



UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS  
VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILISTOGA. 1948

*Facultad de Psicología*

*Tesis para optar por el título académico de Máster en  
Psicopedagogía*

Título: Estudio de los factores de riesgo en adolescentes  
de Secundaria Básica

Autor: Lic. Marelys Figueroa Padilla  
Tutora: Dr. C. Zaida Irene Nieves Achón

Santa Clara  
2013  
Año 55 de la Revolución

**CON SU ENTRAÑABLE TRANSPARENCIA**



## ***DEDICATORIA***

*A la memoria de mi abuela Chelo, que se para ella  
será su mejor ramo de flores.*

## **Agradecimientos**

*A mi familia, a mi tutora Zaida, a mi prima yudi por su apoyo incondicional y a mi compañera y psicólogo Ester lidia de la Pedraja y todas aquellas personas que me han ayudado.*

## **RESUMEN**

La investigación aborda el problema de los principales factores de riesgo en adolescentes de la Secundaria Básica “Juan Oscar Alvarado”, mediante un estudio exploratorio descriptivo con un diseño no experimental del tipo transaccional. La metodología empleada para describir los principales factores de riesgo responde al paradigma cuantitativo y se aplicó a estudiantes de 7mo, 8vo y 9no grados. Para el análisis de los resultados se aplica procedimientos matemáticos basados en el análisis porcentual y el uso de tablas de contingencias para la comparación entre los grados. Los resultados aportan descripciones que permite visualizar cuáles son los principales factores de riesgo en los adolescentes investigados cuestión de gran valor para la labor educativa y para los programas de salud.

## **SUMMARY**

The investigation tackles the problem of the main factors of risk in teenagers of the Secondary Basic “Juan Oscar Alvarado”, by means of a descriptive exploratory study with a no experimental design of the transactional type. The methodology employed to describe the main factors of risk answers to the quantitative paradigm and applied to students of 7th, 8th and 9th grades. For the analysis of the results applies mathematical procedures based on the percentage analysis and the use of contingency tables for comparing grades. The results provide descriptions to visualize what the main risk factors in adolescents investigated question of great value to the educational and health programs.

## INDICE

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| Introducción.....                                          | 1  |
| <b>CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b>                  |    |
| La adolescencia.....                                       | 11 |
| Salud Mental .....                                         | 17 |
| Factores de riesgo de Salud Mental en la adolescencia..... | 21 |
| La edad.....                                               | 25 |
| Percepción del estado de salud.....                        | 26 |
| Hábitos sexuales.....                                      | 27 |
| Consumo de sustancias tóxicas.....                         | 29 |
| Hábitos de sueño.....                                      | 32 |
| Estrés.....                                                | 34 |
| Uso del tiempo libre.....                                  | 35 |
| <b>CAPÍTULO II- ESTRATEGIA METODOLÓGICA</b>                |    |
| Alcance del estudio: Exploratorio Descriptivo.....         | 39 |
| Diseño: No Experimental-Transaccional.....                 | 39 |
| Población y muestra.....                                   | 40 |
| Descripción de la muestra.....                             | 41 |
| Definición operacional de variables.....                   | 43 |
| Métodos y técnicas.....                                    | 44 |
| Procesamiento de la información recogida.....              | 45 |
| <b>CAPÍTULO III - ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>      |    |
| Conclusiones.....                                          | 66 |
| Recomendaciones.....                                       | 68 |
| Bibliografía.....                                          | 69 |
| Anexos                                                     |    |

## Introducción

La promoción de las prácticas saludables en la adolescencia y la adopción de medidas para proteger mejor a los jóvenes frente a los riesgos para su salud son fundamentales para el futuro de las naciones. Se trata no sólo de políticas para esta edad tan vulnerable sino prevenir la aparición de problemas de salud en la edad adulta.

De manera general podría asegurarse que la mayoría de los jóvenes están sanos. Sin embargo, las estadísticas de organizaciones internacionales arrojan datos mucho menos loables. La OMS en su nota descriptiva No. 345 de agosto del 2011 “Riesgos para la salud de los jóvenes”, publica que cada año se registran más de 2,6 millones de defunciones en la población de 15 a 24 años, que un número mucho mayor de jóvenes sufren enfermedades que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente. Mientras que un número aún mayor adoptan comportamientos que ponen en peligro su salud presente y futura. Se plantea en la comunicación que casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia.

Estas apreciaciones se concretan en las siguientes cifras publicadas en el reporte mencionado:

- Cada año mueren más de 2,6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles.
- Cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.
- Los jóvenes de 15 a 24 años representaron el 40% de todos los casos nuevos de infección por VIH registrados entre los adultos en 2009.

- En el periodo de un año, aproximadamente el 20% de los adolescentes sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad.
- Se estima que unos 150 millones de jóvenes consumen tabaco.
- Cada día mueren aproximadamente 430 jóvenes de 10 a 24 años a causa de la violencia interpersonal.
- Se estima que los traumatismos causados por el tránsito provocan la muerte de unos 700 jóvenes cada día.

De la Barra, M. F. (2009) plantea que en Chile, un Estudio Nacional de Replicación de Comorbilidad aportó los siguientes datos sobre edades promedio de comienzo de los trastornos mentales:

- Trastornos de ansiedad y de control de impulsos 11 años.
- Ideación y planes suicidas llega a un máximo en la adolescencia tardía.
- Dos tercios de las fobias sociales comienzan antes de los 18 años.
- Los trastornos adictivos puros a los 21 años y patología dual a los 11 años.

A estos datos, la autora agrega que se estima que entre el 7 y el 22% de los niños sufren de una enfermedad mental discapacitante y que el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes

Esta realidad remarca la necesidad e importancia de compilar datos de prevalencia en estas edades, los cuales en el mundo resultan todavía insuficientes, se sabe que en muchos países existen subregistros, cuestión que contrasta con la sub atención de las necesidades de salud mental de los niños y adolescentes, incluso en países de alto nivel de ingreso.

Una de las tareas es entender los mecanismos por los cuales los procesos del desarrollo afectan el riesgo para la salud mental en la adolescencia e implementar programas de tamizaje e intervención cuando es más probable que aparezcan. Tempranamente la familia y posteriormente la institución educacional en este

grupo etario puede llegar a ser un medio de intervención para fomentar factores protectores o disminuir factores de riesgo de éstos jóvenes.

En nuestro país por situar tan sólo un ejemplo, se conoce que el consumo de alcohol tiene un índice de prevalencia entre 7 y 10%, con predominio en edades comprendidas entre los 15 y 44 años. Se señala que en los últimos 15 años el consumo ha aumentado notablemente en el país; el 90,4% de la población inicia la ingestión del tóxico en la adolescencia (Olachea, 2012).

Esta problemática ubica la necesidad de aplicar el enfoque de riesgo para su atención, ya que en términos de la salud se debe tener algo para todos y más para los de mayor necesidad, cuestión que agrega el concepto de vulnerabilidad.

Para Jessor (1991), Donas (1998), Pandina (1996), Rodríguez (1995), Suárez y Krauskopf (1995) (citados por Rojas, M., 2001.:55) “el riesgo viene a ser la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo social. La idea central del enfoque de riesgo descansa en el hecho de que el riesgo nos brinda una medida de la necesidad de atención de la salud. El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud, nos permite anticipar una atención adecuada y oportuna a fin de evitar o modificar esa eventualidad”. Se entiende por factor de riesgo la característica o cualidad de un sujeto o comunidad, que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud.

Desde las políticas internacionales en salud, en nuestro país, las estrategias educativas y de salud se proyectan claramente hacia la prioridad de la promoción de salud y la educación para la salud, los esfuerzos deben estar orientados hacia los enfoques que ponen el acento en el concepto de salud y desarrollo que subrayan la importancia de la inversión en capital humano, en el desarrollo de los factores protectores de la salud y en el fortalecimiento de las capacidades de los adolescentes para tomar decisiones en favor de su propia salud.

En este sentido, lo deseable supone que antes que resolver problemas de salud, se preste atención a todo aquello que favorece la salud y la participación, pero el peso de la realidad todavía predominante de los adolescentes fuertemente vinculados a conductas de riesgo con los consiguientes problemas de salud impone respuestas verticales, que apuntan hacia la necesidad de aplicar el enfoque de riesgo en grupos de tan alta vulnerabilidad.

Atendiendo a la problemática planteada se formula nuestra interrogante científica:

**Problema:**

¿Cuáles son los principales factores de riesgo de salud mental en adolescentes de Secundaria Básica “Juan Oscar Alvarado”?

**Objetivo general:**

Describir los principales factores de riesgo de salud mental en adolescentes de Secundaria Básica “Juan Oscar Alvarado”.

**Objetivos específicos:**

Explorar los factores de riesgo de salud mental en adolescentes de Secundaria Básica “Juan Oscar Alvarado”.

Identificar los principales factores de riesgo de salud mental en los diferentes grados de la Secundaria Básica “Juan Oscar Alvarado”.

Para el alcance de los objetivos propuestos, se realiza un estudio exploratorio-descriptivo mediante una investigación cuantitativa con un diseño no experimental, transversal.

La muestra investigada está integrada por 90 adolescentes estudiantes de la Secundaria Básica “Juan Oscar Alvarado” comprendidos en las edades de 12 a 14 años y pertenecientes a los grados, 7mo, 8 vo y 9 no.

La investigación resulta novedosa no sólo por el tema abordado sino por el contexto estudiado. La tesis aporta un instrumento que posibilita recoger información acerca de la autopercepción que tienen los adolescentes de los principales factores de riesgo para la salud mental.

La tesis está estructurada en tres capítulos. En el capítulo primero se aborda teóricamente el problema de investigación, en el capítulo segundo se presenta el diseño metodológico de la investigación y en el tercero se presenta el análisis de los principales resultados, se ofrecen además las conclusiones y recomendaciones.

## Capítulo teórico

### *La adolescencia*

La adolescencia es la etapa de la vida que marca el paso de la infancia a la edad adulta del ser humano y constituye un período transicional. En ella se establece la diferenciación específica de todos los aspectos del desarrollo, o sea, físico, mental, moral y social.

Aunque casi la totalidad de los autores, independientemente de la concepción teórica que asumen, consideran que la determinación de estas etapas no responde, como criterio principal para su delimitación, a la edad cronológica, la mayoría de los estudiosos de estas edades proponen determinados límites etareos para las mismas. La adolescencia según la Organización Mundial de Salud está comprendida entre los 10 y los 20 años de edad (Camero Machín et. al., 2012)

La adolescencia se define como el período en el cual no sólo se producen un crecimiento y maduración físicos acelerados sino que también existen cambios de orden psicológico, sexual, de comportamiento y socialización. El adolescente necesita construir un nuevo equilibrio entre sus vivencias personales y su ambiente. Es un proceso continuo y complejo de naturaleza biopsicosocial a través del cual los adolescentes construyen, con el apoyo de la familia, sus pares y la comunidad, un conjunto de capacidades y aptitudes que les permiten satisfacer sus necesidades con vistas a alcanzar un estado de completo bienestar vinculado a los nuevos roles y estatus sociales (Casas López, 2010).

Es preciso hacer una distinción entre dos términos y un significado y un alcance muy distinto: pubertad y adolescencia. La pubertad se refiere al conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción. Mientras que la adolescencia supone un período psicosociológico que se prolonga varios años

más y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez .La adolescencia es una etapa de la vida durante la cual el niño forja su individualidad, crea un sistema de valores adultos y empieza a independizarse de sus padres (Camero Machín, 2012).

La adolescencia, en términos generales, se caracteriza por una posición social intermedia entre el niño y el adulto, en cuanto a estatus social, ya que el adolescente continúa siendo un escolar, depende económicamente de sus padres, pero posee potencialidades psíquicas y físicas muy semejantes a la de los adultos.

Desde el punto de vista psíquico en la adolescencia la actividad principal cambia, ya no la constituye el estudio, sino la relación con los demás, las amistades, las relaciones íntimas, esto no quiere decir que el estudio no siga siendo una actividad importante. El grupo de relación es fundamental en esta etapa de la vida. La esfera afectiva-motivacional adquiere un papel rector y se complementa con la cognoscitiva.

Se dan contradicciones entre la necesidad de ser independientes y las limitaciones propias que imponen este periodo, la familia y la sociedad; lo cual provoca conflictos con familiares y adultos en general. Hay una búsqueda y lucha constante por su identidad e independencia personal.

En las relaciones sociales que establecen surgen múltiples y variadas necesidades, que se desarrollan y adquieren un contenido particular en cada contexto específico. Las necesidades en la adolescencia difieren de las de la niñez, y son diversas y peculiares, según la edad.

El comienzo del desarrollo de determinadas formaciones psicológicas como la concepción del mundo y el pensamiento abstracto, aún con limitaciones, permite que en estas edades se tengan criterios propios, juicios y valoraciones sobre la

realidad que los rodea y, a la vez, matizará todo vínculo relacional con el mundo de los adultos.

En la actualidad, existe consenso en cuanto a considerar la adolescencia y la juventud como momentos claves en el proceso de socialización del individuo. En el transcurso de estos períodos, el sujeto se prepara para cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta, tanto en lo referido a la esfera profesional como en la de sus relaciones con otras personas de la familia, con la pareja y los amigos. Además, adolescentes y jóvenes deberán regular su comportamiento, de forma tal, que alcancen una competencia adecuada ante las exigencias presentes en la sociedad en que se desenvuelven.

Otro aspecto a destacar es el establecimiento de nuevas formas de relación con los adultos, a veces generadoras de conflictos y que agudizan las manifestaciones de la llamada “crisis de la adolescencia”, así como nuevas formas de relación con los coetáneos o iguales, cuya aceptación dentro del grupo se convierte en motivo de gran significación para el bienestar emocional del adolescente.

Todo lo anterior permite decir que la adolescencia se distingue, teniendo como base los logros del desarrollo de la personalidad alcanzados en etapas anteriores, por la aparición del pensamiento conceptual teórico y de un nuevo nivel de autoconciencia, por la intensa formación de la identidad personal y el surgimiento de una autovaloración más estructurada, por la presencia de juicios y normas morales no sistematizadas, de ideales abstractos, de intereses profesionales, aún cuando la elección de la futura profesión no constituya un elemento central de la esfera motivacional.

