



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

Modalidad Proyecto de Investigación

TEMA

**“RIESGOS DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y ESTILO DE VIDA EN
ADOLESCENTES. ESTUDIO EXPLORATORIO.”**

Estudiante:

CONFORME BENALCAZAR MARIA JOSE

TUTOR:

DR. ISRAEL MAYO PARRA, PHD

Periodo 2025-2

CERTIFICACIÓN DE AUTORIA

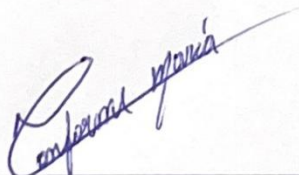
Certificación de Autoría

Yo, Conforme Benalcazar María José, estudiante de la carrera de Psicología, en calidad de autora del trabajo de investigación titulado: *“Riesgos de trastornos del comportamiento y estilo de vida en adolescentes. Estudio Exploratorio”*, modalidad Proyecto de Investigación, declaro que el mismo ha sido desarrollado cumpliendo con los principios éticos, metodológicos y académicos establecidos por la Institución.

Asimismo, declaro que el contenido presentado en este estudio corresponde exclusivamente a mi autoría, asumiendo la responsabilidad académica y legal derivada de su elaboración y presentación.

Autorizo la digitalización y publicación del presente trabajo en el repositorio institucional, con fines estrictamente académicos y no comerciales, conforme a lo establecido en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.


Para constancia de lo expuesto, firmo la presente certificación en la ciudad de Manta, año 2025.



Conforme Benalcazar María José

C.I. 1351755739

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante: **Conforme Benalcazar María José**, legalmente matriculada en la carrera de Psicología, período académico 2025-2, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es: "Riesgos de trastornos del comportamiento y estilo de vida en adolescentes. Estudio exploratorio".

El presente proyecto de investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 23 de enero del 2026.

Lo certifico,



Dr C. Israel Mayo Parra
Docente Tutor
Área: Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

Dedico esta tesis, en primer lugar, a mis padres y sobrinos quienes siempre han deseado verme llegar lejos y han sido un pilar fundamental en mi formación personal y profesional, brindándome su apoyo y motivación constante.

Asimismo, dedico esta tesis a Daniel, quien se convirtió en un apoyo importante durante este proceso, acompañándome y brindándome ánimo en los momentos de mayor dificultad.

Finalmente, me dedico este logro a mí misma, por persistir a pesar de haber querido rendirme en muchas ocasiones, por resistir ante un proceso complejo y por dar este paso más hacia mis objetivos y aspiraciones personales y profesionales.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la carrera de Psicología, por haber contribuido a mi formación académica y personal, permitiéndome adquirir experiencia y desarrollar habilidades necesarias para mi futuro profesional.

Expreso mi sincero agradecimiento a mi tutor/a de tesis Dr C. Israel Mayo, por la paciencia, comprensión y disposición permanente para orientarme, así como por el acompañamiento brindado durante el desarrollo de este trabajo de investigación.

A los docentes que formaron parte de mi proceso formativo, por sus enseñanzas y aportes académicos que fortalecieron mi crecimiento profesional.

De manera especial, agradezco a mis compañeros, en particular a Katherine, Jhon y Neiser, quienes se convirtieron en una red de apoyo fundamental, acompañándome y brindándome ánimo en los momentos más difíciles del proceso, cuando estuve a punto de rendirme.

Finalmente, agradezco este proceso formativo, ya que más allá de lo académico, me dejó el aprendizaje de que uno puede llegar hasta donde se lo proponga, incluso cuando el camino resulta complicado y exige resistir.

Índice

Introducción	1
Justificación del estudio	2
Objetivo General.....	3
Objetivos específicos	3
Problema de la investigación	4
CAPITULO I: MARCO TEORICO	5
1.1. Los Trastornos del Comportamiento	5
1.1.1. Factores de riesgo.....	9
1.1.2. Antecedentes en el Estudio del Estilo de Vida en Adolescentes con Trastornos de Comportamiento.....	12
1.2. El enfoque tradicional del estilo de vida	16
1.3. Enfoque personológico del estilo de vida.....	20
CAPITULO II: METODOLOGIA	25
A. Tipo de Investigación	25
B. Tipo del estudio.	25
C. Sujetos, población y muestra.	25
D. Operacionalización de Variables.....	26
E. Descripción de métodos, técnicas e instrumentos	28
F. Procedimiento.....	29

G.	Tratamiento de datos	30
H.	Validez de la investigación.....	30
I.	Manejo de Datos.....	31
J.	Consideraciones éticas.....	32
CAPITULO III: RESULTADOS.....		33
CONCLUSIONES		48
RECOMENDACIONES.....		50
Bibliografía		51

Índice de tablas

Tabla 1 Cuadro de Operacionalización de Variables.....	26
Tabla 2 Cuadro de Operacionalización de Variables.....	27
Tabla 3 Sistema Individual de roles según grupos de riesgo	34
Tabla 4 Sistema Individual de Contactos Comunicativos según grupos de riesgo....	37
Tabla 5 Orientación Temporal Según Grupos de riesgo.....	38
Tabla 6 Afrontamiento centrado en la emoción según grupos de riesgo	40
Tabla 7 Afrontamiento centrado en la evitación según grupos de riesgo	41
Tabla 8 Afrontamiento centrado en el problema según grupos de riesgo.....	43
Tabla 9 Configuración Oportunidad de Salud según grupo de riesgo	44
Tabla 10 Configuración Punto Crítico según grupo de riesgo.....	45
Tabla 11 Configuración Confluencia Crítica según grupo de riesgo.....	47

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar los riesgos de trastornos de conducta y estilo de vida en adolescentes, con el fin de identificar factores asociados que permitan generar estrategias preventivas para su bienestar integral. Se utilizó una perspectiva cuantitativa, con un diseño descriptivo, de tipo transversal, la muestra estuvo conformada por 116 adolescentes escolarizados seleccionados al azar dentro de la institución educativa Colegio Luis Arboleda Martínez cumpliendo con los criterios de inclusión como ser estudiantes del colegio técnico Luis Arboleda Martínez, tener edad de entre 13 a 18 años y disposición en participar. Para cumplir con el objetivo se aplicaron 2 instrumentos, Cuestionario de Factores de Riesgo de Trastornos de Comportamiento en Adolescentes (FRTCA-2) y el Cuestionario de Autorreporte del Estilo de Vida (EV-4). Los resultados evidencian la presencia de un grupo significativo de adolescentes con alto riesgo de desarrollar trastornos de conducta, asociado a configuraciones específicas del estilo de vida caracterizadas por acumulación de tensiones y limitaciones en los recursos de regulación personal y social. El análisis comparativo entre adolescentes de alto y bajo riesgo mostró diferencias significativas en los sistemas de roles, la orientación temporal y los estilos de afrontamiento, observándose en el grupo de alto riesgo un predominio de estrategias emocionales y evitativas, y en el grupo de bajo riesgo un mayor uso del afrontamiento centrado en el problema. En conjunto, los hallazgos confirman una asociación significativa entre el riesgo conductual y la interacción de los constituyentes del estilo de vida.

Palabras claves: Estilo de vida, enfoque personológico, trastorno del comportamiento, adolescentes.

Abstract

This study aims to characterize the risks of behavioral and lifestyle disorders in adolescents, in order to identify associated factors that will allow for the development of preventive strategies for their overall well-being. A quantitative approach was used, with a descriptive, cross-sectional design. The sample consisted of 116 randomly selected adolescent students from the Luis Arboleda Martinez School, meeting the inclusion criteria of being students of the Luis Arboleda Martinez Technical School, being between 13 and 18 years old, and being willing to participate. To achieve the objective, two instruments were used: the Adolescent Behavioral Disorders Risk Factors Questionnaire (FRTCA-2) and the Lifestyle Self-Report Questionnaire (EV-4). The results show the presence of a significant group of adolescents at high risk of developing behavioral disorders, associated with specific lifestyle configurations characterized by accumulated stress and limitations in personal and social regulation resources. The comparative analysis between high- and low-risk adolescents showed significant differences in role systems, time orientation, and coping styles. The high-risk group exhibited a predominance of emotional and avoidant coping strategies, while the low-risk group showed greater use of problem-focused coping. Taken together, the findings confirm a significant association between behavioral risk and the interaction of lifestyle components.

Keywords: Lifestyle, personological approach, behavioral disorder, adolescents.

Introducción

En la actualidad los adolescentes enfrentan una complejidad creciente de factores sociales, familiar, culturales y personales que influyen directamente en su comportamiento y estilo de vida. La adolescencia, comprendida como una etapa de transición vital, no solo implica cambios biológicos, sino también la construcción de identidad, la toma de decisiones y la interiorización de valores, por lo que se convierten en un periodo sensible al desarrollo de patrones de conducta saludables o de riesgo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) señala que los trastornos del comportamiento son más frecuentes entre los adolescentes jóvenes que en los de mayor edad, destacando que el trastorno de comportamiento disocial caracterizado por conductas destructivas o desafiantes afecta al 3.6% de los adolescentes entre 10 y 14 años, y al 2,4% de aquellos entre 15 y 19 años.

El modo de vida ha sido tratado tradicionalmente como el estigma de restringir ciertas costumbres como el ejercicio, la alimentación o el uso de sustancias. No obstante, el estilo de vida se fundamenta en la personología, según lo expone Mayo (2021); es decir, responde a elecciones individuales complejas, repetitivas y organizadas que representan la interacción entre el individuo y su ambiente. Este punto de vista posibilita el examinar no solamente los resultados evidentes del modo de vida, sino también su raíz en lo social, emocional y psicológico, lo cual brinda al asunto un enfoque más profundo y original.

A nivel nacional, en Ecuador, Castro et al. (2023) advierte que los trastornos mentales en la adolescencia tienen efectos negativos en distintas regiones del país, tales como el bajo rendimiento académico, comportamientos agresivos y antisociales, y dificultades en la adaptación social. De igual manera, un estudio realizado en una unidad educativa de la ciudad de Ibarra donde se evidenció una relación directa entre el clima socio-familiar y la presencia de conductas antisociales y delictivas en adolescentes, lo que refuerza la necesidad de

considerar las condiciones del entorno como determinantes claves en el desarrollo adolescente.

Frente a esta realidad, el presente estudio adquiere pertinencia ya que busca prevenir conductas de riesgo mediante la comprensión del estilo de vida como un factor asociado al desarrollo de trastornos del comportamiento.

Este trabajo no solo responde a una necesidad actual, sino que también representa un aporte innovador al integrar una visión compleja del estilo de vida con los riesgos psicosociales del comportamiento adolescente, lo que permitirá construir estrategias más efectivas para su abordaje preventivo y educativo.

Justificación del estudio

La adolescencia es un proceso de transformación que influyen directamente en la consolidación de la personalidad y en la manera en que los adolescentes enfrentan su entorno. Por tanto, comprender como la personalidad se vincula con el estilo vida durante esta etapa resulta clave para prevenir posibles riesgos en la salud mental y el comportamiento.

El desarrollo en el adolescente está intrínsecamente relacionado a la formación de su personalidad, ya que es un proceso complejo no solo en su fisiología sino también cambios cognitivos, emocionales y sociales que impulsan la búsqueda de identidad y la individualización a través de la aceptación grupos de su entorno (a esto me refiero que en la adolescencia en su camino de ser un individuo único y diferente buscan a sus pares con rasgos similares) . A medida que el adolescente experimenta transformaciones físicas y psíquicas, construye un sentido de sí mismo a través de la exploración de sus valores, la consolidación de relaciones interpersonales más estables y la creciente independencia de su familia. no es corrección es otra forma de decirlo si te parece conciso.

Desde una perspectiva social, esta investigación adquiere relevancia al centrarse en los adolescentes del Colegio Técnico Luis Arboleda, un grupo que como muchos en el país puede verse expuesto a factores de riesgo que condicionan su bienestar, detectar tempranamente signos de estilo de vida funcionales o vulnerables puede contribuir a la prevención de conductas problemáticas o incluso trastornos del comportamiento.

En el ámbito profesional este estudio brinda herramientas de análisis para psicólogos, educadores que estén involucrados en el acompañamiento de adolescentes. La identificación de patrones de personalidad asociados a estilo de vida de riesgos permitirá diseñar intervenciones con una perspectiva integral.

Desde el punto de vista científico, la investigación aporta al estudio de la relación entre cómo trabaja la personalidad en el estilo de vida y conducta, integrando marcos teóricos actualizados y métodos cualitativos que permiten captar la complejidad del fenómeno en su contexto real.

El incentivo que impulsa este trabajo se base en la sensibilidad y compromiso hacia las problemáticas que enfrentan los adolescentes, estudiar como sus decisiones cotidianas y su configuración interna pueden influir en su conducta, es una manera de contribuir a su crecimiento y construcción de una sociedad más consciente de una problemática presente.

Objetivo General

1. El presente estudio tiene como objetivo caracterizar los riesgos de trastornos de conducta y estilo de vida en adolescentes, con el fin de identificar factores asociados que permitan generar estrategias preventivas para su bienestar integral.

Objetivos específicos

1. Medir los riesgos de trastornos de conducta en adolescentes.

2. Caracterizar los constituyentes del estilo de vida en adolescentes con bajo y altos niveles de riesgo de trastornos del comportamiento.
3. Explorar posibles asociaciones entre el nivel de riesgo de trastorno del comportamiento y el estilo de vida de los sujetos de la muestra.

Problema de la investigación

Los adolescentes enfrentan una multiplicidad de influencias familiares, sociales, culturales y personales que pueden condicionar la adopción de estilos de vida saludables o de riesgo. Diversos estudios indican que la adolescencia es una etapa en la que emergen con mayor frecuencia los trastornos del comportamiento, como el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial, cuya aparición se asocia a factores tanto individuales como contextuales (American Psychiatric Association, 2013; OMS, 2024).

En el contexto ecuatoriano, diversos estudios han evidenciado la relación entre condiciones sociofamiliares adversas y la aparición de conductas antisociales en adolescentes (Castro et al., 2023). Estos hallazgos sugieren que la interacción entre personalidad y estilo de vida desempeña un papel central en el desarrollo de comportamientos de riesgo, lo que plantea la necesidad de un análisis más profundo de estos factores en los adolescentes.

En este sentido, la presente investigación se plantea la siguiente pregunta problema.

¿Cuál es la asociación entre los constituyentes psicológicos del estilo de vida y el riesgo de trastornos del comportamiento en adolescentes escolarizados de 13 a 18 años?

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1. Los Trastornos del Comportamiento

Los trastornos del comportamiento en la adolescencia representan un desafío significativo para la salud mental pública, con implicaciones profundas tanto para los individuos afectados como para la sociedad en general, estos patrones de comportamiento disruptivo no solo impactan el desarrollo personal y académico, sino que también pueden sentar las bases para problemas más graves en la edad adulta.

Comprender la naturaleza, prevalencia, factores de riesgo y el papel del estilo de vida en estos trastornos es crucial para implementar estrategias de prevención e intervención efectivas por lo que se abordará estos aspectos, ofreciendo una visión integral de los riesgos asociados con los trastornos de conducta en adolescentes.

La conceptualización de los trastornos de comportamiento ha evolucionado a través de distintos sistemas de clasificación diagnóstica. Hidalgo y Hernández (2020), señalan que las clasificaciones internacionales de enfermedades (CIE), distinguen solo dos categorías principales de los trastornos del comportamiento, que son el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial (traducido como "trastorno de conducta" en español). Esta clasificación difiere en su organización con el enfoque del Manual Diagnóstico y Estadístico de enfermedades Mentales (DSM-5), que integra estas entidades dentro de una categoría más amplia, evidenciando variaciones en la estructura diagnóstica entre los sistemas por lo cual esta diferencia subraya la complejidad inherente a la categorización de estas afecciones.

El estudio realizado por Riveros, Garrido y Reyes Bossio (2025) tuvo como objetivo identificar los principales factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en un grupo de 218 adolescentes mujeres de 12 a 18 años, a través de herramientas, la Escala EAT para evaluar el riesgo de Trastornos de la Alimentación, Eating

Attitudes Test o EAT-26 y el El Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3 (EDI-3); sus resultados indican que la obsesión por la delgadez, las conductas bulímicas y el ascetismo son los predictores más relevantes para el desarrollo de estos trastornos, mientras que el miedo a la madurez y el desajuste emocional ejercen una influencia menos significativa.

El DSM-5 (texto revisado), en su sección de Trastornos Disruptivos, del Control de los Impulsos y de la Conducta, define a los trastornos del comportamiento como aquellos que se manifiestan en comportamientos que violan los derechos de los demás (p. ej., agresión, destrucción de la propiedad) y/o que lleven al individuo a un conflicto significativo con las normas sociales o figuras de autoridad, además agrupa condiciones que implican problemas en el autocontrol de emociones y comportamientos como el trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta, también el trastorno explosivo intermitente, la piromanía, la cleptomanía y el trastorno de personalidad antisocial, entre otros (De Arriba et al., 2021). Esta amplia clasificación resalta la diversidad de manifestaciones bajo el paraguas de los problemas de autocontrol, enfatizando la necesidad de un enfoque diagnóstico diferenciado.

Para entender las particularidades que presente este trastorno Eddy (2020) aclara que los sujetos con trastornos del comportamiento presentan déficits en el procesamiento de estímulos emocionales, sobre todo la angustia y el miedo. Por otra parte, y siguiendo esta línea emocional Frick (2021), indica que, aunque las investigaciones muestran asociaciones modestas entre la empatía y la agresión en general, se ha evidenciado que los déficits de empatía juegan un papel fundamental en aquellos niños que presentan trastornos del comportamiento acompañados de rasgos elevados de insensibilidad emocional (IM)

Esto nos podría dar una perspectiva más profunda de un elemento esencial en el trastorno de conducta que está presente en la infancia hasta la adolescencia y que podría

explicar la normalización de la violencia resultando el daño significativo a otros. Lo autores logran determinar que, en los adolescentes con trastornos de conducta, es frecuente encontrar dificultades para interpretar adecuadamente las señales emocionales, en especial aquellas vinculadas con el miedo y la angustia. Investigaciones recientes han mostrado que, aunque la relación entre empatía y agresión suele ser moderada, la carencia de empatía se vuelve un factor determinante cuando estos cuadros se acompañan de altos niveles de insensibilidad emocional. Comprender este vínculo ofrece una visión más profunda de cómo, desde la niñez hasta la adolescencia, ciertos rasgos pueden facilitar la normalización de la violencia y la producción de daños relevantes hacia otras personas.

Complementando estas definiciones, Vergara y Jama (2022), describen las conductas disruptivas como comportamientos que obstaculizan el ambiente educativo, caracterizados por la falta de autocontrol, agresividad, violencia, irritabilidad, peleas y faltas de respeto. Estas manifestaciones no deben ser vistas meramente como problemas de disciplina, sino como posibles indicadores tempranos de trastornos del comportamiento, “sugiriendo alteraciones psicológicas subyacentes que requieren una intervención preventiva oportuna”. (pag.18)

Ante lo mencionado por la autora las conductas disruptivas se definen como acciones que interfieren negativamente en el entorno escolar, manifestándose a través de falta de control, agresividad, violencia, irritabilidad, peleas y faltas de respeto, estas conductas no deben considerarse únicamente como problemas disciplinarios, sino que pueden ser señales iniciales de trastornos del comportamiento, reflejando posibles alteraciones psicológicas que necesitan ser atendidas a tiempo mediante intervenciones preventivas.

Refiriéndonos específicamente al trastorno de conducta en la población adolescente es un indicador preocupante de su impacto en la salud pública, por ello en una revisión

sistemática se evidenció la prevalencia global del trastorno de conducta en 186.056 niños y adolescentes de 35 países, la cual se obtuvo como resultado prevalencia global del 8% para el trastorno de conducta, que incluyó al 7% de mujeres y al 11% de hombres (Mohammadi et al., 2021). Esta cifra subraya la necesidad de programas de detección temprana y prevención.

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), revela que uno de cada siete jóvenes entre 10 y 19 años padece algún tipo de trastorno mental, lo que representa el 15% de la carga mundial de morbilidad entre los adolescentes. Esta estadística pone de manifiesto la alta prevalencia de afecciones psicológicas en la adolescencia y recalca la urgencia de abordar los trastornos del comportamiento como parte integral de esta problemática de salud mental.

Villanueva y Ríos (2018) señalan que “tanto las características emocionales y cognitivas del individuo como la calidad de las relaciones familiares son factores decisivos que influyen en la aparición y desarrollo del trastorno de conducta y del trastorno por déficit de atención e hiperactividad”. (pag.15)

De acuerdo con lo que los autores han indicado, los rasgos emocionales y cognitivos individuales contribuyen a las relaciones familiares. Estos son factores cruciales que impactan en la aparición y evolución de la conducta en aquellos individuos que padecen déficit de atención.

Profundizando en la prevalencia específica de los trastornos del comportamiento, Hidalgo y Hernández (2020), indican que en los adolescentes, la prevalencia oscila entre el 1.5% y el 3.4%, y la diferencia entre sexos se reduce en esta etapa aparte en la adolescencia, el trastorno disocial (TD) es más común, y es crucial considerar que su aparición a edades tempranas, aunque infrecuente, incrementa significativamente la probabilidad de una sintomatología más grave en la adolescencia y el desarrollo de un trastorno antisocial en la

edad adulta, esta progresión resalta la importancia de la intervención temprana para mitigar riesgos a largo plazo.

En cuanto a la distribución geográfica, Wu et al. (2022), señalaron que, en 2019, el incremento más significativo en el trastorno de conducta se observó en América del Norte (países de altos ingresos), seguida por Asia Oriental y Asia Meridional. Este dato sugiere que factores socioeconómicos y culturales pueden influir en la manifestación y detección de estos trastornos a nivel regional, lo que demanda estudios contextualizados y respuestas adaptadas.

1.1.1. Factores de riesgo

Comprender los factores de riesgo es esencial para la prevención de los trastornos del comportamiento, un factor de riesgo es cualquier característica, evento o exposición que aumenta la probabilidad de que un individuo desarrolle una condición adversa, en este caso, un trastorno de conducta, estos factores no actúan de forma aislada, sino que interactúan en una compleja red causal.

Ampliando la perspectiva sobre los factores de riesgo, Salas (2018), ofrece un marco analítico valioso ya que, propone que los riesgos en la adolescencia pueden entenderse a través de tres componentes principales: los procesos evolutivos propios de esta etapa (como la búsqueda de identidad y la impulsividad), los valores socioculturales que pueden incentivar la asunción de riesgos, y la influencia del entorno social. Este último incluye dimensiones cruciales como la familia, el grupo de pares, los vínculos escolares y comunitarios, y el impacto masivo de los medios de comunicación, todos los cuales pueden condicionar significativamente las conductas adolescentes.

Por otro lado, Carratalá y Julián (2023) afirman que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes españoles están asociados a factores biológicos como el índice de masa corporal elevado, factores psicológicos como la comorbilidad con trastornos

como la depresión y la ansiedad, y factores familiares como la calidad de las dinámicas familiares. Los cuales se determina que los trastornos de conducta ya sea en el ámbito alimentario está asociado a factores biológicos que determina la masa corporal elevada, factores psicológicos y factores de la familia.

Los autores también destacan que, a pesar de la relevancia de los factores socioculturales en el desarrollo de los TCA, existe una notable carencia de estudios que evalúen estos factores en la población adolescente española, lo que limita la comprensión completa de los riesgos asociados a estos trastornos (Carratalá-Ricart & Julián, 2023).

Se logra determinar que los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes se relacionan con diversos factores biológicos, como un índice de masa corporal elevado, además de factores psicológicos como la presencia de depresión y ansiedad, y aspectos relacionados con las dinámicas familiares. Aunque los factores socioculturales también influyen en el desarrollo de estos trastornos, la falta de estudios específicos en adolescentes limita una comprensión más profunda de los riesgos implicados. Esta combinación de elementos subraya la complejidad de los trastornos alimentarios y la necesidad de abordajes integrales en su prevención e intervención.

En el contexto ecuatoriano, múltiples estudios recientes han evidenciado la presencia de diversos comportamientos de riesgo en adolescentes. Coronado (2022), en un estudio cualitativo transversal en Ambato, encontró que el 73.2% de estudiantes de enfermería de 15 a 17 años consumían psicoactivos, y un alarmante 85.9% no percibía el alcohol y tabaco como drogas, lo que señala una grave falta de conocimiento sobre sustancias. Asimismo, investigaciones de Vera et al. (2023), en la provincia de Carchi, revelaron que más del 70% de los adolescentes habían probado alcohol al menos una vez, destacando como factores de riesgo la falta de ejercicio y la influencia del grupo de pares. Estos hallazgos resaltan la

vulnerabilidad de los adolescentes ecuatorianos a conductas de riesgo que pueden ser precursores o coexistir con trastornos de conducta.

Investigaciones recientes subrayan el papel crucial de la identificación temprana del trastorno de conducta (TC) y el trastorno negativista desafiante (TND) como precursores del Trastorno de Personalidad antisocial por ello se presta especial atención a los factores de riesgo biológicos, ambientales y psicosociales, incluyendo la predisposición genética, la dinámica familiar y la adversidad socioeconómica (Mazza, et al. 2025).

Se puede deducir que los factores de riesgo para los trastornos del comportamiento son multifactoriales y repercuten en cada uno de ellos creando una reacción dinámica. Villanueva y Ríos (2018) destacan que “los factores individuales y familiares son predominantes en ambos trastornos, siendo las variables emocionales y cognitivas las más frecuentes en los factores individuales y la calidad de la relación entre padres e hijo en los factores familiares”.(pag.5)

Los autores han indicado previamente que el trastorno de conducta, como el negativista desafiante, es influido notablemente por los factores individuales y familiares. Dentro de los aspectos individuales, las emociones y los procesos cognitivos son los que más se destacan, por otro lado, en el ámbito familiar, la calidad de la relación entre padres e hijos se presenta como un elemento clave que influye en la aparición y desarrollo de estos trastornos.

Fernández y Silva (2025) encontraron que el 80,07 % de los adolescentes evaluados presentaron un funcionamiento familiar disfuncional, mientras que el 41,3 % mostró niveles leves de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos del comportamiento. Los autores concluyen que, aunque no se observó una relación significativa entre el funcionamiento familiar y los factores de riesgo, la presencia de factores protectores como modelos a seguir

positivos, apoyo de maestros o mentores y redes de apoyo entre pares contrarrestaron los efectos negativos del mal funcionamiento familiar.

Una revisión bibliográfica de Paredes y Patiño (2020), logró agrupar los principales comportamientos de riesgo en adolescentes en cinco grandes dominios: violencia y lesiones no intencionales, consumo de sustancias, salud mental, salud sexual y hábitos inadecuados asociados a enfermedades crónicas, esta clasificación visibiliza la interconexión de los factores que inciden en la calidad de vida de los jóvenes y la necesidad de estrategias integrales de prevención.

La revisión demuestra que los trastornos del comportamiento adolescente son multifactoriales, arraigados en una compleja red de riesgos individuales, familiares y socioambientales. Sin embargo, para ir más allá de la mera identificación de estos peligros, es crucial entender cómo se expresan mediante la conducta diaria. Por ello, el siguiente apartado profundizará en los antecedentes del estudio del estilo de vida en adolescentes con trastornos, con el fin de establecer las bases empíricas que vinculan los hábitos cotidianos.

1.1.2. Antecedentes en el Estudio del Estilo de Vida en Adolescentes con Trastornos de Comportamiento

Si bien se ha explorado la compleja interacción entre los trastornos de conducta y los factores de riesgo, es fundamental también considerar cómo el enfoque empirista del estilo de vida ha sido conceptualizado y estudiado en relación con la salud y el bienestar adolescente, este enfoque, a menudo centrado en la promoción de hábitos saludables desde una perspectiva más convencional, ofrece una base importante para entender las intervenciones preventivas y las estrategias de promoción de la salud que buscan mitigar los riesgos asociados a los comportamientos disruptivos, a continuación, profundizaremos en cómo estas

perspectivas empiristas se integran en la comprensión y abordaje de los trastornos del comportamiento.

El estilo de vida de los adolescentes, definido por un conjunto de conductas interrelacionadas, juega un papel crucial en su bienestar físico y mental, y su relación con los trastornos de conducta es cada vez más evidente. Black et al. (2024), coinciden en que comportamientos específicos pueden promover o amenazar la salud, entre los de mayor impacto se encuentran los denominados "Big Six": alimentación inadecuada, inactividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, privación del sueño y uso problemático de dispositivos electrónicos.

De acuerdo con estudios revisados, la adolescencia es un periodo donde los hábitos se forman e internalizan principalmente a través de las interacciones con el entorno psicosocial y cultural. En esta etapa, la influencia de los pares adquiere un peso considerable, incluso llegando a superar a la de la familia, en la regulación del comportamiento diario, lo que explica la importancia de diseñar programas preventivos que tengan en cuenta esta transición en las fuentes de referencia social.

La investigación de Black et al. (2024) evidencia que estos comportamientos no solo se presentan de forma aislada, sino que a menudo coexisten y se retroalimentan, incrementando exponencialmente la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, incluyendo los trastornos de conducta. (pag.5). Ante lo mencionado por el autor se logra determinar que los comportamientos que presentan la mayoría de los jóvenes lo hacen a través del aislamiento, en donde a menudo coexiste en su retroalimentado y además esto le limita a mejorar su salud mental.

Durante la adolescencia, los estilos de vida tienden a establecerse como patrones relativamente permanentes que afectan la salud física, emocional y social de los jóvenes,

cuando estos patrones carecen de prácticas saludables y se desarrollan en ambientes familiares o escolares poco favorables, aumenta la probabilidad de que se presenten conductas de riesgo y dificultades en la adaptación social. Por ello, entender estas dinámicas resulta esencial para diseñar estrategias preventivas que fomenten ambientes más saludables y protectores para este grupo.

En contraste, Bennansar, et al. (2023) realiza un estudio sobre el uso de las TIC (Tecnologías de la información y la comunicación) y su influencia en estilos de vidas saludables en los estudiantes, en el cual refiere hábitos saludables desde una edad temprana, puede influir a una promoción de una alimentación saludable, el sueño adecuado y el tiempo dedicado a actividades físicas y recreativas, evitando el sedentarismo, caso contrario se corre el riesgo de sufrir problemas en la salud uno de ellos trastornos del comportamiento.

