



Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Licenciatura en Psicología

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciado/a en Psicología:

Caracterización clínica, cognitiva y sociodemográfica en adolescentes de 14 a 16 años. Un estudio descriptivo.

Autores:

Emily Maritte Zambrano Díaz

Tutora:

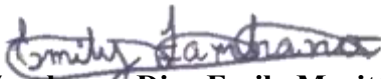
Psi. Clin. Paola Intriago Alarcón, MSc.

Periodo Académico: 2026 (1)

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **Zambrano Díaz Emily Maritte**, con CI: 135015755-6, estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Licenciatura en Psicología, reconozco ser la autora intelectual de este proyecto de investigación previo a la obtención del título Licenciado/a en Psicología, cuyo tema es **“Caracterización clínica, cognitiva y sociodemográfica en adolescentes de 14 a 16 años. Un estudio descriptivo”**, y derechos patrimoniales a la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, en virtud de lo dispuesto en el Art. 15 de la ley de Propiedad Intelectual, de la misma manera con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación. Nos aseguramos de proteger los derechos que nos corresponden como autores, de acuerdo con lo establecido en los artículos correspondientes.

La total responsabilidad del contenido de este proyecto de investigación recae únicamente en la autora. Además, estoy plenamente consciente que el plagio y cualquier conducta contraria a los principios éticos y morales debe ser sancionada de acuerdo con las normativas vigentes.


Zambrano Díaz Emily Maritte

CI: 135015755-6

	NOMBRE DEL DOCUMENTO:	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	CERTIFICADO DE TUTOR(A).	
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

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

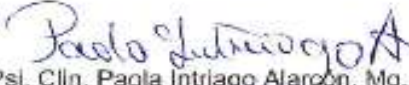
Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante **ZAMBRANO DIAZ EMILY MARITTE**, legalmente matriculada en la carrera de Psicología, período académico 2026 (1), cumpliendo el total de **384 horas**, cuyo tema del proyecto es "**Caracterización clínica, cognitiva y sociodemográfica en adolescentes de 14 a 16 años. Un estudio descriptivo**".

La presente 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, y la originalidad del mismo, requisitos 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, 29 de julio de 2026.

Lo certifico,


 PsI. Clin. Paola Intríago Alarcón, Mg.
Docente Tutora
Área: Ciencias de la salud

Dedicatoria.

Dedico este trabajo a todas las mujeres que se desenvuelven en el ámbito académico-investigativo y a quienes, en un futuro, quieren formar parte de él. No permitan que limiten sus capacidades, sueños y oportunidades. No se sientan inferiores. El mundo necesita de nuestra voz e intelecto en la construcción del conocimiento; siempre estaremos a la altura de realizar aquello que nos propongamos. No se rindan jamás.

Agradecimientos.

Agradezco profundamente a Dios que no me ha dejado desmayar en todo este proceso. A mi familia especialmente a mis padres quienes me enseñaron a perseverar y luchar por mis sueños en todo momento. A mis hermanos Anthony y Benjamín quienes siempre me han escuchado y alentado con orgullo.

A mis amigos: Martha, Jhon y Maite que a pesar de la distancia hemos estado pendiente del proceso de cada uno en todo momento alentándonos a ser los mejores. A mi grupo de la universidad y de una manera especial a Emily, Arianna, Dayana, Bruno, Fernando y Justin que siempre supieron hacerme sentir en casa, con sus ocurrencias, alegrías y apoyo en todos estos años donde no sabía que me depararía el futuro.

A mi tutora de titulación la Psic. Clin. Paola Margarita Intriago Alarcón, Msg, por confiar en mí en todo momento, por el apoyo constante en todo mi proceso académico. Me alegra decir que para mí es un referente en la profesión. A las Psic Clin Aime Holguin y Psic. Clin Carolina Caicedo en las universidades necesitamos más docentes con la vocación de enseñar y mucho más profesionales en psicología dispuestos a ejercerla con la ética que corresponde, estoy agradecida de haber aprendido de ustedes.

Finalmente agradezco a esa Emily Zambrano que decidió estudiar una carrera para ayudar a entender a los demás y entenderse a ella misma. Y por supuesto a las canciones de Morat y Taylor Swift quienes acompañaron toda la redacción de este trabajo.

Índice de contenido

Resumen.....	11
Abstract	12
Introducción.	13
Objetivo general.....	18
Objetivos específicos	18
Capítulo I: Marco Teórico de la investigación.....	21
Adolescencia: desarrollo y características generales	21
Cambios biológicos.....	22
Desarrollo cognitivo.....	24
Desarrollo emocional y social.....	26
Componentes clínicos relevantes en la adolescencia.....	28
Problemas emocionales y conductuales frecuentes	29
Problemas externalizantes.....	30
Problemas internalizantes.	31
Rendimiento Académico	32
Consumo de sustancias	34
Principales trastornos en la adolescencia.....	35
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.	36

Trastornos de la conducta alimentaria	37
Ansiedad	37
Depresión	38
Estrés.....	38
Funciones cognitivas en la adolescencia.....	38
<i>Funciones Ejecutivas</i>	39
<i>Atención</i>	40
Memoria.....	40
Flexibilidad Cognitiva	42
Habilidades Visoespaciales	43
Variables sociodemográficas y su relación con la salud adolescente	44
Funcionamiento Familiar	44
Condición Socioeconómica	47
Proceso de enseñanza en población urbana y rural.....	47
Exposición a violencia	49
Determinantes sociales en la salud del adolescente.....	50
Necesidad de identificación de las características relevantes en la adolescencia.	51
Capítulo II: Metodología.....	53
Tipo de investigación	53
Tipo de estudio.....	53

Definición de los sujetos de estudio (población y muestra)	53
Población y Muestra.	53
Descripción de los Instrumentos	55
Sistema de Evaluación en Niños y Adolescentes (SENA).....	55
Cuestionario Sociodemográfico.....	56
Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños, 5ª edición (Wisc-V).....	56
Test de Atención D2.....	57
Etapas y Procedimiento.....	58
Definición y operacionalización de las variables.....	60
Descripción de los métodos estadísticos y tratamiento de los datos.....	79
Validez de la Investigación.	79
Manejo de datos.	80
Consideraciones éticas.	80
Capítulo III: Resultados	82
Análisis y discusión de resultados.	82
Caracterización cognitiva.....	85
Caracterización clínica.....	97
Caracterización Sociodemográfica.	125
Limitaciones del estudio	130
Conclusiones	130

Recomendaciones	132
Referencias Bibliográficas	135
Anexos	146

Lista de Tablas

Tabla 1 Distribución de las dimensiones del perfil cognitivo según el WISC-V	85
Tabla 2 Distribución de la puntuación de efectividad total (TOT) según datos sociodemográficos del test d2	91
Tabla 3 Distribución de la puntuación de concentración (CON) según datos sociodemográficos del test d2	95
Tabla 4 Distribución de frecuencias de los índices globales del SENA	97
Tabla 5 Distribución de frecuencias de las escalas de problemas interiorizados del SENA	101
Tabla 6 Distribución de frecuencias de las escalas de problemas exteriorizados del SENA	105
Tabla 7 Distribución de frecuencias de la escala de otros problemas del SENA.....	109
Tabla 8 Distribución de frecuencias de las escalas de problemas contextuales del SENA	113
Tabla 9 Distribución de frecuencias de la escala de vulnerabilidad del SENA	117
Tabla 10 Distribución de frecuencias de la escala de recursos personales del SENA ...	121
Tabla 11 Distribución de variables sociodemográficas: sexo, edad y escolaridad.....	125
Tabla 12 Distribución de variables sociodemográficas: características familiares y educativas del hogar.....	126
Tabla 13 Distribución de variables sociodemográficas: servicios y recursos familiares.	129

Resumen.

La adolescencia es entendida como una etapa crítica del desarrollo humano donde el individuo se transforma a nivel físico, cognitivo y psicosocial los cambios que inciden en la salud mental. Ante la escasez de estudios locales que analicen estas dimensiones de manera conjunta, la presente investigación tuvo como objetivo caracterizar las principales variables clínicas, cognitiva y sociodemográficas en una muestra de adolescentes de 14 a 16 años de una Unidad Educativa Particular de Manta. Se hizo uso del enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal con una muestra final de 46 adolescentes evaluados mediante el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes, la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños, el Test de Atención D2 y un cuestionario sociodemográfico.

Los resultados reflejaron un contexto sociofamiliar favorable donde predominaron los hogares biparentales, el nivel socioeconómico medio, la vivienda propia y amplia cobertura de servicios básicos y de salud. En la parte clínica predominaron los problemas interiorizados junto con desregulación emocional y dificultades atencionales con baja presencia de conductas externalizantes. En el perfil cognitivo se evidenciaron fortalezas en memoria de trabajo y capacidad visoespacial, esto frente a dificultades en razonamiento fluido y en la concentración, mientras que el funcionamiento intelectual global se ubicó entre el nivel promedio y promedio bajo. Se puede concluir que, pese a condiciones socioeconómicas favorables, la vulnerabilidad de la muestra se localiza en el ámbito emocional y en dimensiones cognitivas específicas, información relevante para el diseño de estrategias de detección temprana e intervención psicoeducativa.

Palabras clave: *adolescencia, caracterización clínica, funcionamiento cognitivo, salud mental*

Abstract.

Adolescence is understood as a critical stage of human development in which the individual undergoes physical, cognitive, and psychosocial transformations that impact mental health. Given the scarcity of local studies analyzing these dimensions collectively, this research aimed to characterize key clinical, cognitive, and sociodemographic variables in a sample of adolescents aged 14 to 16 from a private school in Manta. A quantitative, descriptive, cross-sectional approach was employed with a final sample of 46 adolescents, who were assessed using the Child and Adolescent Assessment System (SENA), the Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), the d2 Test of Attention, and a sociodemographic questionnaire.

The results revealed a favorable socio-familial context, characterized predominantly by two-parent households, middle socioeconomic status, home ownership, and broad access to basic services and healthcare. Clinically, internalizing problems predominated—alongside emotional dysregulation and attentional difficulties—while externalizing behaviors were infrequent. The cognitive profile showed strengths in working memory and visuospatial capacity, contrasted by difficulties in fluid reasoning and concentration; overall intellectual functioning fell within the average to low-average range. It can be concluded that, despite favorable socioeconomic conditions, the sample's vulnerability lies in the emotional realm and specific cognitive dimensions—information that is relevant for designing early detection strategies and psychoeducational interventions.

Keywords: *adolescence, clinical characterization, cognitive functioning, mental health.*

Capítulo I: Introducción.

Existen momentos en el desarrollo del individuo donde el mundo parece moverse más rápido, donde los cambios redefinen la manera en la que se entiende la realidad dejando una marca a futuro. Se puede entender como transformación, transición, crecimiento o como conocemos regularmente: adolescencia.

La adolescencia se caracteriza por profundos cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales. En este periodo, la presencia de variables clínicas como la ansiedad, la depresión o las conductas disruptivas, junto con factores cognitivos y sociodemográficos, puede influir significativamente en el bienestar emocional y el rendimiento académico. En Ecuador, la evidencia señala que la situación socioeconómica y el contexto familiar afectan directamente las funciones ejecutivas y el desarrollo emocional de los adolescentes, incrementando la vulnerabilidad ante problemas de salud mental. Ante la escasez de investigaciones locales que integren estas dimensiones, este estudio aporta una visión integral que permita fortalecer la detección temprana y la prevención de problemáticas psicológicas en adolescentes de la ciudad de Manta.

El proyecto se organizó en tres capítulos. Iniciando por la introducción, caracterización de la situación problemática, objetivo general, objetivos específicos y la respectiva justificación de pertinencia del tema. En el Capítulo I se redactó el marco teórico, donde se aborda el desarrollo y características generales de la adolescencia, los componentes clínicos relevantes, las funciones cognitivas en la adolescencia y las variables sociodemográficas junto con su relación en la salud mental de esta etapa desde bases teóricas del desarrollo humano. En el Capítulo II se desarrolló la metodología, describiendo el diseño de la investigación, tipo de estudio, población y muestra, instrumentos aplicados, procedimientos y consideraciones éticas. Para finalizar, en el Capítulo III

se presentaron los resultados con su respectivo análisis, para posteriormente presentar las conclusiones y recomendaciones del estudio. También se incluye en el documento las referencias bibliográficas utilizadas y los anexos que incluyen la aprobación del comité de ética y los instrumentos utilizados.

Caracterización de la situación problema

La adolescencia es una etapa crucial del desarrollo en la transición entre la niñez y la adultez que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales (Papalia et al., 2021) entendiéndolo también como parte de un proceso social y no solo del desarrollo.

En los últimos años se ha señalado la relevancia del estudio de las características presentadas en esta etapa del desarrollo humano, comprendiendo como diversas variables confluyen en el apareamiento de condiciones de salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en los adolescentes. La pandemia de COVID-19 agudizó aún más esta realidad, con aumentos considerables en la prevalencia de depresión (29 %) y ansiedad (26 %) en esta población.

Por ende, se debe valorar como elementos claves para entender la etapa de la adolescencia no solo al desenvolvimiento que llega a tener el individuo en su entorno o la formación de relaciones sociales, sino que también a estos procesos de cambio a nivel cognitivo, físico, psicológicos y las situaciones sociodemográficas, sobre todo, en los casos donde el nivel de adaptación, rendimiento académico se ve afectado ante la aparición de condiciones relacionadas a la salud mental.

Investigaciones detallan la importancia del análisis de variables que interfieren en el desarrollo del adolescente, en China un frente a las transiciones socioeconómicas y la disparidad entre población urbana y rural puso en evidencia la necesidad de establecer una relación entre características sociodemográficas y la depresión adolescente (Li et al., 2019), lo que proporciona relevancia en analizar las relaciones entre contexto y manifestaciones clínicas. En Canadá una

revisión sistemática revelo que los niños y adolescentes deprimidos muestran un menor rendimiento en las pruebas cognitivas (Schumacher et al., 2024) lo que señala la importancia del apoyo cognitivo y académico para niños con depresión.

En América Latina el reporte de la Organización Panamericana de la Salud (2018) muestra que los adolescentes en Latinoamérica y el Caribe enfrentan múltiples factores de riesgo: desigualdades socioeconómicas, violencia, falta de acceso a servicios de salud mental, embarazo adolescente, consumo de sustancias, etc. Estos factores se reflejan en tendencias crecientes de síntomas emocionales y trastornos conductuales (*Parte II - El estado actual de la salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas - La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas*, s. f.) En países como Argentina Amado Olivi (2022) frente a la presencia de conducta autolesiva se destaca algunos hallazgos que resultan significativos: edades inferiores a las esperadas en base a los antecedentes internacionales; los cortes aparecen como una conducta autolesiva predominante; la prevalencia alta del sexo femenino; la función predominante de la conducta autolesiva como refuerzo intrapersonal negativo; una alta prevalencia de eventos adversos tales como maltrato infanto-juvenil, problemáticas familiares y vulnerabilidad socio-económica; y una limitada adherencia al tratamiento terapéutico.

En el Ecuador se ha estudiado la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva en los adolescentes y como estas afectan al rendimiento académico (Carolina et al., 2023). Así como también estudios indican que aspectos a nivel sociodemográfico afectan el desarrollo a nivel de funciones ejecutivas en aspectos más cognitivos como la atención y memoria de trabajo (Pluck et al., 2018). En el análisis general de problemáticas relacionadas a la salud mental en el país Jalca et al. (2023) en su estudio señala a la depresión y ansiedad como patologías comunes en adolescentes ecuatorianos, junto con otros trastornos mentales. En el Ecuador factores como la

violencia doméstica y la autopercepción de los jóvenes contribuyen en su estado de salud mental teniendo efectos negativos en las distintas áreas de la vida del adolescente ecuatoriano que va desde la educación hasta su salud emocional.

Si bien diversos estudios como los anteriormente mencionados abordan estos aspectos fundamentales para entender el desarrollo del adolescente, estas perspectivas suelen presentarse de manera aislada lo que ocasiona la patologización de situaciones que pueden estar relacionadas con variables contextuales, lo cual limita a las instituciones educativas y de salud para el desarrollo de orientaciones adecuadas a familiares, diseños de intervenciones o propuestas de evaluación.

Con base a lo estipulado con anterioridad, las particularidades y relevancia de las problemáticas se plantea el siguiente problema de investigación ¿Cuáles son las principales características clínicas, cognitivas y sociodemográficas presentes en un grupo de adolescentes de 14 a 16 años de una Institución Educativa de la ciudad de Manta?

Objetivo general

Caracterizar las principales variables clínicas, sociodemográficas y cognitivas en adolescentes de 14 a 16 años

Objetivos específicos

Describir el funcionamiento cognitivo en los adolescentes evaluados.

Determinar las variables clínicas de los adolescentes de 14 a 16 años.

Identificar las características sociodemográficas presentes en la muestra evaluada.