Hay un conflicto en el joven que ahora tiene su cuerpo con funciones sexuales adultas, pero con una organización psicosocial con características infantiles. El crecimiento rápido de los adolescentes también desorienta a padres y

educadores. Muchas veces no saben si tratarlos como a niños o mayores. Los padres perciben que el niño está cambiando y que van perdiendo al niño hijo.

El joven percibe la pérdida de su propia infancia, de las figuras paternas que lo acompañaron en esos años y del cuerpo que materializaba una identidad de niño. Mientras tanto, para buscar su propia identidad, tratará de separarse de las figuras parentales. Buscan la diferencia para llegar a la afirmación de lo propio y debido a la rebeldía que esto engendra a veces, los conflictos familiares se incrementan.

El grupo adquiere un significado especial. Las dificultades con los padres pueden ser desplazadas hacia los profesores. Éstos, además, reviven situaciones similares que tuvieron con sus propios hijos. La confianza básica se tambalea.

La irrupción de cambios físicos, emocionales y sociales le hace perder confianza en sus propias posibilidades, puesto que aún no las conoce bien. A esto contribuye, también, el hecho de cambios en el nivel de escolaridad con Nuevas exigencias y nuevos grupos de para iguales. Para tomar la mayoría de sus decisiones, el adolescente precisa de un adulto que lo acompañe para recibir información o escuchar una opinión. Éste apoya, pero quien decide es el joven. La actitud de colaboración y de respeto por la decisión del adolescente, fortalece la resiliencia (Martínez Gómez, (2005).

Por ende, es indispensable que su calidad de vida sea buena, que el adolescente pueda cubrir sus necesidades para que el adulto del mañana viva y se desarrolle individual y socialmente. En esta etapa pueden ocurrir importantes desajustes conductuales que se traducen en conductas tan llamativas como los suicidios, los embarazos no deseados o la anorexia que generan una gran preocupación (Palacios et.al., 2002)

Los cambios y reestructuraciones mencionados incrementan la vulnerabilidad del adolescente a los más diversos factores de riesgo que pueden dañar su

desarrollo, salud y bienestar, si embargo, el adolescente suele tener una percepción muy baja del riesgo.

La adolescencia se identifica como una edad propensa a la exploración de nuevas experiencias y vivencias en las que muchas veces se involucran comportamientos generadores de riesgo, los mismos que pueden comprometer la salud, la supervivencia y el proyecto de vida del individuo. Así se han identificado numerosos factores de riesgo, tales como: el género, la deserción escolar, la inasistencia escolar (CONTRADROGAS, 1999), embarazo precoz, el intento de suicidio, la violencia, el abuso de sustancias, los accidentes de tránsito y otras conductas auto destructivas.

Existen entonces signos de alerta a tener en cuenta Rodríguez Méndez, (2005):

- Deserción escolar o negligencia en el cumplimiento de las normas escolares
- Desvinculación del estudio o trabajo.
- Transgresiones de normas familiares y/o sociales.
- Pocas relaciones sociales.
- Conducta agresiva encubierta.
- Inestabilidad anímica y motivacional.
- Inadecuado control de las emociones.
- Trastornos psicosomáticos (depresión subclínica).
- Trastornos del sueño.
- Trastorno del apetito.
- Hábitos tóxicos.
- Conductas sexuales desordenadas.
- Depresión.
- Ideas suicidas.

Lo anteriormente planteado responde a que en la adolescencia se identifican un grupo de áreas en las que usualmente pueden aparecer conflictos dada la complejidad y velocidad de los cambios que se producen y que generan nuevas

situaciones sociales de desarrollo en las que interactúan factores que potencian el desarrollo, factores que lo obstaculiza e incluso que lo podrían dañar:

- La identidad, incluye la identidad personal y de género.
- La familia, incluye los roles, jerarquías y límites, la autoridad que el adolescente debe observar y respetar.
- El grupo de pertenencia. Aquí está incluido el liderazgo, el status, la aceptación, el sistema de normas y valores que se comparte.
- La sociedad, el lugar que ocupa en el medio social.
- Los cambios físicos y psicológicos del adolescente que determinan la imagen de su propio cuerpo.
- La sexualidad. El adolescente se reconoce como ser sexual y experimenta nuevas necesidades de explorar, experimentar y sentir. Una arista importante de esta área es la definición de la orientación sexual.
- Las enfermedades frecuentes, que pueden ser crónicas y que empeoran el pronóstico en esta etapa o las que aparecen, justamente, en este momento de la vida.
- Las adicciones, se ha constatado que uno de los flagelos que asola a los adolescentes es la adicción, tanto a las drogas como al tabaquismo y al alcohol.
- Los proyectos de vida. Si los valores quedaron bien afianzados, si no fueron trocados por antivalores.

Pedrowisc, S. et.al. (2006) desde la perspectiva de un desarrollo saludable, se refieren a que el desarrollo integral del adolescente, no se refiere solamente al adecuado crecimiento físico (desarrollo del cuerpo), ni a la mera preparación para la vida adulta. El desarrollo integral es un concepto global que se refiere al goce de condiciones apropiadas para la vida actual del adolescente en un medio propicio. Dichas condiciones deben habilitar el pleno desarrollo físico, mental, espiritual, moral y psicológico del adolescente. Deben posibilitar su máximo desarrollo individual (incluido su desarrollo cultural y espiritual) e integración

social, enmarcados en la participación del adolescente en una comunidad que lo respete, que estimule su crecimiento en todo sentido y que, en definitiva, respete todos sus derechos, de entre los cuales se enfatiza en la salud, tanto desde el plano político como legal.

### *Salud Mental*

Tradicionalmente el concepto de salud se había asociado a la ausencia de enfermedad; especialmente de enfermedad física. Esta tradicional concepción de salud no abarca completamente todo el fenómeno del bienestar, dejando fuera importantes variables que determinan significativamente el estado óptimo de funcionamiento de un individuo.

Desde esta perspectiva de análisis, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que valorar solo como “estado saludable” la ausencia de padecimientos somáticos es extremadamente reduccionista. La concepción planteada desde hace ya algunas décadas, define que: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1987).

Pedrowisc, S. et.al. (2006) señalan que la salud adolescente se refiere entonces al estado de bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad. La salud adolescente es el resultado de un proceso construido socialmente que depende de diversos factores: 1) *biológicos* (genéticos, sexo, edad); 2) *ligados al entorno*, vale decir, al medio ambiente físico (como por ejemplo, vivienda, no contaminación, espacios que posibiliten la recreación) y al medio ambiente social (tales como paz y justicia, no discriminación, interacción social, solidaridad); 3) *vinculados a los estilos de vida* (comportamientos, valores, creencias, roles y costumbres individuales y sociales, consumo, comunicación, y nivel educativo y de formación); y 4) *factores ligados a la organización de los servicios de salud* (características de la atención de la salud). En definitiva, la

salud adolescente es entendida aquí en su sentido más amplio, como el producto de decisiones tomadas en los planos individual, familiar, comunitario, nacional e internacional.

En el plano de las enfermedades mentales el problema salud-enfermedad es complejo. La multicausalidad puede llevar a más de un efecto, es decir, los mismos factores causales pueden originar diversas enfermedades. Hay que tener en cuenta elementos internos de orden biológico y psicológico, así como mediadores psicosociales. Es un problema que incluye con todo su peso y valor el concepto de riesgo.

La distinción entre enfermedad y salud mental resulta polémica. Ambos constructos constituyen los polos positivos y negativos de un continuo que representa un proceso dinámico de la interacción del sujeto con su entorno. Este proceso está multideterminado por variables de diversa naturaleza: biológicas, psicológicas y sociales.

El concepto de salud mental hace énfasis en los aspectos preventivos de las enfermedades y alteraciones mentales. La salud mental es un proceso evolutivo y dinámico de la vida. En este proceso intervienen múltiples factores: como un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales. Las actuales políticas en salud están orientadas a la prevención de trastornos y la promoción de un adecuado desarrollo, objetivos cuyo logro comienza con la identificación de factores de riesgo de trastornos mentales, así como de factores protectores.

El concepto de 'salud mental' dado por Bermann (1995) confirma la idea anterior, "podría decirse que la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de

conflictos, tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad. En sentido similar, Riviere (1971) apunta que la salud mental se concibe como la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas del individuo y las de éste con el contexto social.

La Organización Mundial de la Salud establece importantes consideraciones al respecto. “La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la auto actualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental” (2001, pág.5). Sin embargo, tradicionalmente al proceso de la salud mental se accede por el polo negativo, obviamente por la necesidad de dar solución inmediata al problema de la enfermedad, predominando en su abordaje un enfoque médico psicopatológico.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un

comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

La educación para la salud dirigida a los adolescentes tradicionalmente ha puesto el acento en la prevención de enfermedades. Este enfoque toma el concepto de riesgo como factor predisponente de la enfermedad y, a partir de la identificación de las conductas de riesgo de los jóvenes, propone actuar básicamente en prevención. En consecuencia, las estrategias consisten en brindar información acerca del daño y mostrar la relación existente entre éste y los factores de riesgo. Se confía así en que, si los adolescentes cuentan con la información adecuada y perciben la relación entre ciertas conductas de riesgo y determinados problemas de salud, tendrán herramientas suficientes para evitar esas conductas y prevenir las enfermedades. Sin negar el valor contingencia de esta perspectiva se requiere avanzar para ofrecer una educación que proporcione información relacionada con la salud, pero que también apoye el pensamiento a largo plazo y apunte a desarrollar habilidades para la toma de decisiones responsables.

Para tomar decisiones responsables, los adolescentes necesitan fortalecer una gama de habilidades necesarias para comunicarse, interactuar, negociar y resistir a la presión de los compañeros. Deben poder expresar lo que sienten o piensan —verbalmente o con el propio cuerpo—, construir su autoestima, evaluar las opciones y confrontar los conflictos.

En este sentido, la educación para la salud de los adolescentes en un sentido integral, que apunte al efectivo cumplimiento de los derechos a la salud, al desarrollo y a la participación, los que tendrán un efecto sinérgico sobre muchos otros derechos. En estas acciones se requiere de la asociación efectiva entre docentes y trabajadores de la salud y entre los sectores salud y educación, con la participación de los adolescentes.

*Factores de riesgo de Salud Mental en la adolescencia*

En la concepción de la salud es fundamental la promoción y la prevención, pues de ellas se deriva el valor de conocer con anticipación la aparición de las enfermedades y, por tanto, poder evitarlas. Por eso es ineludible conocer los riesgos de enfermarse de un individuo o grupo social. Esta aproximación al problema de salud se conoce como enfoque de riesgo.

Esta concepción abarca las características del individuo o las circunstancias del medio que contribuyen a que en esa persona o grupo social exista mayor posibilidad de pérdida de la salud, padecer un proceso morboso, incidir en su evolución y ser detectables antes de ocurrir la pérdida de la salud.

Aun cuando se reconoce la importancia de la promoción de salud, todavía la lucha se centra en la prevención de enfermedades y es por ello que el estudio de los factores psicosociales de riesgo de procesos morbosos, mantienen su prioridad.

No todos los individuos o grupos sociales, expuestos a iguales circunstancias, padecen un proceso morboso. Esto implica considerar que existen condiciones en unos u otros que tienen más susceptibilidad o resistencia a las influencias de los factores de riesgo. Por tanto, éstos no pueden ser identificados sólo por su efecto sobre un individuo o población, sino por su potencial de causar la pérdida de la salud en individuos o poblaciones.

Más precisa es la concepción de situación de riesgo, que puede definirse como la condición de un sistema social o grupo comunitario, cuya dinámica, interacciones y niveles de vida favorecen la aparición de factores de riesgo para el individuo, el grupo comunitario y la sociedad.

El enfoque de riesgo lleva a la concepción de vulnerabilidad y susceptibilidad, al análisis de las condiciones y modos de afrontamiento del individuo y el grupo, frente a los eventos vitales, a las modalidades de integración de los grupos vulnerables y otros excluidos del proceso de producción social, a la creación de

redes de apoyo; también facilita las acciones curativas y de intervención en las enfermedades mentales.

El enfoque de riesgo supone aquellos aspectos deficitarios del propio desarrollo y del entorno que confluyen en una mayor probabilidad del daño. Cada etapa del ciclo vital tendría sus riesgos específicamente determinados por las destrezas que permiten las condiciones biológicas, así como por los canales de capacitación, apoyo y protección que la sociedad brinda, de igual forma las consecuencias destructivas del riesgo varían con ajuste a esta lógica. En esta concepción, se identifican los principales mecanismos de mediación de riesgo, de entre los cuales destacamos los ambientes escolares.

En la adolescencia, con el ingreso en la Secundaria Básica se producen una serie de cambios relacionados con las exigencias y características del sistema educativo de entre las cuales vale mencionar, la diversificación del currículo en nuevas materias impartidas por mayor número de docentes, ampliación de la carga horaria, incremento de las demandas evaluativas, entre otras con las que interactúa el/la muchacha cuyo desarrollo biológico psicológico y social está en un proceso de cambios y reestructuraciones importantes, todo lo cual determina nuevas situaciones sociales de desarrollo que generan también nuevas amenazas y riesgos para la salud.

Resulta fundamental que los adolescentes estén preparados para evitar cualquier conducta riesgosa y establecer un equilibrio entre las nuevas exigencias y su bienestar. Debe destacarse aquí la necesidad de la “promoción de salud” y de la “educación para la salud” como alternativas a la praxis habitual de combatir enfermedades ya instauradas, brindando herramientas y pautas para frenar la instauración de estados emocionales negativos que interfieran la salud mental.

En un año cualquiera, aproximadamente el 20% de los adolescentes padecen un problema de salud mental, como depresión o ansiedad. El riesgo se incrementa

cuando concurren experiencias de violencia, humillación, disminución de la estima y pobreza, y el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes. Propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida en los niños y adolescentes y ofrecerles apoyo psicosocial en la escuela y otros entornos de la comunidad son medidas que pueden ayudar a promover su salud mental. Si surgen problemas, deben ser detectados y manejados debidamente por las instituciones educativas y de salud.

La educación para la salud, supone la puesta en marcha de estrategias y planes educativos, que vayan más allá de la mera transmisión de información, planteándose, como objetivo necesario, desarrollar estilos de vida saludables y estrategias para reducir su vulnerabilidad ante las condiciones socio-ambientales que actúan negativamente en su proceso de salud (física / mental).

La educación para la salud tiene una tarea esencialmente preventiva, es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje, orientado a facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo.

La institución educativa es un contexto idóneo ya que presenta ciertas características que hacen más viable que las medidas educativas de carácter preventivo adquieran la máxima eficacia y constituyan el principal medio para facilitar la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables en el individuo y en la comunidad y además conocer los diferentes factores implicados en los procesos de salud y enfermedad, con énfasis en los factores de riesgo.

Con relación a la adolescencia se identifican un grupo importante de factores de riesgo: edad, percepción del estado de salud, hábitos de sueño (condiciones del sueño, número de horas que duerme y estabilidad en el horario), consumo de sustancias tóxicas (cigarro, alcohol, drogas), empleo del tiempo libre, hábitos sexuales, estrés en la escuela, entre otros.

Masten y Garmezy (2007); Rutter (1985); Munist (1998); Vanistendael (1995), citados todos por Satchimo, A. y Nieves, Z. (2012), están de acuerdo en señalar tres dimensiones desde las cuales pueden identificarse los factores de riesgo. Los autores parten del establecimiento de tres niveles fundamentales: el personal, el familiar y el sociocultural. Cada uno de ellos contiene variables que pueden identificarse como factores de riesgo (cuando no existen o se muestran disminuidas) y protectoras (cuando existen y se implementan ante las situaciones potencialmente estresantes).

En la dimensión personal en la adolescencia, se hace referencia al propio desarrollo de la personalidad en esta etapa con sus características de adquisición de destrezas, juicio crítico y los sentimientos de auto estima.

En la dimensión familiar se menciona la ausencia de un ambiente familiar cálido y demostrador de afecto, estructuras familiares caóticas y disfuncionales, además de la percepción de falta de apoyo de los padres son factores que aumentan el riesgo de vivenciar estados de displacer en esta edad psicológica.

En la dimensión sociocultural se reconoce la inexistencia de contextos desarrolladores y educativos, la imposibilidad de acceder a redes de apoyo social, limitaciones materiales para desarrollar actividades vitales y la ausencia de atención diferenciada ante situaciones puntuales. Como cuestión a destacar, es importante considerar las tres dimensiones como interdependientes.

Pedrowisc, S. et.al. (2006) enfatizan en que la identificación de los deseos y necesidades de los adolescentes es una pista ineludible a la hora de pensar en estrategias para impulsar y difundir conductas de cuidado y prevención apropiadas para esta etapa de la vida y para su desarrollo como personas. Como reconoce la Convención sobre los Derechos del Niño, los adolescentes tienen la capacidad de procesar información por sí mismos y deben gozar de cierta autonomía para tomar sus propias decisiones en un entorno de formación y protección, en sintonía con el

ejercicio del resto de sus derechos. Cuidar la salud de cada uno depende también de cuánto sabe cómo hacerlo, de ahí la necesidad de informarlos y orientarlos.

### *La edad*

El tránsito del adolescente por esta etapa que abarca, según los criterios de la Organización Mundial de Salud, las edades entre los 10 y los 20 años, es valorado por la mayoría de los autores en diferentes estadios, diferenciando los inicios y finales de la misma. Esta subdivisión en estadios no responde simplemente a la distribución del largo período que abarca la etapa sino básicamente a las diferenciaciones que en términos del desarrollo psicológico se pueden hacer.

El primer estadio se inicia con los cambios puberales y se acompaña de reestructuraciones importantes a nivel psicológico con una gran incidencia del ingreso del/la adolescente a la Secundaria Básica que como se conoce, estructura nuevas situaciones sociales de desarrollo, en la que el papel de la relaciones entre los iguales también se potencia.

La manera a veces brusca con que estos cambios se presentan en el/la adolescente incide en una mayor vulnerabilidad a los diferentes factores de riesgo para la salud mental. Por sólo citar algunos ejemplos, resulta frecuente el inicio de las relaciones sexuales, el inicio del consumo de sustancias tóxicas, cambios en los hábitos de sueño, nuevas actividades, relaciones y contextos para el empleo del tiempo libre, entre otros.

De la Barra, M. F. (2009) plantea que en los estudios de cohortes seguidas desde los años 60 en diferentes poblaciones, se observa un grupo de trastornos en los cuales la mayoría de los casos comienzan en la adolescencia (fobia social, trastorno de pánico, abuso de sustancias, depresión, anorexia nervosa, bulimia). Ejemplifica la autora que los Trastornos de ansiedad y de control de impulsos suelen presentarse a los 11 años.

Pedrowisc, S. et.al. (2006) destacan que los adolescentes se enfrentan a realidades muy variadas. Son distintas las vivencias, las expectativas, las necesidades, lo que valoran y creen, las opiniones y los aportes de cada adolescente y de los diferentes grupos y subculturas. Los adolescentes de diversas edades y grupos étnicos, los que estudian, los que trabajan, los que viven con sus familias, en instituciones o en situación de calle tendrán diferentes experiencias y creencias acerca de su salud y su desarrollo. Toda intervención vinculada a la salud y el desarrollo adolescente debe tomar en cuenta muy seriamente las perspectivas de los distintos grupos de adolescentes.

### *Percepción del estado de salud*

La salud de los adolescentes y jóvenes es un tema que suscita cada vez más interés en todo el mundo, por la mejor comprensión de las características de esta edad para la salud pública y también por las condiciones cambiantes de la sociedad que añadidas a la modificación de las conductas de estos grupos, han generado nuevos riesgos para la salud en esta etapa de la vida.

La percepción del estado de salud es un indicador de bienestar subjetivo que como constructo encierra una gran importancia ya que no siempre coincide con el estado de salud real y median en su expresión otros factores como la comparación social, la edad, el sexo y el nivel educativo entre otros. Se sabe que la percepción de salud influye en la forma de actuar, pensar y sentir. En investigación desarrollada, Videra- García, A. y Reigal-Garrido, R. (2013) se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes y las adolescentes con relación a la percepción de salud. Los muchachos parecen tener una mejor percepción de la salud que las muchachas. Así mismo se evaluó las interacciones entre este determinante subjetivo y la satisfacción vital de una muestra amplia de adolescentes, que reafirman las hipótesis que sostienen el valor de los factores internos como determinantes claves para la evaluación positiva del bienestar en los adolescentes.

En el libro *Adolescencia bajo riesgo. Cuerpo a cuerpo con el mundo* (David Le Breton y otros, p. 13, citado Pedrowisc, S. et.al. 2006 se lee: “Varios autores señalan que la no percepción de los riesgos por el joven puede estar relacionada con la falta de proyección hacia el futuro, de anticipación de una temporalidad por venir y de un proyecto a conquistar: dificultad de sentirse protagonista de su propia vida, de confiar en su capacidad de crear y ser reconocido”. La baja percepción de riesgo constituye en sí mismo un factor de riesgo en esta edad.

### *Hábitos sexuales*

El desarrollo de la madurez sexual en los adolescentes constituye el resorte que moviliza un grupo importante de los cambios que se producen en la etapa. La percepción del/la adolescente de los cambios fisiológicos y psicológicos en esta etapa dan al traste con la necesidad de buscar nuevas experiencias y sensaciones y requiere de una adecuada orientación familiar y de acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades a nivel de los sistemas de salud.

El interés que manifiestan los adolescentes por el otro sexo, los conduce a tomar decisiones que, por falta de experiencia e información, no siempre son responsables; reconociendo, que en este período de tránsito de la niñez a la adultez se forman nuevos patrones de conductas que pudieran durar toda la vida. Las investigaciones reportan un por ciento elevado de adolescentes que expresan comunicación limitada con los padres acerca del tema de la sexualidad (Cauich, E. y Nieves, Z., 2013).

Reportes del Instituto Nacional de Estadística de España revelan la disminución de la edad promedio con que los/as adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales. De acuerdo con los objetivos de esta encuesta se consideran relaciones sexuales aquéllas en las que hay penetración vaginal, anal u oral, puesto que son las que suponen riesgo de transmisión del VIH. En el 2004 se reportó este fenómeno en el

11,4 % de las mujeres y el 18,4% de los hombres. Boletín informativo del INE (2004).

En los adolescentes existen condiciones anatómicas propias de la edad que favorecen las infecciones de transmisión sexual. En poblaciones latinas como la chilena, la V Encuesta Nacional de la Juventud del INJUV arrojó que el 54,8 por ciento de los adolescentes entre 15 y 19 años declaró haber usado algún tipo método anticonceptivo en su primera relación sexual, predominado el uso de las pastillas anticonceptivas.

Esto los pone en riesgo de contraer enfermedades que incluso podrían traer problemas de fertilidad en el futuro.

Las ITS más frecuentes o conocidas son:

- Gonorrea o gonococia.
- Sífilis.
- Herpes genital.
- Clamidia.
- Tricomonas.
- Condilomas.
- Ladillas (pitiriasis Pubis).
- Hepatitis B.
- Virus papiloma humano.
- Sida.

En relación a la población cubana, Calero, J. y Santana, F. (2001) apuntan de entre las problemáticas de salud sexual en los/as adolescentes, los problemas asociados a los embarazos no deseados o no planificados, a la maternidad temprana y a las enfermedades de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH que conduce al SIDA; desencadenándose de estos, un incremento en la morbilidad y mortalidad materno-infantil y la infertilidad, y graves consecuencias en el aspecto económico, psicológico y social.

Aunque se reporta un incremento progresivo en el uso del preservativo en la primer relación, se continúan reportando por cientos altos que no lo usan sistemáticamente Satchimo, A. y Nieves, Z. (2012). Las principales razones aducidas para no haber usado preservativo están relacionadas con la baja percepción del riesgo, la no disponibilidad del mismo y la falta de comunicación. Como otra de las manifestaciones de conductas riesgosas en adolescentes se reportan las relaciones sexuales con parejas ocasionales.

“En nuestro país, existen hechos relacionados con la salud reproductiva cuyos índices de aborto, embarazo temprano y de ITS, evidencian que no hemos sido capaces de proporcionar a los adolescentes -de la forma más apropiada- la educación necesaria para que adopten un comportamiento sexual responsable” (Calero, J. y Santana, F., 2001: 2).

#### *Consumo de sustancias tóxicas*

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas constituyen un problema prioritario de salud pública en los países desarrollados, ya que comporta niveles altos de morbi-mortalidad prevenibles. La última encuesta del Plan Nacional Español sobre drogas (2005) destaca que: El alcohol y el tabaco son la primera y segunda sustancia psicoactiva más consumida, con un 82% y 60,4% respectivamente de adolescentes que las han probado (Reduca, 2010).

En este reporte científico se plantea que:

- Los consumos de tabaco y alcohol son los que tienen una mayor continuidad y fidelización.
- El consumo de alcohol se concentra exclusivamente en fin de semana.
- El patrón de consumo de alcohol abusivo entre los adolescentes ha aumentado; la prevalencia de los estados de embriaguez pasó del 20.7% en 1994 a 34,8% en 2010.
- Las chicas consumen drogas legales con más frecuencia pero en menor cuantía que los chicos.
- El tabaco tiene presencia importante entre los estudiantes, siendo fumadores diarios el 21.5% de los estudiantes.

- Existe una acentuación de las diferencias de sexo respecto a la tasa de consumo de tabaco, siendo superior en las chicas.

Según Rojas, M. (2001) diferentes estudios han demostrado que entre los y las adolescentes, las motivaciones más frecuentes en la iniciación del consumo de sustancias tóxicas se asocian a encontrarlas fácilmente, constituyen un medio rápido y sencillo de sentirse a gusto, permiten que el joven se sienta mejor aceptado en el círculo de relaciones entre pares; o por el hecho de que determinadas sustancias tienen la capacidad de controlar los sentimientos desagradables, modificándolos, o reduciendo la ansiedad y la depresión, aminorando las tensiones. Hay que destacar el impacto que tiene en este tipo de consumo la influencia de los coetáneos, aunque no todos lleguen a adquirir un consumo perjudicial.

En la última década se han publicado diversos trabajos que abordan el consumo de drogas en la adolescencia (CONTRADROGAS, 1999; Ministerio De Educación, 1999; CEDRO: Rojas, A. 1999; CEDRO: Rojas, 1998; Perotto y Valdivieso, 1994; Peñaherrera, 1999; Perales et al, 1996; Perales et al, 1995; Perales et al, 1993, citados todos por Rojas, M. (2001). Teóricamente se plantea que mientras más tempranamente el adolescente se inicie con un patrón de uso exagerado de sustancias mayor riesgo tendrá de deterioro psíquico, físico y social. Si como suele ser común, este consumo se asocia al abandono del colegio, problemas de interacción y comunicación con sus padres, el riesgo es aún mayor. Se trata de visualizar las posibles interacciones entre factores de riesgo que pueden potenciar el daño que ocasionan (Satchimo, A. y Nieves, Z., 2012). Asimismo, un daño en una determinada secuencia puede ser más adelante factor desencadenante de otro problema en una sucesión de acontecimientos.

La naturaleza multicausal del uso y abuso de drogas en la adolescencia justifica que las intervenciones preventivas se dirijan principalmente a la modificación de los factores de riesgo y protección. El interés despertado en la última década

sobre la prevención de las drogodependencias da a conocer con mayor profundidad las características de las variables de riesgo y protección; la relación entre sí y el peso que tendrán en determinadas condiciones sociales, familiares y personales.

En relación al consumo de sustancias tóxicas en la adolescencia se considera la influencia de patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, dentro de un sistema familiar en crisis o, con un escenario disfuncional, enmarcado por la vulnerabilidad biológica por el abuso de alcohol y otras drogas en el sistema familiar, forman parte del abanico de factores de riesgo asociados a los primeros consumos y otras conductas riesgosas en los adolescentes (Rojas et al, 20011 ).

El consumo de sustancias en la adolescencia suele ser frecuente en los contextos familiares caracterizados por modos de interacción disfuncionales. En estos contextos existe poca comunicación y negociaciones entre los miembros de la familia. En la investigación desarrollada por Cauich, E. y Nieves, Z. (2013) se encontró de manera recurrente importantes afectaciones en la comunicación de los padres con los hijos adolescentes con un predominio del control y la supervisión a la vez que preocupación por el consumo de drogas en sus hijos.

Se conoce los modos y actitudes seguidas en el consumo por los adolescentes están relacionadas fuertemente con su personalidad pero podrían generalizarse algunas, tales como: la grupalidad (el entorno de amigos influye positiva o negativamente, las pandillas actuales son más abiertas, flexibles e informales, esto permite a los jóvenes aguantar más tiempo en el grupo, el marco en el que se produce el mayor consumo), la experimentación (el grupo ofrece la suficiente seguridad para que el joven pueda probarse a si mismo, arriesgarse para conocer y ampliar los límites, lo que contribuye a la intensidad de la ingesta), la simetría (la cantidad que consume un adolescente parece depender de la cantidad que

ingieran los compañeros, por lo que la voluntad de control se supedita a la presión del grupo).

En un estudio del Instituto Nacional de Abuso de Drogas Washington sobre las consecuencias personales y sociales del consumo de drogas en la adolescencia concluyeron que el consumo de estas sustancias disminuye la motivación, interfiere en los procesos cognitivos, contribuye a la aparición de desórdenes mentales e incrementa el riesgo de daño o muerte accidental. Igualmente, desde el punto de vista económico, el consumo de drogas puede conllevar una pérdida significativa de capital humano en la edad adulta y, en consecuencia, reduce la posibilidad de mayores salarios y rentas.

En Cuba, esta es una problemática no es ajena, investigaciones como la realizada por Olachea, A. y Nieves, Z. (2012) reportan la tendencia a aumentar la incidencia de patrones de consumo de alcohol desde las primeras edades en la adolescencia con pronósticos de dependencia.

### *Hábitos de sueño*

Las características fisiológicas del mismo varían con la edad. Estos cambios están regulados por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo que controla el ritmo de vigilia/sueño.

Teóricamente, un adolescente debería dormir al menos 9 horas cada día. Las hipótesis actuales apuntan que el ritmo circadiano de 24 horas sufre un retardo durante la adolescencia, es decir que la necesidad de sueño aparece mas tarde, con lo que lógicamente se retrasa la hora de levantarse. Se postula que el ritmo de vigilia/sueño tendría una periodicidad de 25/26 horas. Esto podría ser una de las características del sueño de los adolescentes que nunca encuentran el momento de acostarse y casi siempre retrasan el momento de levantarse.

Se sugiere que probablemente estos cambios se asocien al descubrimiento de nuevas normas sociales y horarios de sueño irregulares como una de las causas de este retraso circadiano y que contribuye a hacer mas difícil la sincronización del ritmo biológico vigilia/sueño.

La adolescencia es el grupo de población que menos aprecia la necesidad de sueño aunque curiosamente son los que mas horas pueden pasar durmiendo los fines de semana. Para ellos dormir es una perdida de tiempo, una imposición mas de los adultos.

En la adolescencia el/la muchacha alcanza mayor libertad en la organización de los horarios establecidos por la familia. El adolescente crea su propia dinámica y precisa un espacio de tiempo para el solo. En muchos hogares hoy en día, una gran mayoría de adolescentes disponen de un espacio para ellos solos. Normalmente en su habitación tienen su ordenador, su equipo de música, su teléfono, su TV, su mesa de estudio y sobretodo su intimidad en una habitación donde también duerme. Su permanencia en este espacio cuenta con el consentimiento explícito de los padres por considerarlo seguro y accesible a la supervisión. Esta privacidad le ayuda a desconocer de forma exacta los horarios reales de acostarse.

Estivill, E. (2013) plantean que en un reciente estudio (3) realizado con 145 adolescentes entre 12 y 18 años, solo el 10% dormían diariamente las 9 horas necesarias. Más de la mitad de los que tenían 18 años dormían menos de 7 horas. Un 40 % reporta somnolencia diurna. El 67% tienen televisión y/o ordenador en su habitación.

Al mencionar los principales problemas o trastornos de sueños en la adolescencia se sitúa el no dormir las horas necesarias lo cual provoca un efecto acumulativo que ha sido demostrado. El dormir una hora menos significa una perdida progresiva de tipo geométrico. El adolescente que desde cada lunes

duerme una hora menos de las necesarias llega al viernes por la mañana con una pérdida de 4 horas de sueño es decir aunque haya dormido 8 horas el día anterior, es como si hubiera dormido solo 4. Este fenómeno es conocido como Privación crónica de sueño y el resultado es una somnolencia excesiva diurna con clara repercusión en el rendimiento escolar, nivel de concentración y estado anímico.

De esta manera se destaca entonces la importancia no sólo del número de horas de sueño, sino la estabilidad del horario en que el adolescente se acuesta y se levanta como un posible predictor de salud (Satchimo, A. y Nieves, Z., 2012).

### *Estrés*

R. Lazarus (1966, citado por Satchimo, A. y Nieves, Z., 2012), planteó que el estrés ocurre cuando el individuo estima que cierta situación va más allá de los recursos de adaptación que posee. Lazarus y Folkman enfocaron el problema del afrontamiento del estrés y se detuvieron en el análisis de factores mediadores y protectores. Se plantea el factor cognoscitivo (percepción del peligro) como importante, es decir el valor que concede un sujeto a un estresor y aquí es necesario conocer determinadas características del estresor como son:

- Su intensidad. Que tiene que ver con la dimensión del daño.
- Su duración. Es decir el tiempo que actúa sobre el individuo.
- Su novedad. Incluye el no haber tenido esta experiencia.
- La sorpresa. Se relaciona con la aparición inesperada.

Así mismo dentro de los estresores descritos por el autor se pueden encontrar:

- *Estresores físicos* (Son condiciones que afectan primordialmente al cuerpo, tales como cambios de temperatura, la contaminación ambiental, un choque eléctrico, etc.).
- *Estresores psicológicos* (Son amenazas atribuibles a la reacción interna de la persona, pensamiento, sentimientos y preocupaciones acerca de

amenazas percibidas. Aquí se involucra la interpretación que hace la persona de un determinado suceso).

- *Estresores psicosociales* (Proviene de las relaciones sociales, generalmente por aislamiento o por contacto excesivo).

Hoy se reconoce al estrés como estrés positivo y distrés como aquel que afecta las funciones de los diferentes órganos y subsistemas del organismo. También es importante para los especialistas conocer los factores de vulnerabilidad, como pueden ser el estado de salud, situación actual, experiencia anterior al estímulo estresor y la edad entre otros.

La mayoría de los adolescentes experimentan estrés cuando perciben una situación como peligrosa, difícil o dolorosa y ellos no tienen los recursos para enfrentarla o abordarla. De ahí la importancia de conocer las principales fuentes de estrés para los adolescentes.

En la literatura se reconoce un grupo importante de estresores típicos de esta etapa que se asocian en su mayoría a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se acumulan en la adolescencia: crecimiento puberal, cambios hormonales, vulnerabilidad genética a la enfermedad, sexualidad aumentada, cambios en la independencia y dependencia en la relación con los padres, cambios en la relación de los padres hacia los adolescentes, desarrollo de habilidades cognitivas nuevas, expectativas culturales y sociales, roles de género, presiones de otros adolescentes, psicopatología de los padres, cambios en la escuela, mudanzas familiares, poca armonía marital entre los padres y divorcio, encuentros con la autoridades, maltrato sexual, hospitalización y enfermedad física.

El estrés continuado puede, aplastar las habilidades de afrontamiento del adolescente. Cuando los adolescentes experimentan un gran grado de estrés, se incrementa la probabilidad de los desórdenes relacionados con el estrés, tales

como, la depresión y el suicidio. Los adolescentes mujeres, han mostrado experimentar un mayor estrés en general de lo que lo hacen los adolescentes hombres.

Los desórdenes relacionados con el estrés que prevalecen en los adolescentes, son la depresión, el abuso de sustancias y los desórdenes de alimentación.

### *Uso del tiempo libre*

El tiempo libre es un conjunto de actividades que el individuo realiza para descansar, divertirse, desarrollar su participación social, voluntaria o libre, una vez que se ha liberado de sus obligaciones oficiales, familiares y sociales.

Las actividades físico/deportivas son manifestaciones culturales presentes en todos los grupos y sociedades, la práctica de la actividad física y deportiva se ha generalizado bastante sobre todo en las sociedades desarrolladas, y más en concreto en el siglo actual.

El descanso contrarresta la fatiga, el tiempo libre protege del desgaste y trastornos provocados por el cumplimiento de las obligaciones cotidianas. La función de la diversión es liberar del aburrimiento y monotonía de las tareas cotidianas; en el desarrollo de la personalidad, el tiempo libre favorece la participación y relación social así como la realización de nuevas actividades. Estas funciones tienen una gran vinculación e interrelación, una actividad de cualquier índole, ya sea físico/deportiva puede tener un alto grado de diversión y al mismo tiempo favorecer el desarrollo de la personalidad.

Los adolescentes tienen diferentes necesidades y preferencias recreativas, las cuales cambian con el tiempo. Los intereses personales permiten descubrir cuales son las actividades recreativas atractivas en su tiempo libre y cuales le aburren, motivo por el cual muestran mayor interés aquellas de su preferencia. Algunos adolescentes prefieren realizar actividades que puedan realizar solo o con unos cuantos amigos íntimos.

Sin embargo no todos los adolescentes tienen las mismas oportunidades de realizar actividades en su tiempo libre, ya sea por su condición social, zona geográfica, ambiente donde se desenvuelve; el adolescente puede influir en sus intereses recreativos en el momento disponible de su tiempo libre, el número de personas y la edad de las personas que puedan estar presentes, las instalaciones donde se ofrezcan actividades físico-deportivas. Todo lo señalado anteriormente desempeña un rol importante en la determinación de lo que le puede interesar al adolescente.

El disfrute del tiempo libre en la actualidad también recibe la mediación de las tecnologías de la información y la comunicación, el ciberespacio contribuye a una mayor aproximación y articulación globalizada entre los adolescentes, aun cuando los beneficios del desarrollo tecnológico no favorecen por igual a todos los estratos sociales, se observa una tendencia hacia factores tecnológicos y sociales. Los medios de comunicación tradicionales y modernos, son un elemento central en la construcción de las culturas adolescentes, con importantes variaciones de consumo en los diferentes contextos de todas las regiones del mundo. Esto debido a que los adolescentes hacen unos consumos intensivos de estos medios y extensivos a la variedad de ellos. Incluso el deporte y la actividad física, son esferas altamente impactadas por la ciencia y la tecnología de punta en las más disímiles latitudes.

Las diferencias de actividades en el tiempo libre respecto al género del adolescente se evidencian en unos tipos de actividades más que en otras como es por ejemplo la actividad física.

Los miembros de la familia juegan un papel importante como modelo en la creación de un ambiente positivo para la participación de actividades que favorecen el desarrollo integral del adolescente. La familia tiene gran influencia positiva en los hábitos deportivos desde las primeras edades, esto no quiere decir que las actividades se realicen entre los familiares, sino que algún miembro se interese por influir sobre la práctica de alguna actividad físico/deportiva del

adolescente. La mayoría de los padres están de acuerdo en que sus hijos realicen algún tipo de actividad extraescolar,

El grado de aceptación social comprende el status del adolescente al determinar en un alto grado considerable cuales serán sus actividades recreativas, si el adolescente es aceptado, las oportunidades serán mayores para participar en actividades de tiempo libre en comparación con adolescentes menos aceptados.

## Capítulo metodológico

La investigación constituye un estudio exploratorio realizado mediante un diseño no experimental del tipo transaccional o transversal, con un paradigma de investigación cuantitativo. Dado que este tipo de metodología “ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de los mismos” (Hernández, et al., 2006).

Igualmente el enfoque cuantitativo resulta bondadoso al interés del investigador de replicar los resultados obtenidos y comparar los datos recolectados con investigaciones anteriores. Uno de los valores mayores es que hace viable el uso de métodos estadísticos para el tratamiento de los datos recopilados, permitiendo transformar la información proveniente de la investigación en un lenguaje científicamente común.

### **Alcance del estudio: Exploratorio**

Específicamente este proceso investigativo se centra en desarrollar un estudio esencialmente exploratorio, pues su objetivo es identificar los principales factores de riesgo y vulnerabilidad al estrés en adolescentes. Es precisamente este tipo de estudio el que permite, como su nombre lo indica, explorar fenómenos, situaciones, contextos y eventos a investigar.

Adopta un perfil exploratorio en tanto dichos estudios buscan identificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989). Es decir, que no solo procuran características generales, sino las tendencias de un grupo o población. De la misma manera en que ofrece la posibilidad de hacer predicciones aunque sean incipientes.

### **Diseño: No Experimental-Transaccional-Exploratorio**

La investigación presente no busca manipular situación alguna sino que su objetivo consiste en medir una variable (factores riesgo y vulnerabilidad al estrés)

a partir de una situación ya existente, no provocada. Como argumenta Kerlinger y Lee (2002) “en la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes...” (Kerlinger y Lee, 2002; citado en Sampieri, et al.; 2006).

De esta forma el problema de investigación se estudia analizando cómo se comporta la muestra seleccionada ante una evaluación específica y no se provoca una realidad sino que se registra la realidad obtenida a través de los instrumentos de evaluación que se seleccionen.

Dentro de los diseños no experimentales se ha seleccionado el tipo transversal exploratorio. Esta selección se justifica en tanto la recogida de los datos se realiza en un momento puntual y específico, no extendido en el tiempo. Utilizado cuando la variable que se pretende estudiar es novedosa o poco estudiada, problemas de investigación nuevos o poco conocidos, como en el caso de la investigación presente.

