



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“CARACTERIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE ALGUNOS
FACTORES PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES. DÉCIMO AÑO.
ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA FISCAL MIXTA ZOBEBIDA JIMÉNEZ
VÁSQUEZ. 2015-2016”

AUTOR:

MD. DENNIS IGNACIO QUIMÍ LÓPEZ

DIRECTORA:

PhD. ZEIDA ELVIRA CASTILLO DÍAZ

GUAYAQUIL – ECUADOR

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Dr. Dennis Ignacio Quimí López*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en (*Medicina Familiar y Comunitaria*).

Guayaquil, a los veintisiete días del mes de diciembre del año 2016

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

PhD. Zeida Elvira Castillo Díaz.

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Landívar Varas.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Dennis Ignacio Quimí López

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “*(Caracterización del comportamiento de algunos factores psicosociales en adolescentes. Décimo año. Escuela de educación básica fiscal mixta Zobeida Jiménez Vásquez. 2015-2016)*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los veintisiete días del mes de diciembre del año 2016

EL AUTOR:

Dennis Ignacio Quimí López



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, *Dennis Ignacio Quimí López*

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “*(Caracterización del comportamiento de algunos factores psicosociales en adolescentes. Décimo año. Escuela de educación básica fiscal mixta Zobeida Jiménez Vásquez. 2015-2016)*”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los veintisiete días del mes de diciembre del año 2016

EL AUTOR:

Dennis Ignacio Quimí López

1 Agradecimiento

A Dios, por darme la vida y la oportunidad de ser un profesional, a mi esposa Maricela Cabrera por su apoyo incondicional, a mis hijas Britany & Maydi, que son mi razón para superarme cada día, a mi madre Mariana López que siempre ha estado a mi lado cuando más la he necesitado, a mi padre y hermanos por creer en mí, además un agradecimiento especial a mi tutora la Dra. Zeida Castillo por su dedicación y recomendaciones; mis más sinceros agradecimientos para cada uno de ellos.

2 Dedicatoria

Este proyecto está dedicado a mi familia, amigos y personas que consideran adecuado luchar cada día por el bienestar de los y las adolescentes, con todo cariño para cada uno de ellos.

3 Resumen

Antecedentes: Los factores psicosociales en la adolescencia tienen relación con determinadas esferas sociales, según las frecuencias de aparición, surgen los comportamientos de riesgos o protectores. **Materiales y Métodos:** Se aplicó un estudio observacional de corte transversal, con un universo de 64 adolescentes del décimo año de la escuela de Educación Básica Fiscal Mixta Zobeida Jiménez Vásquez desde mayo 2015–enero 2016, seleccionados por muestreo no probabilístico de tipo intencional. El estudio se realizó con el consentimiento informado, cumplió con las normas éticas, utilizó la encuesta a quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, para evaluar las variables sociodemográficas y de riesgo psicosocial e individual, los datos se procesaron por estadística descriptiva. **Resultados:** Predominó el sexo masculino, la edad promedio fue 14,5 años, prevalecen las familias extensas con el 35,9%, el 52% hijos de madres adolescente; los factores de riesgo que predominaron en la esfera familiar fue dificultades en la comunicación con los padre 18,8%, en el grupo de relación tienen amigos que frecuentemente consumen alcohol 20,3% y drogas 17,2%, en la escolar 14,1% nunca o casi nunca presenta satisfacción por realizar las tareas, en la esfera individual problemas de salud 10,9% refirió que la vida es injusta con ellos, también se determinó que valoran altamente su familia 83% como factor protector y que el sexo masculino tiene mayor nivel de exposición al riesgo psicosocial. **Conclusiones:** Prevalció la población sin factores psicosociales de riesgo, ya que estos aparecieron de forma leve en el sexo masculino.

Palabras Clave: FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO, PROTECTORES, ADOLESCENCIA, FAMILIA

4 Abstract

Background: Psychosocial factors in adolescence are related to certain social spheres, according to the frequencies of appearance, the risk or protective behaviors arise. **Materials and Methods:** An observational cross-sectional study was applied, with a universe of 64 adolescents in the tenth year of the School of Basic Education Joint Attorney Vasquez Jimenez Zobeida from May 2015-January 2016, selected by non-probabilistic intentional sampling. The study was conducted with informed consent, met ethical standards, used the survey who met the inclusion and exclusion criteria to evaluate the sociodemographic and psychosocial and individual risk variables, data were processed by descriptive statistics. **Results:** Mainly males, the average age was 14.5 years extended families prevail with 35.9%, 52% children of teenage mothers; risk factors that prevailed in the family sphere was difficulty in communicating with the parent 18.8% in the group relationship have friends who frequently consume alcohol and drugs 20.3% 17.2%, in school 14, 1% never or almost never has welcomed perform tasks in the individual sphere health problems 10.9% said that life is unfair to them, also it found that highly value their family as a protective factor 83% and that sex men have higher levels of exposure to psychosocial risk. **Conclusions:** Prevalence of the population without psychosocial risk factors, since these appeared of slight form in the male sex.

Keywords: PSYCHOSOCIAL FACTORS RISK, PROTECTIVE, ADOLESCENCE, FAMILY

5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO	I
2 DEDICATORIA	II
3 RESUMEN	III
4 ABSTRACT	IV
5 ÍNDICE DE CONTENIDOS	V
6 ÍNDICE DE TABLAS	VI
7 ÍNDICE DE ANEXOS	VIII
8 INTRODUCCIÓN	1
9 EL PROBLEMA	2
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	2
9.2 FORMULACIÓN	3
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	4
10.1 GENERAL	4
10.2 ESPECÍFICOS	4
11 MARCO TEÓRICO	5
11.1 ANTECEDENTES DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES	5
11.2 MARCO CONCEPTUAL	6
11.2.1 Adolescencia	6
11.2.2 Cambios biológicos	6
11.2.3 Cambios psicológicos	7
11.2.4 Cambios sociales	8
11.2.5 Factores psicosociales de riesgos	10
11.2.6 Factores psicosociales protectores	10
11.2.7 Factor psicosocial de riesgo en unidades educativas	12
11.3 MARCO LEGAL	13
12 MÉTODOS	15
12.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	15
12.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	15
12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	15
12.2.2 Procedimiento de recolección de la información	15
12.2.3 Técnicas de recolección de información	16
12.2.4 Técnicas de análisis estadístico	17
12.3 VARIABLES	18
12.3.1 Operacionalización de variables	18
13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	20
14 DISCUSIÓN	34
15 CONCLUSIONES	40
16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	41
17 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EL TAMAÑO DE LA FAMILIA. ALUMNOS DEL DÉCIMO AÑO BÁSICO DE LA UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ, PERIODO MAYO 2015-ENERO 2016	20
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN LA ONTOGÉNESIS DE LAS FAMILIAS. UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016.....	20
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN FACTORES PSICOSOCIALES EN LA ESFERA FAMILIAR Y FRECUENCIA DE APARICIÓN. UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016	21
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN FACTORES PSICOSOCIALES EN LA ESFERA GRUPOS DE RELACIÓN Y FRECUENCIA DE APARICIÓN. UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016	22
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN FACTORES PSICOSOCIALES EN LA ESFERA ESCOLAR Y FRECUENCIA DE APARICIÓN. UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016.....	23
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN FACTORES PSICOSOCIALES INDIVIDUALES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y FRECUENCIA DE APARICIÓN. UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016.....	24
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EL GRADO DE AFECTACIÓN DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES Y SEXO. UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016	24
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EL TAMAÑO DE LA FAMILIA Y PRESENCIA DEL FACTOR PSICOSOCIAL EN LA ESFERA FAMILIAR (SER ESCUCHADOS). UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016.....	25
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN ONTOGÉNESIS DE LA FAMILIA Y PRESENCIA DEL FACTOR PSICOSOCIAL DE RIESGO EN LA ESFERA FAMILIAR (CAUSA PROBLEMAS). UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016.....	26
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN HISTORIA FAMILIAR DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE Y PRESENCIA DEL FACTOR PSICOSOCIAL DE RIESGO EN LA ESFERA FAMILIAR (SER ESCUCHADOS). UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016.	27
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN ONTOGÉNESIS DE FAMILIA Y PRESENCIA DEL FACTOR PSICOSOCIAL DE RIESGO EN LA ESFERA GRUPOS DE RELACIÓN (CONSUMO DE DROGAS). UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016	28
TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EL TAMAÑO DE LA FAMILIA (TAMAÑO) Y PRESENCIA DEL FACTOR PSICOSOCIAL DE RIESGO EN LA ESFERA GRUPOS DE RELACIÓN (CONSUMO DE DROGAS). UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016	29
TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN HISTORIA FAMILIAR DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y PRESENCIA DEL FACTOR PSICOSOCIAL DE RIESGO EN LA ESFERA GRUPOS DE RELACIÓN (CONSUMO DE ALCOHOL). UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016	30
TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN ONTOGÉNESIS DE LA FAMILIA Y PRESENCIA DEL FACTOR PSICOSOCIAL DE RIESGO EN LA ESFERA ESCOLAR (SATISFACCIÓN EN LAS TAREAS). UNIDAD EDUCATIVA ZOBEBIDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ.	

MAYO 2015-ENERO 2016	31
TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN ONTOGÉNESIS DE FAMILIA Y PRESENCIA DEL FACTOR PSICOSOCIAL DE RIESGO EN LA ESFERA INDIVIDUAL PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (INJUSTICIA). UNIDAD EDUCATIVA ZOBEDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016.....	32
TABLA 16: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN ASISTENCIA A LA IGLESIA Y PRESENCIA DEL FACTOR DE RIESGO PSICOSOCIAL EN LA ESFERA INDIVIDUAL PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (INJUSTICIA). UNIDAD EDUCATIVA ZOBEDA JIMÉNEZ VÁSQUEZ. MAYO 2015-ENERO 2016.....	33

7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA DIRECTORA	47
ANEXO 2. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE Y ESTUDIANTE ADOLESCENTE.....	48
ANEXO 3. ENCUESTA DE DATOS PERSONALES.....	50
ANEXO 4. ENCUESTA PARA LA PREDICCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN LAS/LOS ADOLESCENTES.....	52
ANEXO 5. PUNTAJE PARA CALIFICACIÓN DE CADA ÍTEM.....	54
ANEXO 6. ESCALA DE INTERPRETACIÓN.....	55

8 INTRODUCCIÓN

Los factores de riesgos son formas, rasgos, cualidades o manifestaciones de una persona que aumenta su eventualidad de soportar una enfermedad o lesión (1), los factores psicosociales de riesgos constituyen en cambio “una serie de condiciones, circunstancias, que cuando surgen y lo hacen con frecuencia, amplían notablemente la vulnerabilidad del individuo” (2), los factores psicosociales de riesgo a los que los adolescente se exponen son diferentes, algunos de ellos propios de esferas sociales que incluyen la acción socializadora de la familia, del grupo de iguales, factores escolares e individuales (3-6), estos factores pueden influir en la aparición de conductas no adecuadas en los adolescentes (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años de edad (8, 9), el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera al adolescente como el individuo que oscila entre las edades de 12 y 18 años; de manera similar el Ministerio de Salud Pública (MSP) por las diversidades de territorio, género, cultura y en concordancia con las recomendaciones emitidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asume el concepto de la OMS (10).

La adolescencia se caracteriza por todos los cambios que puedan existir sean estos puberales, biológicos, psicológicos y/o sociales, varios de estos cambios suelen ser generadores de crisis, conflictos y contradicciones. Cabe indicar que no solamente es una etapa de adaptación a los cambios corporales, sino también una fase de grandes decisiones hacia una mayor independencia psicológica y social (11-13); razones por las cuales, esta etapa de la vida es sensible y puede ser de equivocaciones o aciertos en la toma de decisiones para el bienestar humano.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estima que “el 16% de la población mundial es adolescente” (14), en América Latina según la OPS “las/los adolescentes representan el 30% de la población” (15). En Ecuador se estima que el 21,3% de la población es adolescente; según el censo poblacional realizado en el año 2010 (último censo efectuado hasta la fecha), la población de las/los adolescentes de la provincia del Guayas es de aproximadamente el 19.5%, de los cuales el 50.4% son adolescentes del sexo masculino (16).

En el área geográfica asignada al consultorio de medicina familiar No. 29 del Centro de Salud Pascuales, mismo que pertenece a la provincia Guayas se encuentra la escuela de educación básica fiscal mixta “Zobeida Jiménez Vásquez”, la institución educativa posee desde el año inicial hasta el décimo año básico, es decir toda la educación primaria con 585 estudiantes, la mayor población de adolescentes se encuentran en los tres últimos años escolares. En esta institución no existen antecedentes de investigaciones científicas que abarquen las características que tienen los factores de riesgos y protectores en las esferas sociales de los adolescentes en dicha unidad educativa.

En Ecuador para la evaluación del comportamiento de los riesgos psicosociales se utiliza la herramienta #7 de la Normativa para atención de adolescentes (17), es importante resaltar que esta evaluación es similar en otros países de Sudamérica (18, 19).

Por lo expuesto anteriormente, se generó el interés para efectuar la siguiente investigación que consiste en establecer la frecuencia de presentación de los factores psicosociales de riesgos y protectores en las esferas sociales e individuales que podrían influir en la aparición de conductas de riesgo en los estudiantes del décimo año básico la escuela de educación básica fiscal mixta “Zobeida Jiménez Vásquez”; luego de identificar la presencia de riesgos psicosociales en los adolescentes, en el Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) del Centro de Salud Pascuales en el año 2014. La caracterización temprana de los factores psicosociales, con la intervención respectiva en el grado de afectación, favorecería a una conducta adecuada.

La prevención de enfermedades y la promoción de la salud son acciones de la Atención Primaria de Salud Renovada (APS-r), que están dispuestas en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) y a la vez se encuentran orientadas a mejorar la salud de la población (20).

La metodología que se utilizó en esta investigación fue observacional, transversal y descriptiva, la selección de los participantes fue realizada por un muestreo no probabilístico tipo intencional, que incluyó a las/los adolescentes del décimo año de la escuela de educación básica fiscal mixta “Zobeida Jiménez Vásquez” en el periodo lectivo mayo 2015- enero 2016.

El informe final de la tesis, está compuesta por capítulos divididos en: introducción, planteamiento del problema, objetivos: general y específicos, marco teórico, métodos, presentación de los resultados, discusión, conclusión, valoración crítica de la investigación y referencias bibliográficas, estas últimas se encuentran acotadas por el método Vancouver y los anexos que fueron parte de las herramientas utilizadas para la investigación.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Los riesgos psicosociales son circunstancias que aumentan la vulnerabilidad del individuo. Existen varias características sociodemográficas, entre ellos se encuentran: la edad de 14 años, pertenecer al sexo masculino, familias grandes y/o no nucleares, poseer historia familiar de embarazos en la adolescencia, no asistir a iglesias; también se consideran los factores de riesgos como: no conversar con los padres, tener amigos que consuman alcohol y drogas, la no satisfacción en realizar tareas y considerar que la vida es injusta, circunstancias que contribuyen a favorecer la aparición de conductas de riesgos como embarazos, consumo de alcohol y drogas,

suicidios e intentos de suicidios en los adolescentes.

En muchos casos la ausencia de atención del equipo de salud por control, la poca importancia por parte de los familiares de acudir a una consulta médica y la falta de valoración psicosocial en las unidades educativas llevan a que no se identifiquen de manera temprana los factores de riesgos psicosociales produciendo así las consecuencias respectivas.

En la escuela de educación básica fiscal mixta “Zobeida Jiménez Vásquez” no se conoce estudios sobre esta temática a pesar de estar ubicada en una zona donde existe un alto consumo de alcohol, drogas y de embarazo en la adolescencia. Por esta situación surge la importancia de realizar esta investigación para así dar a conocer los factores psicosociales protectores y de riesgos que se relacionan con la aparición de conductas de riesgo en los adolescentes y podrían afectar la salud del individuo, la familia y la comunidad.

9.2 Formulación

¿Cuáles son las características del comportamiento de algunos factores psicosociales en los adolescentes del décimo año básico de la escuela de educación básica fiscal mixta “Zobeida Jiménez Vásquez”?

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Caracterizar el comportamiento de algunos factores psicosociales en adolescentes que cursan el décimo año de escuela de educación básica fiscal mixta “Zobeida Jiménez Vásquez” en el periodo lectivo mayo 2015- enero 2016.

10.2 Específicos

- Describir las variables sociodemográficas: edad, sexo, tamaño de la familia, ontogénesis de la familia, historia familiar de embarazo en la adolescencia, religión, asistencia a una iglesia, ocupación laboral de los padres, en los adolescentes.
- Identificar los factores psicosociales con los comportamientos protectores y de riesgos en las/los adolescentes en las esferas sociales e individuales.
- Determinar el grado de afectación de los factores psicosociales de riesgos.
- Identificar la posible relación entre los factores psicosociales de riesgos con determinadas variables sociodemográficas.

11 MARCO TEÓRICO

11.1 Antecedentes de los factores psicosociales

Los estudios acerca de los factores psicosociales que influyen en la salud están relacionados con el enfoque biopsicosocial que cobra importancia a partir de 1970 y se ha convertido en uno de los principales determinantes de salud reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (1).

Los estudios de factores psicosociales con daños a la salud en la adolescencia, tales como: el consumo de sustancias (4, 7), el embarazo en la adolescencia (2, 11), intento de suicidio (5), son más escasos aquellos estudios que se han propuesto identificar tempranamente los factores psicosociales que puedan determinar conductas de riesgos y su asociación con la salud de los adolescentes.

Otros autores, como Cid-Monckton y Pedrão, en un estudio realizado en Chile en el año 2011, donde participaron 80 adolescentes femeninas del primero al cuarto año de la enseñanza media, definen una serie de factores psicosociales cuyo comportamiento puede constituir riesgo, entre los que destacaban la falta de apoyo religioso, el estilo de afrontamiento y el acceso a la ayuda profesional en cuanto a las drogas, igualmente definen como protectores factores personológicos como los valores y la voluntad del joven (13).

En un metaanálisis sobre el tema en cuestión, Valenzuela y colaboradores, en el año 2013 encontraron que, las conductas de riesgos en la adolescencia constituyen una de las primeras causas de morbilidad, sin embargo este riesgo disminuye según la interacción con los factores sociales presentes en el ambiente vital del joven, entre los de mayor impacto, los autores definen la familia y el trabajo mancomunado de la escuela y los profesionales de la salud (7).

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública ha contemplado dentro de sus prioridades la atención a este grupo poblacional por su alta vulnerabilidad, contemplando en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (20). A los efectos ha creado un Protocolo y normas para su atención integral que permiten un acercamiento estandarizado y científico a los adolescentes (17).

Los estudios fundamentalmente avalan no solo la identificación y caracterización de los problemas relacionados con los determinantes sociales de la salud del adolescentes, sino que además proponen intervenciones de corte educativo que promuevan la promoción y prevención de la salud como tareas básicas y pilares de la atención primaria de salud y como una oportunidad para el desarrollo pleno de sus potencialidades (14, 15).

11.2 Marco conceptual

El marco conceptual está compuesto por la conceptualización de los factores psicosociales en la adolescencia.

11.2.1 Adolescencia.

La OMS define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años de edad (1). En esta etapa ocurren los cambios puberales y profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, esta etapa también está definida como una transición en el ciclo vital humano, donde el ser humano pasa de niño a transformarse en adulto (21).

Desde el enfoque biopsicosocial se identifica a la adolescencia por la aparición de la menarquía en el sexo femenino y la primera eyaculación en el sexo masculino, así también, por el inicio de la toma de decisiones (autonomía) y por la búsqueda de pareja (aceptación de pares) (22).

11.2.2 Cambios biológicos

La adolescencia está marcada en los aspectos biológicos de la pubertad, que son una serie de cambios que van a modificar físicamente al niño en adulto. Entre estas diferencias se resalta, la secreción de hormonas sexuales puesto que en esta etapa es la responsable del aumento del crecimiento y donde se presenta el clásico estirón puberal, por lo que los cambios en ambos sexos son importantes (23).

Entre los cambios que más llaman la atención de cada individuo, se ensalza al sexo femenino, pues inicia con la aparición del vello púbico que es fino e hipopigmentado, el botón mamario con ampliación de la areola que sobresale, la menarquía (primera menstruación), esta fase de la adolescencia culmina físicamente con el vello rizado que es abundante y que ocupa una superficie en forma de triángulo sobre el monte de Venus, labios mayores y zona interna de los muslos, cambios como la mama madura con areola formando parte de su contorno sin sobresalir, misma que es bien pigmentada y con el pezón sobresaliente (23).

En cambio el sexo masculino inicia con la presencia de vello púbico que es largo, fino e hipopigmentado, luego cambia la textura del escroto y aumenta el tamaño de los testículos y del pene, esta etapa en el varón culmina con el vello de aspecto y disposición adulta, extendiéndose hacia la parte interna de los muslos, el pene y testículos ya tienen el aspecto de un adulto (23).

En opinión del autor la adolescencia es una etapa muy compleja por los cambios que se presentan de manera muy acelerada en el crecimiento y desarrollo, pero los cambios no solo son biológicos, también se dan en los ámbitos psicológicos y sociales, determinando importantes cambios del adolescente ante el mundo y su cosmovisión.

11.2.3 Cambios psicológicos

Para Erikson 1968/1980 el periodo de la adolescencia se centra en la búsqueda de la identidad (24). La identidad hace que sea diferente tanto de su familia, grupos de relación, compañeros escolares y del resto de las personas. El logro de una identidad personal envuelve varios aspectos: la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad. Este autoconocimiento es producto de un proceso activo de búsqueda, los jóvenes pueden experimentar con diferentes conductas, estilos y grupos de pares como una forma de buscar su identidad, paso que también involucra algún grado de rebeldía respecto de la imagen familiar, los adolescentes que logran una identidad, sienten un ambiente de armonía, aceptan sus capacidades y también sus limitaciones (6).

Otra particularidad de la adolescencia es el logro de la autonomía, para lograrlo, el adolescente deberá separarse de su familia de origen tanto emocional como económico, lo que generalmente lleva a un grado de conflicto e incluso de rebeldía con sus padres, otras características son las competencias sentimentales que se relacionan con la capacidad de manejar o autorregular las emociones y también, las competencias sociales, que son las habilidades que tienen los individuos para relacionarse efectivamente con otros seres humanos (6).

En la adolescencia ocurren cambios en la esfera de la salud mental, la autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos. La adolescencia está considerada, en particular, como un periodo relevante para la formación de la autoestima, en la cual las personas se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma. Esta época se caracteriza por la experiencia de sucesos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos y su estabilidad (25).

Así, los jóvenes de estas edades manifiestan, con frecuencia, no sólo una disminución sino también fuertes fluctuaciones en sus niveles de autoestima, las cuáles tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad adulta, una autoestima alta en adolescentes se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso, una autoestima baja experimenta fracaso en áreas que son relevantes para su autoestima, llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz. Así, tienden a sobregeneralizar los fracasos y dirigen sus conductas a evitar las emociones negativas que éstos les producen (25).

El proceso por el que pasan los adolescentes para definirse a sí mismos, está relacionado con el intento de integrar su personalidad y construir su identidad, considerando sus propias emociones, pensamientos y conductas. (26)

En opinión del autor el acompañamiento de los padres durante el proceso de cambios psicológicos en los adolescentes es importante para construir su identidad, de esta relación dimanan ejemplos de conductas, actitudes y valores que serán incorporados a la futura conducta del adolescente y permitirán una mejor adaptación al entorno social.

11.2.4 Cambios sociales

La adolescencia es una etapa de transformación del individuo y está definida principalmente por los factores que se encuentran en las esferas sociales (familiar, escolar y grupos de relación) (27).

Las relaciones sociales entre adolescentes generan cierta intranquilidad, puede considerarse como normal o incluso favorable, ya que constituye una conducta adaptada que permite al individuo comportarse apropiadamente frente a las relaciones interpersonales nuevas y trascendentales (28).

Durante la adolescencia se constituye una serie de identificaciones nuevas, los nuevos modelos pueden ser los adultos ajenos a la familia, entre ellos se encuentran los compañeros del colegio, los amigos y la pareja, quienes permiten comparar y validar sus pensamientos y emociones para lograr aceptación y aprobación de sus comportamientos característicos de esta etapa (25).

En la esfera familiar el funcionamiento, es decir, las relaciones que se establecen entre los miembros, a partir de la comunicación y expresión emocional, así como de la solución de sus problemas y conflictos, es un factor que va cambiando según las circunstancias a lo largo del ciclo vital de cada familia y de sus miembros, así como de circunstancias socioculturales y económicas por lo que las madres han tenido que incorporarse al mercado laboral por lo que tienen menos tiempo para dedicarse a los hijos (29).

En la familia se presentan sentimientos afectivos positivos que contribuyen a una buena autoestima, una apropiada comunicación familiar y flexibilidad en las reglas (30).

En la esfera de grupos de relación, el conjunto de pares adquiere mayor importancia y el adolescente se hace más dependiente de las amistades como fuente de bienestar. La participación con los grupos de pares se determina por el contacto, especialmente con aquellos del mismo sexo, y, la presentación de la necesidad de compañeros exclusivos, mejores amigos con quienes recrearse, divertirse, y compartir secretos (6).

La influencia de los grupos de pares puede intervenir en forma favorable permitiendo que los adolescentes se destaquen en actividades esenciales como los deportes, los estudios e incluso a desarrollar una conducta prosocial, retrasando de esta manera el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad; de manera similar se puede indicar que la intervención de forma desfavorable permite que los adolescentes se envuelvan en conductas

de riesgo (6, 12).

Existen otros cambios importantes que se dan en esta etapa, por describirlo de alguna manera que se da entre los compañeros y amigos, que pasan de una simple amistad y terminan comúnmente creándose relaciones de pareja. Las parejas desempeñan un papel protagónico mayor a medida que progresa la adolescencia, a pesar de ello, las relaciones de amistad siguen siendo considerablemente importantes, brindando compañía, un espacio para el dialogo íntimo, confidencial y otras necesidades de los adolescentes (6, 12, 22).

En la esfera escolar los adolescentes viven en las escuelas secundarias parte de los cambios que están experimentando, en ella es posible mostrar la autonomía que van adquiriendo a la vez que construyendo, como parte de los procesos de emancipación en los que se ven envueltos y que los distancia de los valores y objetivos que se construyen en las instituciones de las que forman parte. Las diversas conductas de los adolescentes muestran una forma particular de relacionarse con las instituciones educativas, que de igual manera se ven redefinidas (como con las otras instituciones de las que forman parte) en esta coincidencia temporal del inicio de la adolescencia con el paso de los individuos por este nivel educativo (31).

Los alumnos de las escuelas secundarias despliegan entre sus muros una serie de conocimientos, valores, actitudes y habilidades, que contribuirán a constituirlos como adolescentes, pero por las características personales de cada uno de ellos y las experiencias escolares y extraescolares variadas, construirán o reconstruirán formas distintas de correspondencia con las instituciones educativas, la familia, los adultos, autoridades, adolescentes del sexo contrario, amigos y compañeros, además de su propia identidad (31).

En esta etapa también ocurre la consolidación de la identidad personal y la formación de los pilares para una eventual relación de pareja sólida, metas para las cuales las relaciones sociales (familia, grupo de relación, escuela) son vitales y representan un apoyo constante (32).

La familia, los grupos de relación y la escuela son ámbitos que se encuentran estrechamente relacionados con el desarrollo psicosocial del adolescente. Ambos contextos contribuyen a la adquisición de aprendizajes, valores y comportamientos que fundamentan el proceso de socialización e influyen en el bienestar y en el ajuste del adolescente (33).

Para el autor el comportamiento de los adolescentes con la sociedad, depende mucho del desarrollo social del individuo y de las características de las esferas familiares, escolares y de grupos de relación, por lo que, de desarrollarse de manera armónica estas relaciones influirá positivamente en el comportamiento los estudiantes.

11.2.5 Factores psicosociales de riesgos

Los factores psicosociales de riesgos constituyen en cambio “una serie de condiciones y circunstancias, que cuando surgen y lo hacen con frecuencia, amplían notablemente la vulnerabilidad del individuo” (2).

Se define como conducta de riesgo en los adolescentes todo tipo de comportamiento que implique aspectos psicosociales para el desarrollo no exitoso del adolescente en su tránsito hacia la adultez (13).

Entre las conductas de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en el Ecuador se resalta el embarazo en la adolescencia, debido a que actualmente, 2 de cada 10 partos son de menores de edad y 4 de cada 10 mujeres tuvieron su primer hijo en la adolescencia (16). Otro dato de importancia es el consumo de alcohol y drogas, según el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONCEP) el 45,6% de la población adolescente ha consumido alcohol en algún momento de su vida y el 25,2% lo ha realizado en los últimos 3 meses, además se estima que la edad promedio en la actualidad para el inicio de consumo de drogas es de los 14,3 años (34), de manera parecida se detalla como conducta de riesgo el suicidio como una de las primeras causas de muerte en adolescentes, ya que pasó del 2% al 6% de la mortalidad para este grupo etario (35).

Los factores de riesgo a los que los adolescentes se exponen, son diferentes, algunos de ellos propios de escenarios vitales, que incluyen la acción socializadora de la familia (modelado paterno, cambios en la estructura familiar, actitudes paternas hacia las drogas, estilos educativos paternos y hábitos de consumo), dentro del grupo de iguales se considera la presión grupal, hábitos de consumo, actitudes permisivas entre otros, la implicación de múltiples factores escolares como la insatisfacción institucional, movilidad escolar, fracaso académico, inadaptación al clima escolar, baja motivación académica y otros (3 - 5).

Estos escenarios vitales como la familia, los grupos de relación y la escuela, son esferas sociales en donde los adolescentes transitan y se encuentran con factores de riesgos y factores protectores.

11.2.6 Factores psicosociales protectores.

Los factores psicosociales protectores son aquellos elementos que disminuyen la probabilidad de observar una consecuencia evaluada como negativa. La entidad idónea de dirigir los factores protectores es la familia (32), también se puede determinar que son los que llevan a que el adolescente mejore su conducta de forma elementalmente positiva (7).

En el campo de la salud, los factores protectores son identificables en cada individuo, en cada familia, grupos de relación, escuela, debido a que favorecen el desarrollo del adolescente, estos factores permiten que el adolescente recupere su salud o se mantenga vitalmente sano; además que

pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores y conductos de riesgo, por lo tanto, es importante reducir la vulnerabilidad de estos elementos, ya sea de manera general o específica (36).

Se considera a la familia como la unidad básica de la sociedad, ya que, es formadora de valores para sus integrantes, incluyendo a los adolescentes con normas y límites bien establecidos, con responsabilidades compartidas y generadoras de afectividad. Por lo que es importante recalcar la importancia de la vinculación positiva familiar para fomentar este tipo de factores (13, 36).

Durante las últimas décadas, la estructura formal de la familia ha cambiado de forma significativa en algunos países, donde se nota la disminución de la natalidad, aumento de divorcios, familias monoparentales y reconstituidas; aunque sus funciones básicas permanecen siendo las mismas, aportando cuidados físicos y psicológicos a sus miembros, estas funciones brindan el apoyo social requerido. La familia, por lo tanto, es un sistema dinámico que se ve afectado por los cambios sociales, culturales e históricos, así como también por los ciclos y transiciones que le son propios. Una de estas transiciones es la que tiene lugar cuando los hijos llegan a la adolescencia (32).

Los cambios psicosociales protectores son visibles en la sociedad ecuatoriana y los adolescentes son parte de estos, la disminución de las familias tipo nuclear altera los roles por ausencia o incremento de sus integrantes lo que conlleva a que no exista un verdadero empoderamiento de sus funciones.

Por otra parte la familia y su contexto influyen en el adolescente de forma positiva cuando los padres o adultos referentes presentan dos cualidades básicas como son disciplina consistente y apoyo emocional, permitiendo que los adolescentes tengan menos problemas y conductas de riesgo (32).

La familia resulta particularmente importante en la adquisición de habilidades de los adolescentes, y, por ende, en el rol de protección o de riesgo, constituyen una de las esferas más importantes en este tipo de factores, por lo que, ello requiere ser identificado a través de "medidas" que permitan evaluar su participación y el nivel de riesgo (37).

Los autores coinciden en que la familia por su rol en la sociedad se espera que influya de manera positiva en los adolescentes como un factor protector, teniendo como resultado una disminución o ausencia de las conductas de riesgo (7, 13, 29).

En la esfera de grupos de relación, los amigos de los adolescentes no consumidores, se consideran como un factor protector para el uso de sustancias adictivas, a pesar de la existencia y disponibilidad en el ambiente que los rodea (5).

Dentro de los factores escolares que tienen relación con la protección del

adolescente, el punto de vista pedagógico señala que la jornada completa de estudio en la unidad educativa más las actividades complementarias y el tener un grupo reducido de alumnos por aula, permite una atención personalizada y un mayor tiempo de calidad para atender dudas, problemas o dificultades que se le presente a cada estudiante (38).

La autoestima alta en los adolescentes se asocia como una percepción menos negativa en el estrés cotidiano. Los jóvenes con mejor autoestima informan que disfrutaban más de experiencias positivas y son a su vez más eficientes en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más objetivas tras el fracaso (25).

La religiosidad y la plegaria, se correlacionan de forma positiva, con la satisfacción de la propia vida y con mejores logros personales. En una revisión sobre salud mental y religión, un porcentaje relevante de estudios manifestó la existencia de correlaciones positivas entre ambos elementos (13, 26).

El autor destaca que el adolescente necesita contar con personas que se interesen por ellos, que los acepten incondicionalmente. Esta sensación de apoyo y aceptación incondicional, debería ser proporcionada por una familia que funcione adecuadamente, ya que si no es así, el adolescente buscará este apoyo en grupos informales de amigos, que pueden influir positiva o negativamente en el sujeto.

11.2.7 Factor psicosocial de riesgo en unidades educativas

El autor parte de que las unidades educativas pueden constituir escenarios propicios para que se presenten riesgos psicosociales, considerando que los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo en las aulas, en compañía de sus grupos de relación, los cuales pueden influir en la aparición de conductas de riesgo y también incentivar conductas protectoras.

El ámbito escolar puede ser causal de conflictos, el diferente grado de maduración biológica en relación con la edad, causan una gran variabilidad individual. Trayendo consigo diferencias en grupos de relación y en los intereses sociales. El desarrollo y la maduración de manera temprana o tardía e incluso cuando ocurre dentro de las edades correspondientes, traen consigo una aceptación o rechazo entre los grupos de adolescentes (39).

Les corresponde a las unidades educativas, ser el centro integrador de las influencias instructivas de otras esferas, como la familia, la comunidad, las organizaciones políticas y otros grupos de relación (21).

La formación de la personalidad en esta etapa, puede traer problemas adaptativos y acarrear consigo problemas de salud mental, que agravan las conductas de riesgo en adolescentes escolares, determinando un deterioro sustancial en la salud y desarrollo integral de éstos, afectando también su calidad de vida, la de sus familias y dificultando su inserción en la sociedad,

además de restarle la posibilidad de acceder con igualdad de oportunidades al contexto educativo. Una vez establecido el deterioro del bienestar mental o la consolidación de las conductas de riesgo y sus consecuencias en los adolescentes, el cuidado y tratamiento genera un aumento de las demandas de atención en el sistema de la salud, encareciendo significativamente los costos de estas (37).

El informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas señala que, las escuelas son un espacio propicio para la disminución de los factores de riesgo y el incremento de los factores de protección. Como elementos de protección se resalta el apoyo de los educadores, padres de familia y los pares para fortalecer las relaciones y aumentar la capacidad en la resolución de conflictos (30).

El entorno comprende tanto los factores de apoyo como los de riesgo, que cada médico familiar puede identificar notablemente en las familias, grupos de iguales y escuelas, evitando con la intervención temprana en los adolescentes, conductas de riesgo como el consumo de drogas y alcohol, embarazos en adolescentes e intento de suicidios.

11.3 Marco legal

En Ecuador, la Constitución de la Republica del año 2008 expone diferentes artículos en relación a la salud de las niñas, niños y adolescentes (40).

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

Art. 35.- “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”.

Art. 44.- “El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el

ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas”.

“Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales”.

Art. 46.- “El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.

5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.

7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género. Las políticas públicas de comunicación priorizarán su educación y el respeto a sus derechos de imagen, integridad y los demás específicos de su edad. Se establecerán limitaciones y sanciones para hacer efectivos estos derechos

El estado a través de los derechos enmarcados en la constitución de la república garantiza la atención prioritaria a las niñas, niños y adolescentes en el ámbito público o privado para un desarrollo integral y pleno de salud para lograr el buen vivir”.

12 MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

Para la realización de la investigación se aplicó un estudio observacional pues no existe intervención por parte del investigador, transversal debido a que las variables fueron medidas en una sola ocasión y descriptivo porque la información fue recolectada sin cambiar el entorno.

12.2 Diseño de la investigación

Dentro del diseño de la investigación se desglosa las estrategias básicas adoptadas en esta investigación.

12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

El universo se constituyó por 66 estudiantes del décimo año de la escuela de educación básica fiscal mixta “Zobeida Jiménez Vásquez” del periodo mayo 2015 a enero del 2016.

Mediante un muestreo no probabilístico se seleccionaron 64 estudiantes para conformar la muestra de estudio. El criterio para la selección del décimo año fue la asistencia regular de los representantes a la unidad educativa, estar la mayoría de los alumnos culminando la adolescencia temprana y se eligieron los dos paralelos que constan en este grado para abarcar el total de los estudiantes.

Para la selección de los participantes del estudio se establecieron criterios de inclusión como: pertenecer a los dos paralelos del décimo año, que los adolescentes y sus representantes deseen y expresen su consentimiento informado para participar de la investigación y que los estudiantes pertenezcan a la escuela de educación básica fiscal mixta “Zobeida Jiménez Vásquez” en el periodo lectivo 2015-2016, además de criterios de exclusión como: que al momento de aplicar el instrumento de identificación de factores de riesgo psicosociales el adolescente haya sido cambiado de escuela, que no estuviera asistiendo a clases más de dos ocasiones y que no completara los instrumentos de evaluación.

12.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Para la recolección del dato primario el autor de la investigación se entrevistó con la directora de la escuela de educación básica fiscal mixta “Zobeida Jiménez Vásquez” para solicitar la autorización de realización del proyecto para la realización del proyecto (Anexo #1), posteriormente se solicitó el consentimiento informado a los alumnos y representantes de las/los adolescentes de la unidad educativa (Anexo #2).

El procedimiento para la recolección de la información necesaria para el objetivo primero fue la aplicación de una encuesta a los adolescentes del décimo año básico de la escuela de estudio la cual recolectó información básica referente a su familia, incluyendo preguntas personales como: edad, sexo, tamaño de la familia, ontogénesis de la familia, historia familiar de embarazo en la adolescencia, religión, asistencia a una iglesia, ocupación laboral de los padres de los adolescentes (Anexo #3).

El segundo objetivo se cumplió con la aplicación de la encuesta para la predicción de riesgos psicosociales en las/los adolescentes (anexo #4), el tercero se deduce de acuerdo al puntaje obtenido luego de la calificación de cada ítem (anexo #5) y la escala de interpretación (anexo #6), instrumentos que corresponden a la herramienta #7 de la Caja de Herramientas que son materiales de apoyo incluidos en las Normas y protocolos de atención integral a adolescentes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (17).

La aplicación de ambos instrumentos se realizó en un aula de la escuela de educación básica fiscal mixta “Zobeida Jiménez Vásquez” que reunía las condiciones adecuadas en cuanto a iluminación y temperatura, en compañía del autor de la investigación, de la misma manera se encontraba presente el profesor que lideraba la clase.

Al momento de iniciar la investigación empezaron 66 adolescentes y en el transcurso de la investigación se retiraron 2 alumnos por deserción escolar, quedando 64 estudiantes a los cuales se les aplicó las respectivas encuestas.

A cada uno de los participantes en la investigación se les pidió el consentimiento informado incluyendo a los representantes, se les aseguró la total confidencialidad para el tratamiento de sus datos personales, de igual manera les fue informada la posibilidad de publicación de la investigación, la misma fue aprobada por el comité de ética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y está acorde al respeto de los principios en la declaración de Helsinki.

12.2.3 Técnicas de recolección de información

Se elaboró una encuesta donde constan las variables sociodemográficas, que no requirió validación por recoger solo datos básicos de identificación, además se utilizó una encuesta para la predicción de riesgos psicosociales en las/los adolescentes con la que se evaluaron las variables: presencia de factores riesgo, frecuencia de aparición, factores psicosociales en la esferas (familiar, escolar, grupos de relación e individuales en cuanto a los problemas de salud mental), comportamiento de factores psicosociales y grado de afectación de los riesgos psicosociales, cuyo formato fue obtenido de herramientas #7 de la Caja de herramienta perteneciente a las Normas y protocolos de atención integral a Adolescentes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ya validada para nuestro entorno, se recolectó la información de fuentes primarias, con el método indirecto a través de las encuestas.

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Tamaño de la familia	Encuesta
Ontogénesis de la familia	Encuesta
Historia familiar de embarazo en la adolescente	Encuesta
Religión	Encuesta
Asistencia a una iglesia	Encuesta
Padre activo laboralmente	Encuesta
Madre activa laboralmente	Encuesta
Presencia de factores de riesgo	Encuesta
Frecuencia de aparición	Encuesta
Factores psicosociales en la esfera familiar	Encuesta
Factores psicosociales en la esfera grupos de relación	Encuesta
Factores psicosociales en la esfera escolares	Encuesta
Factores psicosociales individuales problemas de salud mental	Encuesta
Comportamiento de factores psicosociales	Encuesta
Grado de afectación de los riesgos psicosociales	Encuesta

12.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos en Excel 2007 y se exportó al programa SPSS® (Statistical Product and Service Solutions) versión 20.0 (IBM Corporation®, EEUU). Para el análisis descriptivo se incluyó medidas de resumen, porcentajes para las variables cualitativas, como medida de dispersión, además se utilizó la desviación estándar y para el análisis de la asociación de variables se utilizó la técnica estadística Chi cuadrado de Pearson con un alfa de 0,05.

12.3 Variables

12.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Valor final	Indicador	Tipo de Escala
Edad	Años	Número y Porcentaje	Cuantitativa continua
Sexo	Masculino, femenino	Porcentaje	Cualitativa nominal
Tamaño de la familia.	Pequeña, mediana, grande	Porcentaje	Cualitativa ordinal
Ontogénesis de la familia	Nuclear, extensa, ampliada, monoparental, reconstituida	Porcentaje	Cualitativa nominal
Historia familiar de embarazo en la adolescente	Sí, no	Porcentaje	Cualitativa nominal
Religión	Católica, no católica	Porcentaje	Cualitativa nominal
Asistencia a iglesia	Sí, no	Porcentaje	Cualitativa nominal
Ocupación laboral de los padre de los adolescentes	Sí, no	Porcentaje	Cualitativa nominal
Presencia de factores de riesgo	Sí, no	Porcentaje	Cualitativa nominal
Frecuencia de aparición	Frecuente, rara vez, nunca/casi nunca	Porcentaje	Cualitativa ordinal
Factores psicosociales en la esfera familiar	Importancia, valoración, ser escuchados, consideración, obediencia, conversar, problemas	Porcentaje	Cualitativa nominal
Factores psicosociales en la esfera grupos de relación	Satisfacción de ir a escuela, importancia de ir a la escuela, consumo de alcohol, consumo de cigarrillo, consumo de drogas, ausencia a clases, destrucción de bienes.	Porcentaje	Cualitativa nominal
Factores psicosociales en la esfera escolar	Satisfacción, buen empleo de tiempo	Porcentaje	Cualitativa nominal

	libre, satisfacción en las tareas, ausencia.		
Factores psicosociales individuales problemas de salud mental	Injusticia, baja autoestima, resentimiento	Porcentaje	Cualitativa nominal
Comportamiento de factores Psicosociales	Factor de riesgo, factor protector	Porcentaje	Cualitativa nominal
Grado de afectación de los riesgos psicosociales	Alto riesgo psicosocial, riesgo psicosocial moderado, riesgo psicosocial leve, sin factores de riesgo psicosocial	Puntuación de la escala	Cualitativa Ordinal

13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el estudio se incluyó a 64 estudiantes encuestados, donde se detalló los resultados obtenidos: La edad promedio de los estudiantes fue de 14,5 años con una edad mínima de 12 años y la máxima de 19 años, una Desviación Estándar de 1,2, el 59,4% (n=38) osciló entre 10 y 14 años de edad y de 15 a 19 años el 40,6% (n=26).

El sexo que predominó en este grupo estudiantil fue el masculino, puesto que reflejó el 62,5% (n=40). El tamaño de la familia que predominó en este grupo de estudiantes, fue la conformada por 4 a 6 personas (familias medianas) en un 53,1% (n=34) (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de los adolescentes según el tamaño de la familia. Alumnos del Décimo Año Básico de la Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez, periodo mayo 2015-enero 2016

Tamaño de las familias	Nº	%
Pequeñas	4	6,3
Medianas	34	53,1
Grandes	26	40,6
Total	64	100

Respecto al tipo de familia según ontogénesis predominaron las familias extensas 35,9% (n=23), seguidas de las nucleares 29,7% (n=19), además el 9,4% (n=6) de los encuestados pertenecieron a familias monoparentales y el mismo porcentaje de los adolescentes vivían sin ambos padres (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución de los adolescentes según la ontogénesis de las familias. Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Ontogénesis de las familias	Nº	%
Extensa	23	35,9
Nuclear	19	29,7
Reconstituida	10	15,6
Ampliada	6	9,4
Monoparental	6	9,4
Total	64	100

En relación al comportamiento de otras variables sociodemográficas de interés se observó que el 52%(n=33) declaró tener historia familiar de

embarazo en la adolescencia, dado que su madre tuvo su primer hijo antes de los 20 años, del total de encuestados el 53%(n=34) no asistieron a una iglesia en el momento de aplicado el instrumento, por otra parte el 34% (n=22) si profesaba la religión católica.

En cuanto a la ocupación laboral de los padres, el 43,8%(n=28) de los adolescentes refirieron que ambos padres laboran, seguido del 29,7% (n=19) donde solo en padre realizaba esta actividad o la madre 12,5% (n=8) y finalmente un 14,1% (n=9) de los adolescente admitió que ninguno de los padres ejecutaba alguna actividad laboral.

En el análisis del comportamiento de los factores psicosociales en las esferas sociales se tomó en cuenta el comportamiento protector o de riesgo de cada variable analizada en las esferas familiar, el grupo de relación y escolar.

Acerca de la esfera familiar se encontró que, entre los factores psicosociales de mayor relevancia tuvieron un comportamiento protector, la importancia y valoración que el adolescente le da a la familia tuvo un porcentaje del 82,8% (n=53) respectivamente, igualmente asumieron un valor protector de ser escuchados 68,7% (n=44) y tratados con consideración por sus padres 68,7% (n=44), por otra parte el 20,3% (n=13) refirieron que nunca o casi nunca conversaban con sus padres y el 17,2% (n=11) de adolescentes reconocieron que frecuentemente causan problemas en sus familia, por lo que posiblemente pudieron asumir un comportamiento de riesgo. Recogiendo lo más importante de la tabla se observó que la mayoría de las dimensiones evaluadas para esta variable tuvieron un comportamiento protector (Tabla 3).

Tabla 3: Distribución de los adolescentes según factores psicosociales en la esfera familiar y frecuencia de aparición. Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Factores psicosociales en la esfera familiar	Frecuencia de aparición						Total	
	Frecuente		Rara vez		Nunca/ casi nunca			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Importancia	53	82,8	7	10,9	4	6,3	64	100
Valoración	53	82,8	7	10,9	4	6,3	64	100
Ser escuchados	44	68,7	8	12,5	12	18,8	64	100
Consideración	44	68,7	11	17,2	9	14,1	64	100
Obediencia	42	65,6	17	26,6	5	7,8	64	100
Conversa.	39	60,9	12	18,8	13	20,3	64	100
Causa problemas	11	17,2	15	23,4	38	59,4	64	100

Otra de las variables de mayor interés estudiadas (tabla 4), lo constituyó la esfera relativa a los grupos de relación, dentro de esta se encontró que relacionarse con coetáneos que sienten satisfacción de ir a la escuela con el 68,8% (n=44), y que reconoció la importancia de asistir al aula 48,4% (n=31) se comportaron como factores protectores, igualmente el no relacionarse con estudiantes que consuman alcohol 75,0% (n=48) ni cigarrillos o drogas con el 81,2% (n=52) respectivamente pudo ser considerado como favorable, por lo contrario pudieron ser considerados como factores de riesgos de mayor importancia que el 20,3% (n=13) y el 17,2% (n=11) de los adolescentes tuvieron amigos que frecuentemente consumían alcohol y drogas respectivamente, atención especial merece que en el grupo de relación de los adolescentes estudiados algunos de sus amigos frecuentemente 17,2% (n=11) o rara vez 29,7% (19) se ausentan a clases.

Resumiendo el comportamiento de esta variable, se puede afirmar que predominaron los elementos protectores de la salud del adolescente, aunque subyacen algunos factores que pudieron constituir un alto riesgo fundamentalmente los relacionados con tener amigos que consuman sustancias tóxicas.

Tabla 4: Distribución de los adolescentes según factores psicosociales en la esfera grupos de relación y frecuencia de aparición. Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Factores psicosociales en la esfera grupos de relación	Frecuencia de aparición						Total	
	Frecuente		Rara vez		Nunca/ casi nunca			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Satisfacción de ir a escuela	44	68,8	10	15,6	10	15,6	64	100
Importancia de ir a la escuela	31	48,4	16	25,0	17	26,6	64	100
Consumo de alcohol	13	20,3	3	4,7	48	75,0	64	100
Consumo de cigarrillo	11	17,2	1	1,6	52	81,2	64	100
Consumo de drogas	11	17,2	1	1,6	52	81,2	64	100
Ausencia a clases	11	17,2	19	29,7	34	53,1	64	100
Destrucción de bienes	6	9,4	12	18,7	46	71,9	64	100

En la esfera escolar se obtuvo que, entre los factores que presentaron un comportamiento protector prevalecieron la poca ausencia a clases con el 85,9% (n=55) así mismo la satisfacción de los adolescentes por estar en la escuela 79,7%(n=51), seguido por la valoración de emplear bien su tiempo 76,6% (n=49), sin embargo la baja satisfacción por realizar tareas escolares

(rara vez y nunca o casi nunca) en general el 35,9% (n=23) pudo considerarse como un elemento de riesgo para los adolescentes (Tabla 5).

Tabla 5: Distribución de los adolescentes según factores psicosociales en la esfera escolar y frecuencia de aparición. Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Factores psicosociales en la esfera escolar	Frecuencia de aparición						Total	
	Frecuente		Rara vez		Nunca/casi nunca			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Satisfacción en la escuela	51	79,7	6	9,4	7	10,9	64	100
Emplear bien el tiempo	49	76,6	12	18,7	3	4,7	64	100
Satisfacción en las tareas	41	64,1	14	21,8	9	14,1	64	100
Ausencia a clases	4	6,3	5	7,8	55	85,9	64	100

En el análisis del comportamiento de los factores psicosociales también se tomó en cuenta, la esfera individual del adolescente, comprendiendo que en esta edad con mucha frecuencia los factores emocionales dañaban la efectividad del comportamiento social y aparecieron los problemas de salud mental.

En esta variable se trabajó con tres factores fundamentales relacionados con la salud mental del adolescente, de ellos era revelador señalar que el 89,1% (n=57) de los adolescentes refirió que nunca o casi nunca sintieron resentimiento, es decir que, no “estaban en contra de todo” como se expresa en el instrumento de evaluación por lo que, en lo referente a la salud mental este factor psicosocial individual tuvo comportamiento protector, en cambio, el sentido de la injusticia es decir “sentir que la vida es injusta” tuvo la mayor afectación en la muestra estudiada por lo que, pudo constituir un factor de riesgo; con 10,9% (n=7) de los adolescentes refirieron que la vida es injusta con ellos, frecuentemente y en algunas ocasiones 28,1% (n=18) (Tabla 6).

De los factores analizados en el presente trabajo se pudo considerar en esta esfera individual de salud mental, que se presentaron con mayores potencialidades los factores de riesgo; fundamentalmente la injusticia y la baja autoestima en esta última, los adolescentes estudiados refirieron que frecuentemente o en ocasiones presentaban este estado emocional con el 9,4% (n=6) y el 28,1% (n= 18) respectivamente.

Tabla 6: Distribución de los adolescentes según factores psicosociales individuales problemas de salud mental y frecuencia de aparición. Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Factores psicosociales individuales problemas de salud mental	Frecuente		Rara vez		Nunca/casi nunca		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Injusticia	7	10,9	18	28,1	39	61,0	64	100
Baja autoestima	6	9,4	18	28,1	40	62,5	64	100
Resentimiento	3	4,7	4	6,2	57	89,1	64	100

En la tabla 7 se observó la relación entre el grado de afectación de los riesgos psicosociales y el sexo, donde el 64,0% (n=41), es decir la mayoría no presentaba ningún riesgo, solo el 34,4% (n=22) está expuesto a un riesgo leve. En cuanto al sexo, en los varones se identificaron los porcentajes más elevados en el rango moderado 2,5% (n=1) frente a 0% en las mujeres, con respecto al rango leve el 35,0% (n=14) de los varones presentaron riesgo y las mujeres algo más bajo con el 33,3% (n=8). En esta clasificación no se encontró en el momento de la evaluación ningún adolescente con un grado de afectación severo.

Tabla 7: Distribución de los adolescentes según el grado de afectación de los riesgos psicosociales y sexo. Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Grado de afectación de los riesgos psicosociales	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Moderado	1	2,5	0	0,0	1	1,6
Leve	14	35,0	8	33,3	22	34,4
Sin riesgo	25	66,5	16	64,1	41	64,0
Total	40	100,0	24	100,0	64	100,0

Al identificar la posible relación entre los factores psicosociales de riesgo con determinadas variables sociodemográficas se obtuvieron los siguientes resultados:

En la tabla 8 se encontró que predominaba la ausencia de riesgo para todas

las familias con un n=52, lo que representaba un 81,2% del total, en aquellas familias que si presentaban un riesgo psicosocial n=12, además predominaron las familias de tamaño mediano con un 50% (n=6) de este subtotal, seguidas de las familias tamaño grande 33,3% (n=4).

Tabla 8: Distribución de los adolescentes según el tamaño de la familia y presencia del factor psicosocial en la esfera familiar (ser escuchados). Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016.

Tamaño de la familia	Presencia del factor de riesgo psicosocial en la esfera familiar (ser escuchados)				Total	
	Si*		No**			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grande	4	33,3%	22	42,3%	26	40,6%
Mediana	6	50,0%	28	53,8%	34	53,1%
Pequeña	2	16,7 %	2	3,8%	4	6,3%
Total	12	100,0%	52	100,0%	64	100,0%

*Incluye la sumatorias de las categorías: rara vez o nunca.

**Incluye la sumatorias de las categorías: frecuentemente y a veces.

En la tabla 9 se documentó la posible relación entre la ontogénesis de la familia y la presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera familiar “causa problemas” y se encontró que predominaba las familias sin este riesgo en todas las clasificaciones, agrupándose el 90% (n=10) de la presencia de riesgo en los otros tipos de familias.

Aunque no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa al aplicar la prueba de Chi cuadrado de Pearson para establecer una posible asociación entre ambos tipos de familia con respecto a la presencia del factor de riesgo psicosocial en la esfera familiar “causa problemas” (p=0,095), si se observó una diferencia en las frecuencias de presentación para ambos tipos de familias.

Cabe señalar que debido a la baja frecuencia de presentación de este riesgo se decidió agrupar las familias no nucleares en una categoría única para facilitar el análisis estadístico.

Tabla 9: Distribución de los adolescentes según ontogénesis de la familia y presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera familiar (Causa problemas). Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Ontogénesis de la familia	Presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera familiar (causa problemas)				Total	
	Sí*		No**			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Otros***	10	90,9%	35	66,0%	45	70,3%
Nuclear	1	9,1%	18	34,0%	19	29,7%
Total	11	100,0%	53	100,0%	64	100,0%

$$X^2 = 0,05$$

$$p=0,095$$

* Incluye la sumatorias de las categorías con frecuencia y a veces.

** Incluye la sumatoria de las categorías rara vez o nunca.

*** Incluye otras ontogénesis familiares: Extensa, ampliada, monoparental y reconstituida.

En la tabla 10 se presentó la posible relación entre la historia familiar de embarazo en la adolescencia y la presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera familiar “ser escuchados” y se observó que predominaba las familias sin este riesgo, con independencia de la historia obstétrica de la madre u otro familiar cercano, para un n=52, que representó un 81,2% del total.

De los adolescentes encuestados el 18,8% (n=12) presentó riesgo en el factor psicosocial de la esfera familiar (ser escuchados) y se distribuyeron homogéneamente, pues de ellos 50,0%(n=6) tuvo antecedentes de historia familiar de embarazo en la adolescencia y en igual porcentaje no tuvieron este antecedente. La estadística no fue significativa al establecer la relación entre ambas variables (p=0,052), aunque se pudo observar una diferencia en las frecuencias de presentación.

Igualmente en la misma tabla se observó que las familias que no tienen riesgo, igualmente se distribuyeron de manera similar con respecto a la historia familiar de embarazo en la adolescencia con un 48,1% (n=25) con ausencia de esta condición y el 51,9 (n=27) que si lo tenía, al no poseer el factor psicosocial de riesgo permitió que el comportamiento sea protector.

Tabla 10: Distribución de los adolescentes según historia familiar de embarazo en la adolescente y presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera familiar (ser escuchados). Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016.

Historia familiar de embarazo en la adolescencia	Presencia de factor psicosocial de riesgo en la esfera familiar (Ser escuchados).				Total	
	Si*		No*			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	6	50,0%	27	51,9%	33	51,6%
No	6	50,0%	25	48,1%	31	48,4%
Total	12	100,0%	52	100,0%	64	100,0%

$$X^2 = 0,05$$

$$p=0,052$$

* Incluye la sumatoria de las categorías rara vez o nunca

** Incluye las sumatorias de las categorías frecuentemente y a veces.

En la tabla 11 se presentó la posible relación entre la ontogénesis de la familia y la presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera de grupos de relación “consumo de drogas” y se evidenció que hay supremacía en la ausencia de este factor en todas las clasificaciones de familia n=52, que representaron un 81,2% del total.

En la esfera grupos de relación el 18,8% (n=12) de los adolescentes encuestados presentaron como factor de riesgo que sus amigos consumían drogas, de estos el 16,7% (n=2) pertenecían a familias nucleares frente a un 83,3% (n=10) a otras familias. Aunque se observó diferencias en la frecuencia, estadísticamente esta relación no obtuvo valores significativos que permitían afirmar que para este estudio haya habido relación entre ambas (p=0,234).

Por otra parte, los adolescentes que negaron tener amigos que consumían drogas y por lo tanto no tenían este factor psicosocial de riesgo, se encontraban distribuidos en los otros tipos de familias diferentes de la nuclear en un 67,3% (n=35); las familias nucleares que aportaban, se encontraban en un 32,7% (n=17) puesto que constituían a las familias de los adolescentes que no se relacionaban con consumidores de sustancias tóxicas, permitiendo que este factor haya actuado como protector en este grupo de adolescentes.

Tabla 11: Distribución de los adolescentes según ontogénesis de familia y presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera grupos de relación (consumo de drogas). Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Ontogénesis de la familia	Presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera grupos de relación (Consumo de drogas).				Total	
	Sí*		No**			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Otros***	10	83,3%	35	67,3%	45	70,3%
Nuclear	2	16,7%	17	32,7%	19	29,7%
Total	12	100,0%	52	100,0%	64	100,0%

$$X^2 = 0,05$$

$$p=0,234$$

* Incluye la sumatoria de las categorías con frecuencia y a veces.

** Incluye la sumatoria de las categorías rara vez o nunca.

*** Incluye otras ontogénesis familiares: Extensa, ampliada, monoparental y reconstituida.

En la tabla 12 se mostró la posible relación entre el tamaño de la familia y la presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera de grupos de relación “consumo de drogas” y se demostró que había una gran mayoría en la ausencia de este factor con $n=52$, lo que constituyó un 81,2% del total.

En la esfera grupos de relación, el 18,8% ($n=12$) de los adolescentes encuestados mostraron el factor de riesgo “amigos que consumen drogas”, de estos el 50,0% ($n=6$) pertenecían a familias grandes, frente a la ausencia de este factor en familias pequeñas, encontrando igualmente un 50% ($n=6$) en las familias de tamaño mediana.

En las familias, donde el adolescente no se relacionaba con amigos que consumían drogas, es decir, que no tenían este factor psicosocial de riesgo, mismo que podía haberse comportado como factor protector, permitió que predominara las familias de tamaño mediano 53,8% ($n=28$) seguido de las familias grandes 38,5% ($n=20$).

Aunque se observaban diferencias en las frecuencias, para ambas categorías “sí” o “no”, estadísticamente esta relación no obtuvo valores significativos que permitían establecer la relación entre variables ($p=0,231$).

Tabla 12: Distribución de los adolescentes según el tamaño de la familia (tamaño) y presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera grupos de relación (consumo de drogas). Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Tamaño de la familia	Presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera grupos de relación (Consumo de drogas).				Total	
	Si*		No**			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grande	6	50,0%	20	38,5%	26	40,6%
Mediana	6	50,0%	28	53,8%	34	53,1%
Pequeña	0	0,0%	4	7,7%	4	6,3%
Total	12	100,0%	52	100,0%	64	100,0%

$$X^2 = 0,05$$

$$p=0,231$$

* Incluye la sumatorias de las categorías con frecuencia y a veces.

** Incluye la sumatoria de las categorías rara vez o nunca.

En la tabla 13 se evidenció la posible relación entre la historia familiar de “embarazo en la adolescencia” y la presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera grupos de relación “consumo de alcohol” y se señaló que sobresalía la ausencia de este factor con $n=48$, que representó un 75,0% del total.

De los adolescentes encuestados el 25,0% ($n=16$) presentaron el factor psicosocial riesgo en la esfera grupos de relación (consumo de alcohol), de estos el 62,5% ($n=10$) tenían antecedentes de historias familiares de embarazos en la adolescencia frente a un 37,5% ($n=6$) que no presentaron este antecedente. No se detectó asociación significativa entre ambas variables ($p=0,236$).

En caso de los que no tienen el factor psicosocial de riesgo que se definió como reunirse con amigos que consumían alcohol, llamó la atención que la mayoría se agrupaba en aquellas familias cuyas madres no tenían antecedentes de historias familiares de embarazo en la adolescencia con un 52,1% ($n=25$), algo inferior a los que si presentaron esta condición con el 47,9% ($n=23$), este factor entonces poseía un comportamiento protector.

Tabla 13: Distribución de los adolescentes según historia familiar de embarazo en la adolescencia y presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera grupos de relación (consumo de alcohol). Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Historia familiar de embarazo en la adolescencia	Presencia de factor psicosocial de riesgo en la esfera grupos de relación (Consumo de alcohol).				Total	
	Si*		No**			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	10	62,5%	23	47,9%	33	51,6%
No	6	37,5%	25	52,1%	31	48,4%
Total	16	10,0%	48	100,0%	64	100,0%

$$X^2 = 0,05$$

$$p=0,231$$

* Incluye la sumatoria de las categorías con frecuencia y a veces.

** Incluye la sumatoria de las categorías rara vez o nunca.

En la tabla 14 se reflejó la posible relación entre el tipo de familia según la ontogénesis y la presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera escolar “satisfacción en las tareas” y reveló que resalta la ausencia de este factor con n=55, que representa un 85,9% del total.

Esta esfera escolar presentó este factor de riesgo en un 14,1% (n=9) fundamentalmente los pertenecientes a familias diferentes por su ontogénesis de la nuclear para el 77,8% (n=7) de este subtotal.

Con relación a los adolescentes encuestados que no presentaron el factor psicosocial de riesgo “satisfacción en realizar las tareas”, el 30,9% (n=17) perteneció a la familia nuclear y el 69,1% (n=38) a otros tipos de familia. Esta relación no obtuvo valores significativos (p=0,463), sin embargo se pudo afirmar que para ellos, el comportamiento era protector.

Tabla 14: Distribución de los adolescentes según ontogénesis de la familia y presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera escolar (satisfacción en las tareas). Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Ontogénesis de la familia	Presencia del factor de riesgo psicosocial en la esfera escolar (Satisfacción en las tareas).				Total	
	Si*		No**			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Otros***	7	77,8%	38	69,1%	45	70,3%
Nuclear	2	22,2%	17	30,9%	19	29,7%
Total	9	100,0%	55	100,0%	64	100,0%

$$X^2 = 0,05$$

$$p=0,463$$

* Incluye la sumatoria de las categorías con frecuencia y a veces.

**Incluye la sumatorias de las categorías rara vez o nunca.

***Incluye otras ontogénesis familiares: Extensa, ampliada, monoparental y reconstituida.

Del mismo modo que se realizó con las variables anteriores, se pretendió desentrañar la posible relación entre los factores estudiados dentro de la esfera individual de la salud mental, en este sentido se cruzaron las variables con presencia de factor psicosocial de riesgo en la esfera individual problemas de salud mental “injusticia” con la clasificación de las familias según la ontogénesis de la familia y se detectó que 39 adolescentes, que representaba el 60,9% del total, no presentan este factor de riesgo.

En otro orden el 39,1% (n=25) de los encuestados si presentaron el factor psicosocial de riesgo individual problemas de salud mental “injusticia”, agrupados mayoritariamente en las familias de tipo nuclear el 52,0% (n=13) de este subtotal y el 48,0% (n=12) pertenecían a otros tipos de familia.

De igual forma los adolescentes que no presentaron este factor psicosocial de riesgo se distribuyeron mayormente en la familia nuclear 53,8% (n=21) del subtotal, por lo que para este grupo el factor funcionaba de manera protectora. (Tabla 15).

Tabla 15: Distribución de los adolescentes según ontogénesis de familia y presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera individual problemas de salud mental (injusticia). Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Ontogénesis de la familia	Presencia de factor psicosocial de riesgo en la esfera individual problemas de salud mental (Injusticia).				Total	
	Si*		No**			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Otros*	12	48,0%	18	46,2%	30	46,9%
Nuclear	13	52,0%	21	53,8%	34	53,1%
Total	25	100,0%	39	100,0%	64	100,0%

* Incluye la sumatoria de las categorías con frecuencia y a veces.

**Incluye la sumatorias de las categorías rara vez o nunca.

***Incluye otras ontogénesis familiares: Extensa, ampliada, monoparental y reconstituida.

En la tabla 16 se ilustró la posible relación entre la “asistencia a la iglesia” y la presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera individual problemas de salud mental “injusticia” y se observó que existió un ligero predominio de aquellos que no presentaban este factor $n=39$, lo que corresponde a un 60,9% del total.

El 39,1% ($n=25$) de los encuestados presentaron este factor psicosocial de riesgo individual, problemas de salud mental (injusticia), de estos el 56,0% ($n=14$) no asistieron a la iglesia y el 44,0% ($n=11$) si asistieron.

Igualmente para los que no tienen el factor de riesgo, predominaron los que declararon que no asistían con frecuencia a la iglesia 51,3% ($n=20$) frente 48,7% ($n=19$) que si asistían.

Tabla 16: Distribución de los adolescentes según asistencia a la iglesia y presencia del factor de riesgo psicosocial en la esfera individual problemas de salud mental (injusticia). Unidad educativa Zobeida Jiménez Vásquez. Mayo 2015-enero 2016

Asistencia a iglesia	Presencia del factor psicosocial de riesgo en la esfera psicosocial individual problemas de salud mental (injusticia).				Total	
	Si*		No*			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	14	56,0%	20	51,3%	34	53,1%
Si	11	44,0%	19	48,7%	30	46,9%
Total	25	100,0%	39	100,0%	64	100,0%

*Incluye la sumatoria de las categorías con frecuencia y a veces.

** Incluye la sumatoria de las categorías rara vez o nunca

14 DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado en la unidad educativa “Zobeida Jiménez Vásquez” de la parroquia Pascuales, del cantón Santiago de Guayaquil, durante el periodo de mayo 2015 hasta enero 2016, donde se buscó caracterizar el comportamiento de algunos factores psicosociales de riesgo en adolescentes que cursaban el décimo año de educación básica.

Diferentes autores referidos en esta investigación, coinciden en determinar que los factores de riesgo psicosociales, están presentes en la aparición de conductas riesgo como embarazos, consumo de alcohol, drogas, suicidios e intentos de suicidios en los adolescentes. (2, 4, 5, 7, 13). Por ende su identificación temprana y también su intervención oportuna son de gran importancia para prevenir la aparición de dichas conductas.

A continuación, se detalla los principales hallazgos obtenidos en este estudio.

Las encuestas realizadas a estudiantes del décimo año reflejaron que el promedio de edad de los encuestados fue de 14,5 años, según el CONCEP, por lo que la edad promedio para los adolescentes que iniciaron el consumo de drogas fue de 14,3 años (34), para esto se consideró la relación que existía, resaltando que la edad de 14 años pudo considerarse como un factor de riesgo para el consumo de drogas.

El género que predominó en la investigación fue el sexo masculino con el 62,5%, estos resultados coincidieron con los encontrados por Rosabal en otros estudios sobre factores de riesgo realizados en el 2015, autor que argumentó que el hábito de fumar constituye uno de los factores de riesgo más prevalentes, sobre todo, en el sexo masculino (41), asimismo Silva en el mismo año, concluyó que el inicio sexual precoz estuvo relacionado al sexo masculino (42).

El autor de esta investigación, consideró oportuna determinar que, el pertenecer al sexo masculino puede ser un factor de riesgo fundamentalmente por la libertad que puedan tener los varones para salir de sus casas e involucrarse con personas que puedan mostrar algún tipo de conducta de riesgo; en este sentido también se involucraron conductas que tienen que ver con el machismo que influye en nuestra sociedad y al mismo tiempo pudo generar patrones de conductas imitativas desde la adolescencia.

El 53,1% de los encuestados, determinó que el tamaño de las familias que predominaron en este estudio fueron las medianas (4 a 6 personas), aunque este dato fue importante en la dilucidación de algunos aspectos sociodemográficos de la población estudiada, y que pudieron tener un valor predictivo, además se carecía de estudios científicos que demostraran en nuestro contexto que ésta era una realidad generalizable para el Ecuador, en coincidencia con las observaciones que realizó el autor durante su trabajo en la atención primaria de salud.

La investigación reveló que el 29,7% de las familias son nucleares, y que estas podrían considerarse como un factor protector, el 70,3% restantes pertenecen a otros tipos de familia (extensas, reconstituida, ampliada y monoparental), estas pudieron ser consideradas como factores de riesgo para el adolescente, por la falta de uno de sus padres y/o por la presencia de una persona en el hogar que no era de la familia. Sobre este particular acotó Cid-Monckton, en un estudio publicado en el 2011 donde señalaba que las familias nucleares se consideraban como un factor protector y el resto de familias tenían un factor de alta vulnerabilidad (13), para este autor la presencia de ambos padres en el núcleo familiar era un factor protector y la ausencia de uno o ambos distorsiona la imagen paternal que el adolescente necesitaba para desenvolverse con una conducta adecuada en la sociedad.

En el estudio, se concluyó que el 9,4% de los adolescentes vivían sin ambos padres, el 9,4% vivía con uno de ellos, ambas cifras argumentaban que cerca de un 20% de la muestra estaba en situación de riesgo, en coincidencia con Gutiérrez en el 2014 quien planteó que la probabilidad de iniciar el consumo de drogas ilegales en adolescentes es del 76% cuando estos viven sin ambos padres y del 7% si vive con uno de ellos (43).

En la investigación, los hijos de madres adolescentes fueron el 52%, según Aguilar en el año 2014 en un estudio realizado refirió que el 80,7% de las madres de las adolescentes primegestas tuvieron su primer hijo entre los 15 y 19 años (44). En opinión del autor, este factor fue primordial en el estudio, debido al incremento de los embarazos en las adolescentes, convirtiéndose en una constante importante a considerarse para la planificación y realización de actividades de promoción y prevención en la comunidad.

Del estudio, resultó que el 47% de los estudiantes asistieron a una iglesia, ello revelaba que casi el 50% de la población en estudio mostraba la práctica de alguna denominación religiosa, similares aportes se encontraban en la investigación de Morera realizada en el año 2015, donde se revelaba que la espiritualidad era un factor moderador positivo, ya que aquellos que poseían una espiritualidad mayor presentaban menores probabilidades de consumir alcohol y tabaco (45), a juicio del autor la asistencia a una iglesia se pudo considerar como un factor protector por los valores que indudablemente podían inculcar en los jóvenes.

La indagación reveló que en el 43,8% de los estudiantes tenían a ambos padres laborando, para el autor la ausencia de los padres en el hogar por esta actividad ocasionaba que los adolescentes se sientan abandonados y a la vez se presenciaba la existencia de un factor de riesgo.

Factores de riesgos en las esferas sociales e individuales.

Se trabajaron como esferas sociales, aquellas que integraban a la familia, los grupos de pares o relación y la escuela. En la esfera familiar, el factor de riesgo que predominó con un 20% de los encuestados fue de “nunca o casi nunca conversan con sus padres”. Cifras más alarmantes se encontraron en

un estudio realizado por Santander en el 2008 sobre comunicación familiar en escolares chilenos, que reveló que el 48,4% de los padres de adolescentes dedicaban muy rara vez o nunca tiempo para conversar con ellos (6). Sobre el resultado del estudio realizado por Miotto en el año 2015 señaló que, los estudiantes con relaciones familiares negativas tenían casi tres veces más posibilidades de consumir drogas ilícitas (45).

En opinión del autor la falta de comunicación era un factor muy importante y que estaba presente en la identificación de las conductas de riesgo, por lo que era y es necesario fomentar un buen diálogo entre padres e hijos. Se debía recordar este tema, señalando que, a través de la comunicación efectiva y afectiva con sus padres, los jóvenes son capaces de incorporar y contrastar juicios, valores y actitudes que en el futuro servirán de base a la estructuración más adecuada de su personalidad y a consolidar patrones positivos de comportamiento en la sociedad.

Con respecto a la esfera de grupos de relación, el principal factor de riesgo se refleja con un 37.5% de esta población que tuvieron amigos que frecuentemente consumían alcohol y drogas, agravando con otro 17,2% que también reconoció que consumían cigarrillos. Para Escapa en el 2012, el consumo de cigarrillos pertenece al grupo de iguales y era significativo en todos los modelos, ya que representaba el factor de riesgo con más peso en el consumo de cigarrillo semanal (3), para Elicker en el 2015 el consumo de alcohol, tabaco y drogas por amigos estuvieron asociados al consumo por los estudiantes (46).

La presencia de amigos que consumían sustancias tóxicas fue considerada como alto riesgo para el autor, dada la alta influencia que en esta edad tenía en el grupo de pares, en cuanto a la adopción de las conductas más aceptadas por el grupo de pertenencia.

En relación a la esfera escolar, el factor de riesgo predominante fue en un 14,1% en los adolescentes, “nunca o casi nunca” presentaba satisfacción por realizar las tareas. Sin embargo una investigación realizada en Colombia constató mayor porcentaje de rechazo a las actividades escolares, pues los estudiantes afirmaron que existía un clima escolar poco satisfactorio, conductas agresivas (verbales y físicas), destrozo de materiales, aislamiento social y acoso sexual según el reporte de investigación, el aula de clase es el lugar donde se produce con mayor frecuencia las agresiones (47).

Al realizar un análisis que integraba las variables de la esfera social, el autor obtuvo sobre la relación entre la comunicación familiar y los antecedentes familiares de embarazo precoz, que el 78,8% de los hijos de madres adolescentes referían que frecuentemente sus padres conversan con ellos y el 21,2% refería que rara vez o nunca sus padres conversan, aunque la relación no resultó estadísticamente significativa, si se apreciaba en los datos la preocupación de estos padres. Paramo en el año 2011 refirió que la importancia del diálogo con el adolescente, y la escucha atenta de sus opiniones, era un valioso factor de protección (36).

En la esfera individual, los problemas de salud mental, en un 9,4% de encuestados presentaba frecuentemente baja autoestima; en esta esfera Paramo en el 2011 mencionaba que la autoestima baja es predictor de las conductas de riesgo (36), el autor coincide con este investigador con respecto a que, las conductas y problemas de riesgos podrían tener como factor de riesgo a la baja autoestima.

Para Valdivia en el 2015, el “intento suicida” se relacionaba con la baja autoestima, representada en mayor proporción por el sexo femenino, además que influían los padres ausentes, disfunción familiar, la drogadicción, el tabaquismo, desesperanza, la depresión y la ideación suicida reciente (48).

Al respecto, se ha demostrado que un adecuado funcionamiento familiar es relevante, siendo la disfunción familiar un factor que se asociaba a mayor prevalencia de problemas de salud mental en adolescentes, lo que se relacionaba también con la alteración del rendimiento académico, mayor deserción escolar y el aumento de la violencia (28).

Para Inzunza en el 2012, el 42,6% de los adolescentes manifestaban síntomas compatibles con desarrollo patológico de personalidad, así como también, el 66% del mismo universo mantenía conflictos con sus padres (49).

En la exploración, se reflejó que el 63,3% de los que sí, asistían a una iglesia, consideraban que rara vez o nunca la vida era injusta con ellos, mientras que el 11,8% de los que no asistieron a una iglesia, consideraban que frecuentemente la vida es injusta con ellos, para Miotto en el 2015 el 47% de los estudiantes que solían asistir a una iglesia presentaban menores probabilidades de consumir alcohol, cigarrillo y drogas (45).

La constancia de que ellos hayan asistido a una secta religiosa, grupos de apoyo, se convirtió en un punto fundamental para evitar conductas de riesgo, que permitieron fortalecer la espiritualidad de cada individuo (6).

Factores protectores en las esferas sociales e individuales.

En la esfera familiar, predominó la importancia y valoración que el adolescente le da a la familia, lo que se evidenció en el 83% de los encuestados, el autor consideraba adecuado que este factor se debía fortalecer aún más en la vida del adolescente.

En la esfera de los grupos de relación, el factor que sobresalió fue la satisfacción de ir y permanecer en la escuela con sus amigos/compañeros con un 79,7%.

En la esfera escolar se encontró que el 85,9% manifestó que nunca o casi nunca se ausentaron a clases.

Paramo en el 2011 consideraba como principal el factor protector, al apoyo y contención familiar, además del apoyo familiar y de los amigos, tomando en

cuenta la fortaleza de la personalidad para no caer en conductas de riesgo (36).

Valenzuela en el 2013 menciona que, la familia jugaba un rol primordial en la prevención de conductas de riesgo, siendo el primer agente protector y facilitador del desarrollo sano en el adolescente, en cuyo interior se educaba y su grado de funcionalidad permitía que éste se convirtiera en una persona autónoma, capaz de enfrentarse e integrarse a la vida (7).

Casas en el 2014, dentro de un estudio comparativo en Brasil, Chile y España estipulaba que la satisfacción con la vida de estudiante, era la que más contribuyente tanto en el bienestar subjetivo como en la satisfacción general con la vida (50).

En la esfera individual, el objetivo era detectar la presencia de algún problema de salud mental, en donde se observaba, bajos niveles de injusticia, baja autoestima y resentimiento, sin embargo sobresalía como factor protector que el 89,1% nunca o casi nunca, sintieron resentimiento, es decir sus familiares nunca o casi nunca estaban en contra de todo de lo que ellos consideraban correcto o incorrecto.

Aguiar en el 2012 refería que los factores protectores personales en el adolescente que facilitaban en el desarrollo de conductas resilientes eran la autoestima, flexibilidad de pensamiento, autocontrol emocional, confianza en sí mismo, optimismo, entre otros (38).

Como médico de familia, el autor observó durante la visita domiciliaria y el ejercicio profesional en la consulta médica que en esta edad predominaban los estados de apatías, irritabilidad, negativismo, fundamentalmente en hogares con algún grado de disfuncionalidad lo cual se corroboraba con lo encontrado en el estudio.

A modo de integración de las variables estudiadas se comprobó que la población de los y las adolescentes, objeto de estudio, presentó un grupo de factores de riesgo psicosocial cuya influencia por el momento pudo ser considerada como leve, aún no ocasionaban daños en la conducta y comportamiento social e individual de estos jóvenes, sin embargo algunos de los valores encontrados en la investigación servían como señal para el médico de familia en el momento de implementar estrategias educativas que promovían el buen vivir que se pretendía y se pretende para las nuevas generaciones.

Es el caso de la alta prevalencia de madres con historia de embarazo en la adolescencia, familias extensas con déficit en su estructuración lo que impedía e impide una comunicación eficaz en el plano de las relaciones sociales, se observó una alta exposición al consumo de sustancias tóxicas con el consiguiente aumento de la vulnerabilidad en la población estudiada, asimismo propio de la edad estudiada, fueron detectados niveles bajos de inconformidad, baja autoestima y resentimiento que de igual manera

podieron contribuir a aumentar la vulnerabilidad de la muestra.

Se sugieren estudios más extensos que incluyan los adolescentes no escolarizados y ello contribuirá a un conocimiento más profundo del problema que permita trazar las estrategias más oportunas.

15 CONCLUSIONES

La población estudiada tiene un promedio de edad de 14 años, con predominio del sexo masculino y conviven fundamentalmente en familias medianas, con una ontogénesis extensa, donde el peso de la economía del hogar recae en el padre. La mayoría de los adolescentes tenían antecedentes de historia familiar de embarazo en la adolescencia y aproximadamente la mitad, practicaba alguna denominación religiosa, principalmente el catolicismo.

En la esfera social los factores protectores fueron, la importancia y la valoración que el adolescente le da a la familia, al reconocer que son escuchados por sus padres y al haberse relacionado con otros adolescentes que sintieron satisfacción de ir a la escuela; en el ámbito individual lo más característico fue que no presentaban alteraciones de la salud mental.

Los factores psicosociales que se consideraron como riesgo, fueron principalmente que hayan pertenecido a familias extensas con algunas dificultades en la comunicación, además en sus grupos de relaciones fueron frecuentemente los de consumos de sustancias tóxicas y rechazaron la realización de las tareas escolares; en el plano individual se observó cómo mayor preocupación el sentimiento de injusticia que poseían algunos de ellos.

Predominó la población sin factores psicosociales de riesgo, ya que estos aparecieron de forma leve fundamentalmente para el sexo masculino.

Para la muestra estudiada al momento de realizada la investigación, las variables sociodemográficas no presentaban una asociación significativa con los factores psicosociales de riesgo, sin embargo algunos factores de riesgo como el consumo de alcohol, era más frecuente en los adolescentes que tenían historias familiares de embarazos en la adolescencia y pertenecían a familias diferentes a la nuclear, además estos tipos de familia involucraban mayor frecuencia de adolescentes que no sentían satisfacción con las tareas escolares. Además imperó entre los adolescentes que sentían que su vida era injusta para aquellos que no frecuentaban la iglesia.

16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Se sugiere que a partir de los presentes resultados, se continúe con la línea de investigación, para obtener información más profunda de la expresión de los factores psicosociales de riesgos para este grupo etario y que ésta sirva de beneficio social, tanto con una proyección científica como en una vertiente práctica, para prevenir la presentación de conductas de riesgo en los y las adolescentes, que frustrarían su desarrollo futuro y su contribución con la familia y la sociedad.

Asimismo en futuros estudios se pueden implementar otros diseños metodológicos y extender la selección muestral a sujetos adolescentes no escolarizados.

17 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra: Factores de riesgo. Organización; 1948-2016 [citado 04 Nov 2016]. Disponible en: http://who.int/topics/risk_factors/es/
2. Calvopiña A. Factores de riesgo psicosociales que influyeron en el embarazo y maternidad adolescente [internet]. Quito: Carrera de Psicología Clínica; 2012 [citado 15 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2052>
3. Gómez EM, Castillo IZ. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. Rev. Colomb. Psiquiatr. [Internet]. Ene 2013 [citado 31 Mar 2015]; 42(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80626357010>
4. Escapa S, Cano AJ, Marí M, Marí P, Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimos negativos, grupo de iguales y estilos parentales. [Internet]. 2012. [citado 12 Jun 2015]; [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289124639005>
5. Mora N. Intento suicida en adolescentes. Medisur [Internet]. 2013 [citado 25 Jun 2013]; 11(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2246>
6. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. Chil. Pediatr. [Internet]. Dic 2015 [citado 20 Sep 2016]; 86(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es
7. Valenzuela MT, Ibarra AM, Zubarew T, Correa L. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. Index Enferm [Internet]. Jun 2013 [citado 04 Nov 2016]; 22(1-2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013001100111&lng=es
8. Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra: Salud de los adolescentes Organización; 1948-2016 [citado 04 Nov 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
9. Fondo de las Naciones Unidas para los Niños [internet]. Nueva York: El Estado Mundial de la Infancia 2011. UNICEF La adolescencia: y época de oportunidades; 2011 [citado 11 Jul 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/index_57468.html
10. Ministerio de Salud Pública (MSP). Salud en adolescentes: Guía de Supervisión. Dirección Nacional de Normatización. 1ra Edición. Quito: Ecuador; 2014.
11. Sánchez L, Gutiérrez ME, Herrera N, Ballesteros M, Izzedin R, Gómez Á. Representaciones sociales del noviazgo, en adolescentes escolarizados de estratos bajo, medio y alto, en Bogotá. Rev. salud pública [Internet]. Feb 2011 [citado 06 Sep 2015]; 13(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000100007&lng=es
12. Arango OE, Montoya PA, Puerta Lopera IC, Sánchez JW. Teoría de la mente y empatía como predictores de conductas disociales en la

- adolescencia. Escritos de Psicología [Internet]. Abr 2014 [citado 04 Nov 2016]; 7(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092014001100003&lng=es.
13. Cid-Monckton P, Pedrão LJ, Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. Jun 2011 [citado 04 Nov 2016]; [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968010>.
 14. Fondo de las Naciones Unidas para los Niños [internet]. Nueva York: El Estado de los Niños del Mundo 2016: UNICEF Una oportunidad justa para cada niño. Jun 2016 [citado 04 Nov 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf
 15. Blanco ME, Jordán M, Pachón L, Sánchez TB, Medina RE. Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. Rev. Med. Electrón. [Internet]. Jun 2011 [citado 26 Jul 2015]; 33(3); [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000300012&lng=es
 16. Ministerio de salud pública. Instituto nacional de estadística y censo. Indicadores Básicos de Salud. Ecuador; 2010.
 17. Ministerio de salud Pública. Caja de herramientas de las normas y protocolos de atención integral de salud a adolescentes. Ecuador; 2009 Apr. 2 p.
 18. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Adolescente: Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel. Montevideo; 2015
 19. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de recomendaciones para la Atención Integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Argentina; 2012
 20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de atención integral del sistema nacional de salud: familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI). Quito: MSP; 2013.
 21. Marimón ER, Pérez NS, Suárez L, Hernández PL, Orraca O. Factores de riesgo psicosociales en escolares de la enseñanza media, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Dic 2011 [citado 31 Mar 2015]; 15(4): [aprox. 16 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400017&lng=es
 22. González JC, Hoz F. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. Rev. Salud Pública [Internet]. Feb 2011 [citado 31 Mar 2015]; 13(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO124-00642011000100006&lng=pt.
 23. Kliegman RM, Stanton B, Schor N, Geme J, Behrman R. Desarrollo en la adolescencia. En: Kliegman RM editor., Nelson Tratado de Pediatría. Barcelona: Elsevier; 2013 .p. 42.
 24. Muuss R. La teoría de Erik Erikson del desarrollo de la identidad. Es:

- Muuss R, editor. Las teorías de la adolescencia. 6ª ed. Nueva York: McGraw-Hill; 1996. p. 42-57.
25. Rodríguez C, Caño A, Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological [Internet]*. Dic 2012 [citado 20 Sep 2016]; (12): [aprox. 4 p.]. Disponible en Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56024657005>.
 26. Benítez M, Sánchez E, y Serrano M. Los indicadores clínicos de personalidad en la adolescencia. *Psicología desde el Caribe. [Internet]*. Ago 2015 [citado 28 Ago 2016]; 32(2): [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2015000200004&script=sci_abstract&lng=es
 27. Lozano VA. Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. Última década. [Internet]. Feb 2014 [citado 08 Jun 2016]; [aprox. 25 p.]. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362014000100002&lng=es&nrm=iso
 28. Valles A, Olivares J, Rosa AI. Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social. [Internet]. Ene 2014 [citado 27 Jul 2015]; 32(2): Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000100005&lng=es&nrm=iso.
 29. Barcelata BE, Granados A, Ramírez A. Correlatos entre funcionamiento familiar y apoyo social percibido en escolares en riesgo psicosocial. *Rev. Mex. Orient. Educ. [Internet]*. 2013 [citado 05 Oct 2016]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272013000100008&lng=pt&nrm=iso.
 30. Carvajal CA, López C, Nel P, Soto MF, Factores asociados a la convivencia escolar en adolescentes. *Educación y Educadores [Internet]*. Sep 2013 [citado 5 Oct 2016]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83429830001>
 31. Reyes A. La escuela secundaria como espacio de construcción de identidades juveniles. *RMIE [Internet]*. Ene 2009 [citado 07 Oct 2016]; [aprox. 27 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662009000100008&lng=es&nrm=iso
 32. Santander S, Zubarew T, Santelices L, Argollo P, Cerda J, Bórquez M. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Rev. méd. Chile [Internet]*. Mar 2008 [citado 31 Mar 2015]; 136(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300006&lng=es
 33. San Martín JL y Barra E. Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia Psicológica [Internet]*. Ago 2013 [citado 07 Nov 2016]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000300003&lng=es&nrm=iso
 34. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Plan nacional de prevención integral de drogas 2012-2013. Quito, Imprenta Full Color; 2012.

35. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). Sistema Integrado de Indicadores Sociales y datos de mortalidad. Ecuador. 2013.
36. Páramo MD. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. [Internet]. 2011 [citado 08 Jun 2016]; [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009
37. Correa ML, Zubarew T, Valenzuela MT, Salas F. Evaluación del programa "Familias fuertes: amor y límites" en familias con adolescentes de 10 a 14 años. *Revista médica. Chile* [Internet]. Jun 2012 [citado 31 Mar 2015]; 140(6): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600005&lng=pt.
38. Aguiar E, Acle Guadalupe. Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes Mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*. [Internet]. Dic 2012 [citado 25 Oct 2016]; 15(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552012000200006&lng=en&tlng=es.
39. Casas MJ. Calidad de vida del adolescente. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. Dic 2010 [citado 31 Mar 2015]; 82(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312010000400012&lng=es.
40. Constitución de la República del Ecuador 2008, Asamblea Constituyente. Montecristi, 2008.
41. Rosabal E, Romero N, Gaquín K, Hernández RA. Conductas de riesgo en los adolescentes. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. Jun 2015 [citado 19 Oct 2016]; 44(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es.
42. Silva A, Silva L, Silva A, Silva M, Guerreiro J, Sousa A. Debut sexual en los adolescentes escolares: un estudio transversal de la conducta sexual de riesgo en Abaetetuba, Estado Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* [Internet]. Sep 2015 [citado 09 Jun 2016]; 6 (3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232015000300004&lng=pt.
43. Gutiérrez C, Saravia JC, Frech H, Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet]. Ene 2014 [citado 12 Jun 2016]; 18(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355003>.
44. Aguilar S, Zaguma S, García M, Meléndez R. Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima. Perú. *Rev enferm Herediana*. [Internet]. Sep 2014 [citado 09 Jun 2016]; 7(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en <http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/es/lil-765314#>
45. Miotto M, Brands B, Carvaca J, Noh S, Gastaldo D, Hamilton H. Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios costarricenses. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2015 [citado 09 Jun

- 2016]; 24: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=71439758018>.
46. Elicker E, Palazzo L, Aerts D, Alves G, Câmara S. Uso de alcohol, tabaco y otras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. Sep 2015 [citado 24 Ago 2016]; 24(3): [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300399&lng=en.
47. López Clara, Carvajal CA, Soto MF, Urrea PN. Factores asociados a la convivencia escolar en adolescentes. Educación y educadores. [Internet]. Dic 2013 [citado 07 Oct 2016]; 16(3): [aprox. 27 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-12942013000300001&lng=en&nrm=iso
48. Valdivia M, Silva D, Sanhueza F, Cova F, Melipillán R. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. Rev. Méd. Chile [Internet]. Mar 2015 [citado 03 Nov 2016]; 143(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000300006&lng=es.
49. Inzunza CC, Navia GF, Catalán P, Brehme C, Ventura T. Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general: Análisis descriptivo. Rev. Méd. Chile [Internet]. Jun 2012 [citado 10 Nov 2016]; 140(6): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600009&lng=es.
50. Casas F, et al. Satisfacción escolar y bienestar subjetivo en la adolescencia: poniendo a prueba indicadores para su medición comparativa en Brasil, Chile y España. Suma Psicología [Internet]. Dic 2014 [citado 25 Oct 2016]; 16(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134232882001>.

ANEXOS

Anexo 1. Autorización y consentimiento informado de la Directora

Guayaquil, 5 de noviembre del 2015

Lcda. Rosa Bravo Torres
**DIRECTORA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA FISCAL MIXTO
“ZOBEDA JIMENEZ VÁSQUEZ”
DISTRITO DE EDUCACIÓN 7**

De mis consideraciones:

La presente es para saludarla y al mismo tiempo solicitarle su **autorización y consentimiento informado** para la realización de un estudio a los alumnos del décimo año de la escuela que usted preside, el cual tiene como objetivo caracterizar el comportamiento de los factores psicosociales en adolescentes que cursan el décimo año de la escuela fiscal mixto “Zobeida Jiménez Vásquez” en el periodo lectivo 2015-2016.

Adjunto cronograma para la realización de estudio previo a su consentimiento.

Atentamente

.....
Md. Dennis Quimí López
Autor del estudio.

Anexo 2. Autorización y consentimiento informado del representante y estudiante adolescente

Yo _____ con número de cedula _____ en calidad de representante de familia del estudiante _____ que pertenece al décimo año autorizo voluntariamente a que mi representado participe en la investigación “comportamiento de los factores psicosociales en adolescentes”, que tiene como objetivo principal caracterizar el comportamiento de los riesgos psicosociales en adolescentes que cursan el décimo año de la escuela fiscal mixto “Zobeida Jiménez Vásquez” en el periodo lectivo 2015-2016. Estoy dispuesto a participar en la encuesta y entrevista requerida en la investigación y permito el uso de la información contenida en mi Historia Clínica individual y familiar por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial.

Conozco que el riesgo psicosocial es cualquier comportamiento que comprometa los aspectos biopsicosociales del desarrollo exitoso del adolescente en su tránsito hacia la adultez y que las conductas de riesgo que se presentan con mayor frecuencia son el consumo de drogas, la ingesta de alcohol, la promiscuidad y la práctica de relaciones sexuales no protegidas, esta última puede llevar a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo en adolescentes. La identificación de estos riesgos es importante para ejercer acciones de prevención, promoción y rehabilitación de salud. Planteo mi conocimiento sobre los términos médicos empleados en este estudio.

Autorizo la utilización de mis datos y los de mi representado en publicaciones y con otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia y se mantenga sin revelar mi identidad. Si de la investigación se derivaran bienes materiales, se me ha informado que no seré beneficiado con los mismos. Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria.

Cooperaré con la investigación con el cumplimiento cabal de las indicaciones facultativas. Se me ha explicado que mi representado y yo puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, si así lo estimo pertinente, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mis relaciones con el personal de salud a cargo de la misma.

He realizado todas las preguntas que consideré necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee aportar algún nuevo dato o recibir más información sobre el estudio o la enfermedad, conozco que puedo dirigirme a:

Md. Dennis Quimí López Universidad Católica de Santiago de Guayaquil;
teléfono: 0982284327 y e-mail: den_837@hotmail.com

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a
continuación expresando mi consentimiento,

Nombre y Apellidos del representante:

Firma_____

Dirección particular:

Nombre y Apellidos del adolescente:

Firma_____

Dirección particular:

Testigo_____

Firma_____

Miembro del Proyecto_____

Firma_____

Fecha_____Lugar_____

Hora_____

Anexo 3. Encuesta de datos personales

Encuesta de datos personales

Objetivo: Describir las variables sociodemográficas edad, sexo, tamaño de la familia, ontogénesis de la familia, historia familiar de embarazo en la adolescente, religión, asistencia a una iglesia, ocupación laboral de los padres de los adolescentes.

Instrucciones para el llenado: Buenas tardes, a continuación se le pide un grupo de datos referente a su persona y familia que serán de gran utilidad para la investigación de los factores de riesgo en la etapa de la adolescencia. Les aseguramos la máxima confidencialidad y además estamos pidiendo la mayor sinceridad. Favor responder las siguientes preguntas. Gracias.

•Edad: _____ años

Marca con una X según consideres la respuesta.

•Sexo: Masculino _____ Femenino _____

•Cuantas personas viven en tú casa, contigo incluyéndote: _____

•Quienes viven en tu casa:

Papá: si _____ no _____

Mamá: si _____ no _____

Padrastra: si _____ no _____

Madrastro: si _____ no _____ Hermano/a: si _____ no _____

Hermanastro/a: si _____ no _____

Tío/a: si _____ no _____

Primo/a: si _____ no _____

Abuelo/a: si _____ no _____

Cuñado/a: si _____ no _____ Sobrino/a: si _____ no _____

Otra persona: si _____ no _____

•Tu mamá u otro familiar cercano tuvo su primer hijo antes de los 20 años de edad: si _____ no _____

•Asistes a una Iglesia: si _____ no _____

•A que religión perteneces

Católica_____

No Católico (Evangélica, Testigo de Jehová, Adventista, Santos de los Últimos
Días, Bautista, Otras) _____

Ninguna _____

•Papá trabaja: si_____ no_____

•Mamá trabaja: si_____ no_____

Anexo 4. Encuesta para la predicción de riesgos psicosociales en las/los adolescentes

Encuesta para la predicción de riesgos psicosociales en las/los adolescentes

Objetivo: Identificar los factores protectores y factores de riesgos psicosociales en las/los adolescentes en las esferas sociales.

Marque con una X con qué frecuencia sientes o haces lo señalado en cada frase:

Frases	Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
14. Siento que todos están contra mí**						
15. Siento que la vida es injusta conmigo**						
16. Siento que estoy en contra de todo**						

Frases	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
1. Obedezco las reglas que hay en mi familia					
2. Creo que yo realmente le importo a mi familia					
3. Siento que mi familia me valora					
4. Me gusta ir a la escuela					
5. He faltado a clases a escondidas*					
6. Para mí, es tan importante emplear tiempo en cumplir mis deberes escolares como emplear tiempo en divertirme					
7. Mis amigos faltan a clases a escondidas*					

8. Algunos de mis amigos dañan o destruyen propiedad ajena*					
9. Mis amigos le dan importancia al hecho de ir a la escuela					
10. A mis amigos les gusta ir a la escuela					
11. Mis amigos faltan a clases en la escuela a escondidas*					
17. A mis padres les gusta conversar conmigo					
18. Mis padres me tratan con consideración					
19. Siento que causo problemas en mi familia*					
20. Me gusta hacer mis tareas escolares a tiempo					
12. Mis padres me escuchan					
13. ¿Cuántos de sus amigos hacen con frecuencia algo de lo siguiente?*					
Beben alcohol					
Fuman cigarrillo					
Consumen drogas					

Anexo 5. Puntaje para calificación de cada ítem

Objetivo: Determinar el grado de afectación de los factores de riesgos psicosociales.

El puntaje depende de la frecuencia de cada pregunta

Frases	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca	
1,2,3,4 6,9, 10,12, 17, 18, 20	4	3	2	1	0	
Frases con*	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca	
5,7,8, 11,13, 19	0	1	2	3	4	
Frases con**	Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
14,15, 16	0	1	2	3	4	5

Anexo 6. Escala de interpretación

Objetivo: Determinar el grado de afectación de los factores de riesgos psicosociales.

La interpretación de los grados de riesgos corresponde con el puntaje.

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA
0 a 20	Alto riesgo psicosocial	Referencia inmediata a equipo de apoyo psicosocial en otro nivel de atención
21 a 41	Riesgo psicosocial moderado	Consejería y orientación por equipo del primer nivel de atención para valorar referencia a otro nivel
42 a 62	Riesgo psicosocial leve	Necesita consejería y orientación de acuerdo a ítems deficitarios por el equipo de salud del primer nivel
> 62	Sin factores de riesgo psicosocial	Control regular de acuerdo a norma



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Dennis Ignacio Quimí López, con C.C: #0922318480 autor(a) del trabajo de titulación: "Caracterización del comportamiento de algunos factores psicosociales en adolescentes. Décimo año. Escuela de educación básica fiscal mixta Zobeida Jiménez Vásquez. 2015-2016". Previo a la obtención del grado de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de enero de 2017

f. _____
Nombre: Dennis Ignacio Quimí López
C.C: 0922318480

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Caracterización del comportamiento de algunos factores psicosociales en adolescentes. Décimo año. Escuela de educación básica fiscal mixta Zobeida Jiménez Vásquez. 2015-2016"		
AUTOR(ES)	Quimí López Dennis Ignacio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	CASTILLO DÍAZ ZEIDA ELVIRA. PhD.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria		
GRADO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	27 de Diciembre del 2016	No. DE PÁGINAS:	69
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Factores psicosociales de riesgo, protectores, adolescencia, familia		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: Los factores psicosociales en la adolescencia tienen relación con determinadas esferas sociales, según las frecuencias de aparición, surgen los comportamientos de riesgos o protectores. Materiales y Métodos: Se aplicó un estudio observacional de corte transversal, con un universo de 64 adolescentes del décimo año de la escuela de Educación Básica Fiscal Mixta Zobeida Jiménez Vásquez desde mayo 2015–enero 2016, seleccionados por muestreo no probabilístico de tipo intencional. El estudio se realizó con el consentimiento informado, cumplió con las normas éticas, utilizó la encuesta a quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, para evaluar las variables sociodemográficas y de riesgo psicosocial e individual, los datos se procesaron por estadística descriptiva. Resultados: Predominó el sexo masculino, la edad promedio fue 14,5 años, prevalecen las familias extensas con el 35,9%, el 52% hijos de madres adolescente; los factores de riesgo que predominaron en la esfera familiar fue dificultades en la comunicación con los padre 18,8%, en el grupo de relación tienen amigos que frecuentemente consumen alcohol 20,3% y drogas 17,2%, en la escolar 14,1% nunca o casi nunca presenta satisfacción por realizar las tareas, en la esfera individual problemas de salud 10,9% refirió que la vida es injusta con ellos, también se determinó que valoran altamente su familia 83% como factor protector y que el sexo masculino tiene mayor nivel de exposición al riesgo psicosocial. Conclusiones: Prevaleció la población sin factores psicosociales de riesgo, ya que estos aparecieron de forma leve en el sexo masculino.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-60155724	E-mail: den_837@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas.		
	Teléfono: +593-4-2206953-2-1-0 ext: 1830		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec.		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	