, mediante la prueba Anova  $F$  se encontró que en la dimensión salud existen diferencias estadísticamente significativas entre los

niveles evaluados. El primer nivel obtuvo  $M=36,39$  puntos, el segundo nivel alcanzo  $M=46,39$  puntos y el tercero de bachillerato  $M=48,88$  puntos. Se concluye entonces que, el tercer nivel de bachillerato percibe la existencia de factores y conductas de riesgo para su salud física en relación con el primer y segundo nivel de bachillerato.

- Se concluye que, los participantes adolescentes varones en comparación con las participantes adolescentes mujeres presentan diferentes puntuaciones sin existir diferencias estadísticas en las siguientes dimensiones: familia, en donde se obtuvo  $M(\text{varones})=83,33$  puntos y  $M(\text{mujeres})=76,94$ ; escolar con valores  $M(\text{varones})=17,81$  puntos y  $M(\text{mujeres})=16,33$  puntos; personal se obtuvo  $M(\text{varones})=55,30$  puntos y  $M(\text{mujeres})=61,02$  puntos. Entonces se entiende que, los adolescentes varones perciben y presentan mayores niveles de riesgo en su ambiente familiar y social que las participantes adolescentes mujeres. Mientras que en la dimensión personal existe una percepción mayor de factores y conductas de riesgo que ponen en peligro la salud física y psicológica de las adolescentes mujeres, en comparación de los varones.
- En forma general se concluye que, los participantes adolescentes varones presentan factores y conductas de riesgo en las siguientes dimensiones: Familia, Social, escolar. Así también se evidencia que son mayormente propensos a ejecutar conductas asociadas con agresividad y delitos, de igual manera el consumir drogas como alcohol, cigarrillo y marihuana en el último año, en

comparación con el género opuesto; Mientras que las mujeres presentan o perciben factores y conductas de riesgo en las dimensión personal y salud, esto en comparación con los varones.

## **5.2 Recomendaciones**

- Planificar y ejecutar un plan de investigación e intervención en el que se englobe todos los años de educación básica y bachillerato de las unidades educativas y padres de familia a nivel cantonal, con el objetivo de evaluar, diagnosticar, establecer programas de ayuda y generar mecanismos de afrontamiento para los factores y conductas de riesgo que afectan a los y las adolescentes en las diferentes unidades educativas en las cuales están matriculados.
- Implementar programas informativos para padres y familias de los estudiantes dentro de las diferentes Unidades Educativas del cantón Baños de Agua Santa, cuyo tema central sean los diferentes factores y conductas de riesgo en las siguientes dimensiones: Familia, social, escolar, personal y salud. Con el fin de enseñar y generar mecanismos de afrontamiento adecuados para evitar futuras crisis y conductas desadaptativas en los y las adolescentes.
- Dado que el estudio muestra que los adolescentes varones son mayormente propensos a ser influenciados por factores y conductas de riesgo, se recomienda

efectuar un acompañamiento continuo, espacios de apoyo y asesoramiento e intervención psicológica si es necesario, con el objetivo de disminuir los factores y conductas de riesgo a la población previamente mencionada.

- Para futuras investigaciones, es recomendable que se utilice instrumentos que sean acordes a la realidad de los participantes; así también se recomienda que se podrían adaptar los reactivos de evaluación utilizados en esta investigación para mejor comprensión de los evaluados, ya que poseen altos niveles de confiabilidad y validez.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Barojas, S. (Enero-Agosto de 2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11(1-2), 333-338.
- Aguirre , A., Altarriba, X., Rodríguez , A., & Soria, M. A. (1994). *Psicología de la adolescencia* . Barcelona: Boixareu Universitaria .
- Almeida Filho, N., Castiel, L. D., & Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 323-344.
- Amemiya, I., Oliveros, M., & Barrientos, A. (2009). *Factores de riesgo de violencia escolar (bullying) severa en colegios privados de tres zonas de la sierra del Perú*. Lima : San Marcos.
- Anzalone, L., & Mattered, A. (2008). *Infecciones de transmisión sexual*. Bogotá: San Pedro.
- Ayela, R. T. (2009). *Adolescentes: Trastornos de Alimentación* . San Vicente: Club Universitario .
- Barra, E., & Cancino, V. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Universidad de Concepción*, 231-240.
- Barrera, J. (2010). *Guía para la comprensión holística de la ciencia* . Caracas: Sypa.
- Behrman, R. E., Kliegman, R. M., & Jenson, H. B. (2000). *Tratado de Pediatría*. Madrid, España: Saunders.
- Berger. (2006). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia* . Madrid: Panamericana.
- Brañas Fernández, P. (1997). Atención del pediatra al adolescente. *Pediatría Integral*, 207-216.