### **Población y muestra**

Se seleccionó intencionalmente la Secundaria Básica “Juan Oscar Alvarado”, atendiendo a sus características sociodemográficas, se trata de una escuela urbana, ubicada en ubicada en el Consejo Centro de la ciudad de Santa Clara, con una población estudiantil de 861, abarca los tres años de formación de este nivel de enseñanza, el claustro docente está integrado por 70 profesores . Se consideró además la incidencia de estas problemáticas en los alumnos y el interés del investigador como profesional del área de salud en el cual está enclavada la escuela. Se selecciona el tipo de muestreo probabilístico cuidando que la muestra esté distribuida entre los tres grados académicos. Para ello se establecieron rigurosos criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de inclusión**

- Estudiantes de 7mo, 8 vo y 9 no grados de la escuela secundaria básica “Juan Oscar Alvarado”.
- Consentimiento informado: Transacción mediante al cual se le pide al sujeto su aprobación por escrito a participar en la misma. Constituye un modelo oficial donde se exponen los principales objetivos de la investigación, y se invita a formar parte de la muestra de investigación, asumiendo todos los principios éticos establecidos así como el respeto a su individualidad y la garantía de poder salir de la investigación si se siente inconforme.

### **Criterios de exclusión**

- Estudiantes que no deseen estar en la investigación.

### **Descripción de la muestra**

- La muestra de la investigación quedó conformada por un total de 90 estudiantes de la escuela secundaria básica “Juan Oscar Alvarado”.

La muestra estuvo constituida por 90 adolescentes de la escuela secundaria básica “Juan Oscar Alvarado”.

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica de la muestra según sexo.

|                 | Sexo     |           | Total |
|-----------------|----------|-----------|-------|
|                 | Femenino | Masculino |       |
| <b>Cantidad</b> | 81 (90%) | 9 (10%)   | 90    |

*Fuente: encuesta aplicada.*

En la Tabla 1 se observa que la muestra estuvo constituida por 90 adolescentes de la escuela secundaria básica “Juan Oscar Alvarado” con un predominio de la cantidad de mujeres que abarcan el 90% del total.

En lo relativo a la distribución por edades (Tabla 2) se registra un predominio de los adolescentes de 13 años (43,3%). La edad promedio es de 12,73 años.

Tabla 2.: Caracterización sociodemográfica de la muestra según la edad.

| Edad                | Rango de edad |           |           |             | Total     |
|---------------------|---------------|-----------|-----------|-------------|-----------|
|                     | 11            | 12        | 13        | 14          |           |
| Cantidad de alumnos | 9(10%)        | 24(26.7%) | 39(43.3%) | 18<br>(20%) | 90 (100%) |

Fuente: encuesta aplicada.

Tabla 3: Caracterización sociodemográfica de la muestra según el grado.

| Grado/cantidad de alumnos | Séptimo | Octavo | Noveno |
|---------------------------|---------|--------|--------|
| 90                        | 30      | 30     | 30     |

Fuente: encuesta aplicada.

En la distribución por el grado (Tabla 3) se observa que es equivalente en cada grado.

Tabla 4. Caracterización sociodemográfica de la muestra según sexo y grado.

| Año<br>Cantidad de alumnos | Sexo     |           | Total |
|----------------------------|----------|-----------|-------|
|                            | Femenino | Masculino |       |
| 7mo                        | 27       | 3         | 30    |
| 8vo                        | 26       | 4         | 30    |
| 9no                        | 28       | 2         | 30    |
| Total                      | 81       | 9         | 90    |

Fuente: encuesta aplicada.

En la Tabla 4 se observa que en la distribución por géneros la cantidad de mujeres fue de 27 séptimo grado, 26 de octavo y 28 en noveno lo que comprende el total de 81 estudiantes mujeres. Por su parte los hombres se distribuyen en séptimo grado 3, en octavo 4 y 2 en noveno lo que comprende el total de 9 estudiantes hombres. Resulta evidente el predominio de las adolescentes en los tres grados y en la muestra total.

En lo relativo a la distribución por edades según el grado como se observa en la tabla 5, en séptimo grado los adolescentes se mueven en el rango de 11-12 años, en 8vo grado en el rango de 12- 13 años y en 9no grado las edades están entre los 13 y 14 años.

Tabla 5. Caracterización sociodemográfica de la muestra según el grado y la edad.

| <b>Grado/<br/>cantidad de<br/>alumnos (%)</b> | <b>Rango de edad</b> |         |         |         | <b>Total</b> |
|-----------------------------------------------|----------------------|---------|---------|---------|--------------|
|                                               | 11 años              | 12 años | 13 años | 14 años |              |
| <b>Séptimo</b>                                | 9(30%)               | 21(70%) | -       | -       | 30           |
| <b>Octavo</b>                                 |                      | 3(10%)  | 27(90%) | -       | 30           |
| <b>Noveno</b>                                 |                      |         | 12(40%) | 18(60%) | 30           |

*Fuente: encuesta aplicada.*

### 2.3. Definición operacional de variables.

Con el objetivo de describir los principales factores de riesgo de salud mental en los adolescentes de secundaria básica, en la muestra estudiada se precisaron una serie de variables que teóricamente están asociadas al objeto de estudio.: variables sociodemográfica y variables psicológicas

Tabla 6 .Variables sociodemográfica de la muestra.

| <b>Variables sociodemográficas</b> | <b>Indicadores</b> |
|------------------------------------|--------------------|
| Sexo                               | -Femenino          |
|                                    | - Masculino        |
| Edad                               | -12                |
|                                    | -13                |
|                                    | -14                |
| Año académico                      | Séptimo            |
|                                    | Octavo             |
|                                    | Noveno             |

Tabla 7. Variables psicológicas investigadas. Factores de riesgo.

| <b>Variables psicológicas</b> | <b>Indicadores</b>                                             |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Factores de riesgo            | <b>Percepción de salud</b>                                     |
|                               | <b>Hábitos de sueño</b>                                        |
|                               | <b>Práctica de ejercicios (frecuencia y tipo de ejercicio)</b> |
|                               | <b>Hábitos tóxicos (tabaquismo, consumo de alcohol )</b>       |
|                               | <b>Redes de apoyo social</b>                                   |
|                               | <b>Uso del tiempo libre</b>                                    |
|                               | <b>Percepción de estrés</b>                                    |
|                               | <b>Hábitos sexuales</b>                                        |

### **Métodos y técnicas:**

1. Adaptación de la Encuesta de factores de riesgo de Molerio, O. (Ver Anexo I).

Objetivo: Identificar los principales factores de riesgo en la muestra estudiada en la presente investigación.

Para el proceso de adaptación de la encuesta se realizó la revisión de la misma por una especialista en el área de La Psicología del Desarrollo, se sugirieron modificaciones ajustadas a la adolescencia y se realizó un estudio piloto con 30 adolescentes que permitió evaluar la pertinencia del instrumento.

Encuesta de factores de riesgo evalúa los siguientes indicadores:

| Indicadores                                       | Preguntas      |
|---------------------------------------------------|----------------|
| Percepción de salud                               | 4              |
| Hábitos de sueño                                  | 5, 6, 7, 8     |
| Hábitos tóxicos (tabaquismo, consumo de alcohol ) | 9, 10          |
| Redes de apoyo social                             | 11, 12         |
| Uso del tiempo libre                              | 13, 14, 16     |
| Percepción de stress                              | 15             |
| Hábitos sexuales                                  | 18, 19, 20, 21 |

*Calificación.*

Para la calificación se otorgaron etiquetas numéricas a las diferentes opciones de las nominales para la cuantificación de su incidencia.

### **Procesamiento de la información recogida.**

Los datos fueron vaciados en el SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) y procesados en función de los objetivos de la investigación.

El análisis se realizó en dos partes fundamentales:

1. Análisis del comportamiento de cada factor de riesgo en la muestra total.  
Para el cual se aplicó conteo de frecuencia y análisis porcentual.
2. Análisis del comportamiento de los principales factores de riesgo por grado.  
Se realizó mediante el análisis descriptivo mediante tablas de contingencia.

## Análisis de resultados

### Análisis porcentual del comportamiento de las respuestas por cada pregunta en la muestra total.

Como refleja la tabla 1, con relación a la percepción del estado de salud en los adolescentes investigados, puede ser considerada en general buena ya que se encontró que los datos se concentran entre los que perciben estar sano (36,66%) y los que consideran que “a veces se enferman” (36,66%). A estos resultados se añade que el 26,66% de los adolescentes considera sentirse en general sanos. Mientras que ninguno de los adolescentes se ubican en el resto de las categorías.

**Tabla 1. Percepción del estado de salud.**

| Categoría           | Muy sano | En general sano | A veces sano | En general estoy enfermo | Casi siempre enfermo |
|---------------------|----------|-----------------|--------------|--------------------------|----------------------|
| Cantidad de alumnos | 33       | 24              | 33           | -                        | -                    |
| %                   | 36,66    | 26,66           | 36,66        | -                        | -                    |

Con relación a los hábitos de sueño, en la tabla 2 se observa que en la muestra predominan los que valoran que sólo a veces se sienten satisfechos con su descanso y sueño ya que así lo expresan 45 adolescentes, lo que representa el 50%; cuestión que contrasta con que sólo 18 alumnos, que representan el 20% experimentan satisfacción casi siempre. Estos resultados se corresponden con los encontrados por autores como Estivill, E. (2013) que refiere en una investigación con 145 adolescentes entre 12 y 18 años que un 40 % reporta somnolencia diurna.

Según la teoría, el adolescente debería dormir al menos 9 horas diarias, sin embargo, como tienden a mayor nocturnidad, usualmente se acuestan más

tarde y, como la hora de levantarse debe ajustarse a los deberes escolares no logran satisfacer el número de horas que requieren. Cuestión a la que se suma que para ellos dormir es una pérdida de tiempo, una imposición más de los adultos y se esfuerzan en modificar los horarios establecidos por la familia.

**Tabla 2: Satisfacción con el descanso y el sueño**

| Horas de sueño | Frecuencia | Porcentaje   |
|----------------|------------|--------------|
| No refiere     | 3          | 3.3          |
| Nunca          | 3          | 3.3          |
| Casi nunca     | 12         | 13.3         |
| A veces        | 45         | 50.0         |
| Frecuentemente | 9          | 10.0         |
| Casi siempre   | 18         | 20.0         |
| <b>Total</b>   | <b>90</b>  | <b>100.0</b> |

**Tabla 3: Cantidad de horas de sueño en los estudiantes.**

| 7 Horas de sueño | Frecuencia | Porcentaje   |
|------------------|------------|--------------|
| Casi nunca       | 6          | 6.7          |
| A veces          | 18         | 20.0         |
| Frecuentemente   | 18         | 20.0         |
| Casi siempre     | 48         | 53.3         |
| <b>Total</b>     | <b>90</b>  | <b>100.0</b> |

Como revela la tabla 3, 66 adolescentes duermen al menos 7 horas diarias, o sea el 73,3%, sin embargo no se debe obviar que igual existe 26, 7 % que generalmente duermen menos de este número de horas.

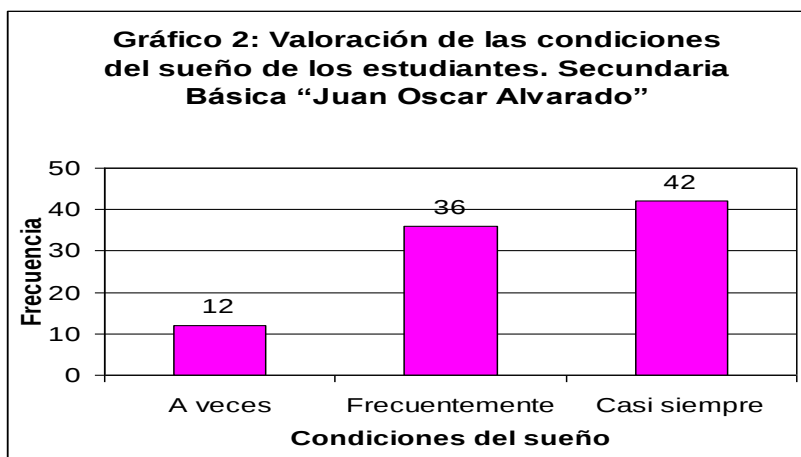
Hay que añadir que con relación a la estabilidad en el horario de acostarse y levantarse, como se observa en la tabla 4, el 40% de la muestra expresa que casi siempre lo hacen a la misma hora y que también el 40%, manifiestan que “casi nunca” o sólo “a veces”, mantienen estabilidad, cuestión que refleja que al

menos 36 de los adolescentes investigados no mantiene un horario estable de sueño, esta característica al interactuar con las anteriores, por ejemplo, con que el 50% de la muestra valoran que sólo a veces se sienten satisfechos con su descanso y sueño, constituye un factor de riesgo importante a considerar ya que otras investigaciones han demostrado el carácter predictor de las interacciones entre estos factores relacionados con los hábitos de sueño (Satchimo, A. y Nieves, Z. ,2012).

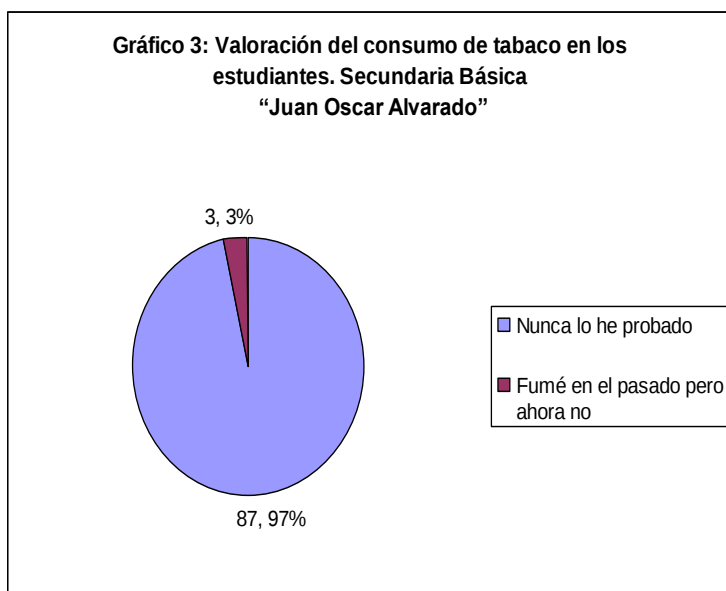
**Tabla 4. Estabilidad en el horario de acostarse y levantarse.**

| Horario de sueño | Frecuencia | Porcentaje   |
|------------------|------------|--------------|
| No refiere       | 3          | 3.3          |
| Casi nunca       | 6          | 6.7          |
| A veces          | 30         | 33.3         |
| Frecuentemente   | 15         | 16.7         |
| Casi siempre     | 36         | 40.0         |
| <b>Total</b>     | <b>90</b>  | <b>100.0</b> |

Hay que destacar que los adolescentes investigados en general valoran positivamente las condiciones de que disponen para dormir. Como se observa en el gráfico 2 los valores se concentran entre las frecuencias “Casi siempre” y “Frecuentemente” para un 78% de la muestra.

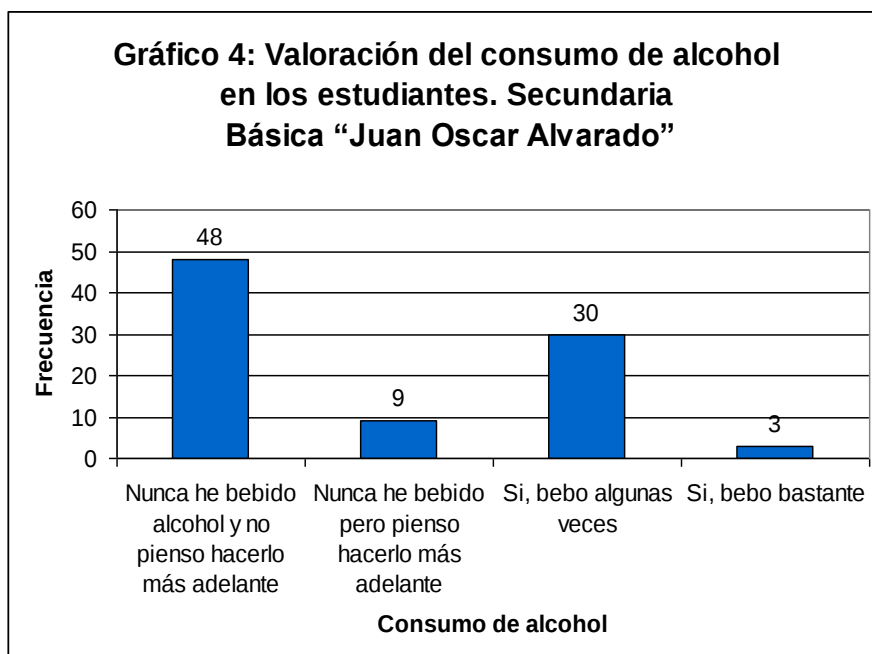


Respecto al consumo de sustancias tóxicas, la situación parece ser más favorable con relación al cigarro ya que como refleja el gráfico 3 sólo el 3,3% de la muestra expresa haberlo consumido en el pasado, mientras que el 87,97% restante plantea no haberlo probado. No obstante resulta importante implementar un seguimiento preventivo a estos adolescentes que si tuvieron ya consumo.



Más preocupante resultan los datos relacionados con el consumo de alcohol, ya que como refleja el gráfico 4, 30 adolescentes expresan consumir alcohol algunas veces y 3 que “beben bastante”, para un 36,66% de la muestra total. Estos datos

avalan la tendencia a disminuir la edad de inicio de consumo de alcohol en la adolescencia como un factor de riesgo de alta incidencia en esta etapa de la vida (Olachea, A. y Nieves, Z., 2012).



Respecto a las relaciones sociales, en la tabla 5 se expresa en los resultados la tendencia a la prosocialidad característica del adolescente, ya que 60 adolescentes manifiestan contar con estas redes de apoyo. Como se sabe esta característica en la adolescencia puede ser considerada con un doble rasero, esto es, como factor protector y como factor de riesgo para el caso de relaciones vulnerables a la incidencia de otros factores de riesgo como el consumo de sustancias tóxicas, entre otros.

Resulta llamativa también la existencia de 27 adolescentes que “sólo cuentan con escasas personas con las que se siente cómodo”

**Tabla 5. Percepción de las relaciones sociales en los estudiantes.**

| Percepción de las relaciones sociales                         | Frecuencia | Porcentaje   |
|---------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Tengo un grupo de pertenencia con el cual comparto regularme  | 18         | 20.0         |
| Tengo amistades que me apoyan incondicionalmente              | 42         | 46.7         |
| Solo cuento con escasas personas con las que me siento cómodo | 27         | 30.0         |
| No creo tener amistades con las que me sienta cómodo(a)       | 3          | 3.3          |
| <b>Total</b>                                                  | <b>90</b>  | <b>100.0</b> |

Con relación a las relaciones familiares, en la tabla 6, se evidencia que el 86,7 % de los adolescentes expresan vínculos muy positivos con su familia, aspecto de gran valor como factor protector, como encontraron Cauch, E. y Nieves, Z. (2013) en los adolescentes investigados, a pesar de vivenciar contradicciones entre, la necesidad de autonomía que ellos experimentan en esta etapa de la vida y las insatisfacciones con el control y supervisión de los padres, identifican las consecuencias negativas de la falta del apoyo de la familia.

**Tabla 6. Percepción de las relaciones familiares en los estudiantes.**

| Percepción de las relaciones familiares                                | Frecuencia | Porcentaje   |
|------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Tengo una familia con la que comparto mis preocupaciones               | 42         | 46.7         |
| Mi familia me apoya incondicionalmente                                 | 36         | 40.0         |
| Sólo tengo algunos miembros de mi familia con los que me siento cómodo | 9          | 10.0         |
| No creo que mi familia me comprenda                                    | 3          | 3.3          |
| <b>Total</b>                                                           | <b>90</b>  | <b>100.0</b> |

Con relación al tiempo libre, en la tabla 7 se observa que 33 adolescentes dedican más de 10 horas semanales a la recreación, mientras que 30 manifiestan dedicarle entre 5-10 horas. Resulta interesante entonces valorar a qué actividades se dedican en estas horas.

**Tabla 7: Tiempo dedicado a la recreación por los estudiantes.**

| Tiempo que se dedica a la recreación | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| No refiere                           | 6          | 6.7          |
| Menos de 4 horas a la semana         | 21         | 23.3         |
| 5-10 horas a la semana               | 30         | 33.3         |
| 10-14 horas a la semana              | 15         | 16.7         |
| 15-21 horas a la semana              | 9          | 10.0         |
| Más de 21 horas a la semana          | 9          | 10.0         |
| <b>Total</b>                         | <b>90</b>  | <b>100.0</b> |

**Tabla 8. Actividades recreativas realizadas por los estudiantes.**

| Actividades recreativas | Frecuencia |
|-------------------------|------------|
| No refiere              | 3          |
| Música, bailar o cantar | 39         |
| Salir con amigos        | 15         |
| Ver TV, jugar en PC     | 33         |
| Practicar deporte       | 6          |
| Leer o estudiar         | 6          |

Como refleja la tabla 8, las actividades que predominan son escuchar música (39 adolescentes), ver televisión, jugar en ordenadores (33 adolescentes) y salir con amigos (15 adolescentes).

Con relación a los adolescentes que prefieren ver televisión y/o jugar en la computadora, se observa que el mayor por ciento (30%), le dedica entre 5-10 horas a estas actividades. Importante el 16,7% que le dedica más de 21 horas semanales.

**Tabla 9. Tiempo dedicado por los estudiantes a ver TV o juegos de computadoras.**

| Ver TV o jugar en la computadora | Frecuencia | Porcentaje   |
|----------------------------------|------------|--------------|
| Menos de 4 horas a la semana     | 24         | 26.7         |
| 5-10 horas a la semana           | 27         | 30.0         |
| 10-14 horas a la semana          | 15         | 16.7         |
| 15-21 horas a la semana          | 9          | 10.0         |
| Más de 21 horas a la semana      | 15         | 16.7         |
| <b>Total</b>                     | <b>90</b>  | <b>100.0</b> |

Los resultados anteriormente planteados contrastan con que sólo el 33,33 % de los adolescentes expresa practicar ejercicios físicos 1 o más veces por semana e igual cantidad expresa que nunca lo hace. Estos datos hablan de estilos de vida poco saludables en la que el uso del tiempo libre se expresa como un factor de riesgo.

**Tabla 10: Tiempo dedicado por los estudiantes a realizar ejercicios físicos.**

| Ejercicios físicos intensos durante 20 minutos | Frecuencia | Porcentaje   |
|------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1 vez al mes                                   | 12         | 13.3         |
| 1 vez cada 3 semanas                           | 3          | 3.3          |
| 1 vez cada 2 semanas                           | 15         | 16.7         |
| 1 o más veces por semana                       | 30         | 33.3         |
| Nunca                                          | 30         | 33.3         |
| <b>Total</b>                                   | <b>90</b>  | <b>100.0</b> |

A los resultados anteriores se añaden los datos que se reflejan en la tabla 11, en la que se identifica que el 66,7% de los adolescentes experimentan estrés en la escuela. El 40% expresa sentirlo una vez al día, el 26,7% varias veces al día. Como factores estresantes principales, en la tabla 12 se observan la sobrecarga docente (30%) y los exámenes (16,7%). Estos resultados coinciden con los encontrados por en estudiantes universitarios por Jiménez M. y Nieves, Z. (2013) y conlleva a pensar en la alta vulnerabilidad de los adolescentes al estrés en la escuela.

**Tabla 11. Presencia de estrés en la escuela referido por los estudiantes.**

| <b>Presencia de estrés en la escuela</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| No refiere                               | 6                 | 6.7               |
| 3 veces al día                           | 18                | 20.0              |
| 2 veces al día                           | 6                 | 6.7               |
| 1 vez al día                             | 36                | 40.0              |
| Día por medio                            | 15                | 16.7              |
| 2 veces por semana o menos               | 9                 | 10.0              |
| <b>Total</b>                             | <b>90</b>         | <b>100.0</b>      |

**Tabla 12. Causa de estrés en la escuela referido por los estudiantes.**

| <b>Causas del estrés en la escuela</b>         | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| No refiere                                     | 36                | 40.0              |
| Exámenes                                       | 15                | 16.7              |
| Sobrecarga docente                             | 27                | 30.0              |
| Dificultades en las relaciones interpersonales | 9                 | 10.0              |
| Falta de comprensión en el centro escolar      | 3                 | 3.3               |
| <b>Total</b>                                   | <b>90</b>         | <b>100.0</b>      |

**Tabla 15. Percepción de las relaciones de pareja expresada por los estudiantes.**

los

| Percepción de las relaciones de pareja    | Frecuencia | Porcentaje   |
|-------------------------------------------|------------|--------------|
| No refiere                                | 3          | 3.3          |
| Son estables                              | 12         | 13.3         |
| Nunca han sido estables                   | 6          | 6.7          |
| Si, han sido estables algunas veces       | 9          | 10.0         |
| Si, han sido bastante estables            | 3          | 3.3          |
| Tengo más de una relación al mismo tiempo | 3          | 3.3          |
| No tengo relaciones de pareja             | 54         | 60.0         |
| <b>Total</b>                              | <b>90</b>  | <b>100.0</b> |

En cuanto a los hábitos sexuales, como reflejan las tablas 16 y 17 un por ciento alto (80%), refiere no tener relaciones sexuales, cuestión que podría estar asociada al hecho de haber sido encuestado en el contexto escolar.

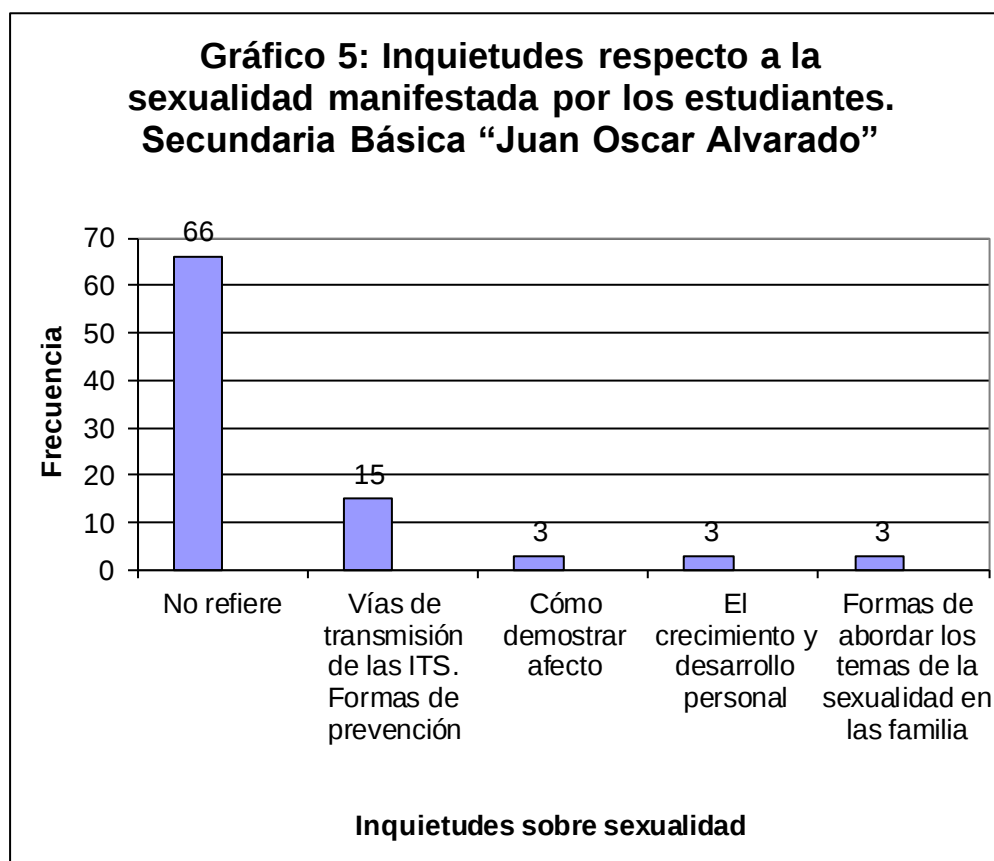
**Tabla 16. Percepción de las relaciones sexuales expresada por los estudiantes.**

| Percepción de las relaciones sexuales           | Frecuencia | Porcentaje   |
|-------------------------------------------------|------------|--------------|
| No refiere                                      | 6          | 6.7          |
| Las has disfrutado plenamente en el pasado      | 6          | 6.7          |
| Si, las has disfrutado plenamente algunas veces | 6          | 6.7          |
| No tengo relaciones sexuales                    | 72         | 80.0         |
| <b>Total</b>                                    | <b>90</b>  | <b>100.0</b> |

**Tabla 17. Protección en las relaciones sexuales expresada por los estudiantes.**

| Protección en las relaciones sexuales | Frecuencia | Porcentaje   |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| No refiere                            | 72         | 80.0         |
| Son seguras                           | 9          | 10.0         |
| Si, han sido seguras algunas veces    | 3          | 3.3          |
| Si, han sido bastante seguras         | 6          | 6.7          |
| <b>Total</b>                          | <b>90</b>  | <b>100.0</b> |

En el gráfico 5 se registran las principales preocupaciones con relación al tema de la sexualidad que fueron expresadas sólo por 21% de la muestra, lo cual fundamenta la idea de prejuicios en los adolescentes investigados con relación a la sexualidad. Estos resultados se corresponden con los de otras investigaciones en las que igual los adolescentes evitan comprometerse con el tema cuando es abordado desde el contexto escolar (Cauch, E. y Nieves, Z., 2013).



## Análisis de las principales incidencias de los factores de riesgo de los adolescentes según el grado académico.

Como se observa en la tabla 18 los adolescentes de 7mo grado son los que expresan mayor vulnerabilidad con relación al estado de salud.

**Tabla 18. Valoración de la salud mental \* Grado**

**Recuento**

|                               |                    | Grado |     |     | Total |
|-------------------------------|--------------------|-------|-----|-----|-------|
|                               |                    | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Valoración de la salud mental | Muy sano           | 3     | 12  | 18  | 33    |
|                               | En general, sano   | 6     | 6   | 12  | 24    |
|                               | A veces me enfermo | 21    | 12  | 0   | 33    |
| Total                         |                    | 30    | 30  | 30  | 90    |

Respecto a los hábitos de sueño, son los alumnos de séptimo los que expresan mayor satisfacción (tabla 19). Mientras que con la estabilidad en el horario de sueño y dormir menos de 7 horas son los adolescentes de 8vo grado los más afectados (tablas 20 y 21). Sin embargo, teóricamente por la interacción que se establece entre ambos factores del sueño, la probabilidad de que funcione como un factor de riesgo es menor.

**Tabla19. Satisfacción con el sueño \* Grado**

**Recuento**

|                            |                | Grado |     |     | Total |
|----------------------------|----------------|-------|-----|-----|-------|
|                            |                | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Cantidad de horas de sueño | No refiere     | 0     | 3   | 0   | 3     |
|                            | Nunca          | 0     | 3   | 0   | 3     |
|                            | Casi siempre   | 3     | 0   | 9   | 12    |
|                            | A veces        | 9     | 18  | 18  | 45    |
|                            | Frecuentemente | 6     | 0   | 3   | 9     |
|                            | Casi siempre   | 12    | 6   | 0   | 18    |
| Total                      |                | 30    | 30  | 30  | 90    |

**Tabla 20. Horario de sueño \* Grado**

**Recuento**

|                  |                | Grado |     |     | Total |
|------------------|----------------|-------|-----|-----|-------|
|                  |                | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Horario de sueño | No refiere     | 3     | 0   | 0   | 3     |
|                  | Casi nunca     | 3     | 0   | 3   | 6     |
|                  | A veces        | 6     | 15  | 9   | 30    |
|                  | Frecuentemente | 9     | 3   | 3   | 15    |
|                  | Casi siempre   | 9     | 12  | 15  | 36    |
| Total            |                | 30    | 30  | 30  | 90    |

**Tabla 21. Horas de sueño \* Grado**

**Recuento**

|                  |                | Grado |     |     | Total |
|------------------|----------------|-------|-----|-----|-------|
|                  |                | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| 7 Horas de sueño | Casi nunca     | 3     | 3   | 0   | 6     |
|                  | A veces        | 3     | 9   | 6   | 18    |
|                  | Frecuentemente | 9     | 3   | 6   | 18    |
|                  | Casi siempre   | 15    | 15  | 18  | 48    |
| Total            |                | 30    | 30  | 30  | 90    |

Con relación al consumo de tabaco (tabla 22) las únicas incidencias que se reportan corresponden a los alumnos de 9no grado, cuestión al parecer asociada a la edad.

**Tabla 22. Consumo de tabaco \* Grado**

**Recuento**

|                   |                                 | Grado |     |     | Total |
|-------------------|---------------------------------|-------|-----|-----|-------|
|                   |                                 | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Consumo de tabaco | Nunca lo he probado             | 30    | 30  | 27  | 87    |
|                   | Fumé en el pasado pero ahora no | 0     | 0   | 3   | 3     |
| Total             |                                 | 30    | 30  | 30  | 90    |

Respecto al consumo de alcohol (tabla 23) son los adolescentes de 8vo y 9 no grado los de mayor riesgo, siendo los de 8vo los más afectados, cuestión que resulta llamativa si valoramos la asociación de este factor a la edad y los reportes que apuntan a la disminución de la edad en que se inicia el consumo.

**Tabla 23. Consumo de alcohol \* Grado**

**Recuento**

|                    |                                                          | Grado |     |     | Total |
|--------------------|----------------------------------------------------------|-------|-----|-----|-------|
|                    |                                                          | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Consumo de alcohol | Nunca he bebido alcohol y no pienso hacerlo más adelante | 18    | 12  | 18  | 48    |
|                    | Nunca he bebido pero pienso hacerlo más adelante         | 9     | 0   | 0   | 9     |
|                    | Si, bebo algunas veces                                   | 3     | 15  | 12  | 30    |
|                    | Si, bebo bastante                                        | 0     | 3   | 0   | 3     |
| Total              |                                                          | 30    | 30  | 30  | 90    |

La tabla 24 refleja mejor situación en relación al factor redes sociales en los alumnos de 7mo y 8vo grado.

**Tabla 24. Percepción de las relaciones sociales \* Grado**

**Recuento**

|                                       |                                                               | Grado |     |     | Total |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|-------|
|                                       |                                                               | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Percepción de las relaciones sociales | Tengo un grupo de pertenencia con el cual comparto regularme  | 15    | 3   | 0   | 18    |
|                                       | Tengo amistades que me apoyan incondicionalmente              | 9     | 21  | 12  | 42    |
|                                       | Solo cuento con escasas personas con las que me siento cómodo | 6     | 3   | 18  | 27    |
|                                       | No creo tener amistades con las que me sienta cómodo(a)       | 0     | 3   | 0   | 3     |
| Total                                 |                                                               | 30    | 30  | 30  | 90    |

Con relación al uso del tiempo libre las tabla 25, son los alumnos de 7mo grado los que dedican mayor número de horas a la recreación y los de 8vo grado los que

dedican mayor número de horas a ver la televisión o jugar en la computadora (tabla26) y también son los que hacen más ejercicios físicos, esta situación podría estar modulando la nocividad del uno por la interacción positiva con el otro factor. En el caso de los alumnos de 7mo grado, son los que menos ejercicios físicos realizan, si relacionamos estos datos con que son los que más tiempo libre reflejan podría pensarse en los efectos nocivos de las posibles interacciones entre ambos factores.

**Tabla 25. Tiempo que se dedica a la recreación \* Grado**

**Recuento**

|                                      |                              | Grado |     |     | Total |
|--------------------------------------|------------------------------|-------|-----|-----|-------|
|                                      |                              | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Tiempo que se dedica a la recreación | No refiere                   | 3     | 0   | 3   | 6     |
|                                      | Menos de 4 horas a la semana | 3     | 12  | 6   | 21    |
|                                      | 5-10 horas a la semana       | 12    | 3   | 15  | 30    |
|                                      | 10-14 horas a la semana      | 3     | 6   | 6   | 15    |
|                                      | 15-21 horas a la semana      | 3     | 6   | 0   | 9     |
|                                      | Más de 21 horas a la semana  | 6     | 3   | 0   | 9     |
| Total                                |                              | 30    | 30  | 30  | 90    |

**Tabla 26. Tiempo que se dedica a ver la televisión o jugar en la computadora sin hacer nada más \* Grado**

**Recuento**

|                                                                                       |                              | Grado |     |     | Total |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------|-----|-----|-------|
|                                                                                       |                              | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Tiempo que se dedica a ver la televisión o jugar en la computadora sin hacer nada más | Menos de 4 horas a la semana | 9     | 6   | 9   | 24    |
|                                                                                       | 5-10 horas a la semana       | 9     | 6   | 12  | 27    |
|                                                                                       | 10-14 horas a la semana      | 3     | 6   | 6   | 15    |
|                                                                                       | 15-21 horas a la semana      | 3     | 3   | 3   | 9     |
|                                                                                       | Más de 21 horas a la semana  | 6     | 9   | 0   | 15    |
| Total                                                                                 |                              | 30    | 30  | 30  | 90    |

**Tabla 26. Ejercicios físicos intensos durante 20 minutos \* Grado**

**Recuento**

|                                                |                          | Grado |     |     | Total |
|------------------------------------------------|--------------------------|-------|-----|-----|-------|
|                                                |                          | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Ejercicios físicos intensos durante 20 minutos | 1 vez al mes             | 6     | 6   | 0   | 12    |
|                                                | 1 vez cada 3 semanas     | 0     | 0   | 3   | 3     |
|                                                | 1 vez cada 2 semanas     | 0     | 6   | 9   | 15    |
|                                                | 1 o más veces por semana | 9     | 12  | 9   | 30    |
|                                                | Nunca                    | 15    | 6   | 9   | 30    |
| Total                                          |                          | 30    | 30  | 30  | 90    |

Al analizar el estrés en la escuela (tabla 27), son los alumnos de 7mo y de 9no grado los que manifiestan mayor presencia de este factor que además parece tener mayor intensidad en los de 9no. En relación a los principales estresores, en 9no grado resalta la sobrecarga escolar y en 7mo la mayor incidencia se asocia a dificultades en las relaciones interpersonales (tabla 28).

**Tabla 27. Presencia de estrés en la escuela \* Grado**

**Recuento**

|                                   |                            | Grado |     |     | Total |
|-----------------------------------|----------------------------|-------|-----|-----|-------|
|                                   |                            | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Presencia de estrés en la escuela | No refiere                 | 3     | 0   | 3   | 6     |
|                                   | 3 veces al día             | 3     | 6   | 9   | 18    |
|                                   | 2 veces al día             | 3     | 3   | 0   | 6     |
|                                   | 1 vez al día               | 18    | 6   | 12  | 36    |
|                                   | Día por medio              | 0     | 12  | 3   | 15    |
|                                   | 2 veces por semana o menos | 3     | 3   | 3   | 9     |
| Total                             |                            | 30    | 30  | 30  | 90    |

**Tabla 28. Causas del estrés en la escuela \* Grado**

**Recuento**

|                                 |                                                | Grado |     |     | Total |
|---------------------------------|------------------------------------------------|-------|-----|-----|-------|
|                                 |                                                | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Causas del estrés en la escuela | No refiere                                     | 9     | 27  | 0   | 36    |
|                                 | Exámenes                                       | 9     | 0   | 6   | 15    |
|                                 | Sobrecarga docente                             | 3     | 0   | 24  | 27    |
|                                 | Dificultades en las relaciones interpersonales | 9     | 0   | 0   | 9     |
|                                 | Falta de comprensión en el centro escolar      | 0     | 3   | 0   | 3     |
| Total                           |                                                | 30    | 30  | 30  | 90    |

Con relación a los hábitos sexuales, como reflejan las tablas 29 y 30, es la incidencia de relaciones promiscuas en alumnos de noveno (3 adolescentes) y la tendencia general a la negación de las relaciones sexuales, cuestión que además si se integra a la necesidad de información acerca de las vías de transmisión de las ITS y las formas de prevención (tabla 31), puede ser considerado como un área de vulnerabilidad.

**Tabla 29. Percepción de las relaciones de pareja \* Grado**

**Recuento**

|                                        |                                           | Grado |     |     | Total |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|-------|-----|-----|-------|
|                                        |                                           | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Percepción de las relaciones de pareja | No refiere                                | 3     | 0   | 0   | 3     |
|                                        | Son estables                              | 0     | 3   | 9   | 12    |
|                                        | Nunca han sido estables                   | 0     | 3   | 3   | 6     |
|                                        | Si, han sido estables algunas veces       | 3     | 3   | 3   | 9     |
|                                        | Si, han sido bastante estables            | 3     | 0   | 0   | 3     |
|                                        | Tengo más de una relación al mismo tiempo | 0     | 0   | 3   | 3     |
|                                        | No tengo relaciones de pareja             | 21    | 21  | 12  | 54    |
| Total                                  |                                           | 30    | 30  | 30  | 90    |

**Tabla 30. Percepción de las relaciones sexuales \* Grado**

**Recuento**

|                                       |                                                 | Grado |     |     | Total |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|-------|-----|-----|-------|
|                                       |                                                 | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Percepción de las relaciones sexuales | No refiere                                      | 0     | 3   | 3   | 6     |
|                                       | Las has disfrutado plenamente en el pasado      | 6     | 0   | 0   | 6     |
|                                       | Si, las has disfrutado plenamente algunas veces | 0     | 3   | 3   | 6     |
|                                       | No tengo relaciones sexuales                    | 24    | 24  | 24  | 72    |
| Total                                 |                                                 | 30    | 30  | 30  | 90    |

**Tabla 31. Inquietudes respecto a la sexualidad \* Grado**

**Recuento**

|                                      |                                                             | Grado |     |     | Total |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|-------|
|                                      |                                                             | 7mo   | 8vo | 9no |       |
| Inquietudes respecto a la sexualidad | No refiere                                                  | 15    | 27  | 24  | 66    |
|                                      | Vías de transmisión de las ITS. Formas de prevención        | 9     | 3   | 3   | 15    |
|                                      | Cómo demostrar afecto                                       | 3     | 0   | 0   | 3     |
|                                      | El crecimiento y desarrollo personal                        | 3     | 0   | 0   | 3     |
|                                      | Formas de abordar los temas de la sexualidad en las familia | 0     | 0   | 3   | 3     |
| Total                                |                                                             | 30    | 30  | 30  | 90    |

## **Conclusiones**

En el estudio realizado posibilitó identificar y describir los principales factores de riesgos en los adolescentes de la Secundaria Básica “Juan Oscar Alvarado” .

Los resultados revelan una percepción del estado de salud en general buena en los adolescentes investigados, siendo los alumnos de séptimo grado los que expresan mayor vulnerabilidad.

Predominan los adolescentes que valoran que sólo a veces se sienten satisfechos con su descanso y sueño, los que duermen al menos 7 horas diarias y, los que no mantienen estabilidad en el horario de sueño, estas características de la muestra constituye un factor de riesgo a considerar, son los adolescentes de 8vo grado los más afectados.

El consumo de alcohol constituye un factor de riesgo en los adolescentes investigados, son los alumnos de 8vo y 9no grado los de mayor riesgo.

Los resultados encontrados con relación al uso del tiempo libre revelan el predominio de las horas que dedican a ver televisión y jugar con la computadora en detrimento de otras actividades como hacer ejercicios físicos. Son los alumnos de 7mo grado los que menos ejercicios físicos realizan y los que más tiempo libre reportan; los efectos nocivos de las posibles interacciones entre ambos factores constituyen un factor de riesgo.

La percepción de estrés ante el estudio constituye otro factor de riesgo importante identificado en el estudio. Los resultados evidencian que la mayoría de los adolescentes experimentan estrés en la escuela. Como factores estresantes principales, está la sobrecarga docente y los exámenes. Son los alumnos de 7mo y de 9no grado los que manifiestan mayor presencia de este factor y parece tener

mayor intensidad en los de 9no. Al integrar estos resultados con la percepción de salud, sigue siendo el séptimo grado el grupo de mayor vulnerabilidad.

Con relación a los hábitos sexuales, se encontró una tendencia general a la negación de las relaciones sexuales, cuestión que si se integra a la necesidad de información acerca de las vías de transmisión de las ITS y las formas de prevención, puede ser considerado como un área de vulnerabilidad.

En la investigación realizada se constata que el tema abordado constituye una problemática de salud fundamental en el contexto de secundaria básica, sin embargo los resultados apuntan a una situación desfavorable en tanto aún no se le concede la prioridad necesaria lo cual supone política educativa y preparación del docente.

## **Recomendaciones**

1. Presentar los resultados de la investigación a los directivos y docentes de la institución educativa y personal de competente del área de salud correspondiente con el objetivo de potenciar la promoción de salud y promover políticas educativas que lo favorezcan.
2. Divulgar en revistas científicas especializadas y en eventos internacionales los resultados de la investigación y continuar esta línea de estudio, priorizando extender el desarrollo de la investigación con nuevos alcances, a otras secundarias básicas.

## Referencias Bibliográficas

Almonte, C. C. (2003). *Psicopatología infantil y de adolescencia*. Santiago:

Mediterraneo Ltda.

Armas, Y. M. (2010). Una aproximación al concepto de educación del ocio en la

comunidad.15(146).Disponible

en

[http:// www.efdeportes.com/efd146/educacion-del-ocio-en-la-comunidad.htm](http://www.efdeportes.com/efd146/educacion-del-ocio-en-la-comunidad.htm).

Bell, N., & Forthum, L. a. (2000). *Attachment, adolescent competencias, and substance use: Developmental considerations in the study of risk behavior. Substance Use e Misuse*.

Berman, S. (1995). *Trabajo Precario y Salud Mental*. Córdoba: Narvaja Editor.

Bernstein, J. (1990). *Trait anxiety, sense of coherence and medical school stressors: Observations at three stages*.

Bradburn, N. &. (1965). *Report on Happiness:a pilot study of behavior related to mental health*. Chicago: Aldine.

Berger, K. S. (2011). *Psicología del desarrollo: Infancia y Adolescencia*. (7.ed.).Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana

Berman, S. (1995). *Trabajo Precario y Salud Mental*. Córdoba: Narvaja Editor

Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística (2004). Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del sida. *DEPÓSITO LEGAL*: Disponible en <http://www.msc.es>

Calero, J. y Santana, F. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Revista Cubana de Salud Pública*. 27(1), Disponible en

[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27\\_1\\_01/spu07101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_1_01/spu07101.htm)

Camero, J. C., Curbelo, J. C , Romero, A, Ríos, R. Hernández, D. (2012) Caracterización de la toxicomanía por alcohol en adolescentes y jóvenes .*Medicina General Integral*, 16(1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000100011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100011&lng=es&nrm=iso)

Casas, M. J. (2010). Calidad de vida del adolescente. *Revista Cubana*

*Pediatría* 82(4).Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475312010000400012&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312010000400012&lng=es&nrm=iso)

Centro de Prensa de la OMS (2011). Riesgos para la salud de los jóvenes.

Nota descriptiva N°345. Disponible en:  
[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/)

Cauich, E. y Nieves, Z. (2013). *El acompañamiento familiar a los adolescentes de Secundaria*. Tesis de Maestría CES CTM. Mérida. México.

CONTRADROGAS. (1999). *Encuesta nacional sobre prevención y uso de drogas. Informe general. Comisión de Lucha Contra el Consumo de Drogas*. Perú: Lima: Contradrogas.

De la Barra, M. F. (2009). Salud mental en niños y adolescentes. ¿Por qué es necesario investiga? *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 47(3): 175-177.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000300001>

Domínguez, L., Ibarra, L. y Fernández, L. (2003). *Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud, selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.

Estivill, E. (2013). *El sueño del adolescente y sus trastornos. Clínica del Sueño* USP Institut Universitari Dexeus.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

Jiménez, M. y Nieves, Z. (2013). *Adaptación y validación del Inventario SISCO del Estrés Académico a la población universitaria cubana*. Proyecto de investigación en desarrollo. Santa Clara. UCLV.

González-Pienda, J. N.-P. (2000). Autoconcepto, proceso de atribución causal y metas académicas en niños con y sin dificultades de aprendizaje. *Psicothema*, 12, 548-556.

Martínez, C. (2005) *Promoción de Salud Mental Infanto Juvenil*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Olachea, A. y Nieves, Z. (2012). *Formas de comportamiento ante el alcohol y factores de riesgo asociados en adolescente*. Tesis de Maestría. Santa Clara: Universidad Médica de Villa Clara.

Oliva, A. (2002 a). Desarrollo de la personalidad durante la adolescencia. En J. Palacios. A. Marchesi y C. Coll. *Desarrollo psicológico y educación. Psicología evolutiva*. (pp. 471-489, 2.ed). Madrid: Alianza.

Oliva, A. (2002 b). Desarrollo social durante la adolescencia. En J. Palacios. A. Marchesi y C. Coll. *Desarrollo psicológico y educación. Psicología evolutiva*. (pp.493-514, 2.ed.). Madrid: Alianza.

Palacios, J., Marchesi, A., Coll, C. (2002). *Desarrollo psicológico y educación. Psicología evolutiva*. (2.ed). Madrid: Alianza.

OMS. (1987). *Health promotion: A discussion document on the concept and principles*. Supplement to Europe News. Disponible en:

<http://www.who.int/features/qa/62/es/>.)14 Sep. 2013

Rodríguez, O. (2005) *Desarrollo psicológico de niños y adolescentes en Salud Mental Infanto Juvenil*—113 La Habana: Editorial Ciencias Médicas

Pedrowisc (2006). *Salud y participación adolescente. Palabras y juegos*. Montevideo: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Rivière, P. (1971). *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. (Tomos I y II.) Buenos Aires: Editorial Galerna.

Rojas, M. (2001). *Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual*. CEDRO: Cap. 3. pág. 50-93. Disponible en: [http://www.cedro.org.pe/ebooks/friesgo\\_cap3\\_p50\\_93.pdf](http://www.cedro.org.pe/ebooks/friesgo_cap3_p50_93.pdf) -

Satchimo, A. y Nieves, Z. (2012). *Estudio de los factores de riesgo y vulnerabilidad al estrés en estudiantes universitarios de Cuba y Angola*. Tesis de Maestría, Santa Clara. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

Videra- García, A. y Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*. 29(1), 141-147. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.132401>

## **Anexos**

### **Cuestionario de factores de riesgo**

En esta encuesta no hay respuestas correctas ni incorrectas, nuestro objetivo es conocer acerca de tu estilo de vida. Por lo que solicitamos tu colaboración y te la agradecemos anticipadamente. Para cada pregunta da sólo una respuesta.

#### **1.- Tu horario de clases es:**

☐ Mañana    ☐ Tarde    ☐ Ambos

Grado: \_\_\_\_\_

#### **2.- Sexo:**

☐ Hombre    ☐ Mujer

#### **3.- Edad (años cumplidos): \_\_\_\_\_**

#### **4. ¿Tú dirías que tu salud actual es?**

☐ Muy sano(a).    ☐ En general, sano (a).    ☐ A veces me enfermo.    ☐ En general estoy enfermo (a).    ☐ Casi siempre paso enfermo(a).

#### **5. Te sientes descansado y satisfecho con el número de horas que duermes:**

☐ Nunca.    ☐ Casi nunca.    ☐ A veces.    ☐ Frecuentemente.    ☐ Casi siempre.

#### **6. Se dan las condiciones de buena ventilación, silencio, temperatura y oscuridad para dormir:**

☐ Nunca.    ☐ Casi nunca.    ☐ A veces.    ☐ Frecuentemente.    ☐ Casi siempre.

#### **7. Te acuestas y levantas todos los días en los mismos horarios:**

☐ Nunca.    ☐ Casi nunca.    ☐ A veces.    ☐ Frecuentemente.    ☐ Casi siempre.

#### **8. Duermes por lo menos 7 horas diarias:**

☐ Nunca.    ☐ Casi nunca.    ☐ A veces.    ☐ Frecuentemente.    ☐ Casi siempre.

#### **9. Respecto al cigarro:**

☐ Nunca lo he probado.    ☐ Fumé en el pasado, pero no ahora.    ☐ Fumo menos de 5 cigarrillos diarios.    ☐ Fumo entre 5 y 10 cigarrillos al día.    ☐ Fumo entre 10 y 20 cigarrillos al día.    ☐ Fumo más de 20 cigarrillos al día.

#### **10. Respecto al alcohol (cerveza, alcohol, ron, vino o licor):**

☐ Nunca he bebido alcohol y no pienso hacerlo más adelante.    ☐ Nunca he bebido, pero intento hacerlo más adelante.    ☐ Sí, bebo algunas veces    ☐ Sí, bebo bastante.

**11. Respecto a las relaciones sociales:**

- ☐ Tengo un grupo de pertenencia con el cual comparto regularmente.
- ☐ Tengo amistades que me apoyan incondicionalmente.
- ☐ Sólo cuento con escasas personas en las que me siento cómodo y puedo confiar.
- ☐ No creo tener amistades en las que me siento cómodo y puedo confiar.

**12. Respecto a las relaciones familiares:**

- ☐ Tengo una familia con la que comparto mis preocupaciones y problemas.
- ☐ Mi familia me apoya incondicionalmente.
- ☐ Sólo tengo algunos miembros de mi familia con los que me siento cómodo y puedo confiar ¿Cuáles\_\_\_\_\_
- ☐ No creo que mi familia me comprenda.

**13. Cuantas horas dedicas a ver televisión, videos o juegos en computadora sin hacer otra cosa:**

- ☐ Menos de cuatro horas a la semana o en general no veo.      ☐ 5 a 10 horas a la semana.
- ☐ Entre 10 y 14 horas a la semana.      ☐ Entre 15 y 21 horas a la semana.
- ☐ Mas de 21 horas a la semana.

**14. Haces ejercicio físico intenso (deporte, gimnasia, etc.) durante un mínimo de 20 minutos:**

- ☐ Menos de una vez al mes    ☐ Una vez al mes    ☐ Una vez cada 3 semanas    ☐ Una vez cada 2 semanas
- ☐ Una o más veces a la semana    ☐ Nunca

**15. En algún momento te sientes estresado en la escuela:**

- ☐ 3 veces al día    ☐ 2 veces al día    ☐ 1 vez al día    ☐ Día por medio    ☐ Dos veces por semana o menos

¿Cuál o cuáles son las causas que te generan ese estado?\_\_\_\_\_

**16. En la semana que tiempo le dedicas a tu recreación personal:**

- ☐ Menos de cuatro horas a la semana.    ☐ 5 a 10 horas a la semana.    ☐ Entre 10 y 14 horas a la semana.    ☐ Entre 15 y 21 horas a la semana.    ☐ Mas de 21 horas a la semana.

**16. ¿Cuáles son las actividades recreativas que más realizas?**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Respecto a tu sexualidad:**

**18. Consideras que tus relaciones de pareja:**

☐ Son estables    ☐ Nunca han sido estables    ☐ Sí, han sido estables algunas veces    ☐ Sí, han sido bastante estables    ☐ Tengo más de una relación al mismo tiempo    ☐ No tengo relaciones de pareja.

**19. Consideras que tus relaciones sexuales:**

☐ Las disfrutas plenamente    ☐ Las has disfrutado plenamente, pero en el pasado  
☐ Nunca las has disfrutado plenamente    ☐ Sí, las has disfrutado plenamente algunas veces    ☐ Sí, las has disfrutado plenamente siempre    ☐ No tengo relaciones sexuales.

**20. Consideras que tus relaciones sexuales:**

☐ Son seguras    ☐ Han sido seguras, pero en el pasado    ☐ Nunca han sido seguras    ☐ Sí, han sido seguras algunas veces.    ☐ Sí, han sido bastante seguras.

**21. ¿Cuáles son tus principales inquietudes con respecto a tu sexualidad?**