Justificación

La adolescencia es una etapa en el desarrollo del individuo que se caracteriza por cambios a nivel cognoscitivo, físico y psicosocial siendo estos los cuales determinan la formación de la identidad, habilidades sociales y el proyecto de vida previo a la adultez. Sin embargo, también es una fase vulnerable en el desarrollo del adolescente debido a las problemáticas clínicas que impactan en su salud mental, desempeño académico y desenvolvimiento social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que uno de cada 7 adolescentes a nivel mundial padece algún tipo de trastorno mental siendo la depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en los adolescentes (OMS 2024). La ausencia de detección temprana aumenta el riesgo al fracaso escolar, deterioro en la obtención y desarrollo de habilidades sociales, conductas de riesgo y la cronificación de los problemas de salud mental hacia la adultez.

A nivel cognitivo el desarrollo de funciones en la adolescencia como la atención, memoria y control inhibitorio están también liadas a los cambios que estos viven. La alteración en estas áreas antes mencionadas se encuentra altamente relacionada con la deserción escolar y la dificultades en el entorno académico (Tamayo Lopera et al., 2018). Investigaciones señalan que los déficits en las funciones ejecutivas y la regulación emocional no solo afectan al desempeño académico si no que esto también aumenta la probabilidad de desarrollar problemas conductuales y trastornos internalizaste, como la ansiedad, depresión. Lo que interfiere con su adaptación y desarrollo de proyecto de vida.

En Ecuador investigaciones en el área de la neuropsicología señalan como factores socioeconómico afecta de manera negativa en el desarrollo de funciones a nivel cognitivo (Pluck

et al., 2018). La depresión y ansiedad son problemas comunes en los adolescentes ecuatorianos en conjunto con otros trastornos mentales. Factores de riesgo desde violencia doméstica hasta problemas de autoestima, contribuyen a los problemas de salud mental en esta población. Los trastornos mentales tienen efectos negativos en la vida de los adolescentes ecuatorianos, desde la educación hasta la salud emocional (Jalca et al., 2023).

El nivel socioeconómico, las condiciones de vida, el sexo, la edad de sus progenitores y el pertenecer a minorías o grupos étnicos discriminados son factores que influyen en el desarrollo de características individuales, consolidación y apareamiento de problemas en salud mental como se indica en un estudio realizado sobre el perfil de adolescentes con autolesiones no suicidas, las variables sociodemográficas tomaron relevancia en el análisis (Silva et al., 2025) Estas condiciones representan riesgos añadidos como la vulnerabilidad al inicio del consumo de sustancias psicoactivas y la exposición a experiencias adversas que comprometen el desarrollo óptimo.

El presente trabajo buscó caracterizar las variables clínicas, cognitivas y sociodemográficas en los adolescentes para que mediante este análisis se logre una mejora en el abordaje ante las dificultades que se presentan en esta etapa del desarrollo humano, así como también la limitación en las orientaciones y procesos de evaluación al no tomar en cuenta de manera integrativa estas características.

Capítulo I: Marco Teórico de la investigación

Adolescencia: desarrollo y características generales

Existen diversas definiciones cuando nos referimos a la adolescencia desde la etimología de la palabra, la definición de autores, la perspectiva de la sociedad sobre el ser adolescente o el llegar a esta etapa. Pasando de ser un periodo temido a verse como una oportunidad de desarrollo evolutivo donde se encuentra el establecimiento de autonomía, descubrimiento de identidad y consolidación de diversos procesos a nivel cognitivo, psicológico, físico y social. En el informe “The State of the World’s Children 2011” (Borrás Santisteban, 2014) se expresa que resulta difícil definir a la adolescencia. Primero, porque las experiencias individuales en este período son diferentes entre los individuos, en cuanto a variaciones físicas, la maduración emocional y cognitiva, entre otras eventualidades.

Adolescencia proviene de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer que en el castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y, también, crecimiento y maduración. Vygotski (1996) denomina a esta etapa como adolescencia, o edad de transición, o un período de maduración sexual, entendiendo estas categorizaciones como el paso de la infancia a la adultez colocando al adolescente como un ser pensante según su definición.

La adolescencia comprende un periodo de tiempo impreciso, al hacer una revisión en la literatura podremos encontrar diferentes perspectivas orientadas a definir el periodo de tiempo y edad que es atribuida a esta etapa del desarrollo, según la OMS (2024) esta se clasifica en el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, mientras que autores como (Papalia et al., 2021) la define como una etapa crucial del desarrollo en la transición entre la niñez y la adultez que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales comprendida entre los 12- 13

años llegando a su fin a los 20 años que inicia biológicamente y culmina en la cultura, es decir que no solo se la debe ver como una característica del individuo, sino también un proceso de cambio, de adaptación que es parte del desarrollo biológico, psicológico y social del individuo.

Tomando en cuenta el planteamiento que se ha realizado en los últimos años sobre la existencia de una crisis de salud mental en los adolescentes esto exige un análisis crítico y profundo ante la proliferación de condiciones de salud mental en este grupo etario desde una mirada integral teniendo en consideración las variables contextuales y culturales, junto al análisis crítico a las categorías diagnósticas y la psiquiatrización social (Cova et al., 2025), dejando de lado la mirada patologizante que se ha tomado en los últimos años.

Esta línea de argumentación recuerda lo que se viene mencionando con anterioridad: La adolescencia debe abordarse desde la complejidad que supone esta etapa del desarrollo del individuo; reconociendo que los comportamientos y síntomas expresados no siempre reflejan un trastorno subyacente si no procesos adaptativos propios de esta etapa. Por ello, para efectos de la presente investigación, resulta pertinente abordar esta etapa desde una perspectiva integral, evitando reducirla exclusivamente a los cambios biológicos o a la presencia de dificultades psicológicas.

Cambios biológicos.

En la adolescencia se consideran los cambios biológicos se relacionan principalmente con la pubertad, estos forman parte de un largo y complejo proceso de maduración que inicia antes del nacimiento y cuyas ramificaciones psicológicas continúan en la adultez.

Esta no es causada por único factor, más bien es una cadena de resultados de las respuestas hormonales, físicas determinadas por la genética y el ambiente. En la pubertad se

produce la activación del eje hipotálamo-hipófiso-somatomedínico, este mecanismo incrementa la producción de hormonas sexuales y hormonas del crecimiento, lo que desencadena transformaciones corporales aceleradas.

A nivel del sistema nervioso existe una reorganización estructural y funcional. Entre los procesos más relevantes se encuentra la poda de conexiones dendríticas que optimizan la eficiencia del procesamiento cognitivo. Estas modificaciones se observan especialmente en regiones vinculadas al razonamiento social, como la unión temporoparietal y el surco temporal superior, cuya densidad de materia gris disminuye gradualmente desde la adolescencia media hasta la adultez temprana (Mills et al., 2012).

Con relación a los cambios físicos existe una aceleración y desaceleración del crecimiento óseo, órganos internos, cambios de la composición corporal y maduración sexual. Las características sexuales primarias que tienen relación con los órganos necesarios para la reproducción - ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el clítoris y la vagina, los testículos, el pene, el escroto, las vesícula seminales y la próstata- se desarrollan y adquieren funcionalidad reproductiva. En paralelo emergen características sexuales secundarias siendo estos signos fisiológicos de la maduración sexual que no involucran de manera directa a los órganos sexuales, en las mujeres los senos y los hombros anchos en los varones, los cambios en la voz, la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento de vello tanto púbico, facial, axilar y corporal.

Los cambios a nivel físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo (Güemes-Hidalgo et al., 2017). Su aparición, sea esta adelantada o tardía de estas características frente a este grupo de iguales en los adolescentes es

importante ya que influye en su autoestima y desarrollo psicológico de manera particular ante esta comparación entre su grupo de pares.

Desde esta perspectiva, se considera que los cambios biológicos propios de la adolescencia no pueden analizarse de manera aislada de las experiencias psicológicas y sociales del individuo. La manera en que estos cambios son experimentados puede estar influida por el contexto familiar, escolar y social, por lo que su comprensión requiere considerar las características particulares de cada adolescente.

Desarrollo cognitivo

El cerebro adolescente explica parte de estos comportamientos de la adolescencia. Los jóvenes procesan la información de modo diferente que los adultos. Esto se relaciona con la maduración cerebral progresiva especialmente de la corteza prefrontal una región situada en el lóbulo frontal que se considera responsable de funciones cognitivas superiores como el pensamiento abstracto, la planificación, el control inhibitorio y la toma de decisiones.

La corteza prefrontal se conecta con regiones cerebrales involucradas en el procesamiento emocional y la memoria lo cual influye en la regulación del comportamiento y la capacidad para evaluar las consecuencias de las acciones del individuo. En el caso de la adolescencia esta maduración cerebral continua en desarrollo lo que contribuye a un mejor control de impulsos junto con un pensamiento más riguroso y organizado.

Según lo planteado por Piaget (1995), el pensamiento adolescente es característico por el desarrollo de las operaciones lógicas formales, es decir, un nivel de razonamiento más complejo y abstracto que el de los infantes. Es durante esta etapa donde el individuo es capaz de razonar sobre proposiciones hipotéticas y de generar conclusiones a partir de verdades posibles,

manifestando lo que conocemos como el pensamiento hipotético-deductivo. Este proceso marca un avance significativo en la capacidad cognitiva, es lo que permite que el adolescente integre nuevas experiencias y conocimientos a través de esquemas mentales más elaborados. En la adolescencia inicia el aumento de la empatía cognitiva como señala Zaar (2017) esta inicia su aumento, siendo esta un componente importante de la resolución de problemas sociales y la evitación de conflictos, su aumento inicia en las niñas alrededor de los 13 años y en los niños alrededor de los 15 (*Capítulo 14: Adolescencia – Desarrollo Cognitivo – Crecimiento y Desarrollo Infantil*).

A los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, a los 15–16 el desarrollo moral, saberlo que está bien y mal. Hidalgo Vicario & González-Fierro (2014) señalan que hasta los 25–30 años no se alcanza el desarrollo completo de la corteza prefrontal, gracias a lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer (en cuanto a planificación, razonamiento y control de impulsos), y esta sería entendida como la maduración definitiva en el individuo.

Lo señalado con anterioridad explicaría porque los adolescentes tienen conductas de riesgo ya que, a diferencia de los adultos quienes su lóbulo frontal a completado el proceso de desarrollo en los adolescentes este no se encuentra en su totalidad madurado lo que hace que se lleve más por sus impulsos ante insultos, molestias o el comprometerse a conductas que se consideran arriesgadas a esta edad.

Sin embargo, es importante señalar que el desarrollo cognitivo no está aislado de los factores emocionales y sociales propios de la adolescencia, más bien estos se encuentran en una interacción constante lo que termina influyendo en la conducta y en su proceso de toma de decisiones. En este sentido, la evaluación de los procesos cognitivos permite aproximarse a las

características del funcionamiento intelectual de los adolescentes y comprender su desempeño dentro del contexto en el que se desenvuelven.

Desarrollo emocional y social

El desarrollo emocional y social están encadenado como procesos fundamentales en el individuo para reconocer, comprender, interpretar y gestionar sus emociones, así como lograr establecer y consolidar relaciones interpersonales de forma saludable y efectiva. Bandura (1977), desde su teoría del aprendizaje social enfatiza en que estas habilidades socioemocionales son adquiridas a través de los procesos observacionales del adolescente de sus modelos significativos.

Retomando lo que nos plantea Papalia, Olds y Feldman (2005) sobre los estados emocionales entendiéndolos como una serie de reacciones subjetivas presentes ante una experiencia que a su vez se relaciona con cambios fisiológicos y de la conducta sabiendo que todos los individuos tienen esta capacidad de experimentar emociones y sentirlas, aunque estas pueden diferir en la frecuencia en la que se sienten, en los acontecimientos que pueden llegar producirlas, en las manifestaciones físicas que se pueden reflejar y en la forma de actuar como resultado de ellas los adolescentes no están exentos de estas particularidades; por la propia etapa en la que se encuentran son muchos más propensos a experimentarlo con mayor intensidad y afectación en su desarrollo que un adulto.

En relación con lo planteado en la actualidad investigaciones recientes muestran como la regulación emocional sigue madurando durante la adolescencia siendo influenciada tanto por factores individuales como contextuales, por ejemplo; se ha encontrado que la autoestima constituye un predictor clave del manejo emocional según Cuevas Macas et al. (2024)

adolescentes con menor autoestima presentan mayores dificultades para regular sus emociones afectando tanto a nivel psicológico como escolar.

Asimismo, una revisión bibliográfica subraya que la regulación emocional en la adolescencia se vincula con la calidad del contexto en el que este se desenvuelve, destacando la importancia del apoyo emocional, el estilo de crianza y la estabilidad del ambiente social (Huamán Becerra, 2022). Estos factores ayudan a comprender la razón por la cual algunos adolescentes presentan mayor vulnerabilidad en situaciones de estrés o conflicto.

Por otro lado, Erickson (1968) en su teoría del desarrollo psicosocial plantea que el individuo durante todo su desarrollo cruza por diferentes etapas enfrentando crisis, estas van a influir tanto en el desarrollo de la identidad como en sus relaciones sociales, este argumentó que durante la adolescencia, los jóvenes asumen el reto de desarrollar un sentido coherente, integrado y estable de sí mismos, y que no lograrlo puede dificultar la transición a los roles y responsabilidades de la edad adulta.

Estas relaciones en la adolescencia se caracterizan por ser intensas para luego en la adultez inicial volverse más débiles contradas en pocas personas y siendo más o menos estables en cuanto a pareja. Este desarrollo social adquiere un papel de profunda importancia en esta etapa puesto que la influencia de los pares se intensifica convirtiéndose en un factor decisivo en esta conformación de la identidad anteriormente mencionada. En la literatura se muestra que la interacción entre pares puede facilitar este proceso al ofrecer modelos de afrontamiento, validación efectiva y apoyo social. Según lo que expresan Steinberg & Chein, (2023) en un estudio reciente esta relaciones entre pares pueden funcionar como un recurso protector para la autorregulación y el ajuste emocional, especialmente cuando los vínculos que se establecen son positivos. Desde esta perspectiva el desarrollo emocional y social constituye un componente

fundamental del desarrollo adolescente, debido a que las experiencias afectivas y las relaciones interpersonales participan en la construcción de la identidad y en la manera en que el adolescente responde a las demandas de su entorno. Por ello, estas dimensiones adquieren relevancia dentro de una caracterización integral del adolescente.

Componentes clínicos relevantes en la adolescencia.

Las características clínicas serían entendidas como el conjunto de manifestaciones sintomáticas que pueden presentarse en el individuo. En el caso de la adolescencia se relaciona con conductas trastorno internalizantes y externalizantes (Espinosa et al., 2025). Estos cuadros generan un impacto significativo en el rendimiento académico y en el desenvolvimiento a nivel social.

Los diagnósticos de problemas de salud mental y de trastornos mentales tienen efectos en los sentimientos de agencia personal y en el autoconcepto (Ahuvia et al, 2024; Harari et al., 2023). Los tratamientos en salud mental, particularmente, los farmacológicos, también pueden tener efectos iatrogénicos importantes (Paris, 2023). Estos daños no intencionales pueden interferir en el desarrollo del adolescente por ello es de suma importancia prevenir e informar de los problemas de salud mental y sus tratamientos.

Los trastornos mentales tienen influencia directa en la calidad de vida de los adolescentes, ya que pueden obstaculizar su progreso educativo y su transición hacia la vida laboral esto debido a la disminución de la funcionalidad y la carga de enfermedad que estos trastornos pueden conllevar. Sin embargo, este impacto se acentúa aún más cuando se examinan las causas de mortalidad en esta población entre las cuales destacan el suicidio el cual guarda una

fuerte relación con la presencia de trastornos mentales, y el consumo de sustancias psicoactivas (Jalca et al., 2023).

A partir de lo revisado, se considera que las características clínicas constituyen una dimensión relevante para comprender el funcionamiento psicológico durante la adolescencia. Sin embargo, su evaluación debe realizarse desde una perspectiva contextualizada, considerando que la presencia de determinados indicadores no constituye por sí misma un diagnóstico clínico. En este sentido, su identificación permite reconocer posibles áreas de vulnerabilidad que pueden requerir una valoración psicológica más específica.

Problemas emocionales y conductuales frecuentes

Los adolescentes experimentan diversos cambios psicológicos, cognitivos, sociales, sexuales y morales, que se relacionan entre sí de forma atemporal y se ven influenciados por el desarrollo físico (pubertad) y la búsqueda de identidad y autonomía personal (Gaete, 2015). Estos procesos antes mencionados implican una mayor sensibilidad emocional además de la reorganización de la capacidad de autorregulación, lo que puede dar lugar a la aparición de problemas tanto emocionales como conductuales.

Según lo planteado por Casares et al., (2024) los problemas emocionales en la que se presentan adolescencia principalmente la ansiedad y depresión está asociado al ajuste psicológico. Se señala que tanto los síntomas de ansiedad y depresión se relacionan positivamente con el afecto negativo mientras que los problemas emocionales, de conducta se relacionan de forma inversa con el afecto positivo y la calidad de vida. Estas dificultades en los contextos educativos se suelen manifestar como problemas de regulación emocional, irritabilidad, retraimiento social o desmotivación escolar.

Por otro lado Schoeps et al., (2019) como resultados de su investigación identificaron diferencias significativas de sexo siendo así las mujeres quienes percibían y comprendían mejor las emociones a diferencia de los varones a quienes les costaba más identificarla; sin embargo, presentaron niveles mayores en relación con los problemas emocionales, en cambio, los varones obtuvieron un nivel de autoestima más elevado que las mujeres, mostrando más problemas conductuales.

A nivel epidemiológico según un informe de la OMS en 2018 donde se explica la carga de trastornos mentales en la Región de las Américas, en Ecuador, los más comunes son la ansiedad, la depresión, las autolesiones y los trastornos somatomorfos representando el 42% de la carga total, mientras que los dolores de cabeza contribuyen con el 19%, los trastornos por consumo de sustancias con el 17%, mientras que los trastornos mentales graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar suponen alrededor del 8%. Estos datos respaldan la relevancia de atender y entender la salud mental en los adolescentes siendo que conforman al grupo poblacional con mayor afectación y vulnerabilidad ante estas patologías.

Estos problemas influyen de manera directa en el desarrollo de los adolescentes, pues afectan en su ajuste emocional, en su funcionamiento social y desempeño académico. De no ser identificados y abordados de manera temprana estos podrían interferir con la formación de la identidad, autonomía, consolidación de vínculos afectivos y la participación en actividades escolares lo que se vería reflejado en su rendimiento académico.

Problemas externalizantes.

Los problemas de conducta son frecuentemente a largo plazo. Para algunos individuos, las conductas externalizantes se limitan al período de la adolescencia y sus cambios fisiológicos relacionados. Los problemas o conductas externalizantes como pueden también ser encontradas

representan un indicador de aquellas manifestaciones comportamentales externas y disruptivas que irrumpen en el entorno inmediato del adolescente generando conflictos interpersonales lo que dificulta el desarrollo normal de las actividades de su diario vivir. Estas manifestaciones se encuentran caracterizadas por la presencia de agresividad, de conductas de oposición y desafío, la falta de empatía o consideración hacia otras personas y la ruptura de normas.

Su aparición en la infancia y la adolescencia son un predictor significativo de comportamiento delictivo crónico en la edad adulta, estos comportamientos problemáticos externalizantes como la agresión, los daños a la propiedad o el robo se encuentran entre los problemas de adaptación más frecuentes en la infancia y son el predictor más fiable de problemas de salud mental en la edad adulta (Babicka-Wirkus et al., 2023).

Los adolescentes que exhiben estos comportamientos podrían en un futuro tener consecuencias legales a raíz de ellos además de problemas en la adaptación, interacción social y su desarrollo emocional.

Problemas internalizantes.

Los problemas internalizantes son un indicador de las alteraciones emocionales y sintomatología relacionadas con los principales trastornos afectivos o del estado de ánimo. Concretamente el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) los relaciona con las manifestaciones en depresión, ansiedad, ansiedad social y Quejas somáticas, además de presencia de sintomatología postraumática y Obsesión- compulsión.

En cuanto a diferencias los niños son los exhiben niveles elevados de síntomas internalizantes en la infancia, mientras que, para las adolescentes y mujeres jóvenes, se ha observado un aumento en los síntomas internalizantes, con mayor estabilidad en etapas de desarrollo posteriores (Babicka-Wirkus et al., 2023). Las consecuencias a largo plazo de lo

mencionado anteriormente incluyen problemas en los entornos sociales, escolares y laborales futuros.

Los problemas de esta área se relacionan entre sí, muchas veces presentándose la depresión y ansiedad de forma comórbida. De la misma manera, los problemas de somatización pueden ser consecuencias de los problemas emocionales mencionados con anterioridad.

Una excesiva sensación de control puede conducir a una internalización profunda y de las normas sociales. Esto puede ser la base de una excesiva cautela en situaciones nuevas y subjetivamente difíciles para el adolescente, así como de timidez durante el contacto interpersonal. A pesar de tener capacidades intelectuales promedio o superiores a la media, las personas con trastornos internalizantes no logran resultados académicos suficientemente altos, lo que facilita una sensación de infravaloración

En un estudio realizado por Alarcón Parco y Bárrig JÓ (2015) de manera específica se encontraron diferencias importantes entre mujeres y hombres en problemas de ansiedad-depresión y quejas somáticas, reportando que las mujeres reflejaban mayores puntajes en estas manifestaciones que los hombres.

La diferencia entre ambos sexos dio a conocer que las mujeres reportaron mayor puntuación en problemas externalizantes en comparación a los hombres y, por el contrario, los hombres tuvieron mayor puntuación en los problemas de área externalizantes lo que indica que el sexo es un variable relevante a considerar en este apartado.

Rendimiento Académico

El rendimiento académico es entendido como la efectividad escolar que se representa en el logro de los objetivos establecidos en los programas escolares (Hernández et al,2008). Este se

encuentra influenciado de manera directa por variables emocionales y cognitivas. La salud mental está relacionada tanto con el rendimiento académico y desenvolvimiento escolar en general, a ansiedad, depresión y estrés son factores que afectan el bienestar emocional y el rendimiento escolar. Los estudiantes con altos niveles de ansiedad o depresión tienden a obtener calificaciones más bajas y presentan mayor ausentismo en las aulas.

A medida que los adolescentes crecen, se encuentran con etapas de transición relacionadas con la edad que les exigen progresar hacia un nuevo rol. Las expectativas educativas varían no solo entre culturas, sino también entre clases sociales y entre sexos.

Mientras que las familias de clase media o alta pueden el adolescente asita a una universidad cuatro años después de graduarse de la escuela secundaria, otras pueden esperar que su hijo o hija comience a trabajar de forma inmediata (Zaar, 2017.).

Es por ello por lo que las investigaciones han dirigido su atención a esclarecer diversas variables como los estados cognitivos, emocionales, factores médicos y sociales relacionados con bajo rendimiento académico (Caso & Hernández, 2007). Por un lado, un estudio realizado por Utria, Rivera y Valencia (2011), encontró que no existe asociación estadísticamente significativa de los procesos cognitivos, con la presencia de síntomas de ansiedad o de depresión. Además, aseguran que los estados emocionales y los procesos cognoscitivos deberían ser considerados como dos funciones separadas entre sí sin una relación específica.

Por su parte, Puentes et al., (2008) refuta esta postura puesto que indican que las dificultades académicas si tienen una relación significativa con alteraciones cognoscitivas entre las cuales se encuentra el déficit de memoria, atención, habilidades construccionales y viso espaciales, que a su vez podrían estar originadas por un defecto en la memoria de trabajo lo que

alteraría las funciones ejecutivas, estas fallas también se reflejan al realizar un análisis de la variable aritmética para los componentes de conteo, manejo numérico y razonamiento lógico.

Cabe destacar que la adolescencia es una etapa de la vida donde se produce un cambio o salto en el desarrollo cognoscitivo. La percepción de fracaso académico puede afectar la autoestima provocando sentimientos de frustración, desesperanza y aislamiento. En este sentido, es crucial que las instituciones educativas promuevan estrategias de intervención y prevención que integren tanto aspectos académicos como emocionales, con el fin de fortalecer el bienestar general de los estudiantes (Cedeño Castillo Eddy Alejandro Gualpa-Alvarez, 2025)

Consumo de sustancias

Las sustancias adictivas están consideradas como un serio problema de salud pública en países en vías de desarrollo. En el Ecuador el 17% de los adolescentes consumen drogas siendo las adicciones más frecuentes el consumo de alcohol con un porcentaje del 51,1% al 77,2%, el consumo de drogas con el 50% y el consumo de tabaco con un 36,7% (Castro-Calle et al., 2023).

En diversas investigaciones como la de Silva et al., (2021). se identifican otros factores de riesgo asociados al consumo de drogas ilícitas como el acceso a las drogas, el contexto social, la estructura familiar y la prematuridad del consumo elevan su predisposición al consumo precoz y a la dependencia de drogas. Al analizar la frecuencia de uso de drogas en los adolescentes, se comprobó que las tres sustancias de mayor prevalencia fueron las bebidas alcohólicas, seguidos del cannabis y de los derivados del tabaco.

Así mismo se destaca la importancia del factor familiar en el consumo de sustancias, como la presencia de abuso, descuido y abandono dentro del entorno familiar, además de los aspectos psicológicos, como el estado de ánimo, la percepción del consumo y la reacción familiar ante el mismo (Castro et al., 2020) encontraron en su estudio donde analizaban los

perfiles sociodemográficos de los adolescentes de las unidades educativas de la provincia de Manabí que la variable sociodemográfica y escolar en los individuos con trastornos de consumo de sustancias de características externalizantes tuvo relevancia a la hora de su análisis. Se determinó que el vivir con ambos padres genera un ambiente de protección en los adolescentes independientemente si la zona en la que habitan es urbana o rural.

Entre las complicaciones que puede generar el consumo de drogas se encuentra la alteración en el estado cognitivo de los adolescentes, de acuerdo con la investigación de Pancer y Dasgupta (2019) el consumo de drogas conlleva a problemas neuropsicológicos y cognitivos adversos, por lo cual constituye un problema de salud pública en el adolescente además de interferir en su desarrollo óptimo ya que el consumo de sustancias sea del tipo estimulante, inhibidora o calmante provoca un desbalance a nivel neurobiológico alterando circuitos y procesos importantes a nivel cerebral como el sistema límbico lo que se ve refleja directamente en la conducta de los adolescentes que de por sí tienden a ser riesgosas este consumo suele exacerbarlas.

Principales trastornos en la adolescencia

La adolescencia es un periodo de adaptación y mejoramiento en el funcionamiento psicosocial. Aun así, debido a su particularidad en el desarrollo donde diversos procesos inician su consolidación esta facilita el desarrollo de varios trastornos, lo que convierte a esta etapa del desarrollo tanto en un periodo de vulnerabilidad como una etapa de riesgos.

Los problemas de salud como la epilepsia, los trastornos del desarrollo, la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos del comportamiento son las principales causas de discapacidad entre los jóvenes. A nivel mundial según las OMS el 10% de los niños, niñas y

adolescentes experimentan trastornos mentales, pero la mayoría de ellos no buscan ni reciben la ayuda adecuada. Los intentos de suicidio son un ejemplo extremo de una llamada de ayuda y son la cuarta causa más común de muerte para niños de 15 a 19 años.

Durante la adolescencia se experimenta un aumento en la presión y las responsabilidades individuales, lo que, combinado con la inexperiencia y la inmadurez debido al inicio de desarrollo en estructuras cerebrales implicadas en estos procesos, puede resultar en obstáculos que a menudo se traducen en momentos de angustia, soledad y frustración. Son estos factores los que aumentan el riesgo de cometer actos o conductas suicidas.

Por el contrario, una mayor cohesión y adaptabilidad familiar protegió contra eventos futuros. En concordancia con lo planteado las relaciones positivas con los padres, la supervisión parental, una conexión positiva con la escuela y grupo de pares prosocial protegen a los adolescentes contra los intentos de suicidio, incluso ante la presencia de otros factores de riesgo, como el abuso. El fomento de una crianza positiva y el afrontamiento familiar adaptativo pueden ser útiles para prevenir nuevos intentos.

Factores como la violencia doméstica hasta problemas de autoestima, contribuyen a los problemas de salud mental en esta población. Los trastornos mentales tienen amplios efectos negativos en la vida de los adolescentes, desde la educación, desarrollo personal hasta la salud emocional.

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Este según el DSM5-TR es un patrón persistente de inatención o hiperactividad que interfiere con el desarrollo o funcionamiento del individuo. En el adolescente la severidad del trastorno surge de los efectos de dichos síntomas cuando no se han diagnosticado e intervenido a

tiempo, la impulsividad y la hiperactividad conllevan un deterioro en las relaciones sociales (Rodríguez Hernández et al., 2014)

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades muy serias que se inician habitualmente en la adolescencia y en general han ido en aumento en los países en desarrollo (Gaete P. et al., 2020). Los comentarios sobre el peso, la imagen corporal, las rutinas que lleve el adolescente sea por parte de sus padres o incluso el grupo de pares contribuyen al desarrollo de esta problemática además de la percepción sobre los ideales de belleza y antecedentes en la familia con estos problemas contribuirían en el desarrollo o apareamiento de los mismos. Las señales de alerta que comprenden irritabilidad, disminución del ánimo, tendencia al aislamiento, aumento de la ansiedad especialmente frente a las comidas generara dificultad en la concentración, bajo rendimiento académico, aislamiento social e incluso conducta suicida.

Ansiedad

La ansiedad en los adolescentes se manifiesta como un obstáculo para la concentración y el manejo adecuado del tiempo, generando un círculo vicioso en el que el temor al fracaso académico agrava aún más el estado emocional del estudiante. Regularmente un adolescente que presente ansiedad tiende a tener preocupaciones y miedos intenso, en cuestión de minutos suelen desarrollar un ataque de pánico. Los ataques de pánico presentan una fuerte llanto, hiperventilación, sudoración, temblores y cefalea, generando pánico, sensación de peligro, no tienen un control total de sus acciones en ese instante (Mayra Cristina Guanga Gallardo, 2025). Esto se puede reflejar en cambios comportamentales perjudicando su concentración y desenvolvimiento pudiendo desarrollar un trauma o miedo que afectan a su autoestima.

Depresión

La depresión, por otro lado, se expresa mediante una desmotivación profunda que afecta el interés y la disposición para involucrarse en las actividades escolares. En los adolescentes, se ha podido evidenciar una dificultad para relacionarse e incluirse en los grupos sociales (Mayra Cristina Guanga Gallardo, 2025). Los individuos somos seres que necesitan de constante interacción social y para el adolescente es de suma importancia el ser aceptado en un grupo de pares, es por ello por lo que las señales de aislamiento pueden alertar tanto a los padres como a las unidades educativas a prestar más atención ante posible falta de habilidades sociales, introversión o situaciones relacionadas al acoso que podrían generar malestar en el adolescente.

Estrés

El estrés, especialmente en contextos de alta presión, se convierte en un elemento que sobrecarga al estudiante, lo que debilita su capacidad de respuesta y su rendimiento global (Espinosa et al., 2020). El estrés, derivado de presiones escolares, familiares o sociales, incrementa la tensión emocional impactando de manera negativamente en la capacidad de los adolescentes para organizar su tiempo, focalizar la atención y responder a las exigencias en el entorno tanto social, académico y familiar.

Funciones cognitivas en la adolescencia.

Las funciones cognitivas son un conjunto de habilidades mentales que permiten a las personas procesar información, resolver problemas, adquirir conocimiento, adaptarse socialmente y regularse a nivel emocional. Se incluyen la atención, memoria, percepción, lenguaje y capacidad de solucionar problemas; es importante reconocer que cada una de ellas tiene un proceso de desarrollo individual que se correlaciona con la maduración del sistema nervioso central (Ortiz & Parra, 2017).

Al hablar de funciones cognitivas nos referimos no solo a las mencionadas anteriormente, sino también al trabajo asociado entre estas para llevar a cabo un proceso determinado tanto en el ámbito académico como en el accionar diario del individuo.

Funciones Ejecutivas.

Los procesos cognitivos en la adolescencia se presentan como una consolidación para las funciones ejecutivas entre ellas se encuentra la memoria de trabajo, atención, control inhibitorio. Esta madurez neuropsicológica de las funciones ejecutivas sigue en desarrollo durante la adolescencia, con variaciones según el sexo y el entorno educativo (Tamayo Lopera et al., 2018), y no se consolida completamente hasta los 20-25 años.

Tanto las experiencias sociales complejas y el nivel de estimulación escolar van a fortalecer estas funciones, mientras que el estar expuestos a contextos adversos o estresores crónicos pueden retrasar su desarrollo y consolidación

Según Periañez y Ríos-Lago (2017) estas funciones están vinculadas con la actividad cerebral, como “conjunto de procesos complejos situados en la parte más alta de la jerarquía de operaciones cognitivas responsables del control de la conducta de los individuos” (p. 27).

La educación entonces será entendida como un mediador de estas funciones ejecutivas operadas desde el cerebro y expresadas en la cotidianidad del adolescente, podríamos entenderlo como un agente de tránsito que ayuda a fortalecer y potencializar estas destrezas que representan el desempeño en los adolescentes y del individuo a lo largo de su vida adaptándolo al medio junto a la resolución de problemas a partir de su uso adecuado. Desde esta lógica la evaluación permite identificar características relacionadas con la manera en que los adolescentes planifican,

controlan y adaptan sus respuestas ante diferentes situaciones, considerando que estas capacidades continúan desarrollándose durante esta etapa.

Atención

La atención se encuentra en la base del funcionamiento cognitivo, tanto por la relevancia de su función en sí, por ser la mediadora de otros procesos cognitivos, como la memoria o el aprendizaje (Chun et al 2007 como se cita en Santiago Resett, 2021). Por lo tanto, constituye uno de los procesos más importantes de la cognición humana (Portellano 2005 citado por Santiago Resett, 2021), porque participa en el resto de las funciones psicológicas o en distintas tareas como el aprendizaje escolar, toma de decisiones y demás.

Durante la adolescencia la atención sostenida mejora de manera significativa, esto se da gracias al avance en la conectividad fronto-parietal en el sistema nervioso central (Spear et al.2010). La memoria de trabajo también alcanza niveles que son comparables a los de adultos jóvenes alrededor de la edad de 15 a 16 años, esta se fortalece por la maduración del hipocampo y su interacción con las regiones prefrontales.

Memoria.

La memoria es un sistema de procesamiento de información que a menudo comparamos con una computadora. La memoria es el conjunto de procesos utilizados para codificar, almacenar y recuperar información a lo largo de diferentes periodos de tiempo.

Codificación. Es el proceso que introduce la información a nuestro sistema. Una vez que recibimos información sensorial del entorno, nuestro cerebro la etiqueta o codifica esta información se organiza con información similar y conectamos nuevos conceptos con los existentes. La codificación de la información se produce tanto mediante el procesamiento automático como mediante el procesamiento esforzado.

Almacenamiento. Proceso mediante el cual retenemos la información luego de codificarla. El cerebro toma la información codificada y la almacena. El almacenamiento es la creación de un registro permanente de información. Para que un recuerdo se almacene o guarde debe pasar por tres etapas distintas: la primera es la memoria sensorial, la memoria a corto plazo y, finalmente, memoria a largo plazo

Memoria sensorial. En el modelo de Atkinson-Shiffrin, los estímulos del entorno se procesan primero en la memoria sensorial, el almacenamiento de eventos sensoriales breves, como imágenes, sonidos y sabores. Es un almacenamiento muy breve, de hasta un par de segundos. Esto se debe a que estamos en constante contacto con información sensorial y no podemos absorberla toda, no toda termina siendo relevante en la vida.

Memoria de trabajo. También conocida como memoria a corto plazo es un sistema de almacenamiento temporal que procesa la información sensorial entrante; toma información de la memoria sensorial y, a veces, la conecta con información que ya se encuentra en la memoria a largo plazo.

En relación con el funcionamiento cognitivo González-Medina (2022) indica que la memoria de trabajo es un factor principal que media distintos elementos cognitivos de las habilidades académicas, un mal funcionamiento dificulta la correcta ejecución de procesos como la lectura y escritura con relación a su velocidad principalmente los elementos de cálculo y razonamiento lógico matemático como se evidencia en los resultados.

Memoria a largo plazo. Es el almacenamiento continuo de información. A diferencia de la memoria a corto plazo, la capacidad de almacenamiento de la memoria a largo plazo no tiene

límites. Abarca todas las cosas que el individuo pueda recordar que sucedieron hace más de unos minutos hasta todas las cosas que puedes recordar que sucedieron hace días, semanas y años.

En lo que respecta a la atención y la memoria, categorías pertenecientes a la función ejecutiva de memoria de trabajo Andrea et al., (2020) encontraron en su estudio características comunes en la mayoría de los adolescentes, como la distracción con estímulos externos, los problemas para retener información en la mente teniendo de objetivo el completar una tarea o proporcionar la respuesta adecuada a un tema específico; la dificultad para enfocarse o permanecer centrados en una actividad, y el seguir instrucciones complejas.

Flexibilidad Cognitiva

Según Moraine, (2017) la flexibilidad cognitiva es “la función ejecutiva transversal”. Todos los cambios internos o externos que se presenten o a los que el individuo deba enfrentarse estarán liderados por esa flexibilidad, que, además, estará presente en el resto de las funciones ejecutivas, como la memoria de trabajo y el control inhibitorio.

Se ha discutido la correlación entre la planificación y las habilidades visoespaciales, estudios precedentes mostraron asociaciones entre tareas que miden FE y el desempeño visoespacial, lo que ha llevado a sostener que la planificación y el procesamiento de información visoespacial están vinculados (Mena et al., 2024). De ahí que, entre los hallazgos de investigación respecto a la flexibilidad cognitiva se destaquen dificultades en varios aspectos de la vida cotidiana de los adolescentes. Los problemas en la función ejecutiva de flexibilidad cognitiva se manifiestan en las dificultades para cambiar de tarea, abordar los problemas o los cambios. En el caso de los adolescentes se puede ver reflejado en la dificultad para iniciar una tarea, captar una orden y la priorización de actividades que requieren más esfuerzo.

Habilidades Visoespaciales

Estas serán entendidas como la capacidad de procesar información visual para entender y manipular objetos y relaciones en el espacio. Esto involucra relaciones espaciales, comparación de figuras y transformación mental de objetos en relación con planos y coordenadas de referencia (Mena et al., 2024). Esto incluye los procesos de rotación de las figuras en el espacio, así como también la orientación y visualización, esto se evidencia en los estudios realizados pues se ha comprobado que frente a tareas que demandan una mayor transformación mental, como las figuras especulares, se evidencia un mayor compromiso de funciones ejecutivas a frente a las tareas que solo implican reconocimiento visual (Pérez et al., 2014).

Procesos de razonamiento.

Para estudiar del desarrollo de los procesos de formación de procesos en los adolescentes Vygotski (1996), recurrió a un método por él llamado, de los cortes genéticos, donde estudia y describe las particularidades de la conducta en una sucesión de edades de las personas, comprendiendo estas como el momento determinante e impredecible en el proceso de desarrollo, al realizar este experimentó su principal conclusión fue:

El desarrollo de los procesos que pueden dar lugar más tarde a la formación de conceptos tiene sus raíces en la primera infancia, pero aquellas funciones intelectuales cuya combinación constituye el fundamento psíquico del proceso de formación de los conceptos maduran, se forman y se desarrollan sólo al llegar a la edad de la pubertad. (p. 130).

En las últimas décadas, investigaciones neurocognitivas han ampliado esta perspectiva destacando que los adolescentes muestran una mayor reactividad emocional búsqueda de recompensa debido a la hiperactivación a nivel del sistema límbico. La corteza prefrontal-

encarada de la deliberación racional- madura más lentamente, lo que explica las decisiones impulsivas o riesgosas espacialmente en los contextos sociales de los adolescentes (Somerville & Casey, 2010). En este sentido la toma de decisiones en la adolescencia no debería entenderse como un déficit, sino más bien como parte de un proceso evolutivo influido por factores tanto biológicos, sociales y ambientales.

Variables sociodemográficas y su relación con la salud adolescente

En este periodo de desarrollo diversos factores confluyen para formar la identidad del individuo, entre lo anteriormente mencionado debemos agregar las características sociodemográficas, las familias con conflictos, problemas de comunicación y bajo apoyo parental disminuyen los recursos personales de los adolescentes, haciéndolos vulnerables al bullying (Herrera et al., 2017).

Una revisión bibliográfica de Jalca et al. (2023) realizada en el Ecuador revelo factores de riesgos significativos relacionados con el deterioro en la salud mental de los adolescente ecuatorianos; estos incluyen una amplia gama de desencadenantes, como la violencia doméstica y el maltrato infantil hasta problemas de autoestima, relaciones sociales problemáticas, consumo de alcohol, divorcio, embarazos tempranos/prematuros, conflictos familiares, falta de medidas preventivas, consumo de sustancias, condiciones de vivienda precarias, abuso en el hogar, falta de recursos, frustración, problemas financieros y falta de apoyo.

Funcionamiento Familiar

El funcionamiento familiar es uno de los principales determinantes del bienestar psicológico en la adolescencia, la cohesión, comunicación efectiva y apoyo parental actúan como factores protectores frente a riesgos socioemocionales que se pudieran presentar en esta etapa.

En la primera adolescencia la cual va de los 12 a 14 años, la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable dando como resultado una especie de “vacío” emocional. En la adolescencia media de los 15 a 17 años estos conflictos llegan a su pico para ir disminuyendo posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de “regreso al hogar” a los 18 a 21 años.

Como señala Graza (2013) plantea que las familias con conflictos, problemas de comunicación y bajo apoyo parental disminuyen los recursos personales de los adolescentes, haciéndolos vulnerables al bullying. Otras investigaciones señalan que un estilo inadecuado de educación familiar y en la relación padre hijo producen inestabilidad emocional y sentimientos de ansiedad en los adolescentes; así como, la exigencia constante, la presión y la poca valoración de sus opiniones.

En relación con lo mencionado por (Chávez Acurio et al., 2023) en su estudio realizados a familias de adolescentes en Guayaquil se refleja la existencia de relación entre la sintomatología ansioso-depresiva y el funcionamiento familiar en adolescentes donde existe una inatención en sus núcleos parentales y compromiso escaso con su desarrollo personal. Se lograron identificar otros factores de riesgo como el tipo de familia, cantidad de hermanos e impresión de dificultades con el rendimiento académico.

Para los adolescentes la familia es la principal fuente de emociones y afectos, por ende, también de conocimientos e información. En la familiar se legitiman los afectos, se comparten las emociones, los sentimientos, el amor, el cariño, la comprensión. Estos elementos antes mencionados fortalecen el crecimiento físico, mental, afectivo y la convivencia familiar.

De este modo se puede afirmar que un funcionamiento familiar saludable hace parte de un componente estructural del desarrollo socioemocional en el adolescente.

Nivel educativo.

Una trayectoria escolar positiva se relaciona con menores niveles de problemas emocionales y conductuales, mejores estrategias de afrontamiento, resolución de conflictos y una mayor percepción de autoeficacia.

Existe evidencia que comprueba que el rendimiento académico corresponde a una de las tareas del desarrollo psicosocialmente más importante para niños y adolescentes, porque se asocia con un mejor ajuste psicosocial, como menores problemas emocionales y de conducta, no solo concurrentes, sino también a largo plazo (Arnett 2012 citado por Santiago Resett, 2021). Este suele ser a su vez un predictor de un mejor ajuste psicosocial en la adultez según lo que señalan las investigaciones lo que se reflejaría en un mejor ingreso económico, menores problemas de salud, mejores ocupaciones y menores problemas emocionales y de conducta.

Existen cuatro factores para explicar la influencia del ambiente familiar en el rendimiento de los hijos: económicos, psico-sociales, educativos y elementales. Respecto a los factores educativos, los autores mencionan variables relativas a la cantidad de educación o nivel de instrucción que poseen los padres y otras que conciernen con la educación familiar; y al aspecto de las secuencias que es un aspecto inherente al sistema escolar y consta de las pautas establecidas en el orden seguido en cada etapa de formación (Montero & Jiménez, 2009).

El plano educativo y el rendimiento académico sería entendido como este primer escalón de acceso directo a los niveles de ocupación, trabajo, interacción interpersonal para el futuro del adolescente que puede reafirmar y determinar su situación socioeconómica.

Condición Socioeconómica

La condición socioeconómica constituye un determinante estructural en el desarrollo del adolescente, el contexto social y económico local puede moderar los efectos dañinos de la pobreza sobre el desarrollo cognitivo (Pluck et al., 2018) y las condiciones mismas, como la vulnerabilidad que representan para desarrollar experiencias de consumo de sustancias (Hernández Alvarez et al., 2019) lo cual interfiere con el desarrollo de los adolescentes al presentar repercusiones tanto a nivel de desarrollo neurobiológico, social y comportamental.

El bajo nivel socioeconómico asociado a la vida en la calle se relaciona con un desarrollo neuropsicológico reducido, afectando sobre todo la inteligencia fluida y las habilidades visoespaciales. Además, este tiene influencia en la salud mental de los adolescentes puesto que un bajo nivel socioeconómico implicaría menor contacto entre padres e hijos lo que afecta a su bienestar psicológico, los procesos alimenticios también se ven afectados con eso contribuye al pobre desarrollo en las habilidades cognitivas sumando a esto el nivel y procesos de escolarización van a diferir en este grupo de pares en relación a su situación socioeconómica donde se asocia a los niveles medio-alto a un proceso de escolarización más detallado y mucho mejor que influirá en su futuro como también en su interacción con los demás.

Proceso de enseñanza en población urbana y rural.

La diferencia en las condiciones educativas entre las zonas rurales y urbanas influye significativamente en las trayectorias profesionales de los estudiantes y aunque el país ha realizado esfuerzos por reducir estas brechas aún persisten grandes desafíos (Cruz et al., 2025).

Una de las principales problemáticas más persistentes en la educación rural del Ecuador señaladas en el estudio titulado *“La diferencia entre la educación rural y urbana en la profesionalización de los estudiantes del Ecuador”* radica en la falta de recursos y oportunidades

en comparación con las zonas urbanas. En las áreas rurales las escuelas carecen de infraestructura adecuada, lo que afecta el proceso de aprendizaje, los estudiantes en estas zonas enfrentan limitaciones significativas en cuanto a la calidad de los docentes ya que a menudo son menos capacitados y experimentados en comparación con aquellos que laboran en las ciudades, la conectividad a internet, la disponibilidad de tecnología moderna son aspectos que agravan aún más esta brecha ya que muchos estudiantes rurales tienen escaso acceso a herramientas digitales que les permitan avanzar en su formación profesional (Leonor Vizuite-Cruz et al., 2025)

En las zonas urbanas, aunque también existen desafíos como por ejemplo la sobre población escolar y la falta de atención personalizada, los estudiantes suelen contar con más recursos, mejores tecnologías educativas, mejor infraestructura y acceso a centros educativos de mayor calidad. Esta diferencia se traduce en la desigualdad reflejada en el acceso a la educación superior ya que los jóvenes que provienen de áreas rurales tienen menos posibilidades de acceder a becas, universidades y programas de profesionalización lo que perpetúa un ciclo de exclusión y pobreza en muchas familias rurales.

Esta perpetuación que se desprende de las diferencias entre la educación en zonas urbanas y rurales en el país está delimitada en aspectos clave, como el acceso a recursos educativos, la calidad de la infraestructura escolar, la formación docente y las oportunidades de profesionalización en los estudiantes una vez termina de consolidar los conocimientos base previo a una carrera universitaria. Esto más el paso de la adolescencia a la adultez joven se convierte en una clave en el desarrollo del adolescente, el proceso de elegir una carrera, el aprendizaje mismo y el plantearse como será su futuro cuando muchos procesos no están consolidados puede marcar su estatus de por vida siendo aquí donde las decisiones toman más peso realizando un proceso introspectivo entre lo que se vive en la actualidad a lo que se espera

llegar a ser según como se ha ido desarrollando el adolescente en los diferentes contextos de su vida.

En función de lo revisado, se considera que las diferencias entre los contextos urbanos y rurales constituyen elementos relevantes para comprender las oportunidades educativas disponibles para los adolescentes. No obstante, estas diferencias deben interpretarse considerando las características particulares de cada contexto, evitando generalizaciones sobre el desempeño o desarrollo de los estudiantes únicamente a partir del lugar en el que se encuentran.

Exposición a violencia

La violencia según la OMS es el “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo

Esta suele imponerse en ocasiones a las personas de formas y prácticas simbólicas interiorizadas por medio de una cultura subjetiva que es y reproducida por el colectivo a través de prácticas, conductas, pensamientos, discursos y juicios que forman parte del orden cultura y social organizativo de la sociedad.

Los adolescentes no son ajenos a estos entornos y practicas por lo que pueden generarse patrones de comportamientos que son opuestos a las conductas esperadas y motivados por la exposición a la violencia que están viviendo. Sebastián & Galán Jiménez (2018) mencionan que la legitimación de la violencia deviene de una naturalización de esta, y que en las escuelas pareciera un medio válido de resolución de conflictos pues los adolescentes que investigó encontraron que aproximadamente en un 80% no emprenden acciones en contra de la violencia y, por tanto, se le puede considerar manifestación de la desensibilización; aceptarlo como suceso trivial e inevitable.

La violencia cuando se vuelve parte de la rutina se encandila e invisibiliza siendo naturalizada y tolerada por el colectivo. Dichas manifestaciones aparecen todo el tiempo en la convivencia, en la investigación encuentran que los estudiantes violentos provienen de familias violentas, y por tanto, para ellos no se percibe la violencia como tal, lo cual les permite naturalizarla y llevarla a sus instituciones educativas y, se podría agregar que posteriormente, a la sociedad (Galán-Jiménez, 2018). Lo que en un inicio pareciese imposible en ser aceptado se naturaliza y repercute de manera directa en su percepción y en las acciones que se tomen frente a estas situaciones (Guasti Ashca, 2022) encontró en su investigación que la exposición a la violencia predominante en los adolescentes fue moderada en un 80.2% de la muestra. La autoestima de los adolescentes se encontró entre el nivel medio y bajo. En todos los caso la exposición a violencia tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales estas prácticas erosiona la capacidad de desarrollar mecanismos de cuidado y aptitudes en el adolescente para toda su vida.

Determinantes sociales en la salud del adolescente.

Para una mejor comprensión de la salud en la población adolescentes es necesario iniciar con la identificación de factores de riesgo y de protección individuales siguiendo con la identificación de estructuras sociales que configuran a que estos adquieran un buen estado de salud. Los determinantes sociales de la salud son definidos por la OMS como “las condiciones en las que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen” estas condiciones son las que moldean a las familias y comunidades donde los adolescentes residen.

En una revisión realizada por Viner et al. (2012) se señala a los principales determinantes de la salud adolescente como los factores estructurales como la riqueza nacional, la desigualdad de ingresos y el acceso a la educación.

Además, el tener tanto familias y escuelas seguras y solidarias, junto con compañeros de actitud positiva son cruciales para ayudar a los jóvenes al desarrollo de su potencial y el alcance de una mejor salud en la transición a la edad adulta sabiendo que el contexto al que se encuentra expuesto el adolescente influirá en su desarrollo siendo así un grupo vulnerable.

Desde esta perspectiva, se considera que la salud del adolescente no puede comprenderse únicamente desde características individuales, debido a que las condiciones familiares, educativas, económicas y sociales forman parte del contexto en el que se desarrolla. Por ello, la consideración de los determinantes sociales permite ampliar la comprensión de las características identificadas en los adolescentes evaluados.

Necesidad de identificación de las características relevantes en la adolescencia.

La necesidad de identificación de las características más relevantes en la adolescencia proviene desde el entendimiento que se tiene de esta etapa en el desarrollo humano, como ya se ha mencionado con anterioridad la adolescencia representa una etapa de cambios, aquellos que de no llegar a consolidarse repercutirán en su vida adulta dificultando su desenvolvimiento, autonomía y cotidianidad afectando diversas áreas de su vida.

Esto en contextos latinoamericanos se acentúa en mayor medida ante la presencia del estrés académico, la situación de vulnerabilidad a la que están presentes las familias lo que exige evaluaciones que consideren los diversos contextos para intervenir y prevenir el impacto en el rendimiento escolar y las relaciones interpersonales.

Por lo cual los procesos diagnósticos van encaminados no solo al detectar una patología, sino también a como esta interfiere en el desarrollo. Estos procesos toman relevancia puesto que la mayoría de los trastornos suelen consolidarse en la etapa de la adolescencia según la OMS

(2025) siendo la ansiedad, depresión lo más prevalentes. Además, el análisis no solo debe quedar en la realización de un diagnóstico, la identificación de estas características permitirá que los organismos a nivel educativo, de salud y gubernamentales planteen estrategias tanto de promoción y prevención respecto a condiciones de salud mental que puedan presentar los adolescentes analizando su prevalencia, índice de morbilidad, factores de riesgo y vulnerabilidad que puedan provocar o exacerbar cuadros. Así pudiendo plantear estrategias incluyen la incorporación de programas de atención psicológica en el entorno educativo, el fomento de metodologías inclusivas que reconozcan las necesidades emocionales del estudiantado y la creación de espacios seguros para la expresión de emociones que a su vez se reflejen en su contexto familiar y social.

En función de los planteamientos desarrollados, se considera que la identificación de las características clínicas, cognitivas y sociodemográficas durante la adolescencia resulta pertinente para obtener una aproximación integral al funcionamiento de esta población. La evaluación conjunta de estas dimensiones permite describir tanto posibles indicadores de vulnerabilidad como recursos y características contextuales presentes en los adolescentes. En este sentido, la presente investigación se orientó a caracterizar estas dimensiones en adolescentes de 14 a 16 años, considerando que los resultados obtenidos permiten describir las particularidades de la muestra evaluada y aportar información que puede servir como referencia para futuras investigaciones y acciones de promoción y prevención.

Capítulo II: Metodología

Tipo de investigación

La presente investigación tendrá un enfoque cuantitativo puesto que permite el análisis de los datos numéricos de los instrumentos que se aplicaran en los adolescentes de 14 a 16 años de una Unidad Educativa Particular de Manta.

Tipo de estudio.

Es un tipo de estudio de corte transversal puesto que permitirá el análisis de los datos recogidos en un único momento, identificando y determinando estas características clínicas, cognitivas y sociodemográficas en los adolescentes de 14 a 16 años con la finalidad de obtener resultados relevantes en relación con la problemática de investigación.

Definición de los sujetos de estudio (población y muestra)

Población y Muestra.

La población de este estudio estuvo conformada por 100 adolescentes. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a la accesibilidad de los participantes con consentimiento firmado dentro de la institución educativa. La muestra seleccionada fue de 46 estudiantes según el cálculo muestral con un nivel de confianza estadístico del 95% y un margen de error del 11%.

Debido a ciertas particularidades de los criterios de inclusión y exclusión existieron variaciones en la muestra, las cuales serán explicadas en el apartado de Validez de la investigación.

Criterios de inclusión de la población

- Estudiantes que pertenecen a la Unidad Educativa Particular de Manta
- Estudiantes en etapa adolescente cuya edad oscile entre los 14 a 16 años
- Estudiantes cuyos representantes legales autoricen la participación en el estudio.

Criterios de exclusión de la población

- Adolescentes diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo que limite el proceso de evaluación
- Estudiantes con antecedentes neurológicos y psiquiátricos que limite el proceso de evaluación
- Estudiantes diagnosticados con un tipo de discapacidad intelectual que dificulte el proceso de evaluación
- Escolares con algún tipo de discapacidad sensorial que dificulte el proceso de evaluación.
- Estudiantes que en el momento de la aplicación de los instrumentos estén bajo el efecto de sustancias psicoactivas
- Se excluyen estudiantes que no deseen continuar con el proceso de evaluación, o en su defecto, que los representantes legales no hayan firmado el consentimiento.

Descripción de los Instrumentos

Sistema de Evaluación en Niños y Adolescentes (SENA)

Autores: I. Fernández-Pinto, P. Santamaría, F. Sánchez-Sánchez M. A. Carrasco y V. Del

Barrio

Aplicación: Individual o colectiva.

Ámbito de aplicación: A partir de 3 años.

Procedencia: TEA Ediciones

Propiedades Psicométricas: La escala total alcanza un nivel de confiabilidad de 0.80

Duración: 20- 30 minutos (aplicación y corrección)

Finalidad: Es un instrumento dirigido a la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta desde los 3 hasta los 18 años. Proporciona tres escalas de control para valorar posibles sesgos en las respuestas, un sistema de ítems críticos que alerta al examinador ante la presencia de aspectos especialmente problemáticos y hasta seis índices globales que permiten resumir en varias áreas generales las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas. Evaluación multifuente de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta (depresión, ansiedad, hiperactividad e impulsividad, conducta desafiante, consumo de sustancias, problemas de la conducta alimentaria, problemas de aprendizaje...) problemas contextuales (problemas con la familia, con la escuela, y con los compañeros) así como áreas de vulnerabilidad (problemas de regulación emocional, aislamiento, rigidez) y recursos psicológicos

(autoestima, integración y competencia social, inteligencia emocional) (SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes | Hogrefe TEA Ediciones, s. f.-b)

Cuestionario Sociodemográfico

Autores: Instituto de Neurociencias

Aplicación: Aplicación individual

Ámbito de aplicación: Desde el nacimiento a los 90 años.

Procedencia: Instituto de Neurociencias.

Duración: 30 minutos aproximadamente.

Descripción: El cuestionario está estructurado para ser administrado bajo la metodología de una entrevista de tipo semiestructurado, con algunos apartados para realizar ciertas descripciones puntuales de particularidades. Su finalidad es conocer determinantes sociales, que influyen en la presencia, riesgo, vulnerabilidad para un estado de deterioro de la salud de las personas, las áreas que se tomaron en consideración para estructurar el cuestionario involucran: datos de la familia, situación de salud, alimentación, ámbito de la vivienda, servicios, ámbito recreacional, ámbito económico.

Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños, 5ª edición (Wisc-V).

Aplicación: Aplicación individual

Ámbito de aplicación: Niños y adolescentes de 6 a 16 años.

Procedencia: NCS Pearson, Inc.

Propiedades Psicométricas: La escala total alcanza un nivel de confiabilidad de 0.97

Duración: Aproximadamente 65 minutos para la versión completa y 48 minutos para el CI total.

Descripción: Es una herramienta clínica de aplicación individual para evaluar la aptitud intelectual en niños y adolescentes de 6 a 16 años. Proporciona un perfil completo del funcionamiento cognitivo, incluyendo puntuaciones en áreas como comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento, además de un Cociente Intelectual (CI) total. Evalúa la aptitud intelectual de niños y adolescentes (entre 6 y 16 años) para obtener su coeficiente intelectual total (CIT) y un perfil detallado de sus habilidades cognitivas. La prueba mide habilidades como el razonamiento fluido, la comprensión verbal, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento, lo que permite identificar fortalezas y debilidades individuales para ayudar a diseñar intervenciones y planificar estrategias educativas o clínicas. Facilita la identificación de posibles dificultades de aprendizaje, discapacidad intelectual, trastornos del neurodesarrollo o problemas de atención, proporcionando información útil para los profesionales de la salud mental y los educadores.

Test de Atención D2.

Aplicación: Individual o Colectiva

Ámbito de Aplicación: Desde los 8 a 88 años

Procedencia: Tea Ediciones

Propiedades Psicométricas: Nivel de confiabilidad del 0.97

Descripción: Es una herramienta común en la evaluación neuropsicológica y educativa para detectar problemas de atención. Mide la atención selectiva y la concentración, evaluando la capacidad de una persona para enfocarse en estímulos relevantes mientras ignora los irrelevantes.

Etapas y Procedimiento.

1. En la primera etapa se desarrolló una revisión bibliográfica del tema, se redactó el marco teórico, justificación y planteamiento del problema además de decidir la metodología de la investigación, también se establecieron los objetivos, se determinó el tamaño y tipo de muestra de interés. Se eligieron los instrumentos validados para evaluar aspectos clínicos, cognitivos y sociodemográficos acorde con la muestra adolescente elegida.

2. La segunda etapa permitió seleccionar la muestra y se obtuvo el consentimiento informado de los padres, cuidadores o representante legales de los escolares que forman parte del estudio. Después de obtener el permiso legal se procedió a aplicar los instrumentos a padres y escolares siendo en Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes y Cuestionario Sociodemográfico digitalizados en plataforma Forms por la investigadora principal para su aplicación a los adolescentes y padres respectivamente. Estas actividades se realizaron una vez se obtuvo la aprobación por parte del CEISH de la Uleam.

3. Por último, en la tercera etapa se realizó la calificación de los instrumentos aplicados, se elaboró la respectiva base de datos a través del programa Excel, posteriormente por medio de tablas de contingencias se procedió a la descripción de los resultados de la investigación que permitió el análisis de la relación de los factores propuestos.

Definición y operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Instrumento	Escala
Clínica	Se refiere a las alteraciones emocionales, áreas de vulnerabilidad, problemas conductuales y contextuales, factores protectores relevantes. Es una variable relevante en el desarrollo en esta se incluye la conducta externalizantes e internalizantes, aprendizaje, afrontamiento de problemas, factores de vulnerabilidad.	Problemas interiorizados	Manifestaciones que son predominantemente emocionales: - Depresión - Ansiedad - Ansiedad social. - Quejas somáticas. - Obsesión-compulsión - Sintomatología postraumática.	<i>SENA (Sistema de evaluación de Niños y Adolescentes)</i> <i>Depresión:</i> Ítems: <i>14,162,27,75,82,137,141,124,50,85,38,11,6,58.</i> <i>Ansiedad.</i> Ítems: <i>83,71,178,35,129,17,132,169,112,43.</i> <i>Ansiedad Social.</i> Ítems: <i>110,131,10,52,30,64,5,90</i>	Una puntuación T de 50 es la media y se toman valores más altos o bajos para indicar problemas en las distintas dimensiones.
		Problemas exteriorizados	Manifestaciones que son predominantemente	<i>SENA (Sistema de evaluación de Niños y Adolescentes)</i>	

conductuales o
comportamientos
disruptivos

*Problemas con la
Atención.*

- Problemas con la
Atención

Ítems:

65,117,91,83,39,31,155,8,

- Hiperactividad-
Impulsividad

150,12

- Problemas de
control de la ira

*Hiperactividad-
Impulsividad.*

- Problemas de
conducta

Ítems:

47,154,13,185,28,3,161,1

- Agresión

31,67.

- Conducta
desafiante

Problemas de

- Conducta
antisocial

control de la ira.

Ítems:

59,176,56,23,9,148,89,11

3.

Agresión.

Ítems:

103,120,180,78,49,139,16

8.

*Conducta
desafiante.*

Ítems:
62,158,177.

*Conducta
antisocial.*

Ítems:
*162,166,25,169,41,136,17
3,70.*

Otros	Manifestaciones	
problemas	contextuales, desbalances en el desarrollo, habilidades de aprendizaje y afrontamiento:	<i>SENA (Sistema de evaluación de Niños y Adolescentes)</i>
	- Consumo de sustancias	<i>Problemas en la conducta alimentaria.</i>
	- Problemas en el aprendizaje	Ítems: <i>53,177,20,154,85,61,16,1</i>
	- Problemas en la conducta alimentaria	<i>30</i>
	- Retraso en el desarrolló	<i>Esquizotipia.</i>

	- Comportamiento inusual	Ítems: 119,45,164,149,90,175,79
	- Esquizotipia	.
Vulnerabilidad	- Problemas de regulación emocional	SENA (Sistema de evaluación de Niños y Adolescentes)
	- Búsqueda de sensaciones	Problemas de regulación emocional.
		Ítems: 34,69,95,171,51,114,135
		Búsqueda de sensaciones.
		Ítems: 146,116,105,22,157,60.
Problemas Contextuales	- Problemas familiares	SENA (Sistema de evaluación de Niños y Adolescentes)
	- Problemas con la escuela	Problemas familiares.
	- Problemas con compañeros	

Ítems:

125,181,40,134,80,19,186
,99

*Problemas con la
escuela.*

Ítems:

87,138,174,72,25,7,123.

*Problemas con
compañeros.*

Ítems:

96,37,182,73,163,115,147
,24

Recursos	Fortalezas que	SENA (Sistema de	Puntuacion
Personales	ayudan al individuo a	evaluación de Niños y	es T iguales o
	afrontar dificultades	Adolescentes)	inferiores a 39, 29
	- Autoestima		o 19 indican
	- Integración y	Autoestima.	dificultades en el
	competencia social	Ítems:	desarrollo.
	- Conciencia de los	29,187,153,176,1,15,84.	
	problemas		
		Integración y	
		competencia social.	
		Ítems:	

7,143,33,54.

*Conciencia de los
problemas.*

Ítems:

118,145,68,92,32,156,46.

Sociodemo	La posición	Datos	Información de las	Instrumento	Interpretación
gráfica	que una persona o grupo tiene en la sociedad, basada en factores como su nivel de ingresos, educación y ocupación. Es una medida de bienestar que refleja el acceso a recursos y oportunidades la cual permiten segmentar la población para entender	Familiares	personas que integran el grupo de convivencia cercano, es decir, personas con las que viven.	Sociodemográfico Grupo de convivencia: <i>nombre, edad, escolaridad, lugar y fecha de nacimiento, etc.</i> Escolaridad: niveles categóricos. Estado civil, ocupación, etnia, nacionalidad, religión: categorías abiertas. Edad: numérica.	cualitativa por dominios

comportamientos y diferenciar fenómenos psicosociales.	Situación de salud.	Acceso a los servicios de salud, existencia de enfermedad, presencia de discapacidad (visual, auditiva, física, intelectual o psicosocial), tratamiento, medicación.	Instrumento Sociodemográfico <i>Situación de salud familiar:</i> Acceso a salud ya sea público, privado o ninguno, presenta alguna Discapacidad con carné del CONADIS y el porcentaje, consumo de medicamento como parte de un tratamiento o no. <i>Situación de salud personal:</i> consultas médicas preventivas, intervenciones médicas, psicológicas y psiquiátrica
		Nutrición Alimentos consumidos en desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y merienda.	Instrumento Sociodemográfico <i>Registro cualitativo:</i> presencia/ausencia de alimentos por tiempo de

		comida y el consumo de agua diario.
		Categorías: pan/harinas, huevos, lácteos, frutas, verduras, proteínas, cereales, embutidos, jugos, otros.
	Área	Instrumento
Social	Tiempo en familia e interacción con su medio cercano, tiempo de ocio del niño/niña y cómo influye la calidad de esta interacción en la salud mental.	Sociodemográfico Participación comunitaria y redes de apoyo: relación con su entorno social, participación en actividades sociales, redes de pares y prácticas discriminatorias. Tiempo de calidad familiar: tipo y frecuencia de actividades recreativas, tiempo de calidad.
	Entorno	Instrumento
físico	Evaluación del entorno donde se desarrolla el	Sociodemográfico

	niño/niña, que garantice un espacio adecuado para el desarrollo del menor	Vivienda y servicios: Tipo, material y posesión de la vivienda, distribución interna, acceso a servicios básicos, número de dormitorios, camas, dispositivos electrónicos, hacinamiento y problemas de la vivienda y entorno. Contexto comunitario: vías de acceso para movilizarse, transporte público, manejo de desechos en la comunidad. Seguridad familiar: física, emocional y financiera.
Ámbito económico	Evaluación de la estabilidad económica y cómo influye dentro de la dinámica familiar	Instrumento Sociodemográfico Montos en dólares (USD) por rubro: alimentación, salud, educación,

transporte, recreación,
servicios básicos,
arriendo, ayudas
económicas externas,
entre otros.

Total, de ingresos y
egresos mensuales.

Número de
personas que aportan.

Cognitiva	Comprensión Verbal	Mide la capacidad de conceptualizar y razonar con información verbal, incluyendo el vocabulario, la comprensión de conceptos y la definición de palabras.	Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños, 5ª edición (Wisc-V)	• Coeficiente Intelectual Total (CIT): Es una puntuación que refleja la capacidad intelectual general del niño y se calcula a partir de las puntuaciones de las subpruebas primarias. Rangos de puntuación (Clasificación cualitativa)
			Semejanzas (S). <i>La tarea se basa en encontrar las semejanzas que hay entre dos palabras, que se refieren a objetos comunes, o entre dos conceptos. Mide la capacidad para expresar las relaciones entre dos conceptos, el pensamiento asociativo y la capacidad de abstracción verbal.</i>	• 120-129: Muy alto
			Vocabulario (V). <i>Requiere que se nombre un objeto que se presenta visualmente (denominación), y que</i>	• 110-119: Medio-alto

	definan palabras de dificultad creciente léidas por el examinador. Esto refleja el nivel de educación, la capacidad de aprendizaje, la formación de conceptos verbales y la riqueza tanto verbal como semántica del ambiente en el que se desenvuelve el evaluado.	• 90-109: Promedio • 80-89: Medio-bajo • 69 o menos: Extremadamente bajo
		Puntuaciones escalares Se obtiene una puntuación directa a partir de la suma de los aciertos en cada uno de los ítems. Siguen este procedimiento las pruebas de: Claves, Matrices,
Visual	Visoespac Evalúa la habilidad para organizar y razonar con información visual,	Escala de Inteligencia de Wechsler

	como la resolución de problemas visuales y la construcción de modelos a partir de diseños.	para Niños, 5ª edición (Wisc-V)	Información, Aritmética, Balanzas y Puzles visuales.
		Cubos (C). La tarea consiste en construir con cubos coloreados en rojo y blanco unos dibujos, de complejidad creciente. Evalúa la capacidad de análisis y síntesis visual y la reproducción de dibujos geométricos abstractos.	En la prueba de Cubos se puntúa acierto/error, pero se pondera el acierto en la respuesta, según el intento en que se logra el éxito (ítems 1 a 3), la dificultad del ítem (4 puntos para los ítems 4 a 8), y según la rapidez de la respuesta (hasta 7 puntos para ítems 9 a 13). La puntuación directa equivale a la suma
Razonamiento Fluido	Mide la capacidad de resolver problemas novedosos y de abstracción mediante el razonamiento lógico	Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños, 5ª edición (Wisc-V)	
		Matrices (M). La tarea es elegir el dibujo	

		que completa una serie que está incompleta. Mide razonamiento abstracto y capacidad para procesar información visual. Balanzas (B). Se presentan balanzas con dos platillos: en uno de ellos hay una o varias pesas; la tarea es seleccionar la pesa, o pesas, que equilibran los platillos de la balanza. Mide la capacidad para comparar, establecer analogías y razonamiento cuantitativo.	de puntos obtenidos a cada ítem. En las pruebas de Semejanzas, Vocabulario y Comprensión se pondera la respuesta en función de la precisión o calidad de la respuesta, en una escala Likert de anclajes en 0 = erróneo y 2 = respuesta acertada precisa. La puntuación directa equivale a la suma de puntos obtenidos a cada ítem.
Memoria de Trabajo	Evalúa la capacidad de retener y manipular información a corto plazo, como la repetición de series de números en orden directo o inverso.	Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños, 5ª edición (Wisc-V)	

<i>Dígitos (D).</i> <i>Está</i>	<i>En las</i>
<i>formada por tres tareas:</i>	pruebas de Dígitos
<i>Dígitos directos (consiste</i>	y Letras y números
<i>en repetir una serie de</i>	se puntúa el total de
<i>dígitos, que se presentan</i>	aciertos habidos en
<i>oralmente, en el mismo</i>	cada uno de los
<i>orden que se presentan)</i>	intentos de cada
<i>Dígitos inversos (repetir</i>	ítem (dos y tres
<i>una serie de dígitos en</i>	intentos para cada
<i>orden inverso al</i>	ítem
<i>presentado) y Dígitos en</i>	respectivamente).
<i>orden creciente (repetir</i>	La puntuación
<i>de menor a mayor los</i>	directa equivale a la
<i>números leídos por el</i>	suma de puntos
<i>examinador). Evalúa la</i>	dados a cada ítem.
<i>atención y la resistencia a</i>	
<i>la distracción, la memoria</i>	
<i>auditiva inmediata y la</i>	
<i>memoria de trabajo.</i>	

Velocidad de procesamiento	Mide la rapidez y precisión con la que un individuo puede procesar información visual simple, como la copia de símbolos.	Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños, 5ª edición (Wisc-V)
---------------------------------------	--	---

Claves (CL). La
tarea consiste en
completar en un tiempo
límite, con los símbolos
adecuados, unos dibujos o
dígitos que aparecen
emparejados a un
determinado símbolo.
Evalúa, la rapidez y
destreza visuomotora, el
manejo de lápiz y papel y,
especialmente, la
capacidad de aprendizaje
asociativo..

Atención

- **Atención selectiva
y**

Utiliza una
escala de
puntuaciones

concentración: La capacidad de enfocarse en la tarea específica.	Test de Atención D2	percentiles para interpretar los resultados. Para obtener estos
• Velocidad de procesamiento: La cantidad de estímulos que el sujeto procesa en el tiempo asignado. • Calidad del trabajo: La precisión de las respuestas, es decir, la tasa de errores.	Se presentan 14 líneas de letras ("d" y "p") que pueden tener o no una o dos rayitas. Se debe marcar con una línea todas las "d" que tengan exactamente dos rayitas, ignorando las demás letras y las "d" con otra cantidad de rayitas. Es importante trabajar lo más rápido posible, pero sin cometer errores.	percentiles, se calculan primero las puntuaciones directas de diferentes índices como el Total de Respuestas (TR), Total de Aciertos (TA), <u>Omisiones (O)</u> y <u>Comisiones (C)</u>. Un percentil de 30 a 70 se considera dentro de la media

Se tacha un error
con una "X".

Hay un tiempo
límite para cada línea
(aproximadamente 20
segundos).

Descripción de los métodos estadísticos y tratamiento de los datos.

Para el tratamiento de los datos se empleó estadística descriptiva, mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes para las variables clínicas, cognitivas y sociodemográficas. Los resultados fueron organizados en tablas de distribución de frecuencias, permitiendo identificar la distribución de los participantes según las categorías establecidas para cada variable. En las variables correspondientes a los instrumentos aplicados, se consideraron los criterios de interpretación establecidos para cada instrumento. Asimismo, se realizaron tablas de distribución según variables sociodemográficas, con el propósito de describir el comportamiento de los resultados dentro de la muestra evaluada.

Validez de la Investigación.

Desde los aspectos metodológicos se consideró una muestra conformada por 80 adolescentes de una Unidad Educativa Particular de Manta de entre 14 a 16 años Sin embargo debido al acceso de la muestra por no firmar el consentimiento informado siendo este un criterio primordial para la participación en el estudio se limitó el tamaño de la muestra, lo que ocasiono optar por el aumento del margen de error al 11% puesto que no se podía representar el total de la muestra esperada. La muestra final estuvo conformada por 46 adolescentes, por lo que los resultados permitieron realizar una caracterización descriptiva del grupo evaluado. No obstante, el tamaño y las características de la muestra limitaron la posibilidad de generalizar los resultados a la población adolescente en su conjunto. Por tanto, los hallazgos deben interpretarse exclusivamente en función de las características de los participantes evaluados.

Manejo de datos.

Los datos recogidos mediante la aplicación de los diferentes instrumentos como lo son el Sistema de Evaluación de niños y Adolescentes, Escala de inteligencia Wisc-v, Test de atención D2 y Cuestionario sociodemográfico previamente validados y aprobados por el Comité de ética e Investigación de la Uleam serán calificados por medio de los Software correspondientes a cada uno de los instrumentos siendo así sus datos almacenados de forma anonimizada mediante el uso de códigos en un archivo Excel que estará solo al acceso de la investigadora principal quien será la responsable tanto del manejo de esta base de datos como de la transcripción de los mismos bajo lo que se señala en el consentimiento informado emitido previamente al Comité de Ética en Investigación de la Uleam.

Consideraciones éticas.

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH) es responsable de revisar el protocolo general de investigación, asegurándose de que se obtenga un consentimiento informado claro y comprensible por parte de los representantes legales. También evalúa la metodología procurando los derechos individuales y la implementación de medidas adecuadas para proteger la privacidad y la confidencialidad de los datos recopilados durante el estudio.

Se garantizará el principio de autonomía mediante el consentimiento informado previa socialización con una explicación clara sobre los objetivos del estudio, los procedimientos y la ausencia de riesgos para la integridad del menor, enfatizando que su participación es completamente voluntaria y que sus representados tienen el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento sin sufrir repercusiones negativas.

El estudio garantizará la confidencialidad de los datos personales, empleando un proceso de anonimización a través de la codificación de la primera letra del nombre, la primera letra del apellido y la edad de los participantes; los resultados obtenidos serán utilizados exclusivamente con fines investigativos y manejados únicamente por la investigadora principal para posteriormente ser ubicados en una base de datos en Excel con el código asignado. Es importante mencionar que en caso de que el evaluado o su representante legal requieran los resultados de los instrumentos aplicados, se socializará con cada uno de ellos con las orientaciones correspondiente.

Capítulo III: Resultados

Análisis y discusión de resultados.

En el presente capítulo se presentarán los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recolectados en el proceso de evaluación de la población de estudio. La información se organizó mediante tablas con el fin de facilitar su interpretación u comprensión, los resultados se describen de manera objetiva en concordancia con las variables analizadas y los objetivos planteados para la investigación.

La muestra estuvo conformada por 46 estudiantes de una Unidad Educativa Particular de Manta cuyas edades oscilaran entre 14,15 y 16 años. En función de los objetivos propuestas, se presentan los resultados correspondientes a la caracterización cognitiva evaluada por medio de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-V) y el Test de Atención D2 para niños y adolescentes en sus escalas principales, esta variable se encuentra distribuida en tres tablas. En la Tabla 1 se presentan las variables de Coeficiente Intelectual (CIT), Comprensión Verbal (ICV), Visoespacial (IVE), Razonamiento Fluido (IRF), Memoria de Trabajo (IMT), Velocidad de Procesamiento (IVP), la Tabla 2 se presentan los resultados que corresponden a las características de los procesos de atención, esta dimensión se divide en la escala constituida por la capacidad e incapacidad de concentración (CON), en la Tabla 3 se muestra la dimensión del buen rendimiento en atención sostenida.

En cuanto a las Tablas 4,5,6,7,8, 9 y 10 se presentan los resultados de las variable cognitiva evaluada por medio del Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes, se optó por presentar las divisiones de cada escala para un mejor entendimiento.

Para finalizar en las Tablas 11,12 y 13 se presentan los resultados de la variable sociodemográfica divididas en indicadores de sexo, edad y escolaridad, acceso a servicios y recursos familiares.

Caracterización cognitiva

Tabla 1 *Distribución de las dimensiones del perfil cognitivo según el WISC-V*

Dimensión	Extremadamente bajo		Bajo		Medio-bajo		Promedio		Medio-alto		Muy alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Fi	Fr
CI Total	2	4,3 %	2	4,3 %	16	34,8 %	21	45,7 %	5	10,9 %	0	0,0 %	46	100 %
Comprensión Verbal	1	2,2 %	6	13,0 %	19	41,3 %	19	41,3 %	0	0,0 %	1	2,2 %	46	100 %
Visoespacial	1	2,2 %	3	6,5 %	5	10,9 %	28	60,9 %	5	10,9 %	4	8,7 %	46	100 %
Razonamiento Fluido	14	30,4 %	7	15,2 %	10	21,7 %	11	23,9 %	0	0,0 %	4	8,7 %	46	100 %
Memoria de Trabajo	1	2,2 %	3	6,5 %	7	15,2 %	20	43,5 %	13	28,3 %	2	4,3 %	46	100 %
Velocidad de Procesamiento	1	2,2 %	7	15,2 %	8	17,4 %	6	13,0 %	7	15,2 %	17	37,0 %	46	100 %

En relación con el coeficiente intelectual (CIT) el 45,7 % de la muestra se encuentra dentro del rango promedio, seguido de un 34,8% en el rango medio-bajo. Los porcentajes dentro del rango bajo, extremadamente bajo son reducidos con un 4,3% en ambos; en el rango medio alto se denota a un 10,9%. Estos resultados indican que el promedio intelectual de la muestra evaluada se centra entre los rangos promedio- medio bajo con pocos participantes que superen el rango promedio, tan solo 10,9% de la muestra. Sin embargo, la interpretación del CIT toma relevancia al analizar los índices primarios, pues es en el perfil donde se identifican las fortalezas y vulnerabilidades cognitivas con valor clínico y educativo (Wechsler, 2015).

En cuanto al análisis por dimensiones los perfiles varían según las escalas. Las áreas relativamente más preservadas fueron la Memoria de Trabajo, donde el 76,1 % se situó en Promedio o por encima (43,5 % Promedio; 28,3 % Medio-alto; 4,3 % Muy alto), y la dimensión Visoespacial, con un 60,9 % en Promedio y cerca de un 19,6 % en rangos superiores. En contraste, el Razonamiento Fluido constituyó la dimensión más comprometida: el 30,4 % de los adolescentes obtuvo puntuaciones Extremadamente bajas y, sumando los rangos Bajo y Medio-bajo, el 67,4 % se ubicó en Medio-bajo o por debajo.

La Velocidad de Procesamiento mostró una distribución marcadamente heterogénea, casi bimodal: mientras un 37,0 % alcanzó el rango Muy alto (52,2 % en Medio-alto o superior), un 34,8 % se situó en Medio-bajo o por debajo. Finalmente, la Comprensión Verbal se repartió de forma equilibrada entre Medio-bajo (41,3 %) y Promedio (41,3 %), con muy baja presencia de rangos elevados.

Por sorprendente que parezca, el patrón parece teóricamente coherente. El Razonamiento Fluido alude a la capacidad de resolver problemas novedosos mediante razonamiento inductivo y deductivo, con escasa dependencia de los conocimientos previamente adquiridos (STANTON,

1995), por lo que es especialmente sensible a la calidad y a la cantidad de la estimulación y la escolarización recibidas. En adolescentes este se evidencia cuando formulan hipótesis, comprenden conceptos complejos y adaptan su lógica ante situaciones totalmente desconocidas.

La relativa preservación de la Memoria de Trabajo, por su parte, representa un recurso cognitivo relevante, dado que esta capacidad predice tanto la inteligencia fluida como el rendimiento escolar (Alloway & Alloway, 2010) y que, de manera más general, la inteligencia es uno de los predictores más robustos del logro académico (Deary et al., 2007).

A su vez la capacidad visoespacial se encuentra en un promedio perseverada, respecto a ello la literatura señala que las habilidades visoespaciales se relacionan con el rendimiento académico, particularmente con el desempeño matemático y, en menor medida, con habilidades de lectura (Xie et al., 2021).

En cuanto al sexo se evidencian tendencias que se deben describir con cautela. En el Razonamiento Fluido, las mujeres se concentraron en mayor proporción en el rango Extremadamente bajo en comparación a los hombres, y algo similar se aprecia en la Comprensión Verbal, donde las mujeres predominaron en el rango Medio-bajo. En la Velocidad de Procesamiento, los varones presentaron una representación ligeramente mayor en el rango Muy alto.

Estas diferencias deben tomarse con prudencia puesto que la literatura detalla una ventaja femenina de tamaño pequeño en el desempeño escolar (Voyer & Voyer Susan D., 2014), pero diversos estudios reportan equivalencia entre sexos en la estructura y variación de capacidades como la memoria de trabajo y la inteligencia fluida (Sibaja-Molina et al., 2019). de modo que las tendencias aquí descritas son propias de esta muestra y no deben generalizarse.

Respecto a la edad, la muestra se concentró en los 14 años ($n = 25$), seguidos por los de 15 ($n = 12$) y 16 años ($n = 9$), por lo que la distribución global está fuertemente influida por el grupo de menor edad. Las puntuaciones Extremadamente bajas en Razonamiento Fluido se distribuyeron a lo largo de los tres grupos etarios, lo que indica que la debilidad en esta dimensión no se limita a una edad específica. Dado el reducido número de casos en los grupos de 15 y 16 años, no se interpretan tendencias evolutivas, en línea con la recomendación de evitar lecturas reduccionistas del perfil cognitivo al margen de la biografía y el contexto del evaluado (Wechsler, 2015).

Tabla 2 *Distribución de la puntuación de efectividad total (TOT) según datos sociodemográficos del test d2*

TOT (efectividad total)								
Indicadores	Debajo de la media		Media		Encima de la media		Total	
	fi	fr	fi	fr	fi	fr	fi	fr
Sexo								
Mujeres	5	10,9 %	9	19,6 %	8	17,4 %	22	47,8 %
Hombres	9	19,6 %	12	26,1 %	3	6,5 %	24	52,2 %
Total	14	30,4 %	21	45,7 %	11	23,9 %	46	100,0 %
Edad								
14 años	8	17,4 %	12	26,1 %	5	10,9 %	25	54,3 %
15 años	6	13,0 %	4	8,7 %	2	4,3 %	12	26,1 %
16 años	0	0,0 %	5	10,9 %	4	8,7 %	9	19,6 %
Total	14	30,4 %	21	45,7 %	11	23,9 %	46	100,0 %

En la Tabla 2 con respecto a los resultados del índice de efectividad total (TOT) en términos generales, la muestra presenta un desempeño atencional esperado para su grupo normativos, la mayoría de los adolescentes se ubicaron dentro de la Media (45,7 %), mientras que un 30,4 % se situó Debajo de la media y un 23,9 % Encima de la media. Aquellos adolescentes con un desempeño atencional inferior al esperado reflejan dificultades en su rendimiento atencional global,

Al analizar las variables sociodemográficas como sexo se identifica que los hombres obtuvieron la mayor proporción en puntuaciones Encima de la media (17,4%) en comparación con las mujeres (6,5%). No obstante, los hombres se concentraron con mayor frecuencia por Debajo de la media (19,6%) frente al 10,9% mujeres. Estas diferencias son moderadas, ya que ambos grupos en su mayoría se ubican dentro de la Media; lo que indica que la distribución

observada se podría considerar relativamente homogénea con diferencias marcadas en cuanto al rendimiento atencional.

En cuanto a la edad existe una tendencia favorable conforme aumenta la edad de los participantes. Los adolescentes de 16 años no registraron puntuaciones Debajo de la media (0 %) y concentraron la mayor proporción relativa de resultados Encima de la media (44,4 % de su grupo etario; 4 de 9 participantes). En contraste, los adolescentes de 14 años presentaron la mayor frecuencia de puntuaciones Debajo de la media (32,0 % de su grupo; 8 de 25 participantes), mientras que los de 15 años mostraron una distribución predominantemente dentro de la media (33,3 % de su grupo). Estos hallazgos evidencian una tendencia consistente hacia un mejor desempeño atencional conforme avanza la adolescencia.

Esto coincide con lo que plantea Jiménez et al. (2012), en un estudio elaboraron los datos normativos del test d2 en escolares españoles donde se demuestra que las puntuaciones de productividad y efectividad (TOT) aumentan progresivamente con la edad, indicando una maduración gradual de los procesos atencionales. Asimismo, Arán Filippetti et al. (2022) desarrollaron baremos del test d2 para población infantil hispanohablante y confirmaron que la edad constituye uno de los principales predictores del rendimiento tanto en atención selectiva como en concentración, observándose incrementos progresivos conforme avanza el desarrollo.

De igual manera, los resultados son consistentes con lo reportado por Resett (2021), quien encontró que un mejor desempeño en el test d2 se relaciona con un mayor rendimiento académico tanto en niños como en adolescentes, destacando que durante la adolescencia la consolidación de las funciones ejecutivas y de la atención sostenida favorece un desempeño más eficiente en tareas que requieren rapidez y precisión.

En cuanto a las diferencias según el sexo, los hallazgos deben interpretarse con cautela. Aunque en esta investigación las mujeres obtuvieron una mayor proporción de puntuaciones superiores, diversos estudios sobre el test d2 señalan que las diferencias entre hombres y mujeres suelen ser pequeñas o incluso no significativas cuando se controla el efecto de la edad, por lo que el desarrollo madurativo y las características individuales parecen explicar una mayor proporción de la variabilidad en el rendimiento atencional que el sexo por sí mismo. En este sentido, Jiménez et al. (2012) reportaron que la variable edad explica de forma más consistente las diferencias en las puntuaciones del d2 que la variable sexo.

Tabla 3 *Distribución de la puntuación de concentración (CON) según datos sociodemográficos del test d2*

Indicadores	CON (concentración)							
	Debajo de la media		Media		Encima de la media		Total	
	fi	fr	fi	fr	fi	fr	fi	fr
Sexo								
Mujeres	7	15,2 %	5	10,9 %	10	21,7 %	22	47,8 %
Hombres	20	43,5 %	1	2,2 %	3	6,5 %	24	52,2 %
Total	27	58,7 %	6	13,0 %	13	28,3 %	46	100,0 %
Edad								
14 años	16	34,8 %	2	4,3 %	7	15,2 %	25	54,3 %
15 años	9	19,6 %	3	6,5 %	0	0,0 %	12	26,1 %
16 años	2	4,3 %	1	2,2 %	6	13,0 %	9	19,6 %
Total	27	58,7 %	6	13,0 %	13	28,3 %	46	100,0 %

En cuanto al índice de concentración (CON) evidenciado en la Tabla 3 el panorama es distinto. El 58,7 % de la muestra puntuó Debajo de la media, solo un 13,0 % en el rango Media y un 28,3 % Encima de la media. De manera general, la mayoría de la muestra está por debajo del rango de desempeño esperado.

En cuando a distribución en datos sociodemográficos lo más relevante se encuentra en el área masculina, 20 de los 24 hombres (83,3 %) puntuaron Debajo de la media, frente a una distribución más dispersa en los varones, de los cuales casi la mitad (10 de 22) alcanzó el rango Encima de la media. Por grupos de edad, el patrón de baja concentración se observó de manera transversal, casos puntuales concentrado en los adolescentes de 14 años por su mayor peso muestral.

La diferencia entre los resultados de (TOT) y una concentración mayoritariamente baja (CON) puede interpretarse como un indicador de que los adolescentes procesan una cantidad

adecuada de estímulos, pero presentan fluctuaciones en la atención sostenida o dificultades para mantener un nivel constante de precisión durante la ejecución de tareas repetitivas. Esto se encuentra descrito en la literatura donde se señala que el índice CON refleja principalmente la capacidad de concentración y el equilibrio entre velocidad- precisión, siendo especialmente sensible a las variaciones en el control atencional y las funciones ejecutivas (Brickenkamp et al., 2017).

La tendencia a una menor concentración en los hombres debe interpretarse con cautela, ya que la evidencia sobre diferencias de sexo en atención no es concluyente y el tamaño muestral del presente estudio no permite contrastes inferenciales. En esta caso, la concentración es el componente más comprometido de la dimensión atencional lo que se puede reflejar en olvidar actividades diarias, perder materiales de estudios, la dificultad para realizar una tarea que requiera su concentración única, dificultad en discriminar los estímulos del entorno al realizar acciones.

Esto concuerda con lo señalado por Diamond (2013) quien plantea que las funciones ejecutivas, particularmente la atención sostenida y el control inhibitorio, continúan desarrollándose durante toda la adolescencia, por lo que es esperable encontrar diferencias individuales importantes en esta etapa del desarrollo. Desde lo planteado, una menor concentración no necesariamente constituye un indicador de alteración clínica, más bien, esto podría reflejar distintos niveles de maduración neuropsicológica, además de la existencia de influencia de variables emocionales, académicas y contextuales.

Caracterización clínica

Tabla 4 *Distribución de frecuencias de los índices globales del SENA .*

Escala	Muy bajo		Normal		Moderadamente alto		Alto		Extremadamente alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Fi	Fr
Problemas interiorizados (global)	1	2,17 %	38	82,61 %	6	13,04 %	1	2,17 %	0	0,0 %	46	100 %
Problemas emocionales	3	6,5 %	30	65,2 %	10	21,7 %	2	4,3 %	1	2,2 %	46	100 %
Problemas conductuales	0	0,0 %	44	95,7 %	1	2,2 %	1	2,2 %	0	0,0 %	46	100 %
Problemas en funciones ejecutivas	3	6,5 %	29	63,0 %	12	26,1 %	1	2,2 %	1	2,2 %	46	100 %
Problemas contextuales (global)	1	2,2 %	41	89,1 %	2	4,3 %	2	4,3 %	0	0,0 %	46	100 %

En la Tabla 4 se muestra el bloque de índices globales. Las elevaciones se concentraron en el Índice de problemas en las funciones ejecutivas (26,1 %) y en el Índice de problemas emocionales (21,7 %), seguidos por el índice global de problemas interiorizados (13,04 %). En contraste, el Índice de problemas conductuales (2,2 %) y el de problemas contextuales (4,3 %) presentaron un rango reducido.

Esto nos indica que en la muestra predominan las dificultades de naturaleza emocional y de autorregulación atencional-ejecutiva por encima de las manifestaciones conductuales disruptivas. La menor elevación de los índices globales respecto de algunas escalas específicas es esperable, dado que los índices promedian el conjunto de escalas y, por tanto, suavizan los picos que sí se observan en dimensiones concretas (Sibaja-Molina et al., 2019).

Resulta interesante puesto que, si comparamos estos hallazgos con la población general española, donde los problemas de conducta suelen presentarse en un 28% y la ansiedad en un 21%, se observa que esta muestra presenta un patrón inverso, con una manifestación conductual disruptiva inusualmente baja. Aun así, este perfil es altamente consistente con estudios en contextos de vulnerabilidad, como el realizado en adolescentes rurales mexicanos, donde el Índice de Problemas Emocionales también fue el más elevado (30,8%) frente a los conductuales

La baja elevación conductual sugiere que los participantes podrían estar canalizando su malestar de forma interiorizada (depresión, ansiedad social o quejas somáticas), un patrón que requiere intervenciones enfocadas en la autorregulación emocional más que en la modificación de conducta externa; con ello estas afectaciones se podrían estar reflejando en cuanto a los problemas en las funciones ejecutivas puesto que tanto las experiencias sociales complejas y el nivel de estimulación escolar van a fortalecer estas funciones, mientras que el estar expuestos a contextos adversos o estrés pueden interferir en su desarrollo.

Tabla 5 *Distribución de frecuencias de las escalas de problemas interiorizados del SENA*

Escala	Muy bajo		Normal		Moderadamente alto		Alto		Extremadamente alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Fi	Fr
Depresión (DEP)	1	2,2 %	28	60,9 %	11	23,9 %	1	2,2 %	5	10,9 %	46	100 %
Ansiedad (ANS)	9	19,6 %	27	58,7 %	4	8,7 %	4	8,7 %	2	4,3 %	46	100 %
Ansiedad social (ASC)	7	15,2 %	21	45,7 %	12	26,1 %	4	8,7 %	2	4,3 %	46	100 %
Quejas somáticas (SOM)	1	2,2 %	31	67,4 %	8	17,4 %	2	4,3 %	4	8,7 %	46	100 %
Sintomatología postraumática (PST)	7	15,2 %	22	45,7 %	12	26,1 %	3	6,5 %	2	4,3 %	46	100 %
Obsesión-compulsión (OBS)	8	17,4 %	21	45,7 %	12	26,1 %	4	8,7 %	1	2,2 %	46	100 %

En cuanto a la escala de problemas interiorizados se mostraron varios rangos elevados. Entre estos se destacan: la Ansiedad social (26,1 %) y la Sintomatología postraumática (26,1 %), la Obsesión-compulsión (26,1%), la Depresión (23,9 %) las Quejas somáticas (17,4 %) y la Ansiedad (8,7 %). Esto perfila un malestar emocional extendido en la muestra que al analizar estos indicadores según la variable sexo, aunque se muestre un relativo comportamiento homogéneo si se logra identificar una mayor concentración de quejas somáticas en las mujeres en comparación con los varones.

Estos hallazgos coinciden con la evidencia que sitúa a la adolescencia como una etapa de aparición de problemas de salud mental y que documenta, mediante autoinforme, mayores puntuaciones femeninas en ansiedad-depresión y quejas somáticas, así como en la sintomatología internalizaste en general (Alarcón Parco y Bárrig Jó, 2015). El predominio de las dimensiones interiorizadas constituye, por tanto, el rasgo central del perfil clínico de esta muestra, lo cual orientaría las intervenciones hacia la gestión afectiva y emocional de la muestra evaluada.

Tabla 6 *Distribución de frecuencias de las escalas de problemas exteriorizados del SENA*

Escala	Muy bajo		Normal		Moderadamente alto		Alto		Extremadamente alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Fi	Fr
Problemas de atención (ATE)	5	10,9 %	27	60,9 %	12	26,1 %	2	4,3 %	0	0,0 %	46	100 %
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	5	10,9 %	34	73,9 %	5	8,7 %	1	2,2 %	1	2,2 %	46	100 %
Control de la ira (IRA)	6	13,0 %	34	73,9 %	3	6,5 %	1	2,2 %	2	4,3 %	46	100 %
Agresión (AGR)	4	8,7 %	40	84,8 %	2	4,3 %	0	0,0 %	0	0,0 %	46	100 %
Conducta desafiante (DES)	9	19,6 %	34	73,9 %	1	2,2 %	2	4,3 %	0	0,0 %	46	100 %
Conducta antisocial (ANT)	0	0,0 %	42	91,3 %	3	6,5 %	1	2,2 %	0	0,0 %	46	100 %

De manera congruente con lo anterior, las escalas exteriorizadas presentaron elevaciones bajas, con la excepción de los Problemas de atención (26,1 %). La Hiperactividad-impulsividad (8,7%) mientras que la Conducta antisocial (6,5 %), la Conducta desafiante (6,7 %) y la Agresión (4,3 %) fueron las menos frecuentes.

La elevación de los Problemas de atención apoya a los resultados de la variable cognitiva, lo cual indica desde distintas perspectivas la presencia de dificultades atencionales y ejecutivas como un eje transversal del funcionamiento de la muestra. Las dificultades de regulación emocional pueden constituir un factor de riesgo transversal para problemas tanto internalizantes como externalizantes durante la adolescencia (Eadeh et al., 2021).

Por sexo, las manifestaciones disruptivas tendieron a ser más frecuentes en los varones (Conducta desafiante y Conducta antisocial) esto refleja lo estudiado con anterioridad, en diversas investigaciones como la de Alarcón Parco y Bárrig Jó (2015) se señala que existe una tendencia en mujeres a prevalecer más en los problemas emocionales y mientras que los hombres reportaron mayores niveles de rompimiento de reglas y conductas externalizantes.

Tabla 7 *Distribución de frecuencias de la escala de otros problemas del SENA*

Escala	Muy bajo		Normal		Moderadamente alto		Alto		Extremadamente alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Fi	Fr
Consumo de sustancias (SUS)	0	0,0 %	42	91,3 %	2	4,3 %	0	0,0 %	2	4,3 %	46	100 %
Esquizotipia (ESQ)	2	4,3 %	34	73,9 %	3	6,5 %	3	6,5 %	4	8,7 %	46	100 %
Problemas de alimentación (ALI)	1	2,2 %	25	54,3 %	14	28,3 %	3	4,3 %	3	6,5 %	46	100 %

Dentro de estas escalas los problemas de la conducta alimentaria alcanzaron la elevación alta el (28,3 %), seguidos por la Esquizotipia (6,5 %) y el Consumo de sustancias (8,7 %).

Ambas primeras escalas se elevaron en mayor proporción entre los varones.

La magnitud de la elevación en problemas de la conducta alimentaria resulta clínicamente relevante y, en línea con las recomendaciones del propio sistema, debería complementarse con instrumentos específicos que confirmen y precisen su naturaleza, dado que el SENA cumple una función de detección y cribado más que de diagnóstico definitivo (*SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez | Documentos - Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)*, s. f.). Por lo cual los resultados en esta muestra deben analizarse con cuidado y tomando en cuenta la peculiaridad de estos.

Según las investigaciones la prevalencia del riesgo de tener o desarrollar estos trastornos de conducta alimentaria en este grupo etario, han mostrado cifras significativas en población escolarizada, que oscilan entre 7,4% y 12% y son mayores entre las mujeres (Gaete P. et al., 2020). En cuanto a los varones en los últimos años se ha mostrado un crecimiento significativo en su diagnóstico, esto nos indica que por sí sola la variable sexo no es un predictor de apareamiento de problemas alimentarios.

Este es un factor que se debe analizar según el contexto, la edad, grupo etario y en conjunto con otras manifestaciones relacionadas a esta problemática como la imagen corporal, la presencia de ansiedad en relación con la comida, conductas purgativas, la condición socioeconómica que dicta como y que se come, percepción del adolescente sobre estar sano y entre otros factores que contribuyen no solo al desarrollo de la problemática si no también al entendimiento de esta.

Tabla 8 *Distribución de frecuencias de las escalas de problemas contextuales del SENA*

Escala	Muy bajo		Normal		Moderadamente alto		Alto		Extremadamente alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Fi	Fr
Familia (FAM)	4	8,7 %	30	65,2 %	5	10,9 %	5	10,9 %	2	4,3 %	46	100 %
Escuela (ESC)	15	32,6 %	25	54,3 %	5	10,9 %	1	2,2 %	0	0,0 %	46	100 %
Compañeros (COM)	0	0,0 %	41	89,1 %	2	4,3 %	3	6,5 %	0	0,0 %	46	100 %

Entre las escalas contextuales, los problemas familiares fueron los más prevalentes (10,9 %), por encima de los problemas con la escuela (10,9 %) y con los compañeros (6,5 %). Las dificultades escolares y con el grupo de iguales se elevaron en mayor proporción entre los varones.

La preeminencia del ámbito familiar como principal fuente de dificultad contextual es coherente con el peso que el entorno familiar tiene en el ajuste psicológico durante la adolescencia Graza (2013) plantea que las familias con conflictos, problemas de comunicación y bajo apoyo parental disminuyen los recursos personales de los adolescentes, haciéndolos vulnerables al bullying. Esto también llega a producir inestabilidad emocional y sentimientos de ansiedad en los adolescentes; así como, la exigencia constante, la presión y la poca valoración de sus opiniones. Con respecto a las relaciones con los compañeros Wang et al. (2024), destaco que las experiencias y relaciones con los pares constituyen un componente importante del desarrollo adolescente y pueden presentar dificultades particulares en jóvenes expuestos a experiencias adversas

Estas características descritas orientan la intervención hacia el trabajo con el sistema familiar, además del individual tomando en cuenta que el adolescente se desarrolla en dos contextos importantes: escuela y familia.

Tabla 9 *Distribución de frecuencias de la escala de vulnerabilidad del SENA*

Escala	Muy bajo		Normal		Moderadamente alto		Alto		Extremadamente alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Fi	Fr
Problemas de regulación (REG)	5	10,9 %	22	47,8 %	12	26,1 %	5	10,9 %	2	4,3 %	46	100 %
Búsqueda de sensaciones (BUS)	12	26,1 %	28	60,9 %	5	10,9 %	1	2,2 %	0	0,0 %	46	100 %

En cuanto a los problemas de regulación emocional constituyeron la escala con mayor proporción de casos elevados (26,1 %), con una distribución equilibrada entre sexos, mientras que la Búsqueda de sensaciones se elevó solo en el 10,9 % de la muestra, con ligero predominio masculino.

De acuerdo con lo planteado en el marco conceptual del instrumento establecido por Fernández-Pinto et al. (2015), los déficits en la regulación de las emociones actúan como un predictor directo de las manifestaciones de carácter interiorizado, mientras que la búsqueda de sensaciones e impulsividad constituye el núcleo predictivo de las conductas exteriorizadas. Por lo tanto, la combinación de una alta desregulación emocional y una baja búsqueda de sensaciones resulta perfectamente consistente con el perfil predominantemente internalizante descrito en las secciones previas de este estudio.

Estos hallazgos sugieren que la desregulación emocional se presenta como proceso interno en relación con la vulnerabilidad. Como señalan Sandín, Chorot y Valiente (2015), las fallas en las estrategias de regulación emocional no provocan un único síntoma aislado, más bien actúan como un factor que tiende a ampliar de forma crónica diversos cuadros clínicos de una manera simultánea. En este sentido, el sufrimiento psicológico de los adolescentes evaluados debe entenderse como la ramificación de un núcleo común, la dificultad para gestionar el malestar interno.

La homogeneidad de género nos señala que, en esta etapa del desarrollo, las dificultades de regulación son un factor de riesgo universal que trasciende las diferencias de sexo más allá de si prevalece por diferencia en uno u otro.

Tabla 10 *Distribución de frecuencias de la escala de recursos personales del SENA*

Escala	Alto		Normal		Recurso medio-bajo		Recurso bajo o muy bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Fi	Fr
Recursos personales (global)	3	6,7 %	25	53,3 %	11	24,4 %	7	15,6 %	46	100 %
Autoestima (AUT)	6	13,3 %	26	55,6 %	6	13,3 %	8	17,8 %	46	100 %
Integración y competencia social (SOC)	3	6,7 %	21	44,4 %	12	26,7 %	10	22,2 %	46	100 %
Conciencia de problemas (CNC)	16	35,6 %	24	51,1 %	6	13,3 %	0	0,0 %	46	100 %

Por consiguiente, en la escala de recursos personales, la integración y competencia social apareció disminuida en casi la mitad de la muestra (48,9 %), seguida del índice global de recursos personales (40,0 %) y de la Autoestima (31,1 %); en cambio, la Conciencia de los problemas se mostró relativamente preservada, con solo un 13,3 % de recursos disminuidos.

La reducción de los recursos sociales y de la autoestima resulta importante puesto que ambas variables actúan como factores protectores frente a la aparición y el agravamiento de problemas emocionales y conductuales (Fernández-Pinto et al., 2015); su debilitamiento, junto con la elevada presencia de problemas interiorizados, configura un perfil de mayor vulnerabilidad.

La elevada frecuencia de adolescentes con dificultades en integración y competencia social coincide con lo reportado por (Campos et al., 2014), quienes encontraron que las habilidades sociales constituyen uno de los principales factores protectores frente a la depresión durante la adolescencia. En su investigación identificaron que competencias como la empatía, el autocontrol y las habilidades de interacción social disminuyen significativamente la probabilidad de presentar síntomas depresivos, mientras que los déficits en estas competencias incrementan el riesgo de alteraciones emocionales. Por ello la relativa conservación en cuanto conciencia de los problemas constituye un recurso favorable para la intervención, en la medida en que facilita la implicación del adolescente en cuanto a la crítica que tiene acerca de las diferentes situaciones que padecen y que están aportando al apareamiento de los problemas emocionales.

En cuanto a la Escala de Autoestima los resultados son consistentes con la evidencia internacional. de la Barrera et al. (2019) demostraron que la autoestima y las competencias emocionales representan factores protectores esenciales del ajuste psicológico y del bienestar subjetivo. A mayor nivel de autoestima presentan menor frecuencia de problemas emocionales y

conductuales, mejor adaptación social y mayor satisfacción con la vida, mientras que una autoestima reducida incrementa el riesgo de desajuste psicológico. Por otro lado, Fadda et al. (2015) que la autoestima desempeña un papel mediador entre las relaciones familiares, el apoyo de los pares y el funcionamiento psicológico positivo. Asimismo Peñate et al. (2020) evidenciaron que la autoestima y el apoyo social son predictores significativos de la ansiedad y la depresión. Se concluye que una baja autoestima incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos emocionales, mientras que el apoyo social y el afecto positivo ejercen un efecto protector frente a dichos problemas.

Estos resultados respaldan la importancia clínica de fortalecer los recursos personales identificados como disminuidos y también las fortalezas dentro de los mismos como la Conciencia de los Problemas que si bien, por sí mismo no elimina el malestar emocional este se puede observar como un recurso para la participación además de disposición a buscar ayuda.

Caracterización Sociodemográfica.

Tabla 11 *Distribución de variables sociodemográficas: sexo, edad y escolaridad.*

	Femenino		Masculino		Total	
	fi		fi		fi	fr
Sexo	22	47,8 %	24	52,2 %	46	100%
	14 años		15 años		16 años	
Edad	25	54,3 %	12	26,1 %	9	46 100%
	9.º de EGB		10.º de EGB		2.º de Bachillerato	
Escolaridad	16	34,8%	21	45,7%	9	19,6% 46 100%

En cuanto al sexo, en la Tabla 11 se muestra un equilibrio entre los participantes 24 hombres (52,2 %) y 22 mujeres (47,8 %). Esto permite examinar el comportamiento de ambos sexos sin que ninguno quede aislado. En cuanto a la edad, la totalidad de la muestra se ubicó entre los 14 y 16 años, con concentración en los 14 años 54,3 %, seguidos por los de 15 26,1 % y 16 años 19,6 %.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia abarca de los 10 a los 19 años, y el tramo de 14 a 16 corresponde a la adolescencia media, etapa de consolidación de la identidad y de especial vulnerabilidad para la salud mental. Por último, en cuanto a la escolaridad del adolescente se concentró en 10.º de Educación General Básica (EGB) 45,7 % y 9.º de EGB 34,8 %, mientras que estudiantes de 2.º de Bachillerato 19,6 %.

Tabla 12 Distribución de variables sociodemográficas: características familiares y educativas del hogar.

Estado civil del representante	Soltero (a)		Casado(a)		Unión libre		Divorciado(a)		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	Fr
	4	8.7	24	52.2	16	34.8	2	4.3	46	100 %
Escolaridad del representante	Primaria		Secundaria		Tercer nivel		Posgrado		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	Fr
	0	0.0	0	0.0	46	100.0	0	0.0	46	100 %
Nivel socioeconómico	Baja		Media		Alta		Total			
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	Fr		
	6	13.0	35	76.1	5	10.9	46	100%		
Tenencia de la vivienda	Propia		Arrendada		Cedida		Total			
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	Fr		
	28	60.9	15	32.6	3	6.5	46	100 %		

En relación con el estado civil, en la mayoría de los hogares predominan los padres casados 52,2 % y el 34,8 % vivía en unión libre, de modo que la mayoría de los adolescentes provienen de hogares con figura parental en pareja; las situaciones de soltería 8,7 % y divorcio 4,3 % fueron minoritarias. La estructura familiar biparental suele asociarse con un entorno de mayor estabilidad para el desarrollo del adolescente, si bien la calidad del funcionamiento familiar resulta más determinante que la mera composición del hogar.

Un dato especialmente relevante es la escolaridad del representante, puesto que la totalidad de los representantes cuentan con estudios de tercer nivel, sin casos en niveles

inferiores. Este rasgo constituye un factor potencialmente protector, puesto que, desde el modelo ecológico del desarrollo humano, el nivel educativo de las figuras parentales configura la calidad del microsistema familiar. La evidencia muestra que los progenitores con educación superior tienden a generar ambientes de comunicación más ricos y estimulantes, favoreciendo el desarrollo lingüístico y cognitivo de sus hijos e hijas (Rica Canales Jara et al., 2016)

En cuanto al nivel socioeconómico, predominó el estrato medio 76,1 %, con proporciones menores en el estrato bajo 13,0 % y alto 10,9 %; y respecto de la tenencia de la vivienda, la mayoría residía en vivienda propia 60,9 %, seguida de la arrendada 32,6 % y la cedida 6,5 %.

Tabla 13 *Distribución de variables sociodemográficas: servicios y recursos familiares.*

Acceso a atención médica	Sí		No		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	Fr
	39	84.8	7	15.2	46	100%
Disponibilidad de transporte público	Sí		No		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	Fr
	40	87.0	6	13.0	46	100%
Servicios básicos completos	Sí		No		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	Fr
	42	91.3	4	8.7	46	100%

Servicio de salud utilizado	Público		Privado		Ninguno		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	Fr
	30	65.2	10	21.7	6	13.1	46	100%
Dispositivos tecnológicos	Todas		Algunas		Ninguna		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	Fr
	18	39.1	24	52.2	4	8.7	46	100%

La muestra presenta un acceso elevado en servicio y recursos familiares. La mayoría de las familias declaró contar con acceso a atención médica 84,8 %, disponibilidad de transporte público 87,0 % y servicios básicos completos 91,3 %, lo que refleja condiciones de habitabilidad y conectividad favorables. En cuanto al servicio de salud utilizado, predominó el sistema público 65,2 % sobre el privado 21,7 %, mientras que un 13,1 % no empleaba ningún servicio de salud, dato que señala una irregularidad en cuanto a la atención sanitaria del grupo familiar en general.

En lo que respecta a los dispositivos tecnológicos, más de la mitad de los adolescentes disponía de algunos dispositivos 52,2 % y un 39,1 % de todos ellos, en tanto que un 8,7 % no contaba con ninguno; esta última cifra, aunque reducida, evidencia una brecha digital que puede incidir en el acceso a recursos educativos, especialmente relevante en un contexto en el que la tecnología se ha integrado a los procesos de aprendizaje.

Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones en la realización del estudio fue la resistencia de los padres y representantes legales de los adolescentes a la realización de un proceso de evaluación, a pesar de que se realizaron diferentes etapas de socialización en cuanto a explicar a detalle la logística y beneficios de la participación en el proceso muchos optaron por no firmar el consentimiento informado siendo este un requisito principal. Otro factor que influyó fue el tiempo y la extensión de evaluación de instrumentos como el WISC.V lo que se debe considerar para futuras investigaciones que se realicen a poblaciones en un entorno educativo. Sin embargo, la muestra resultó ser significativa además de pertinente para identificar información importante según las variables sociodemográficas, clínicas y cognitivas en este rango de edad propuestas.

Conclusiones

La muestra de estudio conformada por 46 adolescentes de 14 a 16 años presentó una distribución equilibrada en cuanto al sexo, con un ligero predominio masculino, y una concentración en la edad de 14 años, correspondiente a la adolescencia media. Predominaron los hogares biparentales, con representantes que en su totalidad contaban con estudios de tercer nivel, un nivel socioeconómico mayoritariamente medio, vivienda propia y una amplia cobertura de servicios básicos y de salud. Esto evidencia un contexto sociofamiliar favorable para el aprendizaje y el desarrollo.

En la caracterización clínica se identificó un predominio de los problemas de tipo interiorizado acompañados de una marcada desregulación emocional y de dificultades atencionales; aunque se observa comportamiento homogéneo si se logra identificar una mayor concentración de problemas de tipo internalizante en las mujeres en comparación con los varones. Esto frente a una baja presencia de problemas del tipo externalizantes en la totalidad de

la muestra. Se debe destacar elevaciones en el área de los problemas de la conducta alimentaria en el sexo masculino y la disminución de recursos personales como la competencia social y la autoestima. Si bien es cierto estas manifestaciones no se presentan en la totalidad de la muestra, configuran un perfil de malestar emocional que, de acuerdo con la evidencia revisada, representa un factor de riesgo a nivel psicológico y el rendimiento académico, social y conductual de los adolescentes. A pesar de ello es importante destaca que la muestra tiene la relativa conservación en cuanto conciencia de los problemas, lo constituye un recurso favorable para plantear estrategias de intervención.

En cuanto al perfil cognitivo se identificaron áreas de fortaleza como la memoria de trabajo y la capacidad visoespacial, con predominio de niveles promedio y superiores; áreas de mayor dificultad como lo fueron el razonamiento fluido, que concentró la mayor proporción de puntuaciones bajas, y una velocidad de procesamiento heterogénea. El funcionamiento intelectual global se ubicó predominantemente en la zona promedio a promedio bajo. En el plano atencional la concentración apareció disminuida en más de la mitad de la muestra.

De manera general la muestra de adolescentes evaluados se encuentra en un contexto sociofamiliar favorable, cuyo principal foco de vulnerabilidad se sitúa en el ámbito emocional, problemas interiorizados, desregulación emocional y en dimensiones cognitivas específicas. Los resultados proporcionaron una aproximación descriptiva a las características observadas en el grupo evaluado y permitieron identificar dimensiones que podrían ser consideradas en futuras acciones de prevención y evaluación psicológica. Sin embargo, debido a las características y tamaño de la muestra, los resultados no pueden generalizarse a la población adolescente en su conjunto. Se requieren investigaciones posteriores con muestras más amplias y procedimientos de muestreo probabilístico para ampliar la evidencia disponible.

Recomendaciones

- Se sugiere aumentar el tamaño de la muestra en próximas investigaciones para así incrementar la representatividad de los resultados bajo el uso de diseños que permitan analizar relaciones entre variables clínicas, cognitivas y sociodemográficas.
- Se recomienda estudiar perfiles cognitivos en estudiantes de instituciones públicas y privadas, además de los que residan en zonas urbanas y rurales con el objetivo de analizar factores contextuales diferentes.
- Se recomienda al departamento de consejería estudiantil implementar acciones desde un enfoque preventivo al reconocimiento temprