



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**SITUACIÓN DE RIESGO Y LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO EN
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEMPORAL MIGUEL
MERCHÁN OCHOA SECCIÓN NOCTURNA. CUENCA 2015.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

VIVIANA MAGALI BARAHONA GUALLPA

PATRICIA ALEXANDRA ESPINOZA LOJA

DIRECTORA:

MGT. AMPARITO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

ASESORA:

MGT. ZOILA LUCRECIA DE LOURDES AGUILERA RIVERA

CUENCA- ECUADOR

2015



RESUMEN

Antecedentes: La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad, donde existen situaciones de riesgo que amenazan en su normal desarrollo y que afectan en las dimensiones físicas, individuales, familiares, sociales, psicológicas; y éstas situaciones de riesgo se potencializan debido, a que las formas de afrontamiento de los adolescentes no son las más adecuadas y comprometen su salud física y psicológica.

Objetivo General: El objetivo es determinar la situación de riesgo y las formas de afrontamiento de los adolescentes ante estas situaciones.

Metodología: El presente es un estudio descriptivo de corte transversal. Se trabajó con el universo de adolescentes, quienes asisten y están matriculados en la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa, sección nocturna.

La técnica que se utilizó en la investigación fue la encuesta, observación directa y recopilación documental; como instrumento utilizamos un formulario, elaborado por las autoras, que contiene datos socio demográficos y además obtuvimos información de cuáles son las situaciones de riesgo a los que están expuestos los adolescentes y una escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) del autor Frydenberg, E. y Lewis, R. publicado en 1993.

Los datos fueron analizados y tabulados a través del Excel y SPSS versión 15,0 en español para Windows, los resultados se presentan mediante tablas estadísticas de frecuencia representada en forma de porcentajes.

Resultados: Las situaciones de riesgo que más predominan entre los 165 adolescentes sujetos a estudio son, el 79% viven situaciones de algún tipo de violencia, mientras que el 21% restante no sufren de violencia. En cuanto a migración el 78% de los actores tienen al menos un miembro de su familia fuera del país, en tanto que el otro 22% no tienen familiares que hayan migrado. Otra de las situaciones en riesgo investigadas fue la sexualidad en donde se obtuvo los siguientes resultados el 76% tienen relaciones sexuales de riesgo y el 24% restante no tienen relaciones sexuales riesgosas y finalmente el 51% consumen algún tipo de droga mientras que el 49% restante no consumen droga.



En el tipo de afrontamiento que más utilizan es el enfocado en resolver el problema con un 39%, el 34% tienen problemas al momento de afrontar las situaciones de riesgo y un 27% utilizan el afrontamiento relacionado a los demás.

Conclusión: Los resultados de esta investigación muestran las principales situaciones de riesgo a las que están expuestos los adolescentes como la violencia, migración, relaciones sexuales de riesgo y el consumo de algún tipo de droga. Las formas de afrontamiento más utilizadas son el primero enfocado en resolver el problema, problemas al momento de afrontar las situaciones de riesgo y el afrontamiento relacionado a los demás.

Palabras Claves: ADOLESCENTES, SITUACIONES DE RIESGO, FORMAS DE AFRONTAMIENTO. ESCALA ACS, UNIDAD EDUCATIVA TEMPORAL MIGUEL MERCHAN OCHOA, CUENCA – ECUADOR.



ABSTRACT

Antecedent: Adolescence is a vulnerable stage, different situations can be found which threaten it in its normal development. Those situations can affect physical, familiar, social, and psychological dimensions. These dimensions, which are in risk, are potentiated because of the teenager's ignorance to face them. The way teenagers try to solve the situations are not appropriated and their physical and psychological health are in risk.

General objective:

To determine risky situations and the ways the teenagers employ for coping these situations.

Methodology: This current research is a descriptive crosssectional study. It was aimed to the teenagers from the “Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa” who are registered and attending regularly to the night section of this high school.

The techniques used in this study were the survey, direct observation, and documentary compilation. The survey used as an instrument was formulated by the authors of this study. It contains socio – demographic data and it pretends to obtain the most important information about the risky situations which the teenagers are exposed to and a coping scale for teenagers (ACS) from the author Frydenberg, E. y Lewis, R. published in 1993.

The data were analyzed and tabulated by using Excel and SPSS 15,0 version in Spanish, these programs were used in windows. The results were conducted using frequency statistical tables represented as percentages

Results: Between the 165 teens that were part of this study, it was found that the more predominant risk situations were: the first one is violence where the 79% of the students suffer from any kind of violence while the 21% do not have any violent situation. Migration is another risk situation in which 78% of the teenagers have a member of their family living in another country and the 22% do not have any relative living in another country. Another situation was



sexuality, in which 76% of the teenagers have risky sexual intercourse while the other 21% do not have sexual intercourse. Finally, drugs are also another risky situation where 51% of the teenagers take drugs and the 49% do not.

It was found that the teenagers react in different ways when they have problems, 39% of the teenagers solve their problems by themselves, 34% of the teenagers have problems when they have to solve a problem and 27% relate their problems with others.

Conclusion: The results of this research show the main situations of risk to which they are exposed adolescents as violence, migration, risky sex and consumption of any drugs. The coping strategies most used are the first focused on solving the problem, problems when dealing with situations of risk and coping related to others.

Key words: ADOLESCENCE, TEENAGERS, RISKY SITUATIONS, AND WAYS OF COPING, SCALE ACS, TEMPORARY EDUCATIONAL UNIT MERCHAN OCHOA MIGUEL CUENCA – ECUADOR.



INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	4
CAPITULO 1.....	15
1.1 INTRODUCCIÓN.....	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	18
CAPITULO 2.....	21
2. MARCO TEORICO	21
2.1 ANTECEDENTES.....	21
2.2 SUSTENTO TEORICO	24
2.2.1 PERIODO DE ADOLESCENCIA.....	24
2.2.2 SITUACIONES DE RIESGO	27
2.2.3 FORMAS DE AFRONTAMIENTO	59
CAPITULO 3.....	63
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	63
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	63
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	63
CAPITULO 4.....	64
4. DISEÑO METODOLÓGICO	64
4.1. TIPO DE ESTUDIO	64
4.2. ÁREA DE ESTUDIO	64
4.3. UNIVERSO Y MUESTRA	64
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	64
4.5. VARIABLES	65
4.5.1. Operacionalización de las variables.	66
4.5.2. Matriz metodológica	67
4.6. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	68
4.7. PROCEDIMIENTOS.....	68
4.8. PLAN TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	69
CAPITULO 5.....	70



5. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION.....	70
5.1 DISCUSION DE LOS RESULTADOS	89
CAPITULO 6.....	92
CONCLUSIONES:	92
RECOMENDACIONES:.....	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS.....	100
ANEXOS 1.....	100
ANEXOS2.....	100
ANEXOS 3.....	101
ANEXO 4	102
2ANEXO 5	105
ANEXO 6	108



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos del autor

Yo, Patricia Alexandra Espinoza Loja, autora de la tesis **“SITUACIÓN DE RIESGO Y LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEMPORAL MIGUEL MERCHÁN OCHOA SECCIÓN NOCTURNA. CUENCA 2015”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al art 5 literal c) de su reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de LICENCIADA EN ENFERMERIA. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a.

Cuenca, 13 de octubre del 2015

Patricia Alexandra Espinoza Loja

0923583975



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos del autor

Yo, Viviana Magali Barahona Gualpa, autora de la tesis **“SITUACIÓN DE RIESGO Y LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEMPORAL MIGUEL MERCHÁN OCHOA SECCIÓN NOCTURNA. CUENCA 2015”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al art 5 literal c) de su reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de LICENCIADA EN ENFERMERIA. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a.

Cuenca, 13 de octubre del 2015



.....

Viviana Magali Barahona Gualpa

0104414263



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Patricia Alexandra Espinoza Loja, autora de la tesis **“SITUACIÓN DE RIESGO Y LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEMPORAL MIGUEL MERCHÁN OCHOA SECCIÓN NOCTURNA. CUENCA 2015”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 13 de octubre del 2015

Patricia Alexandra Espinoza Loja

0923583975

Universidad de Cuenca



Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Viviana Magali Barahona Gualpa, autora de la tesis **“SITUACIÓN DE RIESGO Y LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEMPORAL MIGUEL MERCHÁN OCHOA SECCIÓN NOCTURNA. CUENCA 2015”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 13 de octubre del 2015.



.....

Viviana Magali Barahona Gualpa

0104414263



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por haberme dado la fuerza y la sabiduría para llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres Manuel y Mariana por haberme dado el apoyo incondicional y haber estado en los momentos más difíciles de mi vida. A mi esposo Paul por haberme alentado todos los días para seguir adelante y a mi hija por ser la fuente principal de mi inspiración para luchar por mis sueños. A mis hermanas Fernanda y Adriana porque en los momentos difíciles siempre estuvieron a mi lado.

Patricia Espinoza L.



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre, quien en su afán de que sea una mejor persona me ha apoyado en cada uno de los proyectos de mi vida, aunque aquello haya implicado sacrificio y dejar sus propias metas a un lado. A mis hijos, quienes son mi fuente de inspiración para ser mejor cada día en todos los aspectos de mi vida, tanto personal como profesional. A mi esposo, por su confianza depositada en mí y recordarme de que soy capaz de lograr lo que me proponga, por ser el mejor esposo que una mujer podría tener, buen amigo, padre y compañero.

Viviana Barahona G.



AGRADECIMIENTO

Agradecemos ante todo a Dios por darnos salud y sabiduría para lograr nuestras metas. A nuestros padres, quienes nos apoyaron para que terminemos con nuestra carrera. A nuestra tutora y asesora de tesis Lcda. Amparito Rodríguez y Lcda. Lourdes Aguilera, por el tiempo invertido en guiarnos para el desarrollo de esta tesis. A cada una de nuestras docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, porque todas aportaron con sus conocimientos y experiencia para que hoy logremos culminar con una meta importante en nuestra vida.

Las Autoras



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia a las situaciones de riesgo de los adolescentes y sus formas de afrontamiento, surge a partir de una preocupación por la salud de los adolescentes, quienes están más expuestos a las situaciones de riesgo por ser un grupo susceptible, su origen se encuentra en el área de la psicología; pero afectan también a su desarrollo físico con consecuencias tanto en el presente como en su vida adulta.

Las situaciones de riesgo conllevan una importante carga traumática para la mayor parte de las personas que los afronten; más aún en los adolescentes quienes se encuentran en un período de transición y no tienen la experiencia y conocimientos para tomar decisiones que no afecten su normal desarrollo.

La adolescencia es el periodo de transformación entre la infancia y la edad adulta. Sus límites se sitúan desde los 10-19 años. Es la evolución normal e inevitable de la niñez hacia la edad adulta, es una etapa de cambios que pueden llegar a ser problemáticos si no se le facilita al adolescente la posibilidad de realización de esos cambios o transformaciones.

Un adolescente se encuentra en riesgo cuando toma decisiones que obstaculizan o impiden su desarrollo físico, psicológico y social saludable, pero estos riesgos puedan minimizarse y las posibilidades de expresión y desarrollo personal potenciarse.

La forma en la que los adolescentes afrontan las diferentes situaciones de riesgo dependerá de las características personales, del grupo familiar al que pertenecen, del contexto sociocultural de donde provienen, de las diferentes condiciones y estilos de vida.

El propósito de esta investigación es deducir cuales son las situaciones de riesgo y de qué manera afrontan tal situación, como futuras enfermeras, nos



interesamos por contribuir con una investigación que permita conocer la realidad de nuestros adolescentes que posibilite los cambios que se requiera y potencialice las mejores formas de afrontamiento ante una situación de riesgo.

La tesis está conformada por varios capítulos:

Capítulo I: Conformado por la introducción, planteamiento del problema, justificación; en el mismo que se enfatiza la importancia de esta investigación, la descripción del problema y se justifica de manera científica, metodológica y social, la problemática investigada.

Capítulo II: Conformado por el marco teórico, en el que se ha investigado estudios similares, que servirán de base para el desarrollo, comparación y discusión de la presente investigación; aquí se abordan conceptos acerca de la etapa de la adolescencia; epidemiología, causas y consecuencias de las situaciones de riesgo a las que están expuestos los adolescentes y las formas de afrontamiento utilizados ante estas situaciones.

Capítulo III: Conformado por objetivos generales y objetivos específicos cuya finalidad es generar respuestas a la problemática de la investigación.

Capítulo IV: Conformado por Diseño Metodológico donde se describe tipo y área de estudio, universo, técnicas, métodos e instrumentos de la investigación, así como también el plan de tabulación y análisis establecido, para alcanzar los objetivos propuestos.

Capítulo V: Conformado por procesamiento y análisis de la investigación en el que se presenta los resultados en tablas y gráficos estadísticos. La Discusión de casos, en el que se realiza una comparación de los resultados obtenidos en la investigación, con los de las investigaciones citadas en el marco teórico.

Capítulo VI: Conformado por conclusiones y recomendaciones, se muestran los resultados finales de la investigación y se plantean algunas sugerencias a los profesionales encargados del bienestar tanto físico como psicológico del adolescente.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las situaciones de riesgo en los adolescentes y cómo afrontan dichas situaciones?

El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio acerca de las situaciones de riesgo a las que se encuentran expuestos los adolescentes y cuáles son sus formas de afrontar tales situaciones; debido que la adolescencia es una etapa de transición de la niñez a la adultez y en la cual el adolescente construye su personalidad, forma su identidad, siente una gran necesidad de ser aceptado para formarse un concepto positivo de sí mismo, es la etapa en la cual busca integrarse a la sociedad, se cuestiona sobre lo que desea en su vida, cuestiona las actitudes y comportamientos de los demás, sobre todo la de sus padres.

Cuando una de estas necesidades no se siente satisfecha, los adolescentes suelen tomar decisiones incorrectas, volviéndolos más vulnerables a exponerse a situaciones de riesgo durante el desarrollo de su vida cotidiana que afectan su salud física y psicológica, impidiendo un normal desarrollo integral, las formas de afrontamiento a las cuales suelen recurrir generalmente no son las más adecuadas, éstas están influenciadas en muchas ocasiones por personas de su entorno social como conocidos o amigos, quienes tienen intereses propios o no tienen conocimiento y por lo tanto afectan el bienestar del adolescente.

En otras ocasiones el mismo entorno familiar donde se desarrolla el adolescente no es el apropiado por ejemplo el autoritarismo de los padres impide una comunicación oportuna por lo tanto el adolescente oculta problemas en su vida personal, también la agresión física como la verbal es una forma de limitar al adolescente y que se manifiesta con signos de rebeldía como manera equivocada de afrontar sus problemas. Las frecuentes críticas no fundamentadas, las constantes amenazas, castigos e intromisiones en su vida privada y una sexualidad mal orientada potencializan a una toma de decisiones inadecuadas.



Por otro lado la pertenencia y participación a grupos antisociales, el abandono escolar y laboral, bajo nivel escolar, cultural y económico, la desigualdad de oportunidades y la pobreza; influyen directamente en las decisiones que toman los adolescentes.

Se encuentra muchos factores que atentan contra la supervivencia y la salud de los adolescentes; por ejemplo, los accidentes de tránsito, el VIH-SIDA, el embarazo durante la adolescencia, el aborto; como consecuencia de las relaciones sexuales sin protección, los comportamientos como fumar y consumir drogas, los trastornos mentales, la migración, la violencia y abuso sexual.

El adolescente con un *estilo de vida de riesgo* exige un abordaje individual e integral, ningún adolescente afronta las situaciones de riesgo de la misma manera, la forma de afrontar es individual y personal, en este caso, con los adolescentes de un colegio nocturno, en quienes creemos, se encuentran mayormente expuestos a situaciones de riesgo, por tener características sociales y familiares diferentes a las de un adolescente corriente.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las situaciones de riesgo de los adolescentes constituye en la actualidad un importante problema social; que requiere de atención prioritaria, si bien es cierto en nuestro país existen leyes de amparo para este grupo vulnerable, se debería trabajar a nivel local realizando investigación acerca de cuáles son las situaciones más prevalentes en cada grupo específico, las causas y las formas de afrontamiento que utilizan los adolescentes; de esta manera crear estrategias prácticas con la finalidad de disminuir estos riesgos.

Según la Unicef (1) en un informe publicado en el 2011, a nivel mundial se encuentra muchos factores que atentan contra la supervivencia y la salud de los adolescentes; como por ejemplo: los accidentes de tránsito, con consecuencias de invalidez o muerte, el VIH-SIDA, enfermedad que cada día cobra más víctimas, el embarazo precoz, que limita las oportunidades que tiene una adolescente de lograr sus metas como profesional y que en un futuro le servirá para tener una vida digna, el aborto en condiciones de riesgo, que



implica trauma psicológico, en algunos casos la pérdida de la fertilidad o peor aún la muerte de la adolescente, los comportamientos como fumar, principal causa del desarrollo de enfermedades pulmonares, el consumo de drogas, con consecuencias desastrosas en todos los aspectos de la vida de un adolescente, los trastornos mentales y la violencia, que mantienen el círculo vicioso de violencia y algunos casos causante de suicidio. Casi 1 millón de niños menores de 18 años murieron, en 2004, a causa de algún traumatismo provocado por accidentes o algún factor de riesgo.

“En el país, los accidentes, especialmente los de tránsito, el suicidio y las agresiones son tres claras amenazas que acompañan la vida de los adolescentes con más frecuencia” (8). En el caso ecuatoriano, las normativas nacionales definen la responsabilidad de las instituciones sociales de asegurar a los jóvenes su integridad en todas las dimensiones y su protección, estas situaciones perjudican el desarrollo saludable del adolescente e impide que afronte sus problemas de una manera positiva.

.....”según las cifras de los anuarios de defunciones del INEC, alrededor de 600 adolescentes no llegaron a cumplir 18 años por ser víctimas de los accidentes de tránsito; es decir, que aproximadamente un adolescente perdió su vida cada día por esta causa. Otra amenaza es el notable incremento del embarazo adolescente” (2), los adolescentes están expuestos a situaciones de riesgo inminentes que afectan a su salud física, psicológica y social.

Un estudio realizado por la Universidad del Azuay en la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa en los cursos de octavo, noveno y décimo de básica en el tema de los problemas psicosociales que afectan a los estudiantes en “el año 2008 se determinó que en el 36.7% se relaciona al consumo de alcohol y otras sustancias estupefacientes. Agresividad en un 10%, falta de afecto en un 35%” (3), esta encuesta se dirigió a los padres y representantes de los estudiantes donde se identifica los problemas de los adolescentes de esta Institución por lo cual queremos identificar actualmente a que situaciones de riesgo se encuentran expuestos.



Disponer de información acerca de cuáles son las situaciones de riesgo y las formas de afrontamiento en los adolescentes se convertirán en una herramienta válida para desarrollar estrategias de intervención en la institución donde se realizó la investigación, para prevenir un problema potencial. Esto por sí, justifica la realización de un estudio sobre esta realidad.



CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Las situaciones de riesgo que viven los adolescentes, ponen en peligro el desarrollo normal de su vida personal (adquisición de independencia, establecimiento de la personalidad, construcción de un sentido/proyecto de vida) lo cual afecta tanto a su entorno familiar como social.

Según un informe de la UNICEF en el 2011, cada año mueren más de 2,6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles (1).

Los accidentes son la primera causa de mortalidad entre los adolescentes; los traumatismos que sufren los niños y los adolescentes son motivo de una creciente preocupación en el ámbito de la salud pública. Se estima que los traumatismos causados por el tránsito provocan la muerte de unos 700 jóvenes cada día (1).

Cada día mueren aproximadamente 430 jóvenes de 10 a 24 años a causa de la violencia interpersonal, originada en encuentros fortuitos o en conflictos con bandas organizadas (31).

Acciones perjudiciales como fumar, consumir drogas y bebidas alcohólicas son riesgos para la salud de los adolescentes que se intensifican; en parte, los traumatismos se originan debido a la propensión a tomar riesgos, una característica de la adolescencia que se relaciona con la necesidad psicológica de explorar los límites; esta necesidad es un aspecto del desarrollo de la identidad individual (10).

Las mujeres adolescentes tienen más probabilidades de iniciar prematuramente su vida sexual, pero también menos probabilidades de usar



métodos anticonceptivos, los varones tienen más probabilidades de implicarse en comportamientos sexuales de riesgo.

El embarazo precoz una situación de realidad es un resultado frecuente del matrimonio a temprana edad, incrementa los riesgos derivados de la maternidad, la deserción escolar que implica un estilo de vida no adecuado para los adolescentes.

Los abortos practicados en condiciones inseguras ponen en alto riesgo a las adolescentes, que cobra las vidas de numerosas niñas adolescentes y provoca daños a muchas más.

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 cuatro de las siete regiones del mundo, las mujeres jóvenes tienen más o menos el doble de probabilidades que los hombres jóvenes de vivir con el VIH (30).

Las mujeres adolescentes tienen más propensión de sufrir problemas nutricionales que los varones adolescentes; “según la información de 14 países en desarrollo, la incidencia de anemia entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años es considerablemente más elevada que entre sus contrapartes masculinas en todos los países” (16), debido a los medios de comunicación de tener el cuerpo ideal los adolescentes privan sus necesidades de alimentarse o por otro lado ingieren alimentos excesivamente por estados depresivos o estrés cualquiera de las dos formas perjudica al adolescente a tener una nutrición saludable y estar propenso a enfermedades que perjudican su vida.

Otra de las principales causas de riesgo de los adolescentes es la obesidad, como indica la información dada por la OMS “de un subconjunto de 10 países en desarrollo, entre el 21% y el 36% de las niñas de 15 a 19 años tienen sobrepeso...”, lo cual conlleva a que en el 2007 existieron altos niveles de obesidad y “...se encontraban en cuatro países del sur de Europa –España, Grecia, Italia y Portugal– y en los países mayoritariamente anglófonos: el



Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido” (13), entendiéndose que la obesidad afecta mayoritariamente a las mujeres.

En nuestro país también los adolescentes afrontan situaciones de migración de los padres y otros familiares, lo que ha conllevado a otros problemas como deserción escolar, pérdida de identidad, disfuncionalidad familiar, entre otros. Cuando un adolescente se expone a cualquier situación de riesgo si no está emocionalmente preparado o no cuenta con el apoyo familiar, social y profesional, para manejar dichas situaciones es más susceptible de padecer depresión la cual si no es debidamente tratada puede llevar a ideas auto líticas.

Según la OPS-OMS el suicidio y en intento de suicidio se suma también a las situaciones de riesgo que viven los adolescentes. “En el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad de 15 a 29 años de edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres)” (38). Esto representa que los adolescentes están inmersos ante problemas que pueden conllevar al suicidio.

La adolescencia constituye una etapa muy compleja, en la cual tiene que enfrentarse con obstáculos y desafíos propios de esta edad, los adolescentes ante una situación de riesgo actúan y deciden de manera diferente a los adultos; su forma de afrontar a tales situaciones, pueden llevar a la resolución del problema o a potencializar el mismo.

En un estudio realizado en Chile en cuanto a las formas de afrontamiento utilizados por los adolescentes, se ha encontrado los siguientes resultados: “Se observó que los adolescentes de 12 a 18 años presentaron las siguientes estrategias como las más representativas del grupo, buscar diversión relajante, preocuparse, distracción física, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo” (5). Lo cual nos permite identificar que los adolescentes afrontan sus situaciones de riesgo de forma positiva.



2.2 SUSTENTO TEORICO

2.2.1 PERIODO DE ADOLESCENCIA

La OMS define adolescencia como “el período de vida comprendido entre los 10 y 19 años, durante esta etapa el adolescente se transforma en un individuo maduro en sus dimensiones física, sexual, psicológica y social y establece su propia identidad” (7) para lo que concluimos que esta etapa es crítica para definir la personalidad del ser humano.

2.2.1.1 Desarrollo en el adolescente

La adolescencia es una etapa de cambios y de desarrollo para la edad adulta, estos pueden ser difíciles para el adolescente especialmente los cambios psicológicos debido al desarrollo de la identidad propia y el cambio emocional estos son importantes para el adolescente sin embargo se ve dificultoso por no tener las condiciones necesarias para desarrollarse en un entorno saludable, nuestra problemática es identificar cuáles son estas situaciones de riesgo que impiden el desarrollo del adolescente y a las que están expuestos, y determinar si son capaces de afrontar tales situaciones de una manera correcta.

2.2.1.2 Desarrollo físico y sexual

Inicia entre los 12 y 13 años. En las mujeres aparece la menstruación, y en los varones la primera eyaculación, ambos sin aptitud para la procreación. También aparece el vello púbico, facial y corporal. En las niñas el crecimiento de senos, así como el inicio de los patrones de la distribución. En los niños el agrandamiento del escroto y testicular, y el alargamiento del pene, así como los patrones de distribución y los cambios de voz.

2.2.1.3 Desarrollo cognitivo

Piaget determina, que en la adolescencia, a partir de los 12 años se adquiere y se consolida el pensamiento de carácter abstracto que es aquel que trabaja con operaciones lógico- formales y que permite la resolución de problemas complejos. Este tipo de pensamiento significa la capacidad de razonamiento,



de formulación de hipótesis, de comprobación sistemática de las mismas, de argumentación, reflexión, análisis y exploración de las variables que intervienen en los fenómenos (6).

2.2.1.4 Desarrollo afectivo

En esta edad se produce una integración social más fuerte en el grupo de compañeros, comenzando a su vez el proceso de independencia familiar. En el adolescente se empieza a configurar sus primeros estilos y opciones de vida, empieza a tener ideas propias y actitudes personales. El adolescente busca su intimidad personal construyendo y elaborando la imagen de sí mismo y el auto concepto personal (12).

2.2.1.5 Desarrollo social

Importantes elementos evolutivos de la identidad personal tienen componentes de relación social; y las relaciones sociales, a su vez, desempeñan un papel de génesis de esa misma identidad (6).

2.2.1.6 Influencia del medio en el que se desarrollan

El medio se refiere a la familia, la escuela, la iglesia, la residencia donde habitan, los grupos de compañeros, los medios de comunicación; todos estos influyen con el desarrollo moral, social y emocional del adolescente. La influencia de estos agentes es de importancia ya que se encuentran vinculados directamente con la identidad del adolescente. Los comportamientos como la rebeldía, baja autoestima y otras dificultades se encuentran asociados directamente en el medio donde se desarrollan.

2.2.1.7 Familia y amigos

La familia y las amistades de los adolescentes influirán en el desarrollo de su personalidad. Una familia disfuncional y una amistad perjudicial creará a un adolescente susceptible a las situaciones de riesgo y sus formas de afrontar tales situaciones no serán las adecuadas. Por otro lado, una familia funcional ayudara al adolescente a afrontar las situaciones de riesgo haciendo que elija las decisiones adecuadas.



Hay que tomar en cuenta que las relaciones familiares en esta etapa se ve marcada en su vida personal, debido a que el adolescente siente la necesidad del desarrollo de la autonomía y busca independencia lo que conlleva conflictos familiares que en muchas ocasiones son vistos como actos de rebeldía hacia los padres; los adolescentes se vuelven críticos de las situaciones familiares en las que viven, llegando a desafiar opiniones y decisiones de los padres que antes eran acatadas sin discusión alguna; por eso es importante que la familia escuche y respete sus opiniones, críticas, motivos, sea un apoyo y no solo un ente juzgador.

2.2.1.8 Comunicación en los adolescentes

El adolescente vive una etapa caracterizada por rápidos y significativos cambios, lo cual determina una situación típica: alteración de la personalidad y dificultad en la interrelación con los adultos, es muy difícil comunicarse con los adolescentes pero es de suma importancia que ellos expresen sus sentimientos ya que esto permitirá que los padres conozcan mejor a sus hijos y poder prepararlos para que cuando estén frente a las situaciones de riesgo tomen las decisión correctas y si se equivocan tengan la capacidad de afrontarlas de manera adecuada para no empeorar la situación.

2.2.1.9 El rol de la educación

La Ley Orgánica de Educación establece “La influencia educativa es uno de los pilares fundamentales en el desarrollo del adolescente, el objetivo de esta es promover el desarrollo cognitivo, motriz, afectivo, social y moral; todos estos son pilares básicos para el desarrollo evolutivo del ser humano”(12), por lo antes mencionado es importante que el adolescente tenga una vinculación activa con la sociedad, familia, amigos y el medio escolar ya que todos ellos son fuente de aprendizajes para su desarrollo.

2.2.1.10 Desarrollo cerebral del adolescente

El desarrollo cerebral del adolescente es muy complejo pero hay estudios que han demostrado que a los 6 años de edad el cerebro alcanza el 90% de su tamaño definitivo, pero se reorganiza entre los 12 y 25; el cerebro adolescente



es aun inmaduro y continua su maduración hasta los 25 años. El proceso de maduración cerebral es lento y complejo este facilitará más tarde los aprendizajes más complejos (7). Cabe recalcar que existen factores intrínsecos que determinan parcialmente el desarrollo y factores extrínsecos que favorecen el crecimiento y maduración, enriquecen las habilidades genéticas y potencian los talentos determinan la inteligencia y desarrollo cognitivo y emocional.

La última estructura en madurar es la corteza pre frontal, entre los 10-12 años se produce una sinaptogénesis en esta parte cerebral, se eliminan las conexiones más débiles, se mantienen y fortalecen las más utilizadas. La estimulación ambiental determina que se preserven las conexiones que se usan y se eliminen las que no se usan.

Se produce una nueva sobreproducción de materia gris en la corteza pre frontal que llega a su máximo a los 11-12 años y que es seguida por una continua poda, durante la adolescencia y un paulatino reemplazo de materia gris por materia blanca, lo que aumenta la eficiencia de las conexiones.

El adolescente tendría una respuesta más emocional debido a que su región frontal no estaría interactuando con la región emocional de la misma manera que en el adulto. El cerebro del adolescente responde diferente al del adulto, en forma más impulsiva que reflexiva. Esto puede llevar a los jóvenes a interpretar erróneamente las emociones de los adultos y afectar la comunicación.

La plasticidad cerebral determina que hay periodos en que las experiencias negativas o la ausencia de estímulos adecuados pueden provocar daños graves y permanentes: tabaco, alcohol, drogas, agresiones, abusos, estrés, pueden llevar a alteraciones del desarrollo, trastornos cognitivos, conducta violenta o conducta violenta o frustración en el adolescente (7).

2.2.2 SITUACIONES DE RIESGO

Las situaciones de riesgo son aquellas que ponen en peligro la calidad de vida del adolescente por ser vulnerable, en las que, por estar presente algún factor de peligro no puede considerarse controlado.



Las situaciones de riesgo en los adolescentes, ponen en peligro el logro de tareas en un desarrollo normal (adquisición de independencia, establecimiento de la personalidad, construcción de un sentido/proyecto de vida).

2.2.2.1 Accidentes de tránsito en adolescentes

Los accidentes de tránsito son acciones ya sea del conductor, pasajeros o peatones en la vía pública y privada que causan daños materiales, físicos permanentes o la muerte de personas.

En los adolescentes el peligro es más inminente, son más susceptibles a sufrir accidentes de tránsito por conductas irresponsables. “A nivel mundial se estima que 9% de las muertes de jóvenes son atribuibles al alcohol y el riesgo de sufrir o provocar una lesión al conducir bajo los efectos del alcohol se incrementa al 38%, cuando la concentración de alcohol en sangre es de 0.5 g/l” (8).

En nuestro país, en los últimos 4 años, según las cifras de los anuarios de defunciones del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), “alrededor de 600 adolescentes no llegaron a cumplir 18 años por ser víctimas de los accidentes de tránsito” (9), por lo que los adolescentes toman actitudes de irresponsabilidad cuando conducen.

De acuerdo a las estadísticas emitidas por la Comisión de Tránsito del Ecuador (CTE), en la provincia del Guayas, de enero a mayo del 2012, dentro del rango de edad de 13 a 30 años, el número de heridos es de 867, y de fallecidos 69. Pero el rango que supera estas cantidades es el de 31 a 64 años (9).

Causas:

La principal causa de los accidentes ocasionados por los conductores, se debe a que no mantienen la distancia prudente, mientras que los accidentes en los que el peatón es culpable, se deben a que este no cruza la calzada con precaución.

También se encuentran causas como: manejar en estado etílico, manejar bajo el efecto de drogas, exceso de velocidad, la distracción al manejar por el uso



de aparatos tecnológicos, no respetar las leyes de tránsito y falta de controles efectivos en las vías y de sanciones.

Consecuencias:

Todo accidente de tránsito tiene una consecuencia que afecta al aspecto físico y al aspecto psicológico.

Entre las consecuencias físicas de los accidentes de tránsito están la pérdida de miembros ya sea superiores, inferiores o ambos, lesiones cerebrovasculares que limitan las funciones básicas del cerebro (lenguaje, movilidad, entre otras capacidades cognitivas), desfiguraciones en el cuerpo o el rostro. Estas son varias de las secuelas más comunes que afectan a muchos de los que sobreviven en los accidentes de tránsito que se registran en el país.

Los traumas físicos conllevan traumas psicológicos, los daños son irreversibles en quienes sobreviven e implican cuantiosos gastos económicos.

Sus vidas cambian, se ven limitados y se convierten en personas dependientes afectándose a sí mismo y a sus familias. “Según el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), los accidentes de tránsito son la quinta causa de las discapacidades, de acuerdo a la población carnetizada, y representan el 4,24%”(9), por lo que su estilo de vida es afectado con limitaciones permanentes.

2.2.2.2 Consumo de drogas en los adolescentes

El consumo de drogas ya sean éstas lícitas o ilícitas, se ha convertido en un problema social que hoy en día afecta sobre todo a la población adolescente, probablemente debido a la popularidad e incremento de oferta y demanda en este grupo vulnerable.

Fumar, consumir drogas y bebidas alcohólicas son riesgos para la salud de los adolescentes que cobran cada vez más fuerza; en parte, los traumatismos se originan debido a la propensión a tomar riesgos, una característica de la adolescencia que se relaciona con la necesidad psicológica de explorar los límites; esta necesidad es un aspecto del desarrollo de la identidad individual (10).



A nivel mundial, “se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetaminas” (11). El consumo de drogas es una problemática de salud pública. Sin embargo, subsisten deficiencias en la prestación de servicios, y en los años recientes solo uno de cada seis consumidores de drogas problemáticos del mundo ha tenido acceso a tratamiento de la drogodependencia cada año.

La UNODC, el Banco Mundial, la OMS y el ONUSIDA calcularon conjuntamente que “en el mundo hay aproximadamente 1,7 millones de consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH. Esa situación impera especialmente en dos regiones del mundo, Asia sudoccidental y Europa oriental y sudoriental, donde se calcula que la prevalencia del VIH entre esos consumidores es del 28,8% y el 23,0%, respectivamente” (11). Se estima que más de la mitad de los consumidores de drogas son afectados con patologías desastrosas que conllevan a la muerte.

En nuestro país, el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) en su informe de la cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas en estudiantes de entre 12 y 17 años. El estudio estuvo dirigido a 514.962 estudiantes de colegios públicos y privados, sección tanto matutina como vespertina a nivel nacional; de los cuales el 52% varones y el 45% mujeres. Obteniéndose los siguientes resultados.

Uso del cigarrillo: El 4,17% de estudiantes presenta un uso esporádico, 1,72% uso regular, 1,66% uso frecuente y el 1,08% de estudiantes presentaría un posible abuso de cigarrillos (12).

Consumo de alcohol: El 38% de los chicos encuestados refirió haber consumido licor en 2012. El 20,6% de manera esporádica, 7,0% uso regular, 3,6% uso frecuente, 2,0% posible abuso



La marihuana es la droga más frecuente entre los adolescentes, quienes en un 15% respondieron que les resultaría fácil acceder a esta sustancia.

Los inhalantes como el cemento de contacto, son la segunda droga más usada por los colegiales del país, dentro de la categoría de uso experimental (1,19%).

Otras drogas usadas en menor proporción por los estudiantes entre 12 y 17 años son la pasta base, la cocaína y la heroína.

Los estudiantes que dijeron consumir drogas, al ser consultados sobre dónde y cómo consiguen el alcaloide en un 18,3% señalaron que les proporcionan amigos; el 18% dijo tener un proveedor; el 16,1% en la calle o alrededores de los colegios y el 7,4% al interior de su institución educativa.

La edad para el inicio de consumo de drogas en el país se ha incrementado. Mientras el 2005 y 2008 se determinó que el promedio era 13,8 años hoy se ubica en 14,3 (12).

La droga es “Toda sustancia (con un principio activo) que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de una u otra forma alguna alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (11).

Entre los efectos que causan las drogas sobre el consumidor están la dependencia, la tolerancia.

Tolerancia: Necesidad de cantidades progresivamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

Dependencia: Es un patrón des adaptativo de consumo de sustancias que conlleva a deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- Síndrome de abstinencia



- Tolerancia
- Existe un deseo persistente, o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en su consumo o en la recuperación de sus efectos.
- Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de sustancias.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Tipos de drogas:

- Depresoras del sistema nervioso: alcohol, tranquilizantes, narcóticos, inhalantes, marihuana.
- Estimulantes: cocaína, anfetaminas, cafeína, nicotina, éxtasis.
- Alucinógenas: LSD, mescalina, marihuana (uso excesivo).

Factores de riesgo asociados al uso de drogas: los factores de riesgo son un determinante que incrementa la posibilidad de que un adolescente se vea inmerso en el mundo de las drogas. Dentro de los principales factores de riesgo podríamos citar:

Factores Individuales:

Dentro de los factores individuales, la edad es muy importante, si se toma en cuenta que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad e investigaciones realizadas han demostrado que el inicio de consumo de drogas ya sean lícitas o ilícitas, generalmente es durante esta etapa. También están aquellos que tienen que ver con algunos rasgos de personalidad del adolescente, como inseguridad, baja autoestima, dificultad para manejar situaciones conflictivas de la vida cotidiana, la agresividad, impulsividad. Por otro lado negligencia de los padres, las experiencias negativas durante su vida como pérdida de un ser querido, migración, abusos físico o sexual problemas en el desempeño escolar



como bajas calificaciones e indisciplina, las expectativas y falta de conocimiento son factores de riesgo que no se deben ignorar.

Factores Sociales: dentro de los factores sociales se podrían asociar los familiares como por ejemplo disfuncionalidad familiar, falta de comunicación con los padres, consumo de drogas dentro del grupo familiar. Además de la influencia de amigos que consumen, inadecuada utilización del tiempo libre, actitudes y conductas antisociales del grupo al que pertenece, influencias de los medios de comunicación, deficiencia del sistema educativo.

Consecuencias del uso de drogas en los adolescentes:

Dentro de las consecuencias del uso de drogas en los adolescentes están las físicas, psicológicas, sociales, político-económicas.

Consecuencias físicas:

Todas las drogas actúan sobre el sistema nervioso central afectando las funciones cerebrales, deteriorando áreas como las de la percepción, la memoria y el aprendizaje. El consumo durante el embarazo produce malformaciones en el feto.

El tabaco afecta al sistema respiratorio y más específicamente a los pulmones, también al sistema cardiovascular, el alcohol afecta al sistema digestivo, principalmente hígado, produciendo una cirrosis hepática, también produce gastritis, pérdida de peso.

Las drogas y el alcohol además pueden causar intoxicaciones y sobredosis que podrían llevar a la muerte al adolescente.

Por otro lado según es muy común las prácticas sexuales sin protección bajo efectos de algunas drogas y que conllevan a la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, principalmente el VIH y embarazos indeseados.

Consecuencias psicológicas:

Las consecuencias psicológicas tienen que ver principalmente con el hecho de que las drogas van ocupando el lugar más importante en la vida de la persona, produciendo descuido en la apariencia personal, postergación o abandono de



los proyectos de vida y responsabilidades, como por ejemplo el estudio, el trabajo y la familia.

El adolescente consumidor presenta cambios conductuales y en el carácter como irritabilidad, ansiedad, impulsividad, agresividad, indiferencia hacia aspectos que solían importar, desmotivación, desconcentración, confusión. También suele tener conductas inusuales, como decir mentiras constantemente, manipulación, incumplimiento de obligaciones. Pierde frecuentemente el control de sus emociones, sobre las relaciones interpersonales, sobre el trabajo, el estudio y la vida en general.

Su identidad se torna cada vez más difusa, borrosa y deteriorada.

Baja autoestima, debido a que desarrolla sentimientos de vergüenza y culpabilidad, incidiendo directamente sobre su autoestima.

Depresión y deseos ya sea conscientes o inconscientes de autodestrucción.

Por otro lado, presenta dificultad para relacionarse con otros, lo que genera una situación de soledad y aislamiento.

.

Se deterioran las relaciones familiares produciéndose una tensión constante. Muchas veces se puede generar entre uno o varios miembros, lo que se suele llamar “codependencia”. La codependencia se da cuando uno o más miembros de la familia, hacen su vida en torno a la situación de quien consume, y quien consume depende también en gran medida, de quienes hacen su vida alrededor de él o ella. Incluye un sentimiento de responsabilidad mutua por los pensamientos, sentimientos y acciones del otro, perdiendo los límites entre el sí mismo y la otra persona.

Sociales: un adolescente que consume tiene mínimas posibilidades de llegar a ser alguien que aporte con su trabajo a la sociedad ya que sus estudios se ven limitados; además de verse inmerso en conductas de riesgo, tales como accidentes, riñas, robos, actos delictivos y problemas legales.



Político-económicas: los gobiernos invierten millones de dólares para campañas de prevención y también en programas de rehabilitación para los adolescentes consumidores; dinero que podría ser destinado para educación, salud. También afecta a la economía del consumidor y de su familia ya que éste destina sus recursos económicos para mantener el consumo.

2.2.2.3 Problemas nutricionales

Los problemas nutricionales en los adolescentes se han convertido en un problema importante, debido a que estos son la causa de enfermedades graves y de importantes daños en el organismo del adolescente.

2.2.2.3.1 La obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial, caracterizada por la acumulación de un exceso de grasa en un grado que provoca alteraciones a la salud. Los cambios de estilo de vida, principalmente los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo son las principales causas.

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. “Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. La obesidad constituye un factor de riesgo importante de las enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte, con más de 17 millones de defunciones anuales. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones” (13).

Uno de los países latinoamericanos más afectados es México. De acuerdo a un [informe de la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura \(FAO\)](#) “el 32,8% de la población mexicana es considerada obesa, una cifra que catapultó al país al primer puesto del mundo, relegando a Estados Unidos al segundo lugar. Otros países de la región que afrontan problemas de similar magnitud son Chile y Argentina con 29.1% y 29.4 % de



población obesa respectivamente” (14), que son altos índices de sobrepeso que afecta a la adolescencia.

En nuestro país al menos seis de cada 100 niños tienen sobrepeso llevándolos a una adolescencia no saludable. Datos expuestos por la Coordinación Nacional de Nutrición indican que “el exceso de peso en el país registra un 6,5% de personas en la edad infantil, mientras que en escolares de ocho años de edad que habitan en el área urbana es de un 8,7% de sobrepeso y un 5,3% de obesidad. Durante la adolescencia existe un incremento sostenido de 13,7% de sobrepeso y 7,5% de obesidad” (15), actualmente la obesidad y el sobrepeso afecta a los adolescentes.

Causas:

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio nutritivo entre calorías consumidas y gastadas; se ha producido: un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y se ha reducido la actividad física, la alimentación saludable.

Los factores que pueden provocar obesidad y sobrepeso son problemas metabólicos, herencia genética, sedentarismo, actividad física insuficiente, desórdenes hormonales y factores como el estrés y la depresión que desencadenan condiciones de ansiedad excesiva frente a la comida.

Consecuencias:

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como:

- Las enfermedades cardiovasculares
- La diabetes a largo plazo y la diabetes juvenil.
- Los trastornos del aparato locomotor.
- El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.
- Los adolescentes obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de



enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

2.2.2.3.2 Desnutrición

La desnutrición es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico. Puede ser primaria que también puede ser llamada desnutrición leve, o desnutrición secundaria, la cual si llega a estar muy grave.

El hambre y la desnutrición afectan a cerca de 53 millones (10%) de personas de América Latina y el Caribe. Casi 9 millones (16%) padecen desnutrición crónica o retardo en talla. De los países de la región, Guatemala es el país que registra la más alta prevalencia de desnutrición crónica (49%), seguido de Honduras (29%) y Bolivia (27%) entre estos porcentajes se encuentran niños y adolescentes (17)

En el país tenemos estadísticas bajas de adolescentes con desnutrición un 11% de los jóvenes padecen de desnutrición además estas cifras dan realce en zonas rurales. En poblaciones rurales e indígenas, por ejemplo en Chimborazo, con alta población indígena, la desnutrición alcanza un 8%, en el Azuay hay un porcentaje minoritario de un 4% de adolescentes con problemas de desnutrición (17).

Causas:

Hay muchas causas de desnutrición. Ésta pueden surgir a raíz de:

- Dieta inadecuada o balanceada
- Problemas con la digestión o la absorción
- Patologías
- Falta de recursos económicos

La desnutrición continúa siendo un problema significativo en todo el mundo, sobre todo entre los niños y adolescentes.



Consecuencias:

La principal consecuencia es la muerte por falta de energía que produce nuestro organismo al ingerir alimentos.

Otras consecuencias son el retraso en el desarrollo físico e intelectual, problemas a largo plazo en la edad adulta, déficit de vitaminas esenciales en nuestro organismo y de estas las afecciones que se presentan.

2.2.2.4 Relaciones sexuales de riesgo

Todas aquellas situaciones derivadas de las relaciones sexuales entre los adolescentes tienen un evento adverso ya sea físico, psicológico o social; físico debido a la inmadurez biológica de los órganos del aparato reproductor, el riesgo psicológico predomina porque aun su cerebro no está capacitado para asumir las responsabilidades que un acto sexual conlleva, como por ejemplo un embarazo en esta etapa, padres adolescentes, abortos, la trasmisión de una ETS, la carga sentimental de haber llegado a un acto sexual, decepciones amorosas entre otros; todo lo antes mencionado también tiene implicaciones sociales y económicas.

2.2.2.4.1 Embarazo adolescente

El embarazo adolescente es aquel que se produce dentro del periodo de adolescencia, período de va desde los 10 a 19 años.

En un informe producido por la División de Información y Relaciones Externas del UNFPA y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, “Alrededor del 19 por ciento de las jóvenes en países en desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad. 2 millones de los 7,3 millones de partos de adolescentes menores de 18 que ocurren cada año en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años” (18).

“En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años. Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran



parte de estos embarazos no planificados” (19). La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección.

Entre los países de la región con mayores porcentajes de madres jóvenes se encuentran: “Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%) y Bolivia y Colombia (20%) (20).

En la provincia del Azuay “se reportaron 1817 partos de madres adolescentes, de los cuales 97.85% se presentó entre los 15 a 19 años y 2.15% entre los 10 a 14 años” (21), que son porcentajes elevados en los adolescentes teniendo que esta es una de las situaciones de riesgo más inminentes.

En cuanto a la relación nivel de educación y embarazo, “en nuestro país, dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa)” (22), dando la probabilidad que haya la deserción escolar y aumente el analfabetismo en nuestra sociedad.

Los años de escolaridad promedio de nuestros jóvenes es de apenas 6.8 años, de un total de 9 años obligatorios. Solo el 8.3% de la población juvenil completa sus estudios universitarios.

“El 57.8% de mujeres de entre 15 y 24 años, eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo e interrumpieron sus estudios, de ellas tan solo el 16.5% volvió a estudiar y el 41.3% en promedio no volvió a hacerlo” (29).

Causas:

Las causas del embarazo adolescente según diversos estudios realizados serían:



El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.

La práctica frecuente de las relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos.

La influencia de amigos, que incentivan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.

El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.

Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos

No tener un fácil acceso a los métodos anticonceptivos y falta de una buena educación sexual.

Las políticas gubernamentales que restringen al acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y al uso de métodos anticonceptivos o bien la comunidad y familia oponerse a que las niñas accedan a una educación sexual completa u otra información sobre cómo prevenir el embarazo. (23)

La falta de aplicación de leyes que prohíben el matrimonio infantil, que tiene plena aceptación en algunas comunidades y familias y que están estrechamente ligadas con el embarazo, las niñas que son obligadas a casarse tienen poca autonomía y poder de decisión sobre si quieren quedarse embarazadas o cuando hacerlo, esto debido a circunstancias que están fuera del control.

“El embarazo a temprana edad refleja el menoscabo de las facultades, la pobreza y las presiones, de compañeros, pares, familias y comunidades. Y en demasiados casos, es el resultado de la violencia y la coacción sexual” (24).

El embarazo en adolescentes es una causa y una consecuencia de las violaciones de derechos a la educación, la salud y la autonomía, garantizados en tratados internacionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño y



cuando una niña no puede gozar de sus derechos básicos, como el derecho a la educación, se vuelve más propensa a quedar embarazada.

Por lo tanto Defender los derechos de las niñas puede ayudar a eliminar muchas de las condiciones que contribuyen al embarazo en adolescentes y a mitigar muchas de las consecuencias que sufren las niñas, su hogar y su comunidad. Abordar estos desafíos a través de medidas que protejan los derechos humanos es esencial para terminar con el círculo vicioso de violaciones de derechos, pobreza, desigualdad, exclusión y embarazo en adolescentes.

Abordar el embarazo en adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos significa trabajar con los gobiernos para eliminar los obstáculos que impiden que las niñas gocen de sus derechos. Para ello, hace falta tratar las causas subyacentes, como el matrimonio infantil, la violencia y la coacción sexual, y la falta de acceso a la educación y a la salud sexual y reproductiva, que incluye métodos anticonceptivos e información. Pero los gobiernos no pueden hacer esto solos. Las otras partes interesadas y garantes de derechos, como maestros, padres y dirigentes de la comunidad, también tienen una función importante (27).

Consecuencias:

“La manera en la cual es vivenciada y socializada la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) durante la adolescencia, resulta trascendental para el resto de sus vidas y para la calidad de vida futura ya que es en esta etapa cuando se instauran los estilos de vida saludables o de riesgo” (25).

Un embarazo puede tener consecuencias inmediatas y duraderas en la salud que alteran el curso de toda su vida.

Una de las consecuencias del embarazo adolescente es la muerte materna según INEC. “El mayor número de muertes maternas se registra en la provincia de Guayas (26) alcanzando una razón de 31,86. Chimborazo con una razón de



128,88 es la provincia que mayor razón de muertes maternas presenta. A nivel nacional, para el año 2013 se registraron 155 muertes maternas, dando como resultado una razón de 45,71, lo que significa que por cada 100.000 nacidos vivos fallecen aproximadamente 46 mujeres en edad fértil. En Galápagos, Zona no Delimitada y Exterior no se registran muertes maternas (ocurrieron en el periodo del embarazo, parto o posparto, hasta los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo)” (27).

“El riesgo de muerte materna en madres de menos de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores, y este grupo más joven también sufre tasas considerablemente más altas de fístulas obstétricas que las más grandes. Alrededor de 70.000 adolescentes en países en desarrollo mueren por año por causas relacionadas con el embarazo y el parto, siendo una de las principales causas de muerte de adolescentes mayores en países en desarrollo” (25).

Consecuencias médicas:

Una adolescente embarazada tiene un riesgo mucho mayor de complicaciones para su salud y la de su hijo.

Complicaciones en la adolescente embarazada:

Preclamsia, que se presenta con más frecuencia en la adolescencia que en cualquier otra edad, anemia, parto prematuro, complicaciones durante el parto como parto prolongado, esto debido a la posible estrechez de la pelvis a esa edad.

Las complicaciones obstétricas están relacionadas con la inmadurez biológica de los órganos del aparato reproductor y también se debe dan debido a que generalmente no se realizan los controles del embarazo a tiempo ya que generalmente las adolescentes ocultan su embarazo.



Las posibilidades de muerte materna y para su hijo también se incrementan en menores de 20 años.

Complicaciones sobre el hijo de la adolescente embarazada:

Bajo peso al nacer, lo que incrementa la probabilidad de que el niño tenga alguna alteración que afecte la salud del niño, como son el retraso mental y el desarrollo deficiente. Las malformaciones congénitas también son más frecuentes en los hijos de adolescentes.

Desde el punto de vista psicológico:

Una adolescente embarazada puede desarrollar una reacción depresiva fuerte, que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, debido a que el embarazo puede traer problemas como abandono de la pareja, el aislamiento por parte del grupo de amistades y la familia.

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; el vacío afectivo.

Contexto social:

“En el contexto social destacan las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización, las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo, su desarrollo social y cultural, la formación de una familia y su estabilidad” (26).

2.2.2.4.2 Abortos



Según la UNICEF, “otro grave riesgo para la salud que se deriva de la actividad sexual en la adolescencia es el aborto en condiciones inseguras, que cobra las vidas de numerosas niñas adolescentes y provoca daños a muchas más. Un estudio efectuado por la Organización Mundial de la Salud, en 2003, calculó que el 14% de todos los abortos en condiciones de riesgo que se efectúan en el mundo en desarrollo –2,5 millones ese año– involucran a adolescentes menores de 20 años¹⁸. La mayoría de los que se practican a adolescentes tienen lugar en circunstancias peligrosas y antihigiénicas, por personal que carece de la capacitación necesaria¹⁹. Reunir datos sobre el aborto en la adolescencia es casi imposible por el hermetismo y la vergüenza que lo rodean, aun cuando se calcula que todos los años se realizan entre 1 millón y 4 millones²⁰. Muchas mujeres recurren a este procedimiento por falta de control sobre su propia fertilidad, lo que puede deberse a la pobreza, la ignorancia, los problemas con los compañeros sexuales o la falta de acceso a métodos anticonceptivos” (28).

“Según el INEC en el año 2011, hubo 23.356 Abortos no Especificados, que corresponden 2,06% y una tasa 15,30 por cada 10.000 habitantes” (29).

“De 392 pacientes con aborto que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2008, 87 fueron adolescentes, y 305 fueron mujeres adultas. Esto quiere decir que un 22,19% fueron adolescentes mientras que un 77,81 % fueron mujeres adultas” (1).

Una de las estrategias para evitar los embarazos adolescentes es incentivar el uso de métodos anticonceptivos, “en las encuestas pre intervención del proyecto CERCA se demuestra que el 60% de las mujeres y el 62% de los varones sexualmente activos, han usado alguna vez un método anticonceptivo, pero únicamente el 30% de las mujeres y el 33.3% de los varones mantienen un uso continuo en todas sus relaciones sexuales” (29).

2.2.2.4.3 VIH



El VIH es una enfermedad que afecta a gran mayoría de adolescentes. El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) **es una enfermedad causada por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), que ocasiona la destrucción del sistema inmunitario de las personas.** Se dice que una persona tiene SIDA cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada a las infecciones y otros procesos patológicos.

Esta enfermedad mata cada minuto a cinco personas en el mundo y la cifra de infectados es cada vez mayor. Según los últimos datos sobre la epidemia, publicados por el “Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA” (ONUSIDA) y por la “Organización Mundial de la Salud” (OMS), alrededor de 39.5 millones de personas viven actualmente con el VIH.

La situación más grave se vive en el África subsahariana, donde se han registrado 25,8 millones de infectados y cada año son 2,4 millones las víctimas fatales. En Europa Occidental y en Asia Central más de 1,5 millones de personas son seropositivas, frente a solo 30.000 que había en 1995. En América Latina y el Caribe, en la actualidad, más de 200 personas mueren cada día a causa del SIDA. En esta región, el número de fallecidos subió de 64.000, en el año 2004, a 84.000 en el 2006 (30).

En Ecuador, según datos del Programa Nacional del Sida (PNS) del Ministerio de Salud Pública (MSP), hasta diciembre del 2009 se reportaron 21.810 personas que viven con VIH/sida, de estos 14.773 son casos VIH y 7.037 son casos de Sida. Para el 2009 se registran 4.030 casos de VIH y 1.295 casos de sida (30).

Según los datos proporcionados por el Programa Nacional del SIDA la región Costa concentra la mayor cantidad de personas que viven con el VIH/Sida siendo Guayas la provincia con el mayor número de casos de VIH/ Sida. Si embargo, es importante mencionar que, según el informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS2010, Esmeraldas es una de las provincias que presenta un importante aumento de casos respecto de años anteriores, según este informe su tasa es la segunda más alta del país seguida por Santa Elena que ocupa el tercer lugar de incidencia (30).



Si se toma como unidad de análisis el cantón, se puede apreciar que la mayor concentración de los casos está en el cantón Guayas, con el 55,3%, después en el cantón Quito, con el 8,7%, y luego, en el cantón Durán, con el 5,5%, Milagro, con el 3,3%, Cuenca con el 1,9%, Babahoyo y Quevedo con el 1,6% respectivamente, Ventanas y Portoviejo con el 1,5% respectivamente. El porcentaje restante se divide entre 73 cantones del país (30).

En relación con el sexo de los niños, niñas y adolescentes que viven con VIH-Sida, el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino: 52,9%, mientras que, al femenino, corresponde el 47% (30).

Causas:

El VIH puede transmitirse de una persona a otra a través de: relaciones sexuales sin protección, los líquidos corporales, como la sangre, el semen y el flujo vaginal. Los niños nacidos de madres que tienen la infección también pueden contraer la infección durante el embarazo. Las maneras más comunes de transmisión del VIH son:

- Tener sexo anal, vaginal u oral sin protección con una persona que tiene la infección.
- Compartir agujas y jeringas con una persona que tiene la infección, a fin de inyectarse drogas.
- Falta de información acerca de la enfermedad.

Consecuencias:

Esta epidemia no afecta solo a las personas portadoras del virus sino también a su entorno familiar y social, como es el caso de niños, niñas y adolescentes.

Los niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH-SIDA son un grupo social que merece especial atención y que ha pasado inadvertido en nuestro país.

- La consecuencia más devastadoras son la orfandad de niños, niñas y adolescentes que sus padres portaron el virus y mueren a causa de este



dejándolos a la suerte, siendo estos más vulnerables a problemas o situaciones de riesgo eminentes.

- La muerte muy trágica debido a las maneras en las que el individuo fallece algunas dolorosas.
- La depresión, sentirse rechazado por la sociedad es una consecuencia de esta enfermedad.

2.2.2.5 Situaciones de violencia en los adolescentes

“La Organización mundial de la Salud define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otras personas o un grupo o una comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (31).

Según la UNICEF, la violencia interpersonal, se manifiesta de distintas formas como física, psicológica y sexual; el agresor puede estar dentro del mismo entorno familiar, en la escuela o en la comunidad, pudiendo ser agresores los padres, hermanos, familiares, pareja, amigos, pares, maestros, personas conocidas y desconocidas.

“La violencia interpersonal es un factor de riesgo para la salud a lo largo de toda la vida y para los problemas sociales. Se puede predecir y prevenir, y la responsabilidad de abordarla recae sin duda alguna en los gobiernos nacionales” (32).

Las personas más vulnerables de padecer maltrato físico, psicológico y sexual son los niños, adolescentes, mujeres y adultos mayores

2.2.2.5.1 Violencia física, psicológica, sexual e interpersonal:



Según UNICEF, en el 2012, hubieron 95.000 víctimas de homicidio entre niños y adolescentes menores de 20 años, lo que convirtió a ese delito en la principal causa prevenible de lesiones, heridas y muerte de menores.

A nivel mundial, la región de América Latina y el Caribe tienen la tasa más alta de víctimas de homicidio de menores de 25 años (25.400). En segundo lugar se encuentra África occidental y central (23.400), mientras que África oriental y meridional tiene la tercera mayor proporción de homicidios de menores de 25 años (15.000). La tasa más baja de homicidios, le corresponde a Europa Central, Oriental y la Comunidad de Estados Independientes, seguida en orden ascendente por Oriente Medio y África septentrional (32).

Los tres países con tasas más elevadas de homicidio de niños y adolescentes menores de 20 años son El Salvador, Guatemala y la República Bolivariana de Venezuela. En todos esos países, el homicidio es la principal causa de muerte entre los varones adolescentes.

Nuestra sociedad utiliza el castigo físico acompañado del maltrato psicológico como forma de disciplinar a los niños y adolescentes, las formas de maltrato físico más frecuentes son los golpes en la cabeza y rostro, jalones de oreja e incluso castigos físicos más severos y los mismos que provienen del mismo hogar. En contraste a esta situación el porcentaje de padres que creen que es necesario el uso del castigo físico como forma de disciplina es mayor en aquellos que no tuvieron educación o poca educación y aquellos padres de baja situación económica y es mucho menor esta creencia en aquellos padres que tuvieron mejor oportunidades de educación o educación superior y mejor situación económica.

A medida que los niños crecen continúan sufriendo violencia, pero a esta edad ya no es solo por parte de los padres, sino también por la pareja, compañeros de colegio e incluso desconocidos. “A nivel mundial, más de uno de cada tres estudiantes de 13 a 15 años de edad es objeto de por lo menos un episodio de acoso o intimidación de manera habitual” (41). “Los jóvenes continúan sufriendo la violencia hasta muy avanzada la adolescencia. Casi una cuarta parte de las



adolescentes de 15 a 19 años del mundo (unos 70 millones de niñas) dijo haber sido objeto de alguna forma de violencia física desde los 15 años de edad” (33).

Por otro lado las niñas son más vulnerables a sufrir de cualquier tipo de maltrato ya sea por sus padres, maestros o parejas actuales o pasadas. En comparación con los varones quienes son más vulnerables a padecer maltrato por familiares, amigos, maestros y en menor cantidad por la pareja.

Violencia sexual:

“Unos 120 millones de niñas de todo el mundo (algo más de una de cada 10) han sido víctimas de sexuales forzadas y otras agresiones sexuales en algún momento de sus vidas” (31).

La mayoría de las adolescentes han sido víctimas de violencia sexual por primera vez entre los 15 y los 19 años y en menor frecuencia la agresión sexual ocurrió cuando tenía entre 10 y 14 años. Generalmente los responsables de este tipo de agresión en el caso de las casadas son sus esposos, novios, parejas ya sea presentes o pasadas y en menor frecuencia los agresores forman parte de su grupo de amigos o conocidos. “Los niños varones también son víctimas de la violencia sexual, aunque en mucho menor medida que las niñas” (32).

Diez datos sobre la violencia contra los niños

Solamente en 2012, el número de niños y adolescentes menores de 20 años que fueron víctimas de homicidio llegó a 95.000, casi 1 de cada 5 víctimas de homicidio al año.

Alrededor de 6 de cada 10 niños del mundo (unos 1.000 millones) de 2 a 14 años de edad sufrieron de manera periódica castigos corporales a manos de sus cuidadores.



Cerca de 1 de cada 3 estudiantes entre los 13 y los 15 años en el mundo informaron haber participado en una o más peleas en el último año.

Casi más de 1 de cada 3 estudiantes entre los 13 y los 15 años en el mundo sufrieron actos de acoso o intimidación de forma sistemática.

Casi una tercera parte de los adolescentes de 11 a 15 años de Europa y América del Norte reconocieron haber acosado o intimidado a otros en la escuela por lo menos una vez en los últimos dos meses.

Casi una cuarta parte de las niñas de 15 a 19 años del mundo (unos 70 millones de niñas) dijo haber sido objeto de alguna forma de violencia física desde los 15 años de edad.

Unos 120 millones de niñas de todo el mundo (algo más de 1 de cada 10) han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas y otras agresiones sexuales en algún momento de sus vidas. Los niños también están en peligro, aunque no hay una estimación mundial debido a la falta de datos comparables.

A nivel mundial, casi 1 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años (84 millones) que integran uniones formalizadas ha sido víctima de violencia emocional, física y/o sexual por parte de su marido o pareja en algún momento de su vida.

Alrededor de 3 de cada 10 adultos del mundo creen que para criar o educar de manera adecuada a un niño es necesario apelar al castigo físico.

Casi la mitad de las niñas de 15 y 19 años de todo el mundo (unos 126 millones) creen que en algunas ocasiones se justifica que los maridos o las parejas íntimas golpeen o agredan a sus cónyuges (33).

La mayoría de las víctimas, de cualquiera de los tipos de violencia que haya padecido, sin importar el hecho de ser hombre o mujer la mantiene en secreto y no solicita ayuda. En menor proporción la ayuda que solicitan es la de los familiares o amigos, casi nunca solicitan ayuda profesional o de instituciones que actúan en defensa de las víctimas de violencia. Esta situación se debe a la



creencia de que la violencia es parte de la vida y no tiene nada de malo o que simplemente no creían que estaban sufriendo de violencia.

Consecuencias de la violencia:

La violencia física produce daños muchos más fáciles de detectar como por ejemplo lesiones abdominales o torácicas, lesiones cerebrales, moretones, quemaduras, lesiones del sistema nervioso central, fracturas, desgarros y abrasiones, lesiones oculares y discapacidad.

La violencia física y la sexual tienen consecuencias que afectan a la salud reproductiva y sexual como problemas de salud reproductiva, disfunción sexual, enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH y el SIDA y embarazos no deseados.

Dentro de las consecuencias psicológicas de la violencia están el abuso de alcohol y otras drogas, disminución de la capacidad cognoscitiva, comportamientos delictivos o violentos, depresión y ansiedad, retraso del desarrollo, trastornos de la alimentación y el sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, hiperactividad, incapacidad para relacionarse, desempeño escolar deficiente, baja autoestima, trastorno postraumático por estrés Trastornos psicosomáticos, comportamiento suicida y daño auto infligido.

También están las consecuencias de salud a largo plazo como el cáncer, enfermedad pulmonar crónica, síndrome de colon irritable, cardiopatía isquémica, enfermedad hepática, problemas de salud reproductiva, como la esterilidad.

Consecuencias económicas como gastos para la familia y gobiernos como parte del tratamiento médico y uso de servicios de salud, gastos de organizaciones de bienestar, costos para el sector de empleo que resultan del ausentismo, la baja productividad, discapacidad y muertes prematuras. Gastos relacionados con detener y procesar a infractores.



2.2.2.5.2 Violencia infligida por la pareja:

Según la OMS existen varias formas o comportamientos de violencia, una de ellas es la violencia física como los golpes, patadas, bofetadas; la violencia sexual, que no es otra cosa que las relaciones forzadas y otras formas de coacción sexual como obligar a tener relaciones sexuales sin consentimiento; el maltrato emocional mediante insultos, humillación, intimidación, amenazas de producir daño de algún modo; los comportamientos controladores como evitar que se relacione con familiares y amigos y también están los comportamientos de restricción como no permitir el uso de recursos económicos, no permitirle trabajar, estudiar o que reciba atención médica.

En el caso de la mujer, la violencia es infligida generalmente por la pareja o ex pareja sentimental y en el caso de los hombres es común la provocada por gente desconocida o conocida pero no muy cercana al agredido.

La violencia infligida por la pareja afecta tanto a mujeres adolescentes durante una relación formal o citas amorosas como a mujeres adultas dentro del matrimonio y que generalmente contrajeron matrimonio siendo adolescentes “en un estudio sudafricano 42% de mujeres de 13 a 23 años de edad señalaron que habían sido víctimas de violencia física en citas amorosas; en una encuesta entre estudiantes universitarios varones en Etiopía 16% de ellos indicaron que habían maltratado físicamente a su pareja o a alguien que no era su pareja y 16,9% señalaron que habían perpetrado actos de violencia sexual” (34).

Existen muchos factores de riesgo para que se den estos comportamientos de violencia hacia la mujer o hacia la pareja. Para entender las causas se está usando el modelo ecológico que trata de abarcar todos los aspectos posibles en el cual se desarrolla el ser humano.

Factores individuales: como conocemos, el ser humano es único, si bien es cierto que su carácter, personalidad tiene un componente hereditario y genético, el entorno en el cual se desarrolla son los factores que más influyen en la formación de su personalidad y carácter.



Dentro de los factores individuales del agresor, que se consideran factores de riesgo para el desarrollo de actos de violencia están el haber sido víctima de cualquiera de los tipos de violencia durante su infancia o haber observado actos de violencia dentro de su medio, también el consumo de drogas o alcohol ya que éstos están directamente relacionados al desencadenamiento de la violencia, el bajo nivel de instrucción, la creencia de que la violencia es normal para solucionar los conflictos y trastornos de la personalidad. Y los factores de riesgo para el agredido/a, son haber sido víctima de algún tipo de violencia durante la niñez o en otra etapa de su vida, bajo nivel de instrucción, aceptación de la violencia.

Factores relacionales: son aquellos que están asociados tanto al agresor como a la víctima, dentro de estos están insatisfacción con la relación, infidelidad, problemas económicos, el dominio del sexo masculino en la familia.

Factores socio-culturales: amplia aceptación social o cultural del uso de la violencia para resolver los conflictos, las sanciones para los agresores no son rígidas, la existencia de normas sociales de género no equitativas, pobreza y la baja posición económica y social de la mujer.

Consecuencias de la violencia de pareja:

La violencia a la mujer afecta en su salud física y psicológica, cuan más grave sea el maltrato y mayor el tiempo de exposición, mayores van a ser las consecuencias en su salud, las mismas que afectaran aún mucho tiempo después de que el maltrato haya terminado.

El daño provocado por la violencia física es más detectable por las lesiones que estas dejan, los más frecuentes son los traumatismos craneoencefálicos, torácicos y abdominales, los hematomas, fracturas, lesiones por intentos de estrangulación, entre otros. También están aquellos que afectan indirectamente y deterioran la salud de la mujer como las producidas por exposición constante al estrés que son los trastornos gastrointestinales, principalmente gastritis y colitis.



En cuanto a las consecuencias psicológicas, las mujeres maltratadas padecen de depresión, ansiedad, ideas autodestructivas, situaciones que les puede llevar a tener ideas e intentos suicidas, trastornos alimentarios y del sueño, baja autoestima y consumo de tabaco, drogas y alcohol.

También trae consecuencias que afectan a su salud sexual y reproductiva como infecciones a nivel del aparato reproductor, disfunción sexual, enfermedades de transmisión sexual entre ellas el VIH, embarazos no deseados y complicaciones durante el embarazo como abortos espontáneos, muerte neonatal, traumatismo fetal, bajo peso al nacer y puede estar asociada a muerte materna. Los femicidios y suicidios así como el VIH, están directamente relacionadas al antecedente de maltrato. Pero también afectan a los hijos de la agredida provocando en ellos ansiedad, depresión, desempeño escolar deficiente, problemas de salud frecuentes; además de que un niño que provenga de un hogar donde se da maltrato es más que probable que también sufra del maltrato y desarrolle conductas de violencia hacia su pareja en etapas posteriores.

“En el Estudio multi-país de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, que reunió datos sobre la violencia infligida por la pareja entre más de 24.000 mujeres de 10 países, que representaban diversos entornos culturales, geográficos, urbanos y provinciales. El estudio confirmó que la violencia infligida por la pareja está muy difundida en todos los países del estudio, entre las mujeres que alguna vez habían tenido una relación de pareja:

De 13% a 61% señalaron que alguna vez habían sufrido violencia física perpetrada por su pareja; de 4% a 49% comunicaron que habían sido víctimas de violencia física grave infligida por su pareja; de 6% a 59% indicaron que en algún momento de sus vidas sufrieron violencia sexual perpetrada por su pareja; y n de 20% a 75% notificaron que, en el transcurso de su vida, habían sufrido uno o más actos de maltrato emocional perpetrados por su pareja” (35).

2.2.2.6 Migración



La migración es el acto que comprende el traslado del individuo hacia otro lugar sin que haya nacido en el mismo.

A nivel mundial utilizando datos sobre el bienestar recogidos en el periodo comprendido entre 2009 y 2011, entre 25.000 migrantes de primera generación y más de 440.000 personas nacidas en por lo menos en 150 países

Los principales países migratorios en relación con las cuatro direcciones de la migración son:

- Norte-Norte: países de Alemania a los Estados Unidos de América, del Reino Unido a Australia, y luego del Canadá, la República de Corea y el Reino Unido a los Estados Unidos de América.
- Sur-Sur: países de Ucrania a la Federación de Rusia, de la Federación de Rusia a Ucrania, de Bangladesh a Bhután, de Kazajstán a la Federación de Rusia, y del Afganistán al Pakistán.
- Sur-Norte: países de México a los Estados Unidos de América, de Turquía a Alemania, y de China, Filipinas y la India a los Estados Unidos de América.
- Norte-Sur: países de los Estados Unidos de América a México y Sudáfrica, de Alemania a Turquía, de Portugal al Brasil, y de Italia a la Argentina (36).

El 45% de los trabajadores emigrantes de las Américas en Estados Unidos y en Europa provienen de México; el Caribe y la Región Andina contribuyen cada una con cerca de un 15%; el resto de América Central con un 12%; el Cono Sur de América del Sur un 8% (incluye Brasil); y Canadá y los Estados Unidos un 4%.

La población económicamente activa emigrante de todos los países de las Américas, excepto los de América del Sur, vivía en su mayoría en los Estados Unidos en los años 2008-2009, donde entre el 80 y el 90% de los trabajadores expatriados de la mayoría de los países del Caribe se concentraban allí, y el porcentaje era aún mayor para emigrantes de América Central, alcanzando México un total del 99%.



Los trabajadores emigrantes de los países de América del Sur, se encontraban con más frecuencia en Europa, provenientes de Argentina, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Uruguay. Los trabajadores emigrantes de Brasil, Colombia y Perú por su parte se distribuían de forma casi igual entre Estados Unidos y Europa.

Del total de la población económicamente activa de emigrados nacidos en América Latina y el Caribe, los hombres representan el 60%.

La migración en el Ecuador desde el 2010 hasta mayo de 2014 registra un total de 4.568.145 salidas de ecuatorianos y 4.554.724 ingresos al país (37).

Causas:

La migración constituye un fenómeno demográfico sumamente complejo que responde a causas diversas y muy difíciles de determinar. Sin embargo se ha podido determinar que las principales son las causas derivadas de las crisis políticas que suelen presentarse en ciertos países. Muchas personas que temen a la persecución y venganza políticas abandonan un país para residenciarse en otro. Los conflictos bélicos y de violencia, la inestabilidad política, los factores familiares como para unirse a otros miembros de la familia y el principal es el problema socioeconómico, la situación de hambre y miseria, el desempleo y el subempleo en muchos países subdesarrollados obliga a muchos emigrantes a arriesgar su vida con la esperanza de mejorar su situación económica y la de su familia.

Consecuencias de la migración:

- Desintegración familiar. Disfuncionalidad Familiar.
- Creación de pandillas, esto incluye la drogadicción y el alcoholismo en jóvenes.
- El impacto recae sobre los hijos de los inmigrantes los cuales sufren abusos como pueden ser: sexuales, físicos y psicológicos.



- Enfrentar problemas de deportación ya que los inmigrantes se encuentran indocumentados y se convierten en prófugos de la ley.
- Arriesgan su vida y en ocasiones perderlas.

2.2.2.7 Suicidio

El suicidio es todo acto de autolesión que realiza el ser humano causado por problemas multifactoriales cuyo objetivo es ocasionarse la muerte siendo esta intencional.

“En el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más comúnmente utilizados para el suicidio a nivel mundial” (38).

“A nivel de Latinoamérica Chile es el país que ostenta uno de los mayores aumentos en la tasa de suicidios en el mundo, sólo superado por Corea del Sur. La cifra es especialmente alarmante en jóvenes. De acuerdo al estudio “Epidemiología del Suicidio en la Adolescencia y Juventud” del Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica, basado en los antecedentes desde 1983 a 2003, la tasa más alta de suicidio en jóvenes corresponde a varones de 20 a 24 años” (39).

El intento de suicidio es un tipo de comportamiento suicida no mortal del que se tiene escaso material bibliográfico y contados estudios realizados en el país. Las tasas de mortalidad en jóvenes son bajas pero no deja de existir.

Causas:

EL suicidio, está directamente asociado con la depresión, el adolescente se siente tristeza por largos períodos, frustración y sin esperanza acerca de la



vida, pierde el interés en las actividades que antes le producían agrado y placer realizarlas, a esto le acompañan trastornos del sueño, pérdida de apetito y concentración. Síntomas depresivos aumentan con la pubertad Según Berk 1999. También el estrés está relacionado con la conducta suicida.

El suicidio y los comportamientos suicidas generalmente ocurren en personas con uno o más de los siguientes factores: [Trastorno bipolar](#), trastorno límite de la personalidad, [depresión](#), consumo de [alcohol](#) o [drogas](#), trastorno de estrés postraumático, e [esquizofrenia](#).

Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a: sentirse avergonzado, culpable o como una carga para los demás, sentirse como víctima, sentimientos de rechazo, pérdida o soledad.

Los comportamientos suicidas pueden ocurrir por una situación o hecho que la persona ve como agobiante, tales como:

- El envejecimiento (los ancianos tienen la tasa más alta de suicidio).
- La muerte de un ser querido.
- El consumo de drogas o alcohol.
- Un trauma emocional.
- Enfermedad física grave.
- El desempleo o los problemas financieros.

Los factores de riesgo del suicidio en adolescentes abarcan:

- Acceso a armas de fuego.
- Miembro de la familia que cometió suicidio.
- Antecedentes de autoagresión deliberada.
- Antecedentes de abandono o maltrato.



- Vivir en comunidades en donde ha habido brotes recientes de suicidio en personas jóvenes.
- Ruptura sentimental.

Consecuencias:

Las consecuencias más graves es que el intento de suicidio se haya consumado la muerte del individuo es la principal consecuencia y otra de la más importante es:

En la familia

- Aumento de riesgo de suicidio en varias generaciones.
- Aumento de patologías psiquiátricas.

2.2.3 FORMAS DE AFRONTAMIENTO

La adolescencia constituye una etapa muy compleja, en el cual el joven tiene que confrontarse a numerosos obstáculos y desafíos como los duelos, la agresión y la violencia del adolescente, la búsqueda de la identidad sexual y ocupacional, la autonomía con respecto a su grupo familiar y la rebeldía que ello conlleva, los conflictos generacionales, entre otros. Estos requerimientos implican el desarrollo de competencias psicosociales importantes para el posterior posicionamiento del adolescente en el mundo adulto; de no contar con estrategias positivas de afrontamiento para responder a estas situaciones pueden generar comportamientos menos adaptativos y mayor vulnerabilidad en el adolescente.

Los adolescentes cuando se les presenta una situación de riesgo actúan y deciden su forma de afrontar a tal situación de dos maneras, las adecuadas, que llevan a la resolución del problema o las inadecuadas que conllevan a potencializar el problema y que en lugar de resolverlo creamos un problema más y más dificultoso de resolverlo.

Frydenberg y Lewis (1997) definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación



efectivas”. Casullo y Fernández Liporace (2001) entienden a la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan (40).

También al Afrontamiento se le puede definir como cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

La manera de identificar las formas de afrontamiento que eligen los adolescentes ante las situaciones de riesgo está en una prueba de auto informe que permite la **evaluación de forma precisa de 18 estrategias diferentes de afrontamiento** que están dentro de 3 estilos de afrontamiento: resolver el problema, en el cual se ve reflejada la tendencia a abordar las dificultades de manera directa; afrontamiento en relación con los demás, que implica compartir los problemas con otros y buscar su apoyo; estos dos están considerados como funcionales y el tercero que el estilo de afrontamiento improductivo (problemas de afrontamiento), debido a que las estrategias utilizadas no ayudarían a encontrar la solución a los problemas.

Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) del autor Frydenberg, E. y Lewis, R.

Estilos de afrontamiento	Estrategias
Resolver el problema	Concentrarse en resolver el problema. (Estudiar el problema y analizar los diferentes puntos de vista y opciones). Esforzarse y tener éxito. (Te comprometes, te dedicas para resolver el problema). Invertir en amigos íntimos. (Buscar relaciones



	<p>personales íntimas).</p> <p>Buscar pertenencia. (Preocupación e interés por las relaciones con los demás y por lo que otros piensan).</p> <p>Fijarse en lo positivo. (Ver lo positivo de la situación y considerarse afortunado).</p> <p>Buscar diversiones relajantes. (Actividades de ocio como leer y pintar).</p> <p>Distracción física. (Hacer deportes, mantenerse en forma).</p>
Afrontamiento en relación con los demás	<p>Buscar apoyo social. (Compartir el problema y buscar resolución).</p> <p>Acción social. (Dar a conocer el problema y solicitar ayuda mediante peticiones o actividades).</p> <p>Buscar apoyo espiritual. (Uso de la oración y creencia de la ayuda de un líder o Dios).</p> <p>Buscar ayuda profesional. (Opinión de profesionales como maestros u otros consejeros).</p>
Problemas de Afrontamiento	<p>Preocuparse. (Temor por el futuro y preocupación por la felicidad futura).</p> <p>Hacerse ilusiones. (Esperanza y anticipación de una salida positiva)</p> <p>Falta de afrontamiento. (Incapacidad para tratar el problema y desarrollo de síntomas psicósomáticos).</p> <p>Reducción de la tensión. (Intentar sentirse mejor y relajar la tensión).</p> <p>Ignorar el problema. (Rechazar conscientemente el problema).</p> <p>Autoinculparse. (Sentirse responsable de los problemas y preocupaciones).</p> <p>Reservarlo para sí. (Huir de los demás e impedir</p>



	que conozcan sus problemas).
--	------------------------------

Su aplicación estimula la reflexión sobre las estrategias de afrontamiento que emplea y sus conductas, por lo que puede ser **empleada tanto como técnica de evaluación como de intervención individual o grupal** en clínica u orientación.

Los adolescentes que tienen una apreciación positiva de su vida, que confían en los demás y pueden establecer buenos vínculos, que tienen metas y proyectos, que cuentan con recursos personales para hacer frente a los diversos hechos o situaciones normales que les plantea la etapa por la cual transitan, recurren a estrategias activas, haciendo deportes y manteniéndose activos, buscando situaciones exitosas, fortaleciendo el concepto que tienen de sí, y de su imagen corporal, logrando mayor aceptación de los demás, ganando prestigio y reforzando su autoestima.

Por otro lado, aquellos que se sienten insatisfechos consigo mismos tienen escasos vínculos interpersonales, presentan un desfase entre sus expectativas, sus logros y una percepción negativa de las demandas que el medio les plantea para resolver; tienen más limitaciones personales para afrontar los sucesos de la vida cotidiana (54).

2.2.3.1 Factores que influyen en el afrontamiento

- Recursos del individuo.
- Características de la enfermedad.
- Factores socioculturales.
- Recursos externos.
- Estrategias de afrontamiento.
- Estilos de afrontamiento.



CAPITULO III

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1. OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Determinar la situación de riesgo y las formas de afrontamiento en adolescentes que asisten a la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa sección nocturna de la ciudad de Cuenca.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a las variables sociodemográficas: edad, sexo, procedencia y residencia.
- ✓ Determinar a qué situación de riesgo están expuestos los adolescentes sujetos a estudio, dentro del campo escolar, de salud, familiar.
- ✓ Identificar las formas de afrontamiento de los adolescentes sujetos a estudio ante una situación de riesgo.



CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO: Es un estudio descriptivo de corte transversal.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO: La presente investigación se realizó a todos los adolescentes que asisten a la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa sección nocturna de la ciudad de Cuenca.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

Universo de estudio: Comprendido por todos los adolescentes de entre 15 a 19 años, matriculados durante el año lectivo septiembre 2014 – julio 2015 en la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa de la ciudad de Cuenca.

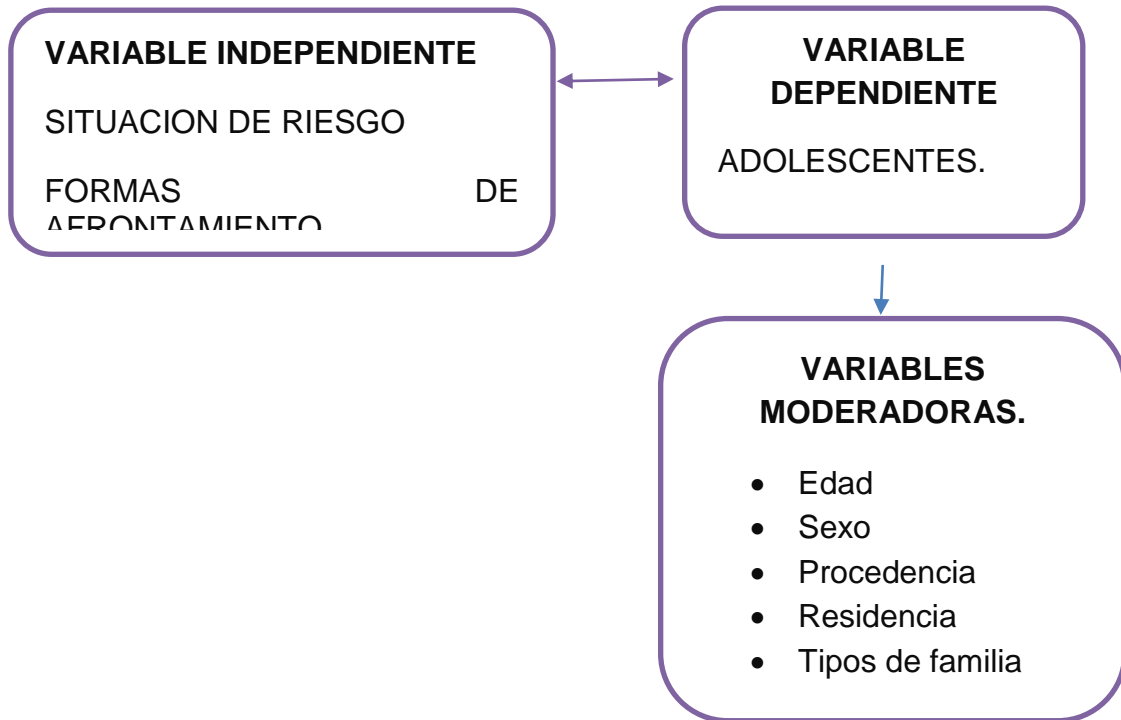
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión: Incluyen los adolescentes de entre 15 a 19 años, que se encontraban matriculados, cuyos padres firmaron el consentimiento y/o asentimiento informado.

Criterios de Exclusión: Se excluyó a los estudiantes que no tenían el asentimiento informado, los estudiantes cuyos padres no firmaron el consentimiento informado, los adolescentes que el día de aplicación del formulario faltaron al colegio y no asistieron a clases.



4.5. VARIABLES





4.5.1. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista	Tiempo transcurrido, medido en años	Años cumplidos	15-17 18-19
Sexo	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos.	Fenotipo	Características sexuales secundarias	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de origen o nacimiento de una persona.	Socio cultural	Lugar de origen	Urbana Rural
Residencia	Lugar donde habitualmente vive	Socio cultural	Lugar donde reside actualmente.	Urbana Rural
Tipo de familia a la que pertenece	Forma de organización del conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos con o sin vínculos consanguíneos	Socio cultural	Nuclear Extensa Monoparental Vive solo	SI NO
Adolescentes	Individuo que entra a la pubertad y al completo desarrollo del cuerpo donde se producen cambios físicos y psicológicos	Fisiológica Social	Desarrollo de la identidad, desarrollo afectivo. Relaciones sociales (familia y amigos)	SI NO
Situaciones de Riesgo	Son situaciones de riesgo aquellas acciones que conllevan una importante carga traumática en los adolescentes.	Física Psicológica Social	Accidentes Consumo de drogas y alcohol. Problemas nutricionales. Relaciones sexuales sin protección. Embarazo adolescente. Aborto. VIH Sida. Violencia física o psicológica. Abuso sexual. Suicidio. Migración.	SI NO



<p>Formas de Afrontamiento</p>	<p>Son aquellas acciones que realiza el adolescente para afrontar el problema la situación de una mejor manera.</p>	<p>Física Psicológica Social</p>	<p>Buscar diversiones relajantes, esforzarse y tener éxito, distracción física, fijarse en lo positivo, concentrarse en resolver el problema, buscar apoyo espiritual Invertir en amigos íntimos, buscar ayuda profesional, buscar apoyo social, buscar pertenencia, acción social, auto inculparse, hacerse ilusiones, ignorar el problema, falta de afrontamiento o no afrontamiento, preocuparse, reservarlo para sí, reducción de la tensión.</p>	<p>Escala de ACS Nunca 1 Raras veces 2 Siempre 3</p>
---------------------------------------	---	--	---	--

4.5.2. Matriz metodológica

Objetivos Específicos	Unidad de Observación	Unidad de análisis	Muestra	Técnica	Instrumento
<p>Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a las variables sociodemográficas: edad, sexo, procedencia y residencia.</p>	<p>Adolescentes que asisten a la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa.</p>	<p>Adolescentes Situaciones de riesgo Edad Genero Procedencia Residencia</p>	<p>Adolescentes</p>	<p>Aplicación encuesta</p>	<p>Encuesta elaborada por las autoras</p>
<p>Determinar a qué situación de riesgo están expuestos los adolescentes sujetos a estudio, dentro del campo escolar, de salud, familiar</p>	<p>Adolescentes que asisten a la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa.</p>	<p>Tiempo Situaciones de riesgo Adolescentes</p>	<p>Adolescentes</p>	<p>Aplicación encuesta</p>	<p>Encuesta elaborada por las autoras</p>
<p>Identificar las formas de afrontamiento de los adolescentes sujetos a estudio ante una</p>	<p>Adolescentes que asisten a la Unidad Educativa Temporal Miguel</p>	<p>Adolescentes Formas de afrontamiento</p>	<p>Adolescentes</p>	<p>Aplicación del Test</p>	<p>Test ACS</p>



situación riesgo	de	Merchán Ochoa.				
---------------------	----	-------------------	--	--	--	--

4.6. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Método

La información se recolectó a través de un formulario elaborado por las autoras, el cual nos permitió conocer las características sociodemográficas, las situaciones de riesgo y una escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) del autor Frydenberg, E. y Lewis, R con la cual identificamos las formas de afrontamiento; el mismo que fue aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa.

Técnicas de investigación

- Análisis documental: Revisión Bibliográfica
- Encuestas: A los adolescentes de la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa del año lectivo 2014-2015.

Instrumentos

- Test ACS.
- Encuesta elaborada por las autoras.

4.7. PROCEDIMIENTOS

Autorización:

Se envió un oficio solicitando la autorización para el desarrollo de la investigación a la Magister Paola Riofrio rectora de la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa.

Capacitación:



Las autoras para realizar la investigación, efectuamos una revisión bibliográfica y consultas a expertos.

Supervisión:

La Magister Amparito Rodríguez supervisó el desarrollo de la investigación.

4.8. PLAN TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Las autoras utilizamos el programa estadístico y frecuencias SPSS versión 15.0 y EXCEL. Los resultados se presentan mediante tablas estadísticas de frecuencia representada en forma de porcentajes.

Aspectos éticos.

La información recolectada se utilizó únicamente con fines científicos, guardando confidencialidad de la misma, que se facultara a quien crea conveniente la verificación de la información, como son menores de edad se pidió consentimiento informado a los padres de familia y el asentimiento a los estudiantes; tales formularios constan en Anexos.



CAPÍTULO V

5. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Los resultados de la investigación se presentan de la siguiente manera:

- La información relacionada con las variables y los datos cuantitativos se presentan en tablas estadísticas.
- La información relacionada a las variables y datos cualitativos se presentaran en textos narrativos.
- Los datos recolectados corresponden al universo de adolescentes que asisten a la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa.
- Para el análisis de la Información se emplea la estadística descriptiva aplicando frecuencias y porcentajes.

TABLA No. 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN SEXO Y EDAD

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
15 a 17 años	53	32	22	13	75	45
18 a 19 años	53	32	37	22	90	55
Total	106	64	59	36	165	100

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla que, 106 (64%) alumnos encuestados pertenecen al sexo masculino y 59 (36%) al sexo femenino. En la variable edad encontramos que 75 (45%) adolescentes son de 15 a 17 años y 90 (55%) son de 18 a 19 años.



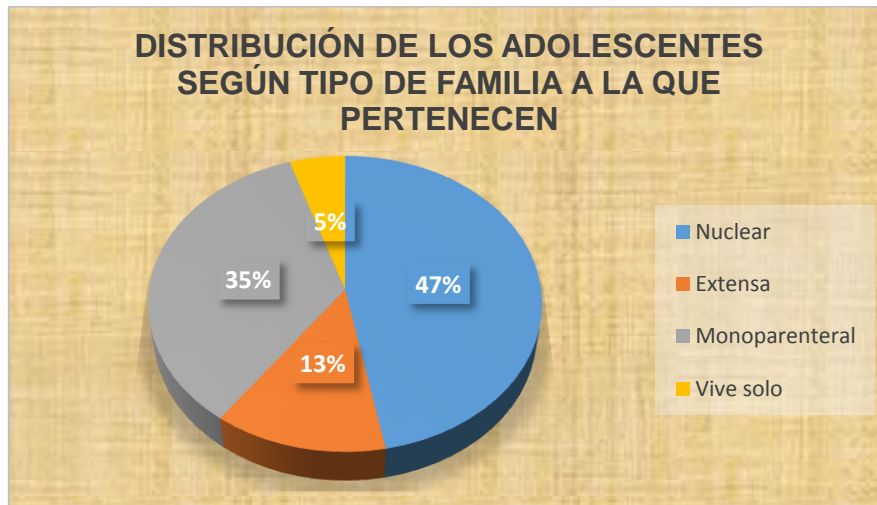
TABLA No. 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN SU RESIDENCIA Y
PROCEDENCIA

Procedencia			Residencia	
	F	%	F	%
Urbano	107	65	125	76
Rural	58	35	40	24
Total	165	100	165	100

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla que, 107 adolescentes proceden del área urbana y 58 del área rural, correspondiente al 65% y 35% respectivamente. En cuanto a la residencia 125 adolescentes viven en la zona urbana y 40 en la zona rural, correspondiente al 76% y 24% respectivamente.

GRÁFICO No. 1

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla que, 78 (47%) adolescentes pertenecen al tipo de familia nuclear; es decir viven con padre, madre y hermanos. En segundo lugar, 57 (35%) viven solo con uno de los padres, 13% pertenecen a familias extensas y 8 (5%) viven solos.



TABLA No. 3
SITUACIONES DE RIESGO A LAS QUE ESTAN EXPUESTOS LOS
ADOLESCENTES

Situaciones de Riesgo	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Problemas para relacionarse	35	21	130	79	165	100
Víctimas de accidentes de tránsito	32	19	133	81	165	100
Violencia	130	79	35	21	165	100
Relaciones sexuales de riesgo	126	76	39	24	165	100
Consumo de drogas	84	51	81	49	165	100
Migración	129	78	36	22	165	100
Suicidio	69	42	96	58	165	100
Problemas nutricionales	64	39	101	61	165	100

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla que, de los 165 adolescentes 130 (79%) viven situaciones de violencia, 129 (78%) situaciones de migración de alguno de los miembros de su familia, 126 (76%) tienen relaciones sexuales de riesgo. 84 (51%) consumen algún tipo de droga.



TABLA No. 4
SITUACIONES A LAS QUE ESTAN EXPUESTOS LOS ADOLESCENTES AL TENER RELACIONES SEXUALES DE RIESGO

Situaciones de Riesgo	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Embarazo adolescente	19	12	146	88	165	100
Aborto	2	1	163	99	165	100
Padres adolescentes	25	15	140	85	165	100

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla que, de los 165 adolescentes 25 (15%) ya son padres de familia, 19 (12%) han resultado embarazadas y 2 (1%) se han realizado un aborto.



TABLA No. 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN SITUACIONES DE RIESGO,
SEGÚN SEXO

TABLA No. 5.1 SITUACIONES DE RIESGO SEXO MASCULINO

Situaciones de Riesgo	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Problemas para relacionarse	20	12	86	52	106	64
Víctimas de accidentes de tránsito	26	16	80	48	106	64
Violencia	81	49	25	15	106	64
Relaciones sexuales de riesgo	84	51	22	13	106	64
Consumo de drogas	62	38	44	27	106	64
Migración	78	47	28	17	106	64
Suicidio	42	25	64	39	106	64
Problemas nutricionales	36	22	70	42	106	64

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla que, en el sexo masculino 84 (51%) adolescentes están expuestos a relaciones sexuales de riesgo, seguido por 81 (49%) a situaciones de violencia, 78 (47%) tienen problemas de migración y 62 (38%) consumen algún tipo de droga.

**TABLA No. 5.2 SITUACIONES DE RIESGO SEXO FEMENINO**

Situaciones de Riesgo	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Problemas para relacionarse	15	9	44	27	59	36
Víctimas de accidentes de tránsito	6	4	53	32	59	36
Violencia	49	30	10	6	59	36
Relaciones sexuales de riesgo	42	20	17	10	59	36
Consumo de drogas	22	13	37	22	59	36
Migración	51	31	8	5	59	36
Suicidio	27	16	32	19	59	36
Problemas nutricionales	28	17	31	19	59	36

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla que, en el sexo femenino 51 (31%) adolescentes tienen problemas de migración, seguido por 49 (30%) a situaciones de violencia, 42 (20%) están expuestos a relaciones sexuales de riesgo y 28 (17%) tienen problemas nutricionales ya sea bajo peso o sobre peso.

**TABLA No. 6****DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN SITUACIONES DE RIESGO,
SEGÚN EDAD.****TABLA No. 6.1 SITUACIONES DE RIESGO EDAD ENTRE 15-17 AÑOS.**

Situaciones de Riesgo	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Problemas para relacionarse	14	8	61	37	75	45
Víctimas de accidentes de tránsito	15	9	60	36	75	45
Violencia	55	33	20	12	75	45
Relaciones sexuales de riesgo	54	33	21	13	75	45
Consumo de drogas	32	19	43	26	75	45
Migración	58	35	17	10	75	45
Suicidio	27	16	48	29	75	45
Problemas nutricionales	26	16	49	30	75	45

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla que, en cuanto a la edad, de 15 a 17 años 58 (35%) adolescentes tienen problemas de migración, 55 (33%) violencia y 54 (33%) están expuestos a relaciones sexuales de riesgo, 32 (19%) consumen algún tipo de droga.

**TABLA No. 6.2 SITUACIONES DE RIESGO EDAD ENTRE 18-19 AÑOS.**

Situaciones de Riesgo	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Problemas para relacionarse	21	13	69	42	90	55
Víctimas de accidentes de tránsito	17	10	73	44	90	55
Violencia	75	45	15	9	90	55
Relaciones sexuales de riesgo	72	44	18	11	90	55
Consumo de drogas	52	32	38	23	90	55
Migración	71	43	19	12	90	55
Suicidio	42	25	48	29	90	55
Problemas nutricionales	38	23	52	32	90	55

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla que, en cuanto a la edad, de 18 a 19 años 75 (45%) viven situaciones de violencia, 72 (44%) están expuestos a relaciones sexuales de riesgo y 71 (43%) a problemas de migración, 52 (32%) consumen algún tipo de droga.



TABLA No. 7

DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES, ENFOCADO EN RESOLVER EL PROBLEMA

Formas de Afrontamiento enfocado en resolver el problema	Nunca		Raras veces		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar diversiones relajantes	13	8	65	39	87	53	165	100
Esforzarse y tener éxito	10	6	70	42	85	52	165	100
Distracción física	11	7	61	37	93	56	165	100
Fijarse en lo positivo	12	7	62	38	91	55	165	100
Concentrarse en resolver el problema	10	6	83	50	72	44	165	100
Invertir tiempo en amigos	16	10	70	42	79	48	165	100
Buscar pertenencia	57	35	86	52	22	13	165	100

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla, en cuanto al afrontamiento enfocado en resolver el problema, que el más utilizado es distracción física 93 (56%), seguido de fijarse en lo positivo 91 (55%).

**TABLA No. 8****DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES, ENFOCADO EN RESOLVER EL PROBLEMA SEGÚN SEXO.****TABLA No. 8.1****DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO ENFOCADO EN RESOLVER EL PROBLEMA, SEXO MASCULINO**

Formas de Afrontamiento enfocado en resolver el problema	Nunca		Raras veces		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar diversiones relajantes	7	4	42	25	57	35	106	64
Esforzarse y tener éxito	6	4	48	29	52	32	106	64
Distracción física	4	2	35	21	67	41	106	64
Fijarse en lo positivo	7	4	42	25	57	35	106	64
Concentrarse en resolver el problema	7	4	57	35	42	25	106	64
Invertir tiempo en amigos	12	7	40	24	54	33	106	64
Buscar pertenencia	38	23	54	33	14	8	106	64

Fuente: Encuesta**Elaboración:** Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla, en cuanto al afrontamiento enfocado en resolver el problema, que el más predominante en el sexo masculino es distracción física 67 (41%).



TABLA No. 8.2

DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO ENFOCADO EN RESOLVER EL PROBLEMA, SEXO FEMENINO

Formas de Afrontamiento enfocado en resolver el problema	Nunca		Raras veces		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar diversiones relajantes	6	4	23	14	30	18	59	36
Esforzarse y tener éxito	4	2	22	13	33	20	59	36
Distracción física	7	4	26	16	26	16	59	36
Fijarse en lo positivo	5	3	20	12	34	21	59	36
Concentrarse en resolver el problema	3	2	26	16	30	18	59	36
Invertir tiempo en amigos	4	2	30	18	25	15	59	36
Buscar pertenencia	19	12	32	19	8	5	59	36

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla, en cuanto al afrontamiento enfocado en resolver el problema, que el más predominante en el sexo femenino es fijarse en lo positivo 34 (21%).

**TABLA No. 9****DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES, ENFOCADO EN RESOLVER EL PROBLEMA SEGÚN EDAD.****TABLA No. 9.1****DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO, ENFOCADO EN RESOLVER EL PROBLEMA 15-17 AÑOS EDAD.**

Formas de Afrontamiento enfocado en resolver el problema	Nunca		Raras veces		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar diversiones relajantes	6	4	35	21	34	21	75	46
Esforzarse y tener éxito	5	3	30	18	40	24	75	46
Distracción física	2	1	33	20	40	24	75	46
Fijarse en lo positivo	6	4	30	18	39	24	75	46
Concentrarse en resolver el problema	5	3	38	23	32	19	75	46
Invertir tiempo en amigos	6	4	33	20	36	22	75	46
Buscar pertenencia	27	16	43	26	5	3	75	46

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla, en cuanto al afrontamiento enfocado en resolver el problema, que el más predominante entre los 15- 17 años son distracción física y esforzarse y tener éxito con 40 (24%).



TABLA No. 9.2

DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO, ENFOCADO EN RESOLVER EL PROBLEMA 18-19 AÑOS EDAD.

Formas de Afrontamiento enfocado en resolver el problema	Nunca		Raras veces		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar diversiones relajantes	7	4	30	18	53	32	90	54
Esforzarse y tener éxito	5	3	40	24	45	27	90	54
Distracción física	9	5	28	17	53	32	90	54
Fijarse en lo positivo	6	4	32	19	52	32	90	54
Concentrarse en resolver el problema	5	3	45	27	40	24	90	54
Invertir tiempo en amigos	10	6	37	22	43	26	90	54
Buscar pertenencia	30	18	43	26	17	10	90	54

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla, en cuanto al afrontamiento enfocado en resolver el problema, que el más predominante entre los 18-19 años son buscar diversiones relajantes 53 (32%) y distracción física también 53 (32%).



TABLA No. 10

DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES, RELACIONADO CON LOS DEMAS

Formas de Afrontamiento relacionado con los demás	Nunca		Raras veces		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar apoyo espiritual	20	12	53	32	92	56	165	100
Buscar ayuda profesional	53	32	79	48	33	20	165	100
Buscar apoyo social	37	22	92	56	36	22	165	100

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla, en cuanto al afrontamiento relacionado a los demás, que el más utilizado por los adolescentes es buscar apoyo espiritual 92 (56%).



TABLA No. 11

**DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO RELACIONADO
CON LOS DEMAS, DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN SEXO**

TABLA No. 11.1

**DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO RELACIONADO
CON LOS DEMAS, DE LOS ADOLESCENTES EN EL SEXO MASCULINO.**

Formas de Afrontamiento relacionado con los demás	Nunca		Raras veces		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar apoyo espiritual	16	10	39	24	51	31	106	65
Buscar ayuda profesional	36	22	54	33	16	10	106	65
Buscar apoyo social	25	15	63	38	18	11	106	65

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla, en cuanto al afrontamiento relacionado a los demás, que el más utilizado por el sexo masculino es buscar apoyo espiritual 51 (31%).



TABLA No. 11.2

DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO RELACIONADO CON LOS DEMÁS, DE LOS ADOLESCENTES EN EL SEXO FEMENINO.

Formas de Afrontamiento relacionado con los demás	Nunca		Raras veces		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar apoyo espiritual	4	2	14	8	41	25	59	35
Buscar ayuda profesional	17	10	25	15	17	10	59	35
Buscar apoyo social	12	7	29	18	18	11	59	35

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla, en cuanto al afrontamiento relacionado a los demás, que el más utilizado por el sexo femenino es buscar apoyo espiritual 41 (25%).

**TABLA No. 12****DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO RELACIONADO
CON LOS DEMAS, DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD****TABLA No. 12.1****DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO RELACIONADO
CON LOS DEMAS, DE LOS ADOLESCENTES DE ENTRE 15-17 AÑOS**

Formas de Afrontamiento relacionado con los demás	Nunca		Raras veces		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar apoyo espiritual	9	5	25	15	41	25	75	45
Buscar ayuda profesional	26	16	34	21	15	9	75	45
Buscar apoyo social	19	12	42	25	14	8	75	45

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla, en cuanto al afrontamiento relacionado con los demás, que el más utilizado entre los adolescentes de 15- 17 años es buscar apoyo espiritual 41 (25%).



TABLA No. 12.2

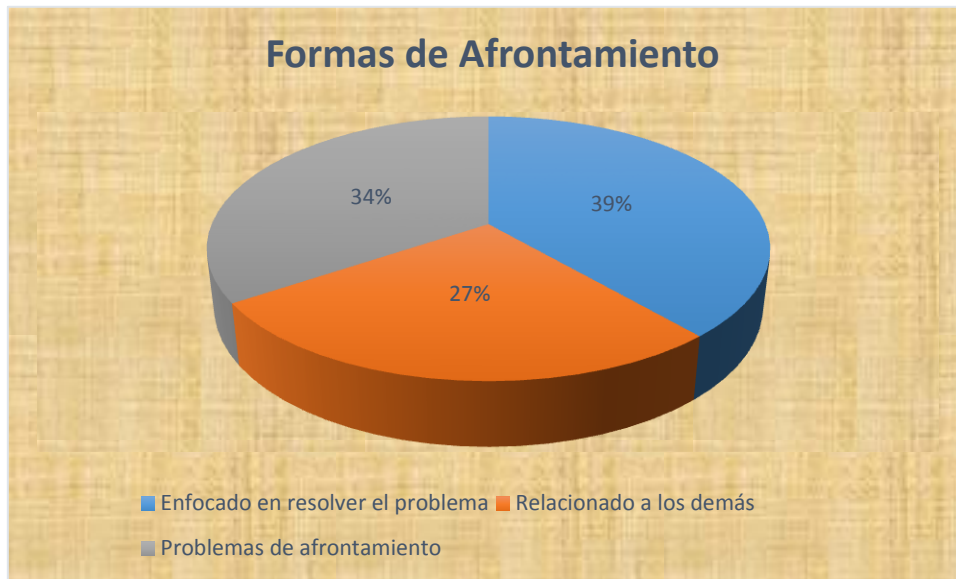
DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO RELACIONADO CON LOS DEMÁS, DE LOS ADOLESCENTES DE ENTRE 18-19 AÑOS

Formas de Afrontamiento relacionado con los demás	Nunca		Raras veces		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar apoyo espiritual	11	7	28	17	51	31	90	55
Buscar ayuda profesional	27	16	45	27	18	11	90	55
Buscar apoyo social	18	11	50	30	22	13	90	55

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en la tabla, en cuanto al afrontamiento relacionado con los demás, que el más utilizado entre los adolescentes de 18- 19 años es buscar apoyo espiritual 51 (31%)

GRAFICO No. 2

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en el gráfico, que el tipo de afrontamiento que más utilizan es el enfocado en resolver el problema con un 39%, el 34% tienen problemas al momento de afrontar las situaciones de riesgo y un 27% utilizan el afrontamiento relacionado a los demás.

5.1 DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Esta investigación tiene el propósito de evaluar las situaciones de riesgo a las que están expuestos los adolescentes y las formas de afrontamiento de tales situaciones de la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa sección nocturna.

Los resultados de nuestra investigación coinciden con el resultado de otras investigaciones realizadas a nivel mundial y a nivel nacional con los conceptos planteados en el marco teórico.



Según un informe de la UNICEF en el 2011(1). Los accidentes son la primera causa de mortalidad entre los adolescentes, alrededor de 600 adolescentes no llegaron a cumplir 18 años por ser víctimas de los accidentes de tránsito, la violencia interpersonal, el consumo de drogas, las mujeres adolescentes tiene más riesgos de iniciar tempranamente su vida sexual, pero también menos probabilidades de usar métodos anticonceptivos, cada año 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años dan a luz un niño; en nuestra investigación las principales situaciones de riesgo que viven los adolescentes son 130 (79%) viven situaciones de violencia, con consecuencias ya sea físicas y psicológicas, 129 (78%) situaciones de migración de alguno de los miembros de su familia, 126 (76%) tienen relaciones sexuales de riesgo, de los cuales 25 (15%) ya son padres de familia, 19 (12%) han resultado embarazadas y 2 (1%) se han realizado un aborto; también se encuentran expuestos a la transmisión de ETS. En cuarto lugar 84 (51%) consumen algún tipo de droga; estas situaciones implican daño en la salud mental y física, con repercusiones sociales y económicas tanto para las familias como para el Estado, esto demuestra que los adolescentes viven una misma realidad a nivel mundial, expuestos a las mismas situaciones de riesgo, que están afectando su desarrollo integral normal con repercusiones a nivel personal, económico y social.

En nuestro estudio, según el sexo predominan, en el masculino 84 (51%) adolescentes están expuestos a relaciones sexuales de riesgo, coincidiendo con un informe de la UNFPA (18) en el cual, los varones tienen más probabilidades de involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo. En el femenino 51 (31%) adolescentes tienen problemas de migración, según la OIM la migración afecta a ambos sexos, sin embargo, en nuestra investigación afecta más a las mujeres ya que por factores sociales, existe un tendencia a que los varones sean los que migren a otros lugares para mejorar la situación económica familiar.

En cuanto a las formas de afrontamiento ante las situaciones de riesgo, en un estudio realizado en Chile, se ha encontrado los siguientes resultados: “Se observó que los adolescentes de 12 a 18 años presentaron las siguientes



estrategias como: buscar diversión relajante, preocuparse, distracción física, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo” (6) coincidiendo con la investigación realizada en el cual las formas de afrontamiento de los adolescentes son agrupados en dos estilos, el primero es enfocado en resolver el problema con 39%, la estrategia más utilizada es distracción física como la realización de deporte con un 56%. La otra forma es el afrontamiento relacionado con los demás con el 27%, que implica compartir los problemas con otros y buscar su apoyo; en el cual el más utilizado es buscar apoyo espiritual con un 56%. Estos dos están considerados como funcionales. El 34% tienen problemas al momento de afrontar las situaciones de riesgo, debido a que las estrategias utilizadas no ayudarían a encontrar la solución a los problemas y más bien se podría convertir en un factor de riesgo para el adolescente.

Con respecto al sexo, en el masculino es más utilizado en el enfocado en resolver el problema la distracción física con un 41% y en el sexo femenino es fijarse en lo positivo con un 21%. En referencia a la edad, entre los 15- 17 años los más utilizados son distracción física y esforzarse y tener éxito con un 24% y entre los 18-19 años son distracción física y buscar diversiones relajantes con un 32%. En el afrontamiento relacionado a los demás, el más utilizado tanto en el sexo masculino y el femenino es buscar apoyo espiritual, con un 31% y 25% respectivamente. Con respecto a la edad entre los 15- 17 años, así como entre los 18- 19 años es buscar apoyo espiritual con un 25% y 31% respectivamente, de igual manera concordando con el estudio realizado en Chile, en el que los adolescentes afrontan las situaciones de riesgo de forma positiva y esto ayuda a la toma de decisiones correctas que no afecten su salud física como emocional.



CAPITULO VI

CONCLUSIONES:

1. La presente investigación se realizó con la participación de 165 adolescentes de entre 15 a 19 años, de los cuales 64% son del sexo masculino y 36% del sexo femenino. La mayoría de los adolescentes proceden y residen en el área urbana con un 65% y 76% respectivamente, 47% adolescentes provienen de familias de tipo nuclear; es decir viven con padre, madre y hermanos.
2. Las situaciones de riesgo a las que están expuestos los adolescentes sujetos a estudio, dentro del campo escolar, de salud, familiar en el orden de frecuencia son: situaciones de violencia, migración de alguno de los miembros de su familia, relaciones sexuales de riesgo, consumo de algún tipo de droga, suicidio, problemas nutricionales, problemas para relacionarse y accidentes de tránsito.
3. Las formas de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante las diferentes situaciones de riesgo son dos, el uno enfocado en resolver el problema, en el cual predomina distracción física, seguido de fijarse en lo positivo. La otra forma es el afrontamiento relacionado con los demás, en el cual predomina buscar apoyo espiritual, algo que llama la atención es que utilizan con menor frecuencia ayuda profesional. También se ha identificado que los adolescentes tienen dificultad a la hora de resolver sus problemas.



RECOMENDACIONES:

Una vez concluida la investigación sugerimos las siguientes recomendaciones:

1. Los directivos de la institución deberían impulsar a que tanto el departamento psicológico como el médico, planifiquen estrategias de promoción de la salud y prevención de las situaciones de riesgo.
2. El departamento de psicología debe trabajar con los adolescentes y de ser posible con sus familiares sobre las situaciones de riesgo a las que con mayor frecuencia están expuestos sus representados.
3. El departamento médico debe elaborar un plan de actividades anuales ya sea con charlas, mesas redondas, ferias de salud principalmente en temas relacionados con salud sexual y reproductiva, nutrición adecuada, entre otras acciones, para lo cual podría gestionar en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca.
4. Realizar un seguimiento aquellos adolescentes que han sido identificados con situaciones de riesgo, tratando de brindar soluciones a las mismas.
5. Incentivar a las actividades recreativas y de ocio de manera habitual, en la cual los adolescentes participen de manera activa.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. UNICEF, Estado mundial de la infancia 2011: La adolescencia una época de oportunidades, [Internet] 2011, (citado en 26/12/2014), p.19-25. Disponible en:
http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
2. INEC, Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones 2013. [Internet] Quito 2013, (citado en 11/04/2015), p.33. Disponible en:
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf
3. ROSALES Priscila y SÁNCHEZ Andrea, Escuela para padres dirigidos a prevención de problemas psicosociales que afectan a los estudiantes, Cuenca-Ecuador: 2008. [Internet]. Disponible en:
<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1532/1/06709.pdf>
4. OPS-OMS. Prevención del suicidio 2012. Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio. [Internet]. Disponible en:
<file:///C:/Documents%20and%20Settings/ONE/Mis%20documentos/Downloads/suicidio%20epidemiologia.pdf>
5. FRACTAL, REV. PSICOL. Vol. 22 No.1. Estrategias de afrontamiento en adolescentes. Rio de Janeiro Jan./Apr. 2010, [Internet], (citado en 10/09/2015). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922010000100003>
6. ALVAREZ JIMENEZ Juana María, Características del desarrollo Psicológico de los Adolescentes, 2010 [Internet], (citado en 23/12/2014), Disponible en:
http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_28/JUANA MARIA ALVAREZ JIMENEZ 01.pdf
7. MORA GUTIÉRREZ Sergio. Desarrollo y maduración del cerebro adolescente Facultad de Medicina. Universidad de Chile 2014 [Internet], (citado en 09/09/2015) Disponible en:
<http://www.educacionyneurociencias.cl/wp/wpcontent/uploads/2014/08/Desarrollo-y-maduracion-Cerebro-Adolescente.pdf>



8. Un estudio de Civial y Justicia Vial y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).[Internet]. ECUADOR año 2012 Pagina 1 disponible en [:http://www.eluniverso.com/2012/03/11/1/1447/discapacidades-secuela-accidentes-transito.html](http://www.eluniverso.com/2012/03/11/1/1447/discapacidades-secuela-accidentes-transito.html)
9. COMISIÓN DE TRÁNSITO DEL ECUADOR .Accidentes de *tránsito* registrados *por* la CTE en las *provincias* de Guayas, Santa Elena y carreteras de los Ríos y el Oro (heridos y fallecidos) *por* rango de edad. 2012[Internet], (citado en 02/09/2015), Disponible en: www.cte.gob.ec/wp-content/.../RESUMEN-DE-ACCIDENTES-2012.pdf
10. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe Mundial sobre las Drogas 2014. Viena Australia 2014. [Internet] p. 1, (citado en 01/04/2015). Disponible en: http://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf
11. CONSEP. Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años.[Internet] Quito 2012, (citado en 01/04/2015)p. 6-13, Disponible en: http://www.consep.gob.ec/descargas/Resumen_Ejecutivo_4ta_ENCUESTA_A_ESTUDIANTES_2012_2.pdf
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolos de atención Integral a Adolescentes.[Internet] Ecuador 2009, (citado en 07/04/2015) p.132, Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D87.pdf
13. OMS Obesidad y Sobrepeso. 2014. [Internet]. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
14. Banco Mundial en América Latina [Internet]. Obesidad en Latinoamérica. Noviembre del 2013. Disponible en : <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/11/19/obesidad-america-latina>
15. ANDES. Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica [Internet]. Sobrepeso en niños. Febrero del 2013. Disponible en : <http://www.andes.info.ec/es/no-pierda-sociedad/menos-seis-cada-100-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-ecuador-tienen-sobrepeso.html>



- 16.OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. [Internet] p. 12. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
- 17.PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS. La desnutrición Crónica en América Latina y el Caribe 2013. [Internet] p.1. Disponible en : http://www.nu.org.bo/wpcontent/uploads/2013/03/pma_desnutricioninfantil.pdf
- 18.UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Estado de la Población Mundial 2013: Maternidad en la Niñez. New York 2013. [Internet],(citado en 11/04/2015) p. 4, Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
- 19.MSP-ECUADOR, MIES. Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, [Internet]. Quito 2008, (citado en 10/04/2015) p.3. Disponible en: <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>
- 20.CERCA Ecuador, cuidado de la salud reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad, [Internet] Cuenca 2013, (citado en 11/04/2014) p.4. Disponible en: <http://www.cies.edu.ni/documentos/cerca/INFORME%20CERCA%20ECUADOR%20WEB.pdf>
- 21.Cámara de Diputados de los Estados Unidos Mexicano: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis Subdirección de Análisis de Política Interior. El embarazo en Adolescentes, [Internet] México 2013, (citado en 11/04/2015) p. 6. Disponible en: www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf
- 22.UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Estado de la Población Mundial 2013: Maternidad en la Niñez.[Internet], New York 2013(citado en 11/04/2015) p (6,7) , Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
- 23.MSP-ECUADOR, MIES. Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, [Internet].Quito 2008. (citado en 10/04/2015)p 3-4. Disponible en: <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>



24. UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Estado de la Población Mundial 2013: Maternidad en la Niñez [Internet]. New York 2013. ,(citado en 11/04/2015) p. 5. Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
25. Ehrenfeld Lenkiewicz, Nohemí, Embarazo en adolescentes: encrucijada de varios universos, en Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, Año 19, Núm. 45, Enero-Junio de 1999, Universidad Autónoma Metropolitana, México, p. 223.
26. UNICEF, Estado mundial de la infancia 2011: La adolescencia una época de oportunidades, [Internet] New York 2011, (citado en 12/04/2015) p. 24. Disponible en:http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
27. INEC, Anuario de Estadísticas hospitalarias: Camas y Egresos 2011, [Internet] Quito, (Citado en 12/04/2015) p. 24, Disponible en: http://inec.gob.ec/estadisticas_sociales/Cam_Egre_Hos_2011/anuario.pdf
28. Narváez Bahamonde Patricio y Neira Peralta Andrés, Estudio comparativo de las características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador. 2008. [Internet] (Tesis previa a la obtención del título de médico). Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2008; p. 30 Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3447/1/MED11.pdf>
29. CERCA Ecuador, cuidado de la salud reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad, [Internet] Cuenca 2013, (Citado en 11/04/2014) p. 33, Disponible en: <http://www.cies.edu.ni/documentos/cerca/INFORME%20CERCA%20ECUADOR%20WEB.pdf>
30. DNI-E. Defensa de los Niños Internacional-Sección Ecuador. Niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH-SIDA. 2010. [Internet] Disponible en: <https://www.fundacionnuestrosjovenes.org.ec/.../BibliotecaVIH/17.%20N>



31. OMS, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, [Internet] Ginebra 2002, (citado en 11/04/2015) p. 3. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf
32. OMS y UNODC, Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014, [Internet] Suiza 2014, (citado en 28/04/2015) p. 1. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145089/1/WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf
33. UNICEF, Ocultos a Plena luz: Un análisis estadístico de la violencia contra los niños, [Internet] New York 2014, (citado en 28/04/2015) p. 3 y 4. Disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/ocultos-a-plena-luz-2bis.pdf>
34. Violencia infligida por la pareja. [Internet] Washington DC, 2013, (citado en 14/04/2015) p. 3. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf
35. OPS Y OMS, Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. [Internet] Washington DC, 2013, (citado en 14/04/2015) p. 3. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf
36. Organización Internacional para las Migraciones. OIM 2013. Informe sobre las migraciones en el mundo. [Internet] p. 40. Disponible en: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2013_SP.pdf
37. SICREMI. Migración Internacional de las Américas 2011. Primer Informe del Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas [Internet]. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/7629.pdf?view=1>
38. OCDE. Tasa de suicidio en adolescentes 2012 [Internet]. Epidemiología del Suicidio en la Adolescencia y Juventud. Disponible en: <http://radio.uchile.cl/2012/03/24/tasa-de-suicidio-adolescente-es-la-mas-alta-de-latinoamerica>



39. QUITO Vanessa. Análisis Sistémico Estructural de las Familias con un miembro con ideación y/o intento de suicidio 2012[Internet]. Disponible: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/2694/1/tm4661.pdf>
40. FRYDENBERG, E. y LEWIS, R. (1996). Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para adolescentes. Madrid: TEA, adaptación Española. (orig. 1993).



ANEXOS

ANEXO No.1

TABLA DEL TIPO DE FAMILIA AL QUE PERTENECEN

Tipo de familia	F	%
Nuclear	78	47
Extensa	22	13
Monoparenteral	57	35
Vive solo	8	5
Total	165	100

ANEXO No.2

TABLA, RESUMEN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES.

Formas de Afrontamiento	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Enfocado en resolver el problema	156	95	9	5	165	100
Relacionado a los demás	109	66	56	34	165	100
Adolescentes que presentan dificultad para solucionar las situaciones de riesgo	139	84	26	16	165	100



ANEXO 3



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

Cuenca, 18 de Diciembre del 2014

Mgt. Paola Riofrio

Directora de la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa.

Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Yo Patricia Alexandra Espinoza Loja y Viviana Magali Barahona Gualpa, estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca , Facultad de Ciencias Médicas; solicitamos de la manera más comedida, nos autorice realizar en la Institución en la cual usted acertadamente dirige, el proyecto de investigación titulado: **“SITUACIÓN DE RIESGO Y LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEMPORAL MIGUEL MERCHÁN OCHOA SECCIÓN NOCTURNA. CUENCA 2015”**.
Previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería.

La información obtenida será utilizada únicamente con fines científicos, guardando confidencialidad de la misma. El beneficio para los estudiantes que participen será conocer los resultados de la investigación, los cuales permitirán crear estrategias de intervención.

Agradecemos por la favorable acogida que se sirva dar a la presente.

Atentamente

Patricia Espinoza

Viviana Barahona



ANEXO 4



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL

“SITUACIÓN DE RIESGO Y LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEMPORAL MIGUEL MERCHÁN OCHOA SECCIÓN NOCTURNA. CUENCA 2015.”

La presente investigación tiene como directora Mgt. Amparito Rodríguez, la cuál será desarrollada por Patricia Alexandra Espinoza Loja y Viviana Magali Barahona Gualpa estudiantes de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

El objetivo de la presente investigación es determinar la situación de riesgo y las formas de afrontamiento en los adolescentes que asisten a la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa sección nocturna de la ciudad de Cuenca.2014-2015.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes puntos.

Riesgos del Estudio: La participación de su hijo/a o representado en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y emocional.



Beneficios: La información obtenida será utilizada en beneficio de los estudiantes, en este estudio se determinará a qué situaciones de riesgo están expuestos los adolescentes sujetos a estudio y cuáles son las formas de afrontamiento. Los resultados de esta investigación permitirán crear estrategias de intervención.

Confidencialidad. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

La participación es voluntaria: La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea que hijo/a o representado participe en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Preguntas: Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese a los números de las responsables de la investigación que exponen a continuación: Patricia Alexandra Espinoza Loja Cel.: 0984701357 y Viviana Magali Barahona Gualpa Cel.: 0939170959 desde ya le agradecemos su participación.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea que su hijo/a o representado participe, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

Yo (padre/madre/representante legal)

_____ Con cédula de identidad
_____, libremente y sin ninguna presión, acepto

que mi hijo/a o representado participe en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que yo provea en el



curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación y que libremente puedo decidir sobre la participación de mi hijo/a o representado sin que esto acarree perjuicio alguno. Me han indicado también que mi hijo/a o representado tendrá que responder un formulario de recolección de datos.

Firma del Representante legal / Padre y/o madre de familia



ANEXO 5



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería.

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES

**“SITUACIÓN DE RIESGO Y LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEMPORAL MIGUEL MERCHÁN
OCHOA SECCIÓN NOCTURNA. CUENCA 2015”**

Nombre del Alumno _____

Curso: _____

La presente investigación tiene como directora Mgt. Amparito Rodríguez, la cuál será desarrollada por Patricia Alexandra Espinoza Loja y Viviana Magali Barahona Gualpa estudiantes de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

El objetivo de la presente investigación es determinar la situación de riesgo y las formas de afrontamiento en los adolescentes que asisten a la Unidad Educativa Temporal Miguel Merchán Ochoa sección nocturna de la ciudad de Cuenca.2015.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes puntos.



Riesgos del Estudio: Su participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y emocional.

Beneficios: La información obtenida será utilizada en beneficio de los estudiantes, en este estudio se determinará a qué situaciones de riesgo están expuestos los adolescentes sujetos a estudio y cuáles son las formas de afrontamiento. Los resultados de esta investigación permitirán crear estrategias de intervención.

Confidencialidad. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

La participación es voluntaria: La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea o no participar en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Preguntas: Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese a los números de las responsables de la investigación que exponen a continuación: Patricia Alexandra Espinoza Loja Cel.: 0984701357 y Viviana Magali Barahona Gualpa Cel.: 0939170959 desde ya le agradecemos su participación.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de asentimiento.



Yo _____, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma de la adolescente _____

Fecha _____



ANEXO 6



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

“SITUACIÓN DE RIESGO Y LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA TEMPORAL MIGUEL MERCHÁN OCHOA SECCIÓN NOCTURNA. CUENCA 2015”

Instrucciones: Por favor marca con una X en el cuadrado de la opción que elijas como respuesta a cada una de los ítems, solo debes marcar 1 respuesta para cada ítem.

1. **Edad:** _____ años **Año que cursa:**

2. **Sexo:**

Masculino

Femenino

3. **Procedencia:**

Zona Urbana SI NO

Zona Rural SI NO

4. **Residencia:**

Zona Urbana SI NO

Zona Rural SI NO

5. **Tipo de familia a la que pertenece**

Nuclear SI NO

Extensa SI NO



Monoparental SI NO

Vive solo SI NO

6. Relaciones sociales y familiares, desarrollo cognitivo, desarrollo de la identidad, desarrollo afectivo

¿Tienes problemas para establecer relaciones de amistad?

SI NO

¿Tienes problemas para relacionarte con los miembros de tu familia?

SI NO

¿Consideras que la familia es el pilar fundamental de la sociedad?

SI NO

¿Te sientes identificado con tu familia?

SI NO

¿Estas conforme con tu apariencia física?

SI NO

¿Crees que eres importante para la sociedad?

SI NO

¿Te sientes identificado con la cultura de la cual procedes?

SI NO

**7. Situaciones de riesgo o de daño****Marque con una x la respuesta.**

PREGUNTAS	SI	NO
¿Has sido víctima de un accidente de tránsito?		
¿Has sido víctima de violencia física?		
¿Has sido víctima de violencia psicológica?		
¿Has sido víctima de robo o asalto?		
¿Has tenido relaciones sexuales?		
¿Has tenido relaciones sexuales sin protección?		
¿Has tenido relaciones sexuales sin tu consentimiento?		
¿Has tenido más de una pareja sexual?		
¿Te has realizado una prueba de VIH Sida alguna vez?		
¿Sabes a dónde acudir para realizarte la prueba de VIH?		
¿Estuviste o estás embarazada?		
¿Te has practicado un aborto?		
¿Eres madre o padre?		
¿Durante el último mes has bebido alcohol?		
¿Durante el último mes has consumido algún tipo de droga?		
¿Tienes algún familiar en otro país?		
¿Alguna vez has tenido ideas suicidas?		
¿Conoces el caso de algún adolescente en tu colegio		



que se haya suicidado?		
¿Sabe usted si ha tenido bajo peso?		
¿Tienes sobrepeso?		

8. Formas de afrontamiento ante las situaciones de riesgo o de daño.

¿Cómo afrontas ante una situación de riesgo o de daño en tu vida cotidiana?

	Casi Nunca 1	Raras veces 2	Siempre 3
Buscar diversiones relajantes.			
Esforzarse y tener éxito.			
Distracción física			
Fijarse en lo positivo			
Concentrarse en resolver el problema			
Buscar apoyo espiritual			
Invertir en amigos íntimos			
Buscar ayuda profesional			
Buscar apoyo social			
Buscar pertenencia			
Acción social.			
Auto inculparse			
Hacerse ilusiones			
Ignorar el problema			



Falta de afrontamiento o no afrontamiento			
Preocuparse			
Reservarlo para sí			
Reducción de la tensión			
Puntuación			