- Buendía , J., Riquelme, A., & Ruiz, J. A. (2004). *Elsuicidio en adolescentes*. Murcia: Nausica Edición Electrónica.
- Cano, A. J., Solanas, S. E., Klose, M. M., & Klose, P. (2012). Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales. *Adicciones*, 309-317.
- Caracuel, R., Zurita, F., Padial, R., Cepero, M., Torres, B., & Collado, B. (2017). Práctica de actividad física y consumo de sustancias nocivas en adolescentes. *Journal of Sport and Health Research*, 65-74.
- Castillo, G. (2012). *Tus hijos adolescentes*. Madrid: Palabra.
- De la Torre, M. J., García-Linares, M. C., & Casanova-Arias, P. F. (enero-abril de 2014). Relaciones entre Estilos Educativos Parentales y Agresividad en Adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(32), 147-170.
- Espejo, T., Martínez, A., Chacón , R., Zurita , F., Castro , M., & Cachón, J. (2016). Consumo de alcohol y actividad física en adolescentes en entorno rural. *Health and Addictions*, 17(1), 97-105.
- Espejo, T., Martínez, A., Chacón, R., Zurita, F., Castro, M., & Cachón, J. (2017). Consumo de alcohol y actividad física en adolescentes del entorno rural. *Health and Addictions*, 97-105.
- Facio, A., & Resett, S. (2007). Desarrollo de las relaciones con padres y hermanos en adolescentes argentinos. *Apuntes de Psicología Universidad de Sevilla*, 25(3), 255-266.
- Fernández, P. (2010). *Estudio de los factores de riesgo y protección de consumo de sustancias en adolescentes*. Alcalá: Universidad de Alcalá.
- Garalgordobll , M., & Duré , A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37-64.

- García , C., & González, A. (2000). *Tratado de Pediatría Social* . Madrid: Díaz Santo S.A. .
- García Remedo, M., Gil Beltrán, J. M., & Valero Valero, M. (2007). *Psicología y desastres: Aspectos psicosociales* . Castelló de la Plana : Universidad Jaume.
- García-Piña , C. (2016). Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica. *Acta Pediatr Mex*, 01(37), 47-53.
- Gil, M., & Cáceres, J. (2008). *Cuerpos que hablan*. Barcelona: Novagràfik.
- Gómez, S., & Marcos, A. (2006). Intervención integral en la obesidad del adolescente. *Revista Médica Universitaria Navarra*, 50(4), 23-25.
- Gómez-Maqueo, E. L., Barcelata Eguiarte , B. E., & Duran Patiño, C. (2010). *Investuario Autodescriptivo del Adolescente* . Mexico DF : El Manual Moderno S.A. de C.V.
- González, E., Martínez, V., Molina, T., George, M., Sepúlveda, R., Molina , R., & Hidalgo-Rasmussen, C. (marzo de 2016). Diferencias de género en la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolarizados chilenos. *Revista Médica Chile*, 144(3), 298-306.
- González, M., Sáiz, P., Quirós, M., & López, J. (1997). Consumo de alcohol, búsqueda de sensaciones y dimensiones básicas de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta* , 385-405.
- Gracia, E. (2004). *Conductas Desadaptativas en los adolescentes en Navarra: Papel de la familia en la escuela* . Pamplona : Universidad Pública de Navarra.
- Gutiérrez, M., Múnera, X., & Sepúlveda, L. N. (2016). Factores de Riesgo y Protección Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes. *Psyconex*, 8(12), 1-10.
- Havighurst, R. (1972). *Developmental task and education*. Nueva York: Mc Kay.
- Herrera, P. (1997). Principales Factores de Riesgos Psicológicos y Sociales en el Adolescente. *Rev Cubana de Pediatría* , 39-42.
- Horrocks, J. E. (1986). *Psicología de la adolescencia* . Mexico D.F.: Trillas .

- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International journal of psychological research*, 109-121.
- Husén, T., & Opper, S. (1984). *Educación multicultural y Multilingue*. Oxford: Pergamon Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). *Primera Encuesta Nacional de Trabajo Infantil*. Quito: Ecuador en cifras.
- Labrador, F., & García, M. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 619-626 .
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: Un problema que requiere atención. *Revista Medica Simposio* , 357-360.
- López , J. M., & Salles , N. (2011). *Prevención de la anorexia y la bulimia*. Valencia : Culturals Valencianes .
- López , N., Beltrán, C., & Cerezo, S. (2011). *Cuidados Paliativos en el Paciente Oncológico* . Madrid: Varios Libros.
- Marimón, E., Pérez, N., Suárez, L., Hernández, P., & Orraca, O. (2011). Factores de Riesgo Psicosociales en escolares de la enseñanza media, Pinar del Río. *Ciencias Médicas*, 201-217.
- Martínez Gonzáles , R. A. (2001). *Diagnóstico Pedagógico, Fundamentos Teóricos*. Oviedo: Universidad de Oviedo Servicio de Publicaciones.
- Martínez-Ferrer, B., Povedano-Díaz, A., Amador-Muñoz, & Moreno-Ruiz, D. (octubre de 2012). Clima escolar, satisfacción con la vida y victimización en la escuela. Un análisis del efecto moderador del género. *Anales de Psicología*, 28(3), 875-882.

- Mingote, J., & Requena, M. (2013). *El malestar de los jóvenes: Contextos, raíces y experiencias*. Madrid: Dias de Santos .
- Molina, R., Sepúlveda, R., Carmona, R., Molina, T., & Mac-Ginty, S. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios de primer año. *Revista Chile Salud Pública*, 20(2), 101-112.
- Moratto, N. S., Cárdenas, N., & Berbesí, D. Y. (2017). Clima escolar y funcionalidad familiar como factores asociados a la intimidación escolar en Antioquia, Colombia. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 63-72.
- Moreta, R., Reyes, C., Mayorga, M., & León-Tamayo, L. (2017). Estimación sobre niveles y factores de riesgo psicosocial en adolescentes escolarizados de Ambato, Ecuador. *Pensando Psicología*, 13(22), 29-40.
- Moreta-Herrera, R., Mayorga-Lascano, M., León-Tamayo, L., & Ilaja-Verdesoto, B. (2017). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes y factores de riesgo asociados a la exposición reciente. *Health and Addictions* , 39-50.
- Myers, D. (1991). *Psicología Social*. Bogotá: Panamericana.
- Navarrete, J. (2002). *Problemas Metodológicos de las Ciencias Sociales*. San Marcos: Fondo Editorial de la Facultad de las Ciencias Sociales- UNMSM.
- Observatorio español de la droga y las toxinas. (2011). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Oliva Gómez , E., & Villa Guardiola , V. J. (2013). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 11-20.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: what we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- Orgegoso, B. (2007). *Conductas de Riesgo Convencionales*. Lima : Cedro.

- Ospina, A., & Milic, A. (2015). Experiencias de vida de las mujeres jefes de hogar de familias monoparentales de Sotrames. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas "Psicoespacios"*, 2-40.
- Otero, J. M. (2001). *Consumo de drogas y comportamientos delictivos en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Papalia, D. E., Olds, W. S., & Feldman, D. R. (2010). *Desarrollo Humano*. Mexico D.F.: McGraw-Hill.
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*, 85-95.
- Paveza, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Medica de Chile*, 226-233.
- Peña Fernández, E. (2010). *Conducta antisocial en adolescentes: Factores de riesgo y protección*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Pereira Pérez, Z. (30 de Junio de 2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Educare*, XV(1), 15-29.
- Peréz, A., & Scoppetta, O. (2008 ). *Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: 2008 un estudio con jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en 7 capitales de departamento y dos municipios pequeños*. Cali: Cooperación Nuevos Rumbos.
- Pérez, M., Molero, M., Gázquez, J., & López, T. (2014). Análisis de las conductas antisociales-delictivas en la etapa de educación secundaria: edad, género y perfil del alumno en la convivencia. *Proceedings of International Congress of Clinical Psychology*, 35-41.
- Ray Crozier, W. (2001). *Diferencias individuales en el aprendizaje: Personalidad y rendimiento escolar*. Madrid: Narcea.

- Redondo, C. G., Galdó, G., & García, M. (2008). *Atención al Adolescente*. Santander: Universidad de Catabria.
- Redrado, J., Gol, J., Marchesi, P., Brusco, A., & Bolech, P. (2003). *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo.
- Ripoll, K., Carrillo, S., & Castro, J. A. (2009). Relación entre hermanos y ajuste psicológico en adolescentes: los efectos de la calidad de la relación padres-hijos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 125-142.
- Rubio Romero, J. C. (2006). *Métodos de Evaluación de Riesgos Laborables*. Madrid: Díaz de Santos.
- Ruiz, D., Estévez, E., Murgui, S., & Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 123-136.
- Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L., & Loiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Serum*, 179 - 187.
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología psicología anormal: el problema de la conducta inadecuada*. Mexico DF : Ingramex.
- Soutullo, C., & Mardomingo, M. J. (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Buenos Aires: Panamericana.
- Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica*. México D.F., México: Limusa.
- Uribe, A. F., Sanabria, A. M., Orcasita, L. T., & Castellanos, J. (2016). Conducta antisocial y delictiva en adolescentes y jóvenes colombianos. *Informes Psicológicos*, 103-119.
- Urquijo, S. (2002). Auto-concepto y desempeño académico en adolescentes. Relaciones con sexo, edad e institución. *Psico-USF*, 211-218.

- Valenzuela Mujica, M. T., Ibarra , A. M., Zubarew, T., & Correa, M. L. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el adolescente: Rol de familia. *Index Enferm*, 22(1-2), 50-54.
- Velasco, L. (2004). Desarrollo biopsicosocial del adolescente: tareas, metas y logros. En E. Monroy, *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud* (págs. 11-25). México D.F: Pax México.
- Videra-García, A., & Reigal-Garrido, R. (enero de 2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141-147.
- Zaragoza, J., Serra, J., Ceballos, o., Generelo , E., Serrano , E., & Julián , J. (2006). Los factores ambientales y su influencia en los patrones de actividad física en adolescentes. *International Journal of Sport Science*, 1-14.
- Zepeda Herrera, F. (2003). *Introducción a la psicología Una visión científico humanista*. Naucalpan de Juárez: Prentice Hall.

## ANEXOS

### Anexo 1: Carta de consentimiento informado

Sr. / Sra. \_\_\_\_\_

Representante legal del Sr./Srta. \_\_\_\_\_ por medio de la presente quisiéramos obtener su autorización para que se le incluya a su representado como objeto de estudio en el proyecto de investigación titulado: **Análisis comparativo de los factores de riesgo en adolescentes escolarizados de bachillerato de la ciudad de baños de agua santa**, investigación llevada a cabo por parte de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- sede Ambato en la siguientes instituciones: Unidad Educativa Baños / Unidad Educativa Oscar Efrén Reyes / Unidad Educativa Misael Acosta Solís. La misma estará supervisada por la Ps. Cl. Adriana Lorena León Tamayo en calidad de Directora de Disertación de la Escuela de Psicología de la PUCESA. El objetivo de esta investigación es: **Analizar los Factores de Riesgo en los adolescentes escolarizados de bachillerato de la ciudad de Baños de Agua Santa de la provincia de Tungurahua.**

En esta carta solicitamos a usted su consentimiento para que su representado/a participe en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que rellenar instrumentos de evaluación, además de una ficha socio demográfica. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. Su participación será anónima, ya que su nombre no aparecerá de ningún modo en los instrumentos, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Los instrumentos de evaluación se les asignaran un código desde el inicio que reemplazarán los nombres. Luego, los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto. Con los análisis realizados, se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Además, su representado podrá dejar de responder en cualquier momento este cuestionario si así lo desea, sin que por ello reciba sanción de ningún tipo. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta que su representado participe de la investigación, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación Ps. Cl. Adriana Lorena León Tamayo

- Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

Anexo 2: Ficha sociodemográfica		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Se considera: <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Otra:.....		
¿De qué nivel socio-económico se considera?: <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio-Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Medio-Alto <input type="checkbox"/> Alto		
Los ingresos económicos de su familia provienen de: <input type="checkbox"/> Padre (as) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Suyo <input type="checkbox"/> Otro:.....		
Sector en el que vive: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural		Tipo de vivienda en la que vive: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Otras.....
Servicios con la que su vivienda cuenta: <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Cable <input type="checkbox"/> Internet		
<b>Área Familiar</b>		
Señale con que personas actualmente con quien vive: <input type="checkbox"/> Padre/Madre/Hermanos <input type="checkbox"/> Padre/hermanos <input type="checkbox"/> Madre/hermanos <input type="checkbox"/> Hermanos(as) <input type="checkbox"/> Tíos (as) <input type="checkbox"/> Otro:.....		
Cómo considera su relación afectiva con sus padres: <input type="checkbox"/> No tengo relación <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Distante <input type="checkbox"/> Cercana <input type="checkbox"/> Muy cercana		
En general las relaciones con sus hermanos(as) es: <input type="checkbox"/> No tengo relación <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Distante <input type="checkbox"/> Cercana <input type="checkbox"/> Muy cercana		
Nivel de escolaridad del padre: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitaria		
Nivel de escolaridad de la madre: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitaria		
<b>Área Social</b>		
Su grupo de amigos son de: <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Barrio <input type="checkbox"/> Grupo deportivo <input type="checkbox"/> Grupo religioso <input type="checkbox"/> Clase extracurricular <input type="checkbox"/> Otro		
Con que frecuencia frecuenta a su grupo de amigos: <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 2 veces por semana <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> 1 vez por mes		
Considera que la relación con su grupo de amigos es: <input type="checkbox"/> No tengo relación <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Distante <input type="checkbox"/> Cercana <input type="checkbox"/> Muy cercana		
Que actividades realiza con sus amigos: Deportivas <input type="checkbox"/> Académicas <input type="checkbox"/> Lúdicas <input type="checkbox"/> Recreativas <input type="checkbox"/> Otras		
Lugares que concurre con sus amigo: <input type="checkbox"/> Parques <input type="checkbox"/> Centros comerciales <input type="checkbox"/> Discotecas/Bares <input type="checkbox"/> Iglesias <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Área de Salud</b>		
Mi salud física se encuentra: Califique del 1 al 5, siendo uno el estado menos saludable y 5 un estado de completa salud. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
¿Padece alguna enfermedad grave actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Qué enfermedad:.....		
¿Recibe tratamiento farmacológico en la actualidad?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recibe tratamiento psicológico en la actualidad?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Área Escolar</b>		
Nivel que está cursando en la actualidad: <input type="checkbox"/> Primero de Bachillerato <input type="checkbox"/> Segundo de Bachillerato <input type="checkbox"/> Tercero de Bachillerato		
Ha perdido algún año escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Las relaciones con sus docentes son: <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Conflictivas <input type="checkbox"/> No existe ningún tipo de relación		
<b>Área Personal</b>		
Cómo percibe su estado emocional: <input type="checkbox"/> Me siento más irritable <input type="checkbox"/> Me siento ansioso <input type="checkbox"/> Me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento tranquilo <input type="checkbox"/> Me siento feliz		
De que religión se considera: <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Mormona <input type="checkbox"/> Otra.....		
Tiene pareja actualmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Trabaja en la actualidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuantas Horas trabaja al día: <input type="checkbox"/> De 1 a 4 <input type="checkbox"/> De 5 a 8		
Consumo alguna de estas sustancias: <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco/cigarrillo <input type="checkbox"/> Marihuana/cannabis <input type="checkbox"/> Otras		
Que actividades realiza en su tiempo libre: <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Leer <input type="checkbox"/> Ver tv <input type="checkbox"/> Club deportivos <input type="checkbox"/> Grupos de estudios <input type="checkbox"/> Clases Extracurriculares <input type="checkbox"/> Otras		

### Anexo 3: Cuestionario de conductas desadaptativas (CCD)

A continuación, encontrarás una lista de comportamientos que pueden ser realizados por chicos/as de tu edad. Lo que te pedimos es que contestes **con sinceridad y sin ningún miedo** si alguna vez has realizado algunos de estos comportamientos en los últimos doce meses.

**(RECUERDA QUE EL CUESTIONARIO ES ANÓNIMO Y NADIE VA A SABER LO QUE HAS RESPONDIDO).**

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Alguna veces	4 Bastantes veces	5 Muchas veces
1. He pintado o dañado las paredes del colegio/instituto	1	2	3	4	5
2. He robado dinero u objetos de valor a un desconocido	1	2	3	4	5
3. He conducido o he ido en coche con un amigo/a que conducía sin permiso de conducir	1	2	3	4	5
4. He pegado a alguien dentro del colegio/instituto	1	2	3	4	5
5. He ofendido o insultado a la Policía o Guardia Civil	1	2	3	4	5
6. He falsificado la firma de mis padres en las notas o justificantes	1	2	3	4	5
7. He participado en peleas entre grupos de chicos/as de mi edad	1	2	3	4	5
8. He robado objetos de mis compañeros o de la escuela	1	2	3	4	5
9. He robado ciclomotores o bicicletas	1	2	3	4	5
10. He insultado o tomado el pelo a propósito a los profesores	1	2	3	4	5
11. He dañado el coche de los profesores	1	2	3	4	5
12. He hecho equivocarse a un/a compañero/a de clase en los deberes o tareas a propósito	1	2	3	4	5
13. He agredido y pegado a los compañeros del colegio/instituto	1	2	3	4	5
14. He robado mercancías de los supermercados (o grandes almacenes)	1	2	3	4	5
15. Me he fumado un porro en el colegio/instituto	1	2	3	4	5
16. He dañado cabinas telefónicas	1	2	3	4	5
17. He estropeado coches de desconocidos	1	2	3	4	5

18. He robado o forzado un registro escolar (hoja de asistencias)	1	2	3	4	5
19. He agredido y pegado a desconocidos	1	2	3	4	5
20. He incordiado o fastidiado al profesor/a en clase	1	2	3	4	5
21. He insultado o molestado a inmigrantes extranjeros	1	2	3	4	5
22. He roto los cristales de las ventanas del colegio/instituto	1	2	3	4	5
23. He participado en carreras peligrosas con motocicletas en calles con mucho tráfico	1	2	3	4	5
24. He insultado a compañeros/as de clase	1	2	3	4	5
25. He provocado conflictos y problemas en clase	1	2	3	4	5
26. He respondido agresivamente a mis profesores/as	1	2	3	4	5
27. He roto apuntes y trabajos de mis compañeros/as	1	2	3	4	5
28. He provocado conflictos entre mis compañeros/as	1	2	3	4	5
29. Alguien de colegio/instituto me miró con mala cara	1	2	3	4	5
30. Algún compañero me insultó	1	2	3	4	5
31. Algún compañero me robó algo	1	2	3	4	5
32. Se burlaron de mí en clase o me hicieron daño	1	2	3	4	5
33. Alguien del colegio/instituto se metió con mi familia	1	2	3	4	5
34. Alguien del colegio/instituto me echó las culpas de algo que yo no había hecho	1	2	3	4	5
35. Me he emborrachado durante el fin de semana (viernes a domingo)	1	2	3	4	5
36. Tomo drogas durante el fin de semana (porros, pastillas, etc.)	1	2	3	4	5
37. Consumo drogas durante la semana (de lunes a jueves)	1	2	3	4	5
38. Bebo alcohol los fines de semana	1	2	3	4	5

## Anexo 4: Inventario Autodescriptivo del Adolescente

(IADA)

**Preparatoria (bachillerato)****Emilia Lucio-Gómez, Blanca Estela Barcelata Eguiarte y Consuelo Durán-Patiño****INSTRUCCIONES**

Este cuestionario investiga algunos datos sociodemográficos, familiares y personales. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste con la verdad. No hay respuestas buenas o malas, por tanto, no te preocupes por calificaciones. **NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER**, si tienes alguna duda, con toda confianza pregúntanos y con mucho gusto te orientaremos.

La información que proporciones será confidencial.

Agradecemos tu participación.

De vuelta a la hoja hasta que se le indique

		Sí	No	
	<b>En casa me suceden cosas como:</b>			
1.	Tengo un buen espacio para estudiar.			
2.	Tengo privacidad en mi casa.			
3.	Me gusta vivir en mi casa.			
4.	Me siento bien adaptado a mi ambiente familiar.			
5.	En general me llevo bien con los miembros de mi familia.			
6.	Me esfuerzo por comprender los problemas de mi familia (tíos, primos, abuelos, etc.).			
7.	Mis padres esperan mucho de mí.			
8.	Comento mis problemas con mis familiares.			
	<b>En mi familia, las relaciones por lo regular son:</b>	Sí	No	
9.	Frías.			
10.	De apoyo.			
11.	Indiferentes.			
12.	Tensas.			
13.	Hay pleitos constantes entre mis padres.			
14.	Hay pleitos constantes entre toda la familia.			

15.	Hay pleitos constantes entre mis hermanos y yo.			
16.	Hay pleitos constantes entre mis hermanos.			
17.	Hay preferencia por uno de mis hermanos.			
	<b>En mi familia suceden cosas como éstas:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
18.	Mi padre tiene problemas emocionales.			
19.	Mi madre tiene problemas emocionales.			
20.	Mi hermano tiene problemas emocionales			
21.	Platico mis decisiones con mis padres.			
22.	Trato de pasar el mayor tiempo fuera de casa.			
23.	Tengo problemas que escondo a mis padres.			
24.	Mis padres nunca están en casa.			
25.	Mis padres desaprueban a mí novio(a).			
26.	Mis padres desaprueban a mis citas con muchachos(as).			
27.	Mis padres desaprueban a mis amigos(as).			
28.	Cuando mis padres se pelean, amenazan con divorciarse.			
29.	Cuando mis padres se pelean, alguno se va de la casa por un tiempo.			
30.	Cuando mis padres pelean, se gritan o se insultan.			
	<b>En mi familia suceden cosas como:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
31.	En mi familia, las reglas las pone mi papá.			
32.	En mi familia, las decisiones las toma mi papá.			
33.	Cuando mis hermanos y yo peleamos, llegamos a la violencia física.			
34.	Cuando mis hermanos y yo peleamos, gritamos o nos insultamos.			
35.	Mis hermanos me molestan.			
36.	En mi familia, las decisiones las toma mi mamá.			
37.	En mi familia, las reglas las pone mi mamá.			
38.	Mis padres desaprueban la música que oigo.			
39.	Mis padres desaprueban mi forma de vestir o mi apariencia.			
40.	Cuando mis hermanos y yo peleamos nos dejamos de hablar.			

41.	Cuando mis padres se pelean se dejan de hablar			
42.	En general mis padres son estrictos.			
43.	En mi familia por lo general son sobreprotectoras.			
44.	Mis padres a veces me dan permisos y a veces no.			
45.	Mi padre está enfermo.			
46.	Mi madre está enferma.			
47.	Acostumbro a convivir más: con nadie.			
48.	En mi familia no hay reglas.			
<b>En mis relaciones sociales generalmente:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
49.	Me alejo de la gente.			
50.	Me siento abandonado(a) por mis amigos.			
51.	Se me dificulta hacer amigos.			
52.	Mis amigos se aprovechan de mí.			
53.	Me adapto a mis compañeros.			
54.	Tengo con quien compartir intereses.			
55.	Tengo amigos inseparables.			
56.	Me llevo bien con otras personas.			

<b>En la escuela FRECUENTEMENTE me suceden cosas como:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
57.	Tengo dificultades de aprendizaje (distracción, falta de comprensión,			
58.	Tengo malos hábitos de estudio.			
59.	Bajas calificaciones.			
60.	Estoy en la escuela inadecuada para mí.			
61.	Me siento fuera de lugar.			
62.	Me aburre la escuela.			
63.	Falta de interés de los maestros por sus alumnos.			

		Sí	No	
<b>En la escuela FRECUENTEMENTE me suceden cosas como:</b>				
64.	Me llevo bien con otros estudiantes.			
65.	Me llevo bien con mis maestros.			
66.	Me gusta la escuela.			
67.	Tengo reportes de mala conducta.			
68.	Tengo problemas con profesores.			
69.	He repetido año.			
70.	He tenido exámenes extraordinarios (supletorios).			
71.	Materias reprobadas.			
<b>Mis características son:</b>		Sí	No	
72.	Me siento incómodo(a) y torpe.			
73.	Me siento inferior.			
74.	Mi autoestima baja.			
75.	Quiero fugarme de mi casa.			
76.	Siento que las personas están en mi contra.			
77.	Me siento impopular.			
78.	Me siento inmaduro.			
79.	Soy tímido(a).			
80.	Soy temeroso(a) de las cosas que me pasan.			
81.	Me siento nervioso(a).			
82.	Desconfío de los demás.			
83.	Me siento criticado(a) por otros.			
84.	Mis planes a futuro a corto plazo son trabajar.			
85.	Mis planes a futuro a corto plazo son casarme.			
86.	Mis planes a futuro a corto plazo son continuar una carrera universit.			
87.	Soy capaz de relajarme.			
<b>Mis características son:</b>		Sí	No	
88.	Soy creativo(a)			
89.	Soy hábil para algunas cosas.			

90.	Soy inteligente.			
91.	Soy independiente.			
92.	Lloro por cualquier cosa.			
93.	Soy demasiado sentimental.			
94.	Parezco demasiado joven o viejo(a).			
95.	Soy demasiado alto(a) o bajo(a).			
96.	Tengo problemas de concentración.			
97.	Soy muy desordenado(a) con mis cosas personales			
98.	No tengo planes.			
99.	No me gusto.			
	<b>Mis hábitos son:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
100.	Cuando fumo lo hago con mis amigos.			
101.	Cuando fumo lo hago en fiestas.			
102.	Cuando fumo lo hago en la escuela (colegio).			
103.	Fumo desde secundaria.			
104.	Cuando fumo lo hago en la casa.			
105.	Cuando bebo regularmente lo hago en fiestas.			
106.	Tomo bebidas alcohólicas desde secundaria.			
107.	Cuando bebo regularmente lo hago con amigos.			
108.	Consumo alcohol cada mes.			
109.	Cuando bebo regularmente lo hago en la casa.			
110.	He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, anfetaminas, tacha, éxtasis, etc.) alguna vez.			
111.	He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, anfetaminas, tacha, éxtasis, etc.) desde la secundaria (escuela).			
112.	He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, anfetaminas, tacha, éxtasis, etc.) con mis amigos.			

		Sí	No	
	<b>Mi salud se caracteriza por:</b>			
113.	Tengo mareos.			
114.	Tengo problemas estomacales.			
115.	Me falta tiempo para relajarme.			
116.	Tengo problemas emocionales.			
117.	Frecuentemente sufro de dolores de cabeza.			
118.	Sufro de insomnio.			
119.	Tengo problemas para dormir.			
120.	Frecuentemente tengo que tomar medicinas.			
121.	Paso por largos períodos de enfermedad.			
122.	Tengo problemas para respirar.			
	<b>Otros de mis hábitos son:</b>	Sí	No	
123.	Nunca he tomado.			
124.	Nunca he fumado.			
125.	Tomo bebidas alcohólicas desde primaria (escuela).			
126.	Fumo desde primaria (escuela).			
127.	Como demasiado.			
128.	Tengo malos hábitos alimenticios.			
129.	Paso mucho tiempo en los videojuegos.			
130.	Veo demasiada TV.			
131.	Tengo buen apetito.			
132.	Hago suficiente ejercicio.			

		Sí	No
	<b>Vivo con:</b>		
133.	Mi padre.		
134.	Mi madre.		
135.	Mis abuelos.		
136.	Mis hermanos.		
137.	Mis tíos.		
138.	Mi(s) medio(as) hermano(as).		
139.	Mi madrastra.		
140.	Mi padrastro.		
141.	Mis hermanastros(as).		
	<b>El número de mis hermanos es:</b>	Sí	No
142.	Ninguno.		
143.	Uno.		
144.	Dos.		
145.	Tres.		
146.	Cuatro.		
147.	Cinco o más.		
	<b>El lugar que ocupo entre mis hermanos es:</b>	Sí	No
148.	El mayor		
149.	El de en medio.		
150.	El menor.		
	<b>Acostumbro a convivir más con:</b>	Sí	No
151.	Mis padres.		
152.	Mi(s) hermano(as).		
153.	Mis abuelos.		
154.	Mis tíos.		
155.	Mis primos.		

156.	Mis amigos.		
157.	Mi novio(a).		
	<b>Por lo regular la escuela a la que he asistido es:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
158.	Pública.		
159.	Privada.		
160.	Educación especial.		
161.	Militarizada.		
162.	Internado.		
163.	Medio internado.		
164.	De religiosas o religiosos.		
165.	De sistema abierto.		

	<b>Nivel en el que curso:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
166.	Noveno		
167.	Décimo		
168.	Primero		
169.	Segundo		
170.	Tercero		
	<b>Identificación étnica</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
171.	Indígena		
172.	Afro-ecuatoriano		
173.	Mestizo		
174.	Blanco		
	<b>Antecedentes psicológicos</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
175.	Antecedentes psicológicos individuales.		
176.	Antecedentes psicológicos familiares.		