Posteriormente, un estudio en adolescentes de 68 países encontró una alta prevalencia de comportamiento sedentario (37,2%), siendo más elevado en las Américas (46,9%) y más bajo en el sudeste asiático (25,7%), este comportamiento se asoció con mayor angustia psicológica, mostrando una relación dosis-respuesta con los síntomas de salud mental, se evidencio que la asociación más fuerte fue en niñas, adolescentes más jóvenes y aquellos con menor apoyo parental (Shawon et al 2025). Estos hallazgos subrayan la importancia de promover hábitos de vida saludables como una estrategia preventiva clave en la salud mental adolescente.

Según Guerrero y Salazar (2010), el estilo de vida del adolescente está influenciado por múltiples factores sociales y educativos que actúan como moldeadores de su comportamiento cotidiano. La evidencia sugiere que los enfoques centrados únicamente en la transmisión de información o en la intervención individual carecen de efectividad si no se

incorporan estrategias contextuales e interdisciplinarias, que incluyan la participación de la familia, la comunidad y el sistema educativo. (pag,16)

Ante lo mencionado por el autor se logra determinar que el estilo de vida en los adolescentes se ve influenciado por múltiples factores ya sean en el ámbito social o en el educativo, los cuales sirven como moldeadores ante su comportamiento cotidiano. Para que tenga una mejor participación ante la sociedad y su estilo de vida no se vea influenciado por circunstancias negativas se determina que la familia, la comunidad y hasta el sistema educativo participe porque ellos son un pilar fundamental en su progreso.

La perspectiva transdisciplinaria que proponen Guerrero y Salazar (2010) plantea que, para lograr cambios sostenibles en los estilos de vida de los adolescentes, es necesario integrar conocimientos provenientes de la educación, la salud y las ciencias sociales. Esta integración permite abordar las causas estructurales de los comportamientos de riesgo y generar intervenciones más pertinentes y adaptadas a las realidades socioculturales de los jóvenes.

Programas de intervención como “Construyendo mi futuro”, han demostrado que el trabajo con adolescentes en situación de riesgo debe centrarse en el desarrollo de competencias interpersonales y de identidad personal (García et al. (2019). Estas iniciativas, al implementarse dentro de los contextos reales de vida de los jóvenes, facilitan la construcción de estilos de vida saludables y fortalecen su capacidad de adaptación frente a los desafíos propios de la adolescencia.

En síntesis, los trastornos del comportamiento en adolescentes son fenómenos complejos y multifacéticos, cuyas raíces se extienden a través de una complicada red de factores conceptuales, de prevalencia, de riesgo y de estilo de vida, desde las definiciones diagnósticas que diferencian sus manifestaciones, pasando por una prevalencia significativa

que demanda atención urgente en salud pública, hasta la identificación de factores de riesgo individuales, familiares y socioambientales, y la influencia crucial de los hábitos diarios, cada aspecto subraya la necesidad de un enfoque integral, esta evidencia preliminar ha subrayado la necesidad de estrategias preventivas que busquen modificar los hábitos diarios, sin embargo, para entender cómo se han conceptualizado y medido estos hábitos a lo largo del tiempo, es esencial examinar el marco teórico que ha dominado la literatura, a continuación, se profundizará en el Enfoque Tradicional del Estilo de Vida, el cual ha sentado las bases para la identificación de los factores conductuales primarios en los adolescentes.

1.2. El enfoque tradicional del estilo de vida

El estudio del estilo de vida en la adolescencia ha cobrado gran relevancia en las últimas décadas, ya que se ha identificado como un factor crucial para el desarrollo integral de los jóvenes. Existen dos perspectivas principales para abordar este fenómeno: el enfoque empirista, que se centra en el análisis probado de las conductas, y el enfoque personológico, que profundiza en cómo la personalidad se expresa a través de los hábitos de vida con este objetivo se presenta una visión integral de ambos enfoques, sus conceptos claves que nos permiten entender que es el estilo de vida desde el primer enfoque y sus antecedentes

En las últimas décadas, los estilos de vida adoptados durante la adolescencia han sido objeto de creciente interés dentro de las ciencias de la salud y las ciencias sociales, debido a su influencia determinante sobre el desarrollo psicológico, emocional y físico de los individuos (Cabrera et al., 2025). Esta etapa evolutiva se caracteriza por ser un período de alta vulnerabilidad, en el que se configuran patrones de comportamiento que pueden mantenerse durante la vida adulta, sentando las bases para la salud o la enfermedad a largo plazo, la consolidación de hábitos en esta fase, ya sean saludables o de riesgo, impacta directamente la trayectoria vital del adolescente. Para García et al. (2022), comentan que:

Los estilos de vida se basan en la interacción entre las condiciones de vida y las pautas individuales de conducta, las cuales están determinadas por factores socioculturales y características personales. Este análisis se alinea con una perspectiva integral, ya que cada uno de estos elementos tiene una repercusión directa en el estilo de vida de los adolescentes, el enfoque empirista reconoce que las elecciones de un joven no ocurren en un vacío, sino que son el resultado de una compleja red de influencias, donde el entorno social (familia, amigos, escuela) y los rasgos personales se combinan para moldear sus comportamientos diarios. (pag. 51)

Se explica que los estilos de vida se construyen a partir de la interacción entre las condiciones sociales en las que vive el individuo y sus patrones personales de comportamiento, los cuales están influenciados por factores socioculturales y rasgos individuales. Este enfoque integral destaca que las decisiones de los adolescentes no son aisladas, sino que emergen de una compleja combinación de influencias, donde el entorno social como la familia, los amigos y la escuela se entrelaza con características personales para definir sus conductas cotidianas.

Por otro lado, revisiones sistemáticas y estudios poblacionales han puesto de manifiesto que el inicio temprano del consumo de sustancias, así como los hábitos inadecuados de sueño y el sedentarismo, se asocian con comportamientos autolesivos y riesgo suicida en esta población (Racz et al., 2025). Se entiende los hábitos como estilo de vida lo cual denota la urgencia de la prevención en la adolescencia, ya que el comienzo de hábitos inadecuados no solo afecta la salud física, sino que también tiene un impacto directo y severo en la salud mental, evidenciando una clara correlación entre el estilo de vida y los riesgos más graves de trastornos del comportamiento.

Un estudio descriptivo realizado por Campos et al. (2023), en adolescentes de establecimientos educacionales públicos del Biobío, Chile, concluyó que un bajo porcentaje de adolescentes presentaba estilos de vida saludables, y que las percepciones de sus contextos de desarrollo más próximos, como la familia, los establecimientos educacionales y el barrio, se relacionaron con estos estilos de vida, especialmente en la alimentación y la actividad física. Este hallazgo demuestra que existe un claro interés en la relación entre el estilo de vida y la salud psicológica en adolescentes, y resalta cómo el entorno social cercano es un factor determinante en la formación de hábitos entendidos nuevamente como estilos de vida, que impactan su bienestar general.

Un estudio realizado a 743 estudiantes de entre 14 y 19 años en España, con el objetivo de identificar las relaciones existentes entre un estilo de vida saludable y la autoestima, dio como resultado una asociación positiva entre la autoestima y hábitos positivos como una dieta sana, la relación, sin embargo, fue negativa con las dimensiones asociadas al consumo de sustancias González (2023). Estos hallazgos demuestran la clara interdependencia entre las elecciones de estilo de vida y el bienestar psicológico en la adolescencia.

Si nos referimos a otros países que no sean el Ecuador, por medio de un estudio en Chile reveló que pocos adolescentes mantienen estilos de vida saludables, siendo la percepción del entorno cercano como lo son la familia, escuela y barrio, estos son un factor clave en los hábitos, especialmente en alimentación y ejercicio, (Contreras, et al. 2019).

No se encontraron documentos que hicieran referencia a estudios específicos sobre la relación entre el estilo de vida en adolescentes y los trastornos del comportamiento sino como la consecuencia a desarrollar trastorno del comportamiento.

Esta carencia en la literatura científica subraya la pertinencia y la novedad del presente estudio, ya que los resultados que se obtengan podrían servir de base para futuras estrategias de prevención ya que el adolescente se desarrolla en diferentes contextos con diversos factores de riesgo que lo puedan hacer perder su rumbo.

A pesar de que el enfoque tradicional ha sido útil para diseñar campañas preventivas y de promoción de la salud, presenta limitaciones significativas denotando ser un modelo factorialista y empirista, lo que significa que a menudo se centra en la medición de factores aislados sin capturar la totalidad de la experiencia individual.

Además, el concepto de estilo de vida no está definido de manera unánime, y la falta de antecedentes específicos sobre su relación con los trastornos del comportamiento en adolescentes evidencia sus deficiencias es por ello que un enfoque más profundo, como el personológico, se vuelve esencial, al explorar la personalidad como la fuerza subyacente que guía el estilo de vida, podemos obtener una comprensión más completa de por qué los adolescentes actúan de la manera en que lo hacen, proporcionando una base más sólida para la prevención y la intervención.

El análisis de los antecedentes y del enfoque empirista ha sido crucial para establecer la correlación entre los hábitos de vida observables (alimentación, actividad física, consumo de sustancias) y los riesgos de trastornos del comportamiento en la adolescencia, no obstante, si bien esta perspectiva resulta efectiva para identificar los qué y los cuánto de la conducta, se revela insuficiente para abordar la complejidad del fenómeno, al no capturar la totalidad de la experiencia individual ni profundizar en las causas subyacentes de las elecciones de estilo de vida, por consiguiente, es fundamental trascender la visión factorialista y explorar el Enfoque Personológico del Estilo de Vida, el cual ofrece una comprensión más profunda al postular

que la personalidad es la base estructural que guía y moldea las elecciones de conducta del adolescente.

1.3. Enfoque personológico del estilo de vida

El enfoque personológico del estilo de vida considera que la personalidad y el estilo de vida están intrínsecamente relacionados, siendo el estilo de vida una manifestación externa de la personalidad. Este enfoque, propuesto por Mayo Parra, ve el estilo de vida como la subjetividad objetivada, es decir, la expresión conductual de la personalidad del individuo, para comprender a fondo el estilo de vida desde un enfoque personológico, es fundamental examinar sus constituyentes personológicos.

Desde un enfoque personológico, el estilo de vida se comprende como una expresión única de la subjetividad individual, configurado por sistemas de roles históricos y sociales que organizan la identidad del adolescente. Mayo Parra (2022) propone que este sistema de roles actúa como una matriz generativa que da forma a la manera en que cada joven articula su vida cotidiana desde lo personal y lo cultural (pag.7)

El autor menciona que el enfoque personológico ayuda al estilo de vida debido a que son diferentes sistemas de roles que actúa como una matriz generativa eso quiere decir que cada cosa que haga una y otra vez es debido a que eso lo va a forma como un joven bien articulado para su futuro sabiendo que es lo que desea ya sea en el ámbito personal y el cultural. Según Álvarez (2012), el estilo de vida no es solo una cuestión de hábitos individuales, sino un fenómeno moldeado por interacciones contextuales (pag.56). La autora destaca que para captar su complejidad es necesario trascender la mirada individual y considerar el entorno social e institucional en el que vive el adolescente

El enfoque personológico también enfatiza el desarrollo de la personalidad como una construcción relacional que integra aspectos afectivos, cognitivos y motivacionales. La

personalidad funciona como un sistema autorregulador, donde los motivos y formaciones motivacionales complejas dirigen la actuación individual, profundizando la comprensión del estilo de vida como configuración interna estructurada

Además, la motivación relacionada con la salud se reconoce como un componente fundamental de la personalidad que influye directamente en los estilos de vida adoptados, poniendo en evidencia la estrecha relación entre los factores psicológicos internos y la calidad de vida (Martínez, M et al, 2010). Por último, el estilo psicológico se presenta como una categoría superior en la organización de la personalidad que estructura el comportamiento y facilita el proceso de cambio, permitiendo así una comprensión integral de la diversidad humana (López, 2017).

Estos son, en esencia, los componentes del estilo de vida donde se expresan los contenidos más profundos de la personalidad. Se definen como aquellas cualidades comportamentales de carácter integrador y subjetivamente determinadas que, al ser observadas, permiten un conocimiento profundo de la personalidad del individuo a través de su estilo de vida. En otras palabras, son los elementos intrínsecos de la personalidad que se manifiestan directamente en los hábitos cotidianos y en la forma en que una persona toma sus decisiones día a día.

Estos componentes se dividen en dos categorías principales: los estructurales y los funcionales, cada uno ofreciendo una lente distinta para entender cómo la personalidad moldea la vida de un individuo. Además, este marco teórico reconoce que la intervención educativa debe ser integral y modelar simultáneamente lo interno y lo externo del sujeto. Así, una orientación verdaderamente personológica incorpora dimensiones afectivas, cognitivas y contextuales para fomentar vivencias significativas que reflejen y transformen la realidad del adolescente.

Desde una concepción psicológica, el estilo de vida es entendido como la forma típica y estable mediante la cual un sujeto expresa su personalidad en función de su contexto. Según Mayo Parra (2021), el estilo de vida refleja elecciones recurrentes que configuran la subjetividad individual y que no pueden reducirse a simples hábitos o conductas aisladas, este enfoque busca superar la tradicional dicotomía entre lo estructural y lo individual, al postular que la subjetividad posee una capacidad generativa que media entre lo social y lo personal.

La perspectiva de Mayo Parra (2021), busca capturar la totalidad integradora del sujeto en acción, este modelo reconoce el carácter configuracional del estilo de vida, donde las elecciones individuales adquieren sentido dentro de una estructura psicológica coherente y funcional. Es decir, no son comportamientos aislados, sino que forman un patrón que revela la esencia de la persona.

Los constituyentes estructurales del estilo de vida se refieren a las formas organizativas fundamentales en las que la personalidad se manifiesta a través del comportamiento. Estos incluyen el Sistema de Actividades Vitales, que organiza jerárquicamente las actividades del individuo, revelando sus prioridades e intereses; el Sistema Comunicativo, que designa la organización de los contactos y relaciones interpersonales, expresando el sentido subjetivo que la personalidad le confiere a sus interacciones; y el Sistema de Roles, que es una síntesis de los condicionantes sociales e individuales, manifestándose en cómo la persona integra su identidad con las demandas de los diferentes contextos sociales.

Por otro lado, los constituyentes funcionales se centran en los procesos dinámicos a través de los cuales la personalidad opera en el estilo de vida, estos son la Orientación Temporal, crucial para entender cómo el individuo percibe y gestiona el tiempo, influyendo en su planificación y regulación psíquica, la Autorrealización Personal, que se estudia a

través de la expresión comportamental del individuo al buscar y lograr su desarrollo pleno y aspiraciones; y las Estrategias de Afrontamiento, que son las diversas formas en que la persona maneja el estrés y los desafíos, revelando su personalidad y afectando su bienestar psicológico y salud mental.

Existe un estudio realizado por Mayo Parra et al. (2017), en el cual se presentan los resultados obtenidos en el estudio personológico y configuracional de personas con hipertensión. Se obtuvo como resultado que el riesgo de hipertensión no se debe solo a comportamientos aislados (como el tabaquismo o la mala alimentación), sino a la forma en que estos comportamientos se integran y organizan en el estilo de vida de cada persona, especialmente en relación con sus conflictos, fuentes de estrés y su capacidad de autocuidado, este estudio es importante ya que evidencia la eficacia de la aplicación de este enfoque, sin embargo, no es realizado a adolescentes, lo cual es pertinente para este estudio.

Por otro lado, también existen estudios enfocados en el estilo de vida desde este mismo enfoque aplicados a directivos, docentes, pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y delincuentes, identificando configuraciones específicas y disfuncionales en cada grupo (Mayo Parra, 2021). De estos estudios, es importante recalcar el grupo de delincuentes, ya que se evidencia que es relevante para la prevención de comportamientos antisociales antes de que lleguen a convertirse en problemas graves o, más relacionado con este estudio, "trastornos del comportamiento".

El estudio más actual del estilo de vida desde un enfoque personológico es el de Mayo Parra et al. (2025), el cual mostró que las configuraciones comportamentales varían entre adolescentes obesos y no obesos, lo que sugiere que el estilo de vida juega un papel crucial en la obesidad, este hallazgo es importante, ya que se evidencia el enfoque personológico del estilo de vida, sin embargo, no es aplicado a trastornos del comportamiento.

Martínez et al. (2010), destacan que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que abarca tanto aspectos objetivos, como las condiciones de vida, como subjetivos, como la satisfacción personal con esas condiciones.

Los autores señalan que la motivación hacia la salud es un componente esencial de la personalidad, influenciado por factores psicobiológicos y psicosociales, y juega un papel crucial en la adopción de estilos de vida saludables y en la mejora de la calidad de vida (Martínez et al., 2010). No se encuentran más antecedentes específicos de estudios realizados sobre riesgos de trastornos del comportamiento en adolescentes y estilo de vida desde este enfoque, por lo cual es pertinente que la información que resulte de este estudio sirva para la prevención.

Finalmente, el enfoque personológico destaca la singularidad irreplicable de cada adolescente como protagonista de su trayectoria. Como señala un recurso didáctico en línea, este enfoque fomenta la potenciación de los recursos personales para que los adolescentes construyan proyectos de vida resilientes y coherentes con sus experiencias y aspiraciones.

CAPITULO II: METODOLOGIA

La presente investigación adopta un enfoque cuantitativo ya que se pretende medir, analizar de manera objetiva las características de los constituyentes del estilo de vida en adolescentes con trastorno del comportamiento.

Es una investigación descriptiva puesto que el objetivo principal es ‘‘caracterizar los riesgos de trastornos de conducta y estilo de vida en Adolescentes’’.

A. Tipo de Investigación

Tiene un enfoque cuantitativo ya que pretende medir, analizar de manera objetiva las características de los constituyentes del estilo de vida en adolescentes con riesgos de trastornos del comportamiento.

B. Tipo del estudio.

La presente investigación es de tipo transversal no experimental con un alcance descriptivo.

C. Sujetos, población y muestra.

El presente estudio se realizó con un enfoque cuantitativo con la selección de estudiantes del colegio Técnico Luis Arboleda Martínez con una muestra de 116 estudiantes lo cual se dividió por cada curso para que sea equitativo, en cuanto al género se trató de ser lo más justos, aunque pudieron existir sesgos ya que existen más hombres que mujeres por la razón de que es un colegio Técnico, y por grupos etarios de 13 a 18 años.

Criterios de inclusión

-Sean estudiantes del colegio técnico Luis Arboleda Martínez

- Edad entre 13 a 18 años

- Disposición en participar

Criterios de exclusión

- Edad fuera del rango establecido (<13 o >18 años)

- No completar los instrumentos asignados

D. Operacionalización de Variables

Tabla 1

Cuadro de Operacionalización de Variables

Variable	Definición	DIMENSIÓN		INDICADOR
		Trastorno	Tipo de Factor de Riesgo	
Riesgos de trastornos del comportamiento o	Los factores de riesgo son múltiples, tanto biológicos como ambientales, y pueden actuar como factores predisponentes, precipitantes o que perpetúan la conducta, (Eddy, 2020).	CRAS	Individual	1,2,3
			Familiar	4,5,6
			Comunitario	7,8,9
		TC	Individual	10,11,12
			Familiar	13,14,15
			Comunitario	16,17,18
		TA	Individual	19,20,21
			Familiar	22,23,24
			Comunitario	25,26,27
		TEPT	Individual	28, 29, 30
			Familiar	31, 32, 33
			Comunitario	34, 35, 36
		DEP	Individual	37,38,39
Familiar	40,41,42			
TDS	Comunitario	43,44,45		
TDS	Individual	46,47,48		

		Familiar	49,50,51
		Comunitario	52,53,54
		Individual	55,56,57
	ANX	Familiar	58,59,60
		Comunitario	61,62,63
		Individual	64,65,66
	TOD	Familiar	67,68,69
		Comunitario	70,71,72

Autores: Estudiante Conforme María

Tabla 2

Cuadro de Operacionalización de Variables

Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Estilo de vida	Mayo (1999) Estilo de vida y personalidad, se menciona que el estilo de vida es entendido como la expresión de las configuraciones subjetivas de la acción.	Sistema de roles	Roles personales Roles familiares Roles profesionales Roles sociales	<i>EV-4</i> , Pregunta I
		Sistema de actividades	Psicosomáticas Psicofuncionales Sociopsicológicas	<i>EV-4</i> , Pregunta II
		Sistema comunicativo	Espirituales Amplitud Contenido	<i>EV-4</i> , Pregunta III
		Orientación temporal	Pasado Presente Futuro	<i>EV-4</i> , Pregunta IV
		Autorrealización	Prosocialidad Consumo cultural	<i>EV-4</i> , Pregunta V
		Estrategias de afrontamiento	Problémica Evitativa Emocional	<i>EV-4</i> , Pregunta VI

Autores: Estudiante Conforme María

E. Descripción de métodos, técnicas e instrumentos

Siguiendo la propuesta metodológica configuracional de Mayo Parra, se utilizarán los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Factores de Riesgo de Trastornos de Comportamiento en Adolescentes (FRTCA-2).

El FRTCA-2 es una versión actualizada y ampliada del Cuestionario de Factores de Riesgo de Trastornos de Comportamiento (FRTC), previamente validado por Mayo et al. (2019). Este instrumento está conformado por nueve dimensiones que agrupan un total de 27 ítems, orientados a la evaluación de factores de riesgo en tres esferas: individual, familiar y comunitaria. Su diseño se basa en los trastornos de mayor prevalencia en la adolescencia y juventud, tomando como referencia los criterios diagnósticos del DSM-5, entre ellos: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastorno del espectro autista, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno por consumo de sustancias, trastornos de control de impulsos y trastorno negativista desafiante.

La aplicación del cuestionario se realiza mediante una escala tipo Likert de cinco puntos (1 = ausencia de riesgo, 5 = riesgo muy elevado), en la que puntuaciones más altas reflejan un nivel de riesgo superior, tanto en cada dimensión como en el resultado global. Este instrumento permite calcular un índice total de riesgo, identificar riesgos específicos asociados a cada trastorno y determinar el ámbito predominante (individual, familiar o comunitario).

Cuestionario de Autorreporte del Estilo de Vida (EV-4)

El EV-4 es un instrumento basado en el enfoque personológico del estilo de vida y constituye la herramienta principal de una metodología que integra técnicas complementarias

como la Narración de vida, el Anecdotario y la Hoja del Día, desarrolladas por Mayo (1999) y Gutiérrez (2003). De naturaleza mayormente cuantitativa, el cuestionario evalúa el comportamiento público de distintas categorías de población, excluyendo a la infantil. Puede aplicarse de manera individual, ya sea como entrevista semiestructurada o en formato digital, y sus resultados se triangulan posteriormente con las demás técnicas asociadas.

El cuestionario está compuesto por 87 ítems distribuidos en 10 bloques. Los seis primeros exploran los componentes personológicos del estilo de vida: sistema de roles, sistema de actividades vitales, sistema comunicativo, orientación temporal, autorrealización y afrontamiento de conflictos. Los cuatro bloques restantes indagan sobre mecanismos de integración y configuración, así como sobre conductas y contextos disfuncionales que generan estrés. Las respuestas se registran en una escala de tres puntos (“No me caracteriza”, “Me caracteriza”, “Me caracteriza mucho”). Una versión anterior (EV-3) fue validada en Cuba por Catillo (2011), y las versiones posteriores han sido empleadas en investigaciones publicadas (Mayo & Gutiérrez, 2018; Mayo, 2021; Mayo et al., 2025).

F. Procedimiento

Para procurar el orden en esta investigación se siguió a continuación una secuencia para poder obtener los mejores resultados para lo cual en octubre del 2025 se realizó la socialización del estudio en la unidad educativa, explicando el propósito de la investigación, sus objetivos, beneficios esperados, posibles riesgos o cualquier duda que surja, al finalizar este espacio para las dudas se entregó el consentimiento informado en físico, este documento incluyó una breve introducción, los objetivos planteados, la metodología que se llevó a cabo así como la declaración de aceptación voluntaria a participar.

Durante los siguientes meses, se realizó la aplicación de instrumentos ya antes mencionados, con el objetivo de caracterizar los estilos de vida de adolescentes con riesgos

de trastornos del comportamiento, por medios digitales como Google forms para sistematizar más eficaz el trabajo.

Finalizada la recolección de información, se llevó a cabo el análisis de los resultados, que consistirá en la tabulación y el procesamiento estadístico descriptivo de los datos obtenidos.

Responsable: Estudiante María Conforme

Lugar: Colegio Técnico Luis Arboleda Martinez

G. Tratamiento de datos

La investigación se desarrollará en varias fases:

Socialización del estudio. En la tercera semana de septiembre se realizó una reunión informativa en la institución educativa, explicando los objetivos, beneficios, posibles riesgos y aclarando dudas de los participantes, se entregó, el consentimiento informado a los adolescentes y sus representantes legales.

Recolección de datos. Se aplicaron los instrumentos (FRTCA-2 y EV-4) en formato digital mediante Google Forms, garantizando mayor eficiencia en la sistematización.

Procesamiento de datos. Se procedió a la tabulación y análisis de los resultados mediante estadística descriptiva y análisis correlacional.

Devolución de resultados. Se realizó una jornada de retroalimentación con los participantes y la institución, informando de manera general los hallazgos del estudio.

H. Validez de la investigación

Validez del cuestionario autodescriptivo del estilo de vida (EV-4)

El EV-4 es un cuestionario sustentado en el enfoque personológico del estilo de vida. Se trata del instrumento fundamental de una metodología que incluye otras técnicas (Narración de vida, Anecdotario y Hoja del Día), elaboradas por Mayo (1999) y Gutierrez (2003). El mismo es básicamente cuantitativo y enfocado en el comportamiento público de diferentes categorías de sujetos (excepto niños). Se administra en forma individual (como entrevista semiestructurada o como formulario en línea), para luego triangular sus respuestas con las demás técnicas. Una versión previa de este instrumento (EV-3) fue validada en Cuba por Catillo, E. (2011) y sucesivas versiones de este instrumento se han utilizados en investigaciones ya publicadas (Mayo & Gutiérrez, 2018; Mayo, 2021; Mayo et al., 2025)

Validez del Cuestionario de Factores de Riesgo de Trastornos de Comportamiento en Adolescentes (FRTCA-2).

El Cuestionario de Factores de Riesgo de Trastornos de Comportamiento en Adolescentes (FRTCA-2) presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.96.41 lo que indica un alto nivel de confiabilidad interna. Si bien el instrumento se encuentra en proceso de validación, su aplicación fue considerada pertinente debido al alcance exploratorio del presente estudio, el cual no pretende realizar generalizaciones de los resultados obtenidos, sino aportar evidencia descriptiva sobre los factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento en la población adolescente.

I. Manejo de Datos

Se utilizó la estadística descriptiva calculando los porcentajes de las frecuencias observadas en cada una de las tablas.

J. Consideraciones éticas

El estudio cumplirá con los principios éticos de la investigación en psicología establecidos por la American Psychological Association (2017), asegurando la confidencialidad de los datos, la participación voluntaria y el consentimiento informado. No se prevén riesgos significativos para los participantes, sin embargo, en caso de detectar indicadores de alto riesgo en algún adolescente, se recomendará a la institución educativa la derivación al área de consejería estudiantil o a servicios de salud especializados.

Todos los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron evaluados y aprobados por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH) bajo el código CEISH-Uleam_0367, garantizando el cumplimiento de los principios éticos, el respeto a los derechos de los participantes y la confidencialidad de la información recopilada.

CAPITULO III: RESULTADOS

En la **Tabla 3** se observa un predominio de los sistemas de roles estrechos: las configuraciones *Estrecho* (37 casos) y *Estrecho familiar* (39 casos) concentran 76 participantes, es decir, cerca de dos tercios de la muestra, mientras que las configuraciones amplias (*Amp-familiar-pareja*, *Amp-pareja-social*, *Amp-familiar-social* y *Amplio-equilibrado*) reúnen el tercio restante. En términos de riesgo, 72 participantes se ubican en el grupo de bajo riesgo y 44 en el grupo de alto riesgo.

Al desagregar el grupo de alto riesgo, se aprecia que este se concentra principalmente en las configuraciones estrechas y centradas en la familia o la pareja. En efecto, *Estrecho familiar* reúne 14 casos de alto riesgo y *Estrecho* 12, lo que representa aproximadamente el 32 % y el 27 % del total de participantes en alto riesgo, respectivamente. A ello se suma la configuración *Estrecho-pareja*, con 6 casos de alto riesgo sobre un total de 9 (66,7 % dentro de este tipo), lo que apunta a una proporción especialmente elevada de riesgo cuando la vida de la persona se organiza en torno a un número reducido de roles centrados en la pareja. La configuración *Amp-familiar-pareja* también presenta una proporción relevante de alto riesgo (7 de 19 casos; 36,8 %), mientras que en el grupo *Amplio-equilibrado* se observan 2 casos de alto riesgo sobre 6 (33,3 %), con predominio del bajo riesgo en esta última configuración.

En síntesis, los resultados muestran que, aunque el alto riesgo está presente en todas las configuraciones, tiende a concentrarse en los sistemas de roles más estrechos y fuertemente focalizados en la familia y la pareja, mientras que las configuraciones más amplias y equilibradas se asocian relativamente más con el grupo de bajo riesgo.

En la Tabla 3 se observa la distribución del sistema individual de roles según grupos de riesgo en una muestra de 116 participantes. Predominan con claridad las configuraciones centradas en pocos contextos: las variantes *Estrecho* (37 casos) y *Estrecho familiar* (39 casos), junto con *Estrecho-pareja* (9 casos), agrupan en conjunto 85 personas, es decir, más de dos tercios de la muestra. Las configuraciones amplias (*Amp-familiar-pareja*, *Amp-pareja-social*, *Amp-familiar-social* y *Amplio-*

equilibrado) son minoritarias y, salvo Amp-familiar-pareja (19 casos), muestran frecuencias muy bajas. En términos globales, 44 participantes se ubican en el grupo de alto riesgo y 72 en el grupo de bajo riesgo.

Al desagregar por grupos de riesgo, se aprecia que el alto riesgo se concentra de manera notable en las configuraciones estrechas y focalizadas en la familia y la pareja. Las variantes Estrecho familiar y Estrecho reúnen 14 y 12 casos de alto riesgo, respectivamente, lo que representa la mayor parte de los participantes en esta condición. La configuración Estrecho-pareja presenta 6 casos de alto riesgo sobre un total de 9, lo que indica una proporción particularmente elevada cuando la vida cotidiana se organiza casi exclusivamente alrededor del vínculo de pareja. Entre las configuraciones amplias, Amp-familiar-pareja registra también una proporción relevante de alto riesgo (7 de 19 casos), mientras que en Amplio-equilibrado se observan 2 casos de alto riesgo sobre 6, con predominio del bajo riesgo en esta última.

Desde el enfoque psicológico del estilo de vida, estos resultados indican que el alto riesgo tiende a asociarse con sistemas de roles poco diversificados y fuertemente concentrados en la familia y la pareja, lo que limita las posibilidades de redistribuir tensiones y encontrar apoyos en otros escenarios de actividad. En contraste, las configuraciones más amplias y relativamente equilibradas entre distintos contextos de participación muestran una mayor presencia de casos en el grupo de bajo riesgo, lo que sugiere que la diversificación y el equilibrio del sistema de roles operan como factores protectores en la organización psicológica de la vida cotidiana.

Tabla 3

Sistema Individual de roles según grupos de riesgo

	Amp- familia r- pareja	Amp- pareja- social	Amp- .fami liar- social	Amplio- equilibra do	Estrecho	Estrecho familiar	Estrecho- pareja	Total
Alto	7	1	2	2	12	14	6	44

Bajo	12	0	3	4	25	25	3	72
Total	19	1	5	6	37	39	9	116

Autores: Estudiante Conforme María y tutor Israel Mayo, 2026

En la Tabla 4 se presenta la distribución del Sistema Individual de Contactos Comunicativos según grupos de riesgo en una muestra de 116 participantes. Globalmente, predominan los niveles intermedios de contactos: el nivel medio agrupa 65 personas (más de la mitad de la muestra), seguido del nivel bajo con 43 casos, mientras que las configuraciones extremas ‘nulo y alto’ son poco frecuentes (3 y 5 casos, respectivamente). Esta estructura sugiere que, en términos formales, la mayoría de los participantes dispone de una red comunicativa moderada, ni claramente restringida ni plenamente extensa.

Al diferenciar por grupos de riesgo, se observan matices relevantes. En el grupo de alto riesgo ($n = 44$), predomina de manera marcada el nivel medio de contactos comunicativos (31 casos), acompañado de 8 casos en nivel bajo y muy pocos en los extremos nulo (2) y alto (3). En el grupo de bajo riesgo ($n = 72$), en cambio, se aprecia una distribución más equilibrada entre niveles bajo y medio (35 y 34 casos, respectivamente), con presencia escasa de configuraciones nulas o muy altas. Así, mientras en el alto riesgo la mayoría se concentra en un sistema comunicativo de tipo intermedio, en el bajo riesgo se combina de forma más balanceada un núcleo de contactos relativamente restringido con redes de alcance medio.

Desde el enfoque psicológico del estilo de vida, estos resultados indican que el riesgo no se asocia de manera lineal con la cantidad de contactos comunicativos, sino con el modo en que estos se organizan y funcionan en la vida cotidiana. En el grupo de alto riesgo, la predominancia de sistemas de contactos de nivel medio puede interpretarse como redes suficientes para generar demandas, conflictos y tensiones, pero no necesariamente lo bastante diversificadas ni estables para sostener procesos de apoyo, reconocimiento y regulación

subjetiva. En el grupo de bajo riesgo, la combinación de redes más acotadas y redes de alcance medio sugiere sistemas comunicativos más selectivos y posiblemente más coherentes con los roles y proyectos de vida, donde la protección no proviene de la expansión indiscriminada de contactos, sino de la calidad, estabilidad y articulación de los vínculos en la configuración personalógica del sujeto.

En la Tabla 4 se presenta la distribución del Sistema Individual de Contactos Comunicativos según grupos de riesgo (N = 116). Globalmente, predominan los niveles intermedios de contactos comunicativos: el nivel medio concentra 65 participantes y el nivel bajo 43, mientras que los extremos —contactos nulos (3 casos) y muy altos (5 casos)— son poco frecuentes. Esta estructura indica que la mayoría de las personas dispone de redes de relación de alcance moderado, sin llegar ni al aislamiento ni a una expansión extrema de contactos.

Al diferenciar por grupos de riesgo, se observan configuraciones diferenciadas. En el grupo de alto riesgo (n = 44), la mayoría se sitúa en el nivel medio de contactos comunicativos (31 casos), con una menor presencia en los niveles bajo (8 casos) y alto (3 casos), y solo 2 casos con contactos nulos. En el grupo de bajo riesgo (n = 72), en cambio, la distribución se reparte casi por igual entre los niveles bajo (35 casos) y medio (34 casos), con presencia marginal de contactos nulos (1 caso) y muy altos (2 casos). Así, mientras en el alto riesgo predomina una red de contactos de alcance medio, en el bajo riesgo se combinan de forma más equilibrada sistemas de contactos bajos y medios.

Desde el enfoque personalógico del estilo de vida, estos resultados indican que el riesgo no se asocia de forma lineal con la mera cantidad de contactos comunicativos. En el grupo de alto riesgo, los sistemas de alcance medio podrían corresponder a redes suficientemente amplias como para generar demandas, conflictos y tensiones, pero no necesariamente lo bastante diversificadas ni selectivas como para sostener de manera estable

el apoyo y el reconocimiento subjetivo. En el grupo de bajo riesgo, la combinación de redes más acotadas con redes de alcance medio sugiere sistemas comunicativos más regulados y consistentes con los roles y proyectos vitales de las personas, donde la protección parece depender menos de la expansión de contactos y más de la calidad, estabilidad y articulación de los vínculos que integran el sistema individual de contactos comunicativos.

Tabla 4

Sistema Individual de Contactos Comunicativos según grupos de riesgo

	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Total
Alto	2	8	31	3	44
Bajo	1	35	34	2	72
Total	3	43	65	5	116

Autores: Estudiante Conforme María y tutor Israel Mayo, 2026

En la Tabla 5 se presenta la distribución de la orientación temporal según grupos de riesgo en una muestra de 116 participantes. En el conjunto total, predominan dos configuraciones: la orientación indeterminada (36 casos) y la orientación centrada en el pasado (33 casos), que en conjunto reúnen cerca de dos tercios de la muestra. En menor proporción aparecen los perfiles de equilibrio temporal (12 casos), pasado-presente (13 casos), pasado-futuro (9 casos) y presente-futuro (7 casos, con baja frecuencia de orientaciones puras al futuro (4 casos) y al presente (2 casos). Este patrón sugiere que, en términos psicológicos, la mayoría de los sujetos organiza su experiencia temporal bien alrededor de referencias biográficas pasadas, bien desde configuraciones difíciles de encasillar en un solo horizonte (indeterminadas o mixtas), mientras que son pocos quienes se ubican en orientaciones claramente presentes o futuristas.

Al diferenciar por grupos de riesgo, se aprecian matices relevantes. En el grupo de alto riesgo (n = 44) predomina la orientación al pasado (13 casos), seguida del perfil de equilibrio temporal (8 casos) y de las configuraciones combinadas pasado-presente, presente-

futuro e indeterminada (6 casos en cada categoría). Llama la atención la ausencia de orientaciones puras al presente en este grupo y la presencia apenas marginal de una orientación exclusivamente futurista (1 caso). En el grupo de bajo riesgo ($n = 72$), en cambio, la categoría más frecuente es la orientación indeterminada (30 casos), seguida nuevamente por la orientación al pasado (20 casos), mientras que las restantes configuraciones — equilibrio, combinaciones mixtas y orientaciones puras al presente o al futuro— se distribuyen en frecuencias bajas. En síntesis, tanto en alto como en bajo riesgo se mantiene el peso de las referencias al pasado, pero en el bajo riesgo la mayoría se agrupa en posiciones temporales no polarizadas o de difícil delimitación.

Desde el enfoque psicológico del estilo de vida, estos resultados indican que la orientación temporal se configura como un constituyente complejo, cuyo vínculo con el riesgo no es lineal ni reducible a “más futuro = menos riesgo” o “más pasado = más riesgo”. En el grupo de alto riesgo, la centralidad del pasado, junto con combinaciones pasado-presente y presente-futuro, puede interpretarse como una organización de la experiencia marcada por el peso de eventos biográficos y por la coexistencia tensa entre lo ya vivido y lo que se espera, con un presente poco tematizado. En el grupo de bajo riesgo, la alta proporción de orientaciones indeterminadas sugiere trayectorias en las que el horizonte temporal no se fija rígidamente en un solo polo, sino que se distribuye de manera más difusa o flexible, posiblemente articulado con sistemas de roles y actividades que amortiguan el impacto de los conflictos puntuales. En conjunto, la tabla muestra que el riesgo se modula tanto por el predominio del pasado como por la forma en que los sujetos logran (o no) integrar pasado, presente y futuro en una configuración temporal coherente con su estilo de vida.

Tabla 5

Orientación Temporal Según Grupos de riesgo

Equilibrio	Futuro	Presente	Pasado	Pas-fut	Pas-pre	Pre-fut	Indet	Total
------------	--------	----------	--------	---------	---------	---------	-------	-------

Alto	8	1	0	13	4	6	6	6	44
Bajo	4	3	2	20	5	7	1	30	72
Total	12	4	2	33	9	13	7	36	116

Autores: Estudiante Conforme María y tutor Israel Mayo, 2026

En la Tabla 6 se presenta la distribución del afrontamiento centrado en la emoción según grupos de riesgo (N = 116). En el conjunto de la muestra predomina el nivel bajo de afrontamiento emocional (62 casos), seguido del nivel medio (38 casos), mientras que los extremos ‘ausencia de afrontamiento emocional (nulo, 11 casos) y nivel alto (5 casos)’ son poco frecuentes. Este patrón indica que, en términos generales, la mayoría de los participantes recurre a estrategias emocionales de intensidad moderada, sin llegar ni a su total ausencia ni a una sobreactivación sistemática de este tipo de afrontamiento.

Al diferenciar por grupos de riesgo, se aprecian desplazamientos significativos en la configuración de estos niveles. En el grupo de alto riesgo (n = 44), se observa una concentración en los niveles bajo (22 casos) y medio (17 casos), con 4 casos en el nivel alto y solo 1 caso en el nivel nulo. En el grupo de bajo riesgo (n = 72), aunque también predomina el nivel bajo (40 casos), aumenta la proporción de participantes con afrontamiento emocional nulo (10 casos) y disminuye de forma marcada la presencia de niveles altos (1 caso). Cuando se observa la distribución por categorías de afrontamiento, la proporción de casos de alto riesgo se incrementa a medida que aumenta la intensidad del afrontamiento emocional: solo 1 de los 11 casos con nivel nulo pertenece al grupo de alto riesgo, frente a 4 de los 5 casos con nivel alto.

Desde el enfoque psicológico del estilo de vida, estos resultados sugieren que el riesgo no se asocia simplemente con ‘usar’ o ‘no usar’ afrontamiento emocional, sino con el modo en que este se integra en la configuración global del afrontamiento. En el grupo de bajo riesgo, la combinación de niveles nulos o bajos puede interpretarse como una menor tendencia a sobredimensionar la respuesta emocional ante las tensiones, probablemente

articulada con otros modos de afrontamiento más instrumentales o cognitivos. En el grupo de alto riesgo, la mayor presencia de niveles medios y altos indica que las respuestas ante las exigencias de la vida cotidiana se canalizan con más frecuencia a través de la vivencia y gestión emocional, lo que puede implicar mayor vulnerabilidad cuando estas emociones no se acompañan de recursos efectivos para transformar las situaciones o reconfigurar el sistema de actividades, roles y contactos comunicativos. En conjunto, la tabla muestra que la intensificación del afrontamiento centrado en la emoción tiende a alinearse con condiciones de mayor riesgo en la organización personalógica del estilo de vida.

Tabla 6

Afrontamiento centrado en la emoción según grupos de riesgo

	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Total
Alto	1	22	17	4	44
Bajo	10	40	21	1	72
Total	11	62	38	5	116

Autores: Estudiante Conforme María y tutor Israel Mayo, 2026

En la Tabla 7 se presenta la distribución del afrontamiento centrado en la evitación según grupos de riesgo (N = 116). En el conjunto de la muestra predominan los niveles nulo y bajo de evitación: 33 participantes no recurren a este tipo de afrontamiento y 59 se sitúan en el nivel bajo, mientras que los niveles medio (19 casos) y alto (5 casos) son claramente minoritarios. Este patrón sugiere que, de forma general, las personas tienden más a no usar o a emplear de manera limitada estrategias evitativas frente a las exigencias de la vida cotidiana, y que el recurso sistemático e intenso a la evitación es poco frecuente.

Al diferenciar por grupos de riesgo, se observa una distribución relativamente semejante en los niveles nulo, bajo y medio, con una ligera mayoría de casos en el grupo de

bajo riesgo en todas estas categorías. En el grupo de alto riesgo (n = 44), 12 participantes presentan nivel nulo de evitación, 22 nivel bajo, 7 nivel medio y 3 nivel alto; en el grupo de bajo riesgo (n = 72), estas cifras ascienden a 21, 37, 12 y 2, respectivamente. Sin embargo, cuando se observa la proporción interna en cada nivel, se aprecia que en los niveles nulo, bajo y medio aproximadamente un tercio de los casos corresponde al grupo de alto riesgo, mientras que en el nivel alto de evitación esta proporción se invierte: 3 de los 5 casos (60 %) pertenecen al grupo de alto riesgo. Es decir, la presencia de afrontamiento evitativo muy intenso se asocia relativamente más con condiciones de riesgo elevado.

Desde el enfoque personológico del estilo de vida, estos resultados indican que el afrontamiento centrado en la evitación no actúa de manera lineal como indicador de riesgo: la mayoría de los sujetos, tanto de alto como de bajo riesgo, se ubican en niveles nulos o bajos de evitación, lo que apunta a que este constituyente debe entenderse en relación con la configuración global de actividades, roles y contactos comunicativos. No obstante, la sobreactivación evitativa cuando se convierte en forma predominante de respuesta ante las tensiones aparece ligada más estrechamente al alto riesgo, lo que sugiere que esquivar sistemáticamente los conflictos, postergar decisiones o retirarse de los escenarios problemáticos limita la posibilidad de reestructurar el sistema de vida y de movilizar recursos protectores. En términos personológicos, la evitación elevada puede leerse como un indicio de estilos de afrontamiento que congelan el despliegue de nuevos roles y actividades, favoreciendo la cronificación del malestar en quienes ya se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Tabla 7

Afrontamiento centrado en la evitación según grupos de riesgo

	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Total
Alto	12	22	7	3	44
Bajo	21	37	12	2	72

Total	33	59	19	5	116
-------	----	----	----	---	-----

Autores: Estudiante Conforme María y tutor Israel Mayo, 2026

En la Tabla 8 se presenta la distribución del afrontamiento centrado en el problema según grupos de riesgo (N = 116). En el conjunto de la muestra predominan los niveles nulo y bajo de afrontamiento centrado en el problema (35 y 45 casos, respectivamente), mientras que los niveles medio (15 casos) y alto (21 casos) son menos frecuentes. Esto indica que, globalmente, una proporción importante de participantes recurre poco o de forma limitada a estrategias orientadas a definir el problema, buscar soluciones y modificar activamente las condiciones que generan malestar.

Al diferenciar por grupos de riesgo, se observan patrones claramente diferenciados. En el grupo de alto riesgo (n = 44) se concentran 16 casos en nivel nulo y 16 en nivel bajo, mientras que solo 6 participantes se ubican en nivel medio y 6 en nivel alto. En el grupo de bajo riesgo (n = 72), aunque también predominan los niveles nulo y bajo (19 y 29 casos, respectivamente), aumenta la presencia de afrontamiento centrado en el problema de intensidad media (9 casos) y, sobre todo, alta (15 casos). Si se observa la proporción interna en cada nivel, la participación del alto riesgo disminuye a medida que aumenta el afrontamiento centrado en el problema: alrededor de la mitad de quienes no utilizan este tipo de afrontamiento pertenecen al grupo de alto riesgo, mientras que en el nivel alto la mayoría se concentra en el grupo de bajo riesgo.

Desde el enfoque psicológico del estilo de vida, estos resultados sugieren que el afrontamiento centrado en el problema opera como un constituyente con función potencialmente protectora cuando se integra de manera consistente en la organización de la vida cotidiana. En el grupo de alto riesgo, la mayor presencia de niveles nulos y bajos indica dificultades para transformar activamente las situaciones, reorganizar el sistema de actividades, negociar cambios en los roles o utilizar de forma estratégica los contactos

comunicativos para resolver conflictos. En el grupo de bajo riesgo, la mayor proporción de niveles medio y alto apunta a estilos de vida en los que las tensiones son enfrentadas mediante acciones concretas, búsqueda de alternativas y reconfiguración de escenarios, lo que favorece una mayor capacidad de control subjetivo y de ajuste de los proyectos personales. En conjunto, la tabla muestra que, a medida que se fortalece el afrontamiento centrado en el problema, tiende a disminuir la probabilidad de ubicarse en el grupo de alto riesgo dentro de la configuración personalógica del estilo de vida.

Tabla 8

Afrontamiento centrado en el problema según grupos de riesgo

	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Total
Alto	16	16	6	6	44
Bajo	19	29	9	15	72
Total	35	45	15	21	116

Autores: Estudiante Conforme María y tutor Israel Mayo, 2026

En la Tabla 9 se presenta la distribución de la configuración Oportunidad de Salud según grupos de riesgo (N = 116). En el conjunto de la muestra predominan claramente los niveles bajos de esta configuración: 60 participantes se ubican en el nivel bajo y 38 en el nivel nulo, mientras que solo 16 alcanzan un nivel medio y apenas 2 se sitúan en el nivel alto. En términos globales, la Oportunidad de Salud aparece, en la mayoría de los casos, poco desarrollada o solo incipientemente configurada, con presencia muy limitada de perfiles que expresen un aprovechamiento alto y sistemático de recursos personales, relacionales e institucionales para el cuidado de la salud.

Al diferenciar por grupos de riesgo, se observa que tanto en el grupo de alto riesgo (n = 44) como en el de bajo riesgo (n = 72) la mayoría de los casos se concentra en los niveles nulo y bajo. En el grupo de alto riesgo, 15 participantes presentan un nivel nulo de Oportunidad de Salud y 23 un nivel bajo, mientras que solo 5 se ubican en el nivel medio y 1

en el nivel alto. En el grupo de bajo riesgo, aunque se mantiene el predominio de los niveles nulo y bajo (23 y 37 casos, respectivamente), aumenta ligeramente la representación del nivel medio (11 casos) y se repite la presencia marginal del nivel alto (1 caso). Las proporciones internas en cada nivel son muy similares entre ambos grupos, con una ligera sobrerrepresentación de niveles medios en el grupo de bajo riesgo.

Desde el enfoque personológico del estilo de vida, estos resultados muestran que la configuración Oportunidad de Salud, entendida como articulación de recursos y disposiciones que facilitan decisiones favorables a la salud, se encuentra globalmente poco consolidada en la muestra y no establece una diferenciación tajante entre los grupos de riesgo. La ligera mayor presencia de niveles medios en el grupo de bajo riesgo sugiere que, cuando esta configuración alcanza un grado moderado de desarrollo, puede contribuir a amortiguar el impacto de otros factores de vulnerabilidad; sin embargo, la escasez de niveles altos en ambos grupos indica que aún son minoría las personas que logran organizar su sistema de actividades, contactos y afrontamiento en función de un proyecto de salud claramente asumido como oportunidad en su estilo de vida.

Tabla 9

Configuración Oportunidad de Salud según grupo de riesgo

	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Total
Alto	15	23	5	1	44
Bajo	23	37	11	1	72
Total	38	60	16	2	116

Autores: Estudiante Conforme María y tutor Israel Mayo, 2026

En la Tabla 10 se presenta la distribución de la configuración Punto Crítico según grupos de riesgo en una muestra de 116 participantes. Globalmente, predomina el nivel bajo de Punto Crítico (65 casos), seguido del nivel nulo (31 casos), mientras que el nivel medio es menos frecuente (20 casos). Esto indica que, en la mayoría de los sujetos, los indicadores de

Punto Crítico aparecen de forma tenue o solo esporádica, y que los estados de mayor concentración de tensiones y fragilidad en el estilo de vida tienden a expresarse en un subgrupo más reducido.

Al diferenciar por grupos de riesgo, se observan matices relevantes. En el grupo de alto riesgo (n = 44) la mayoría se ubica en el nivel bajo (25 casos), pero destaca la mayor presencia relativa de niveles medios (12 casos) y la menor proporción de niveles nulos (7 casos). En el grupo de bajo riesgo (n = 72) también predomina el nivel bajo (40 casos), aunque aumenta la frecuencia de niveles nulos (24 casos) y desciende la de niveles medios (8 casos). En términos proporcionales, mientras que cerca de un tercio de quienes presentan Punto Crítico en nivel medio pertenecen al grupo de bajo riesgo, esta proporción es mayor en el grupo de alto riesgo, en tanto que la ausencia de Punto Crítico (nivel nulo) se asocia más al grupo de bajo riesgo.

Desde el enfoque personológico del estilo de vida, estos resultados sugieren que la configuración Punto Crítico funciona como un indicador sensible de acumulación de tensiones y vulnerabilidad: su ausencia o presencia muy tenue se vincula con mayor probabilidad de estar en bajo riesgo, mientras que los niveles medios aparecen más asociados a trayectorias donde las contradicciones del sistema de actividades, roles, contactos y afrontamiento se hacen más visibles y desestabilizan el equilibrio previo. El predominio del nivel bajo en ambos grupos indica que muchos sujetos transitan por zonas de relativa inestabilidad sin llegar aún a una crisis abierta, pero el incremento del nivel medio en el grupo de alto riesgo apunta a estilos de vida en los que el Punto Crítico deja de ser una amenaza latente y se convierte en una condición estructurante del riesgo.

Tabla 10

Configuración Punto Crítico según grupo de riesgo

	Nulo	Bajo	Medio	Total
--	------	------	-------	-------

Alto	7	25	12	44
Bajo	24	40	8	72
Total	31	65	20	116

Autores: Estudiante Conforme María y tutor Israel Mayo, 2026

En la Tabla 11 se presenta la distribución de la configuración Confluencia Crítica según grupos de riesgo en una muestra de 116 participantes. Globalmente, predominan los niveles nulos (56 casos) y bajo (52 casos), mientras que el nivel medio es claramente minoritario (8 casos). Esto indica que, en la mayoría de los sujetos, los indicadores de Confluencia Crítica entendida como la coincidencia de varios focos de tensión relevantes en el estilo de vida se manifiestan de manera débil o inexistente, y solo en un pequeño grupo alcanzan una expresión más consolidada.

Al diferenciar por grupos de riesgo, se observa que tanto en el grupo de alto riesgo ($n = 44$) como en el de bajo riesgo ($n = 72$) la mayoría de los participantes se ubica en los niveles nulo y bajo. En el grupo de alto riesgo, 20 casos presentan nivel nulo y 21 nivel bajo, con solo 3 casos en nivel medio. En el grupo de bajo riesgo, estas cifras ascienden a 36, 31 y 5, respectivamente. En términos proporcionales, la presencia del alto riesgo dentro de cada nivel es relativamente semejante, lo que sugiere que la Confluencia Crítica, tal como se expresa en esta muestra, no discrimina de manera tajante entre quienes se ubican en alto y bajo riesgo.

Desde el enfoque psicológico del estilo de vida, estos resultados permiten interpretar que la Confluencia Crítica aparece, en general, como una configuración poco estabilizada, más cercana a episodios o momentos de acumulación de tensiones que a un rasgo estructurante del estilo de vida en la mayoría de los participantes. La alta frecuencia de niveles nulos y bajos en ambos grupos apunta a que, aun cuando existan conflictos en el sistema de actividades, roles, contactos y afrontamiento, estos no tienden a converger de forma simultánea y persistente en un mismo tramo de la trayectoria vital. La escasa presencia

de niveles medios sugiere que solo un pequeño subgrupo experimenta una confluencia más densa de contradicciones, y que las diferencias entre alto y bajo riesgo se explican con mayor fuerza por otras configuraciones (como el Punto Crítico o la Oportunidad de Salud) que por la Confluencia Crítica considerada aisladamente.

Tabla 11

Configuración Confluencia Crítica según grupo de riesgo

	Nulo	Bajo	Medio	Total
Alto	20	21	3	44
Bajo	36	31	5	72
Total	56	52	8	116

Autores: Estudiante Conforme María y tutor Israel Mayo, 2026

CONCLUSIONES

1. Los resultados evidencian la presencia de un grupo significativo de adolescentes de alto riesgo de desarrollar trastornos de conducta, el cual no se manifiesta de forma homogénea, sino como una condición asociada a diversas configuraciones particulares del estilo de vida. Dichas configuraciones se caracterizan por la acumulación de tensiones y por limitaciones en los recursos de regulación personal y social. Estos hallazgos constituyen una evidencia adicional de la relevancia de abordar este fenómeno como una problemática prioritaria durante la etapa adolescente, dada su influencia en el desarrollo psicológico y social de los individuos.

2. El análisis comparativo entre adolescentes clasificados en grupos de alto y bajo riesgo permitió identificar regularidades y diferencias significativas en diversos constituyentes del estilo de vida. En el grupo de alto riesgo se observó una configuración caracterizada por sistemas de roles estrechos, predominantemente centrados en la familia y la pareja, así como redes comunicativas de alcance medio con limitada funcionalidad protectora. Asimismo, se evidenció una orientación temporal con mayor predominio del pasado y estilos de afrontamiento en los que adquieren mayor relevancia las respuestas de tipo emocional y evitativo.

En contraste, el grupo de bajo riesgo presentó una organización más equilibrada del sistema de roles, una mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y configuraciones temporales más flexibles, lo que sugiere una mayor capacidad adaptativa frente a las demandas del entorno.

3. Se confirma la existencia de una asociación significativa entre el riesgo de trastorno de conducta y la forma en que los distintos constituyentes del estilo de vida convergen e interactúan entre sí. En este sentido, el afrontamiento centrado en el problema se

configura como un factor con función protectora, al favorecer una mayor percepción de control subjetivo y un mejor ajuste de los proyectos personales. Por el contrario, la intensificación de estilos de afrontamiento de tipo emocional y evitativo, en conjunto con la presencia de puntos críticos, se asocia a mayores niveles de riesgo conductual. Estos resultados refuerzan la necesidad de comprender el riesgo desde una perspectiva personológica, evitando interpretaciones lineales o fragmentadas del fenómeno.

RECOMENDACIONES

Se recomiendan intervenciones preventivas en el alumnado con el objetivo de priorizar y ampliar el sistema de roles, animando la participación en diversos escenarios de actividad con el respaldo de autoridades del plantel educativo con el fin de que sumen las fuentes de apoyo y regulación subjetiva, de igual forma es importante que se fortalezcan las estrategias de afrontamiento centradas en el problema por medio de programas de educación socioemocional y entrenamiento en resolución de conflictos

Se sugiere incorporar acciones orientadas a la integración de la orientación temporal, favoreciendo la elaboración reflexiva del pasado y la construcción de proyectos futuros realistas, con anclaje en el presente. Finalmente, se recomienda utilizar el seguimiento del Punto Crítico como indicador temprano de vulnerabilidad, con el fin de implementar intervenciones oportunas que prevengan la consolidación de trayectorias de alto riesgo en el estilo de vida adolescente.

Bibliografía

- Álvarez, L. S. (2012). Los estilos de vida en salud: Del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 95–101. Universidad de Antioquia.
- [Redalyc.Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto](#)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bennansar, M., Melo, H., & Rosario, J. (2023). Uso de las TIC y su influencia en estilos de vida saludables en los estudiantes. *Revista Polo del Conocimiento*, 8(82), 112–129.
- <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9292142.pdf>
- Black, L. J. (2024). Dietary patterns, lifestyle and mental health in adolescents: A systematic review. *Nutrition Reviews*, 82(1), 23–36. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa065>
- Cabrera, M. B., Guadalupe, W. X., Reinoso, N. M., & Guillén, G. J. (2025). Factores de riesgo asociados a los estilos de vida de los adolescentes: Una revisión sistemática. *RECIAMUC*, 58–72.
- <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1518/2463>
- Campos, N., Espinoza, M., Celis, M., Luengo, L., Castro, N., & Cabrera, S. (2023). Estilos de vida de adolescentes y su relación con la percepción de sus contextos de desarrollo. *Sanus*, 8, e389. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.389>
- Carratalá-Ricart, L., & Julián, M. (2023). Factores de riesgo relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles: Una revisión sistemática. *Papeles del Psicólogo*, 44(3), 164–171. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3024>

- Castro, A., Morales, N., Matute, G., & Zambrano, P. (2023). Problemas emergentes de salud mental en adolescentes ecuatorianos: Una revisión bibliográfica. *Revista Polo del Conocimiento*, 8(85), 976–1020. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9152588.pdf>
- Contreras, S., Huaiquimilla, M., Lippi, L., Leal, R., & Torres, J. (2019). Hábitos de vida saludable como indicador de desarrollo personal y social: Discursos y prácticas en escuelas. *Calidad en la Educación*, 50. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-45652019000100357
- Coronado, Y. (2022). *Factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes*. Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/server/api/core/bitstreams/467117e9-618e-4137-bf73-216e8cc332b9/content>
- De Arriba, H., & Ey, H. (2021). *Trastornos del control de los impulsos desde el DSM-IV*. <https://www.researchgate.net/publication/390328986>
- Eddy, L. S. (2020). Trastornos del comportamiento. *Adolescere: Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 8(1), 28–38. [3 Tema de revision - Trastornos del comportamiento.pdf](#)
- Fernández, K., & Silva, C. (2025). Funcionamiento familiar y factores de riesgo en el desarrollo de trastornos del comportamiento en adolescentes. *Revista Universidad de Guayaquil*, 139(1). <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/rug/article/view/1590>
- Frick, P., & Kemp, E. (2021). Trastornos de conducta y desarrollo de la empatía. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 391–416. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-105809>
- García, C., Byrne, S., & Rodrigo, M. (2019). Factores de implementación que predicen resultados positivos en un programa de intervención comunitaria para adolescentes en

situación de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 28 (2), 57–65.

<https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v28n2/1132-0559-inter-28-2-0057.pdf>

García, J., Garza, R., & Cabello, M. (2022). Dimensiones de los estilos de vida saludable durante el confinamiento por COVID-19 en población mexicana. *Revista de la Facultad de Medicina*, 70 (2), 249–257.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-12132022000200249

Martínez Pérez, Misleny, Alba Pérez, Lucía del Carmen, & Sanabria Ramos, Giselda. (2010).

Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100016&lng=es&tlng=es.

González, A., & Molero, M. (2023). Estilo de vida saludable en la adolescencia: Relación con la autoestima y diferencias según sexo. *Revista de Psicología y Salud*, 33 (2), 143–152.

<https://www.researchgate.net/publication/376591823>

Guerrero Montoya, L. R., & León Salazar, A. R. (2010). Estilo de vida y salud: Un problema socioeducativo. *Educere*, 14 (49), 287–295.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3656546>

Hidalgo, M., & Rodríguez, P. (2020). *Trastornos del comportamiento*. En Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. Ediciones Mayo.

<https://www.cursopsiquiatriasema.com/tema-4-trastornos-del-comportamiento>

López, J. (2017). El estilo psicológico como estudio de la diversidad humana: Un ejemplo basado en el estilo de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49 (2), 150–159.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4619748>

- Vera, K. N., Maldonado-Mero, G. L., & Murillo-Zavala, A. M. (2023). Conductas adictivas y prevención en adolescentes de Ecuador. *MQR Investigar*, 7 (4), 294–313.
<https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.4.2023.294-313>
- Martínez Pérez, M., Alba Pérez, L. del C., & Sanabria Ramos, G. (2010). Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26 (1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100016
- Mayo Parra, I. (2021). Estilo de vida y personalidad: Aproximación al estudio personológico del estilo de vida. *Editorial Anábasis*.
- Mayo Parra, I. (2022). Roles, personalidad y estilo de vida: Hacia una concepción personológica de los roles. *Encuentros: Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico*, Extra 1, 12–30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8460404>
- Mayo Parra, I., & Gutiérrez Álvarez, A. K. (2017). Estudio del estilo de vida: Teoría fundamentada e inducción analítica. *Revista Iberoamericana de Psicología issn-l:2027-1786*, 10 (1), 29-36.
- Mayo Parra, I., Chávez Jurado, Y. Z., & Gutiérrez Álvarez, A. K. (2025). Educación para la salud y su impacto en el estilo de vida de adolescentes con obesidad. *Mikarimin: Revista Científica Multidisciplinaria*, 11 (2), 115–135. <https://doi.org/10.61154/mrcm.v11i2.3967>
- Mohammadi, M. R., Salmanian, M., & Keshavarzi, Z. (2021). The global prevalence of conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry*, 16 (2), 205–225. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8233559/>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *La salud mental de los adolescentes*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Paredes Irigorri, M. C., & Patiño Guerrero, L. A. (2020). Comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes. *Universidad y Salud*, 22 (1), 58–69.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072020000100058

Racz, S. J., Goulter, N., & Zheng, Y. (2025). Prevention science and youth conduct problems: Development, prevention, and treatment. *Prevention Science*.

<https://doi.org/10.1007/s11121-025-01808-9>

Riveros, G., Garrido, M., & Reyes, M. (2025). Factores de riesgo asociados a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de Lima Metropolitana. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 15 (1), 14–23.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10026627.pdf>

Salas, F. (2018). Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. *Revista ABRA*, 38 (56), 45–60. <https://doi.org/10.15359/abra.38-56.3>

Shawon, M. S. R., Hossain, F. B., Thabrew, A., Kabir, S. F., Mahmood, S., & Islam, M. S. (2025). Cargas del comportamiento sedentario y síntomas de trastornos de salud mental y sus asociaciones entre 297.354 adolescentes escolares de 68 países. *Revista Salud Mental y actividad física*. [Cargas del comportamiento sedentario y síntomas de trastornos de salud mental y sus asociaciones entre 297,354 adolescentes escolares de 68 países - ScienceDirect](#)

Vergara, J., & Jama, V. (2022). La conducta disruptiva en el rendimiento académico de estudiantes de básica superior. *Dominio de las Ciencias*, 8 (3), 987–1003.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8635262>

Villanueva-Bonilla, C., & Ríos-Gallardo, Á. M. (2018). Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23 (1), 59–74.

<https://www.aepp.net/wp-content/uploads/2020/04/19582-44761-1-PB.pdf>

Wu, J., Chen, L., Li, X., Yue, S., Huang, X., Liu, J., Hou, X., & Lai, T. (2022). Trends in conduct disorder prevalence from 1990 to 2019: Results from the Global Burden of Disease

Study. *Psychiatry Research*, 114907. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114907>

Mazza, M. Lisci, F. Marzo, E. De Masi, V. Abate, F. Marano, G. (2025). *¿Por qué los niños lo hacen? La psicología detrás del comportamiento antisocial en niños y adolescentes.*

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11932266/#sec2-pediatrrep-17-00026>

Anexos

Anexo A. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN						
Riesgos de trastornos del comportamiento y estilo de vida en adolescentes. Estudio Exploratorio.						
B. NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO						
Nombres completos:		Conforme Benalcazar María José	Cedula:	1351755739		
Teléfono:		0983828382	Correo electrónico:	c1351755739@live.uleam.edu.ec		
Nombre de la Institución a la cual se encuentra suscrito el Investigador (SI APLICA):						
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí						
C. NOMBRE DEL PATROCINADOR Y DATOS DEL CONTACTO (SI APLICA)						
Nombres completos:		No aplica	Cedula:	No aplica		
Teléfono:		No aplica	Correo electrónico:	No aplica		
D. NOMBRE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS QUE EVALUÓ Y APROBÓ EL ESTUDIO Y DATOS DEL CONTACTO						
Nombres completos:		Od. Juan Manuel Sierra Zambrano, Esp.	Cedula:	1310374119		
Teléfono:		0989693757	Correo electrónico:	comiteeticainvestigacion@uleam.edu.ec		
Nombre del comité:		Comité de ética e investigación en seres humanos de la universidad laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH-ULEAM)				
E. NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN						
Colegio Técnico Luis Arboleda Martínez						
F. INTRODUCCIÓN						
El presente estudio tiene como objetivo caracterizar los riesgos de trastornos de conducta y estilo de vida en adolescentes, con la ayuda de instrumentos para identificar la posible asociación entre los riesgos de trastornos de conducta y estilo de vida en adolescentes						
G. PROPÓSITO DEL ESTUDIO						
Objetivo general						
El presente estudio tiene como objetivo caracterizar los riesgos de trastornos de conducta y estilo de vida en adolescentes, con el fin de identificar factores asociados que permitan generar estrategias preventivas para su bienestar integral.						
Objetivos específicos						
<ol style="list-style-type: none"> 1. Medir los riesgos de trastornos de conducta en adolescentes. 2. Caracterizar los constituyentes del estilo de vida en adolescentes con bajo y altos niveles de riesgo de trastornos del comportamiento. 3. Explorar posibles asociaciones entre el nivel de riesgo de trastorno del comportamiento y el estilo de vida de los sujetos de la muestra. 						
H. PROCEDIMIENTOS POR REALIZAR						
No.	Actividad	Objetivo del proyecto con el que se vincula la actividad	Justificación del motivo	Lugar de ejecución	Responsable	Tiempo de duración
1	Socialización del proyecto	Medir los riesgos de trastornos de conducta en adolescentes.	Favorece la participación voluntaria de los adolescentes a participar, garantizando que comprendan los objetivos.	Colegio técnico Luis Arboleda Martínez	Conforme Benalcazar María Jose	Primera y segunda semana de septiembre
2	Aplicación del consentimiento informado	Caracterizar los riesgos de trastornos de conducta y estilo de vida en adolescentes	Asegura resultados éticos que sirvan como base para futuros estudios.	Colegio Técnico Luis Arboleda Martínez	Conforme Benalcazar María Jose	Primera y segunda semana de septiembre
3	Aplicación de Cuestionario de Autorreporte del Estilo de Vida (EV-4)	Caracterizar los constituyentes del estilo de vida en adolescentes con bajo y altos niveles de riesgo de trastornos del comportamiento.	Permite recabar información cualitativa y cuantitativa dando como resultado los niveles de riesgo a desarrollar trastornos del comportamiento.	Colegio Técnico Luis Arboleda Martínez	Conforme Benalcazar María Jose	Tercera semana de septiembre y cuarta de octubre
4	Aplicación de FRTCA-2	Explorar posibles asociaciones entre el nivel de riesgo de trastorno del comportamiento y el estilo de vida de los sujetos de la muestra.	Permite recabar información cualitativa y cuantitativa, dando resultados posibles asociaciones.	Colegio Técnico Luis Arboleda Martínez	Conforme Benalcazar María Jose	Tercera semana de septiembre y cuarta de octubre
I. BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMA DE SOCIALIZAR LOS RESULTADOS						
<ol style="list-style-type: none"> 1. Posible detección temprana de futuros problemas de trastornos del comportamiento 2. Realización de programas preventivos por parte de las autoridades del plantel 3. Aporta al conocimiento científico para futuras investigaciones 						
J. RIESGOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMAS DE MITIGARLOS						
Riesgos			Forma de mitigarlos			
1. No hay riesgos						
K. COSTOS Y COMPENSACIÓN						
<ol style="list-style-type: none"> 1. El participante/representante legal NO pagará por ninguno de los análisis que se realicen en la investigación. 2. El participante/representante legal NO recibirá ninguna compensación por su participación. 						
L. MECANISMOS PARA RESGUARDAR LA CONFIDENCIALIDAD DE DATOS						
<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante el desarrollo de la investigación la información obtenida; será entregada a la/el investigadora/or principal previamente ANONIMIZADOS. 2. Al finalizar la investigación la información obtenida; será eliminada al cabo de 3 meses de entregado el producto final o será entregada de forma ANONIMIZADA a la/el director/ra de carrera con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones. 						



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que:		SI	NO
1.	He leído el consentimiento informado.	X	
2.	Han respondido a todas mis preguntas.	X	
3.	Entiendo los riesgos y beneficios de participar.	X	
4.	Entiendo que firmar este documento, NO implica renunciar a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.	X	
5.	He sido informado de todos y cada uno de los procedimientos que se realizarán para la ejecución de la investigación	X	
6.	He sido informado que los cuestionarios y en general cualquier registro que contenga sus datos será resguardado en un sitio seguro.	X	
7.	He sido informado que los resultados podrán ser publicados en revistas científicas u otros medios bibliográficos o pueden ser presentados en reuniones o eventos con fines académicos manteniendo el anonimato de estos sin revelar mi nombre o datos de identificación.	X	
8.	He sido informado que al finalizar la investigación la información obtenida; será eliminada al cabo de 3 meses de entregado el producto final o será entregada de forma ANONIMIZADA a la/el director/ra de carrera con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones.	X	
9.	He sido informado que los datos recolectados durante el proceso están sujetos a una política de estricta confidencialidad y que, por lo tanto, no puede ser divulgados a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso. He sido informado que en el caso de que el investigador sea ordenado judicialmente o el mismo identifique situaciones que puedan representar un riesgo muy grave para mi persona o mi representado legal en su defecto, el Investigador entregara solo la información pertinente del asunto en cuestión a las entidades acertadas, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.	X	
10.	Me será entregada una copia, una vez suscrito este documento.	X	
11.	Mi participación es voluntaria, por lo que tengo el DERECHO de retirar mi consentimiento en cualquier momento.	X	
12.	Consiento voluntariamente mi participación o la de mi representado en el estudio.	X	

			
	Firma/Huella	Firma/Huella	Firma/Huella
Denominación	Firma participante/ representante legal	Firma testigo #1	Firma testigo #2
Nombres completos:	R.A.G.C		
Cédula:	1317155834		
Correo electrónico:	analysa@damil.com		
Teléfono:	0991236781		
Dirección:	Manta Parroquia E.H		
Lugar y fecha:	Manta Colegio Técnico		

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO			
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que pese a haber aceptado previamente mi participación en la investigación en mención, revoco mi autorización, implicando que los datos o muestras biológicas obtenidos del participante serán eliminados y no podrán utilizarse para ningún fin investigativo. Esta revocatoria no causará penalidad o impacto alguno en la atención en salud que por ley le corresponde al participante.			

	Firma/Huella	Firma/Huella	Firma/Huella
Denominación	Firma participante/ representante legal	Firma testigo #1	Firma testigo #2
Nombres completos:			
Cédula:			
Correo electrónico:			
Teléfono:			
Dirección:			
Lugar y fecha:			

Anexo B. Cuestionario de Factores de Riesgo de Trastornos de Comportamiento en Adolescentes (FRTCA-2).

INDICACIONES

A continuación, encontrará una serie de preguntas diseñadas para identificar factores de riesgo en su estilo de vida por lo cual no hay respuestas correctas o incorrectas, su honestidad es fundamental para la validez de los resultados.

Agradecemos sinceramente su participación en este estudio y le pedimos que se tome el tiempo necesario para leer cada ítem y responder con la mayor precisión posible, marcando con una X la opción que mejor describa su experiencia o percepción, según la siguiente escala:

Nunca (Puntuación 1, Ausencia de Riesgo)

Rara vez (Puntuación 2, Riesgo Bajo)

Frecuentemente (Puntuación 3, Riesgo Moderado)

Casi siempre (Puntuación 4, Riesgo Alto)

Siempre (Puntuación 5, Riesgo Muy Elevado)

Es importante que sepa que los ítems están divididos en tres dimensiones: Individual, Familiar y Comunitarios y las puntuaciones más altas indican una mayor presencia de un factor de riesgo.

Código	Items	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
Individual						
CRAS-I-01-Q3	¿Crees que hacer lo mismo que tus amigos, aunque sean cosas negativas, te ayuda a sentirte aceptado?	1	2	3	4	5

CRAS-I-02-Q3	¿Has buscado ayuda por problemas emocionales que afectaron tu bienestar general?					
CRAS-I-03-Q3	¿Consideras normal el consumo de sustancias en tu círculo social?					
Familiar						
CRAS-F-01-Q3	¿Has visto consecuencias negativas del abuso de sustancias en tu entorno familiar?					
CRAS-F-02-Q3	¿Tus padres establecen límites claros sobre lo que puedes y no puedes hacer?					
CRAS-F-03-Q3	¿En tu familia la comunicación es complicada o escasa?					
Comunitario						
CRAS-C-01-Q3	¿En tu barrio o escuela hay lugares donde las personas obtienen sustancias sin problemas?					
CRAS-C-02-Q3	¿En tu entorno la mayoría de las personas consideran normal el uso frecuente de sustancias?					
CRAS-C-03-Q3	¿Te gustaría tener más acceso a programas que enseñen sobre los peligros de consumir sustancias?					
Individual						
TC-I-01-Q3	¿Has tenido que recibir ayuda por situaciones difíciles en casa relacionadas con abuso?					
TC-I-02-Q3	¿Has recibido atención médica especializada por problemas neurológicos o del desarrollo?					
TC-I-03-Q3	¿Consideras que el consumo de sustancias podría ayudarte a escapar de problemas personales?					
Familiar						
TC-F-01-Q3	¿Tus padres o hermanos han necesitado ayuda por problemas relacionados con sustancias o conducta?					

TC-F-02-Q3	¿Crees que has aprendido conductas poco adecuadas observando a tus padres?					
TC-F-03-Q3	¿Sientes que puedes hacer lo que quieras sin recibir orientación de tus padres?					
Comunitario						
TC-C-01-Q3	¿Te sientes expuesto a situaciones ilegales con regularidad cerca de casa?					
TC-C-02-Q3	¿Te sientes aislado o excluido socialmente por tu situación económica?					
TC-C-03-Q3	¿Te resulta difícil encontrar actividades positivas y entretenidas en tu entorno?					
Individual						
TA-I-01-Q3	¿Te resulta difícil aceptar tu cuerpo tal como es?					
TA-I-02-Q3	¿Consideras que eres excesivamente detallista u obsesivo con ciertas cosas?					
TA-I-03-Q3	¿Te resulta difícil superar ciertos eventos negativos ocurridos en tu pasado?					
Familiar						
TA-F-01-Q3	¿Se habla frecuentemente sobre dietas o problemas relacionados con la comida en tu casa?					
TA-F-02-Q3	¿Te afecta emocionalmente la opinión de tus familiares respecto a tu cuerpo?					
TA-F-03-Q3	¿En casa se critican mucho los errores incluso si son pequeños?					
Comunitario						
TA-C-01-Q3	¿Crees que las personas son mejor aceptadas si tienen una figura delgada?					
TA-C-02-Q3	¿Pasas mucho tiempo preocupado por lucir como las personas que sigues en internet?					
TA-C-03-Q3	¿Sientes que no tienes acceso suficiente a tratamientos o asesoría sobre problemas					

	emocionales relacionados con la alimentación?					
Individual						
TEPT-I-01-Q3	¿Te resulta difícil superar recuerdos de situaciones muy angustiantes que has vivido?					
TEPT-I-02-Q3	¿Recibes o has recibido tratamiento psicológico para ansiedad o depresión?					
TEPT-I-03-Q3	¿Percibes que tienes pocas estrategias para enfrentar eventos que te causan angustia?					
Familiar						
TEPT-F-01-Q3	¿La salud mental es un tema frecuente en tu familia debido a problemas psicológicos?					
TEPT-F-02-Q3	¿Crees que tus necesidades emocionales no son consideradas importantes en tu familia?					
TEPT-F-03-Q3	¿Te cuesta relajarte o sentirte seguro en tu hogar debido al ambiente que percibes?					
Comunitario						
TEPT-C-01-Q3	¿Te preocupa constantemente estar expuesto a peligros en tu entorno cotidiano?					
TEPT-C-02-Q3	¿Te resulta complicado encontrar profesionales que brinden apoyo emocional cerca de dónde vives?					
TEPT-C-03-Q3	¿Has evitado pedir apoyo profesional por miedo a lo que puedan pensar otros?					
Individual						
DEP-I-01-Q3	¿Consideras que la depresión es común en algunos de tus familiares?					
DEP-I-02-Q3	¿Te resulta difícil aceptar elogios o reconocimientos sobre ti mismo?					
DEP-I-03-Q3	¿Te resulta difícil superar eventos negativos que sucedieron en tu pasado?					
Familiar						

DEP-F-01-Q3	¿En casa suele haber un ambiente tenso o negativo la mayor parte del tiempo?					
DEP-F-02-Q3	¿Crees que tus necesidades emocionales no son atendidas adecuadamente en casa?					
DEP-F-03-Q3	¿Consideras que tus experiencias familiares han influido negativamente en tu estado emocional actual?					
Comunitario						
DEP-C-01-Q3	¿Percibes que tu comunidad ofrece pocas oportunidades para interactuar con otras personas?					
DEP-C-02-Q3	¿Has sentido que tu bienestar emocional se ve afectado por las dificultades económicas familiares?					
DEP-C-03-Q3	¿Crees que no alcanzar ciertos estándares afecta tu autoestima y bienestar emocional?					
Individual						
TDS-I-01-Q3	¿Notas que tu estrés diario afecta negativamente tu descanso nocturno?					
TDS-I-02-Q3	¿Pasas mucho tiempo en redes sociales o viendo contenidos antes de acostarte?					
TDS-I-03-Q3	¿Sueles consumir cafeína o realizar actividades estimulantes antes de irte a dormir?					
Familiar						
TDS-F-01-Q3	¿Se comentan frecuentemente dificultades para dormir en tu hogar?					
TDS-F-02-Q3	¿Frecuentemente te despiertas debido a ruido o interrupciones familiares?					
TDS-F-03-Q3	¿Tus horas de descanso se ven afectadas por las actividades de otros miembros de la familia?					
Comunitario						

TDS-C-01-Q3	¿Te cuesta relajarte completamente por preocupaciones relacionadas con tu entorno?					
TDS-C-02-Q3	¿Te es difícil relajarte y dormir adecuadamente debido a responsabilidades escolares o laborales?					
TDS-C-03-Q3	¿Has tenido problemas para atender tu salud del sueño debido a limitaciones en los servicios médicos cercanos?					
Individual						
ANX-I-01-Q3	¿Notas que la ansiedad es común en varios miembros de tu familia?					
ANX-I-02-Q3	¿Te resulta complicado manejar el estrés cotidiano?					
ANX-I-03-Q3	¿Te han sucedido cosas difíciles que todavía afectan tu forma de sentirte seguro?					
Familiar						
ANX-F-01-Q3	¿Percibes ansiedad frecuente en la manera en que tus padres manejan situaciones cotidianas?					
ANX-F-02-Q3	¿Crees que no recibes suficiente apoyo emocional de tus padres o familiares?					
ANX-F-03-Q3	¿Crees que tus padres esperan más de ti académicamente de lo que puedes dar?					
Comunitario						
ANX-C-01-Q3	¿Consideras que el ambiente escolar contribuye significativamente a tu ansiedad?					
ANX-C-02-Q3	¿Sientes que no tienes suficientes opciones de ayuda emocional en tu comunidad?					
ANX-C-03-Q3	¿Has experimentado miedo constante debido a situaciones inseguras en tu entorno?					
Individual						

TOD-I-01-Q3	¿Tienes problemas frecuentes para controlar tus emociones en situaciones cotidianas?					
TOD-I-02-Q3	¿Has recibido atención psicológica por problemas emocionales o de atención antes?					
TOD-I-03-Q3]	¿Sientes que es difícil identificar cosas buenas sobre ti mismo?					
Familiar						
TOD-F-01-Q3	¿Crees que las reglas en tu casa son injustas o cambian constantemente?					
Código: TOD-F-02-Q3	¿Sientes que tus necesidades emocionales o físicas a menudo no son atendidas en casa?					
TOD-F-03-Q3	¿Sientes que en tu familia es difícil llegar a acuerdos pacíficamente?					
Comunitario						
TOD-C-01-Q3	¿Percibes que la escuela no responde adecuadamente a tus necesidades educativas o emocionales?					
TOD-C-02-Q3	¿Con frecuencia tus amistades son sancionadas o regañadas por adultos?					
TOD-C-03-Q3	¿Frecuentemente escuchas sobre actos violentos cerca de donde vives?					
TOTAL						

Anexo C. Cuestionario de Autorreporte del Estilo de Vida (EV-4)

			No me caracteriza	Me caracteriza	Me caracteriza Mucho
1	R-HIJ	Soy un(a) buen(a) hijo(a).			
2	SIA-PS	Cuido el estado de salud y la apariencia física y personal			
3	SCC-1	Tengo muchos amigos			
4	OT-PAS	Creo que los momentos más felices de mi vida ya pasaron.			
5	AFR-EVT	Frente a los problemas trato de distraerme y olvidarme del problema.			
6	OPS	Me ocupo de mi salud.			
7	R-HER	Soy un(a) buen(a) hermano(a).			
8	SIA-FUN	Trabajo y/o estudio			
9	SCC-2	Siento que soy importante para varias personas			
10	OT-PRE	Mi ritmo de vida actual no me permite pensar en el futuro.			
11	AFR-EMO	Frente a los problemas, me echo a llorar.			
12	OPS	Practico ejercicios físicos.			
13	R-P	Soy un(a) buen(a) padre (madre).			
14	SIA-SP	Me reúno frecuentemente con mi familia,			
15	SCC-3	Mis amigos y las personas importantes en mi vida me comprenden y apoyan			
16	OT-FUT	Lo mejor de mi vida está por venir. Lucho por mejorar mi vida en el futuro.			
17	AFR-EMO	Frente a los problemas, me echo a llorar.			
18	OPS	Dedico tiempo a mis entretenimientos favoritos (hobbies, pasatiempos).			
19	R-E	Soy un(a) buen(a) esposo(a).			
20	SIA-E	Participo activamente en política, religión y las organizaciones sociales.			
21	SCC-4	Comparto los temas más íntimos o difíciles con las personas de confianza.			
22	OT-PAS	Vivo teniendo en cuenta las experiencias del pasado.			
23	AFR-EMO	Frente a los problemas me pongo irritable y molesto.			
24	OPS	Me ocupo de mantener una buena apariencia personal.			
25	R-AB	Soy un(a) buen(a) abuelo(a).			
26	SIA-PS	Dedico bastante tiempo a descansar, dormir, reposar,			
27	SCC-5	Tengo facilidad para establecer relaciones de amistad			
28	OT-PRE	Organizo mi vida según lo que sucede cada día, no sé qué ocurrirá mañana.			
29	AFR-EMO	Frente a los problemas los nervios me paralizan y no puedo pensar con claridad.			
30	OPS	Priorizo la realización de mis proyectos, aspiraciones e intereses personales.			
31	R-AM	Soy un(a) buen(a) amigo(a).			
32	SIA-SP	Dedico bastante tiempo a conversar con los compañeros de trabajo (estudio), relacionarme y divertirme con los amigos.			
33	AFR-PRO	Frente a los problemas, aplico soluciones momentáneas que los atenúen.			
34	R.COM	Soy un(a) buen(a) compañero(a).			
35	SCC-6	Mis relaciones personales armoniosas y cordiales			
36	OT-FUT	Planifico mi vida actual de acuerdo al ideal de mi vida futura			

37	AFR-EVT	Frente a los problemas busco al culpable.			
38	CCR	Tengo problemas o preocupaciones en varios aspectos o áreas de mi vida los cuales voy sobrellevando.			
39	R-LID	Soy un(a) buen(a) líder.			
40	SIA-FUN	Dedico bastante tiempo a hacer las tareas de la casa, hacer descanso activo, juegos, caminatas, etc. Practicar deportes.			
41	OT-PAS	Dedico tiempo a recordar momentos vividos en el pasado			
42	AFR-EMO	Frente a los problemas trato de calmarme para luego hacerle frente.			
43	PCR	Los principales problemas o preocupaciones que tengo, proviene de un solo aspecto o área de mi vida.			
44	OPS	En mi vida no existen problemas o preocupaciones significativos, o al menos ninguno me resulta particularmente difícil y perturbador.			
45	R-REL	Soy un(a) buen(a) religioso(a).			
46	SIA-SP	Confiar los problemas a los amigos y personas allegadas.			
47	OT-PRE	No pierdo tiempo meditando sobre el pasado, es más práctico ocuparme del presente.			
48	AFR-PRO	Frente a los problemas, pido consejos e información al respeto.			
49	R-NOV	Soy un(a) buen(a) novio(a).			
50	SIA-E	Dedico bastante tiempo a estar plenamente informado de las noticias, leer la prensa, oír la radio, ver la TV. Pensar, reflexionar sobre la vida, hacer planes, etc.			
51	OT-FUT	Concentro mi atención en proyectar mi vida futura, eso es tener los pies sobre la tierra.			
52	AFR-EVT	Frente a los problemas, los voy sobrellevando mientras puedo.			
53	R-TIO	Soy un(a) buen(a) tío(a).			
54	SIA-PS	Dedico bastante tiempo a disfrutar las comidas y bebidas			
55	AFR-EVT	Frente a los problemas, aplazo su solución para un momento mejor.			
56	R.PRIM	Soy un(a) buen(a) primo(a).			
57	SIA-FUN	Dedico bastante tiempo a algún pasatiempo (coleccionar sellos, criar peces, etc.)			
58	AFR-PRO	Frente a los problemas, busco las diferentes vías de solución posibles y aplico la que creo más efectiva.			
59	R-CIU	Soy un(a) buen(a) ciudadano (a)			
60	AFR-PRO	Frente a los problemas, no puedo dejar de pensar en ellos y trato de solucionarlos por cualquier modo			
61	SIA-E	Dedico bastante tiempo a estar en contacto con la cultura, asistir a museos, conciertos, leer, etc.			

Anexo D. Aprobación de CEISH



Ministerio de Salud Pública
 Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
 Dirección Nacional de Investigación en Salud

ANEXO 13. Formato de carta de aprobación definitiva- estudios observacionales/de intervención

Oficio circular No. 0491-CEISH-JMSZ-2025
 Manta, 24 de noviembre de 2025

Señor/a.
María José Conforme Benalcázar
 Investigador principal
 Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE: Carrera de Psicología de la Uleam

ASUNTO: REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN (observacional)

Por medio de la presente y una vez que el protocolo de investigación presentado por la Srta. María José Conforme Benalcázar, que titula "Riesgos de trastornos del comportamiento y estilo de vida en adolescente. Estudios exploratorios.", ha ingresado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, con fecha 27-10-2025 (2), y cuyo código asignado es **CEISH-Uleam_0367**, luego de haber sido revisado y evaluado, dicho proyecto está **APROBADO** para su ejecución en el Colegio Luis Arboleda Martínez, al cumplir con todos los requerimientos éticos, metodológicos y jurídicos establecidos por el reglamento vigente para tal efecto.

Como respaldo de lo indicado, reposan en los archivos del CEISH-Uleam, tanto los requisitos presentados por el investigador, así como también los formularios empleados por el comité para la evaluación del mencionado estudio.

En tal virtud, los documentos aprobados sumillado del CEISH- Uleam que se adjuntan en físico al presente informe son los siguientes:

- Copia del protocolo de investigación: "Riesgos de trastornos del comportamiento y estilo de vida en adolescente. Estudios exploratorios", Nro. de versión 2, fecha de aprobación **24/11/2025** y Nro. de hojas 19.
- Documento de consentimiento informado, Nro. de versión 2, fecha de aprobación **24/11/2025**, y Nro. de hojas 2.
- Formato de confidencialidad de los investigadores, Nro. de versión 2, fecha de aprobación **24/11/2025**, y Nro. de hojas 2.
- Declaración de tener o no conflicto de interés, Nro. de versión 2, fecha de aprobación **24/11/2025**, y Nro. de hojas 1.
- Hoja de vida de los investigadores, Nro. de versión 2, fecha de aprobación **24/11/2025**, y Nro. de hojas 2.
- Carta de interés institucional, Nro. de versión 2, fecha de aprobación **24/11/2025**, y Nro. de hojas 1.
- Declaración de responsabilidad del investigador principal, Nro. de versión 2, fecha de aprobación **24/11/2025**, y Nro. de hojas 2.
- Instrumentos de recolección de datos, Nro. de versión 2, fecha de aprobación **24/11/2025**, y Nro. de **hojas 14**.

Cabe indicar que la información de los requisitos presentados es de responsabilidad exclusiva del investigador, quien asume la veracidad, originalidad y autoría de los mismos.

Así también se recuerda las obligaciones que el investigador principal y su equipo deben cumplir durante y después de la ejecución del proyecto en el:

- Informar al CEISH-Uleam la fecha de inicio y culminación de la investigación.



Ministerio de Salud Pública
Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Investigación en Salud

- Presentar a este comité informes periódicos del avance de ejecución del proyecto, según lo estime el CEISH- Uleam.
- Cumplir todas las actividades que le corresponden como investigador principal, así como las descritas en el protocolo con sus tiempos de ejecución, según el cronograma establecido en dicho proyecto, vigilando y respetando siempre los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos aprobados en el mismo.
- Aplicar el consentimiento informado a todos los participantes, respetando el proceso definido en el protocolo y el formato aprobado.
- Al finalizar la investigación, entregar al CEISH- Uleam el informe final del proyecto.

Atentamente,


Juan Manuel Sierra Zambrano
Od. Juan Manuel Sierra Zambrano, Esp.
 Presidente del CEISH-Uleam
 Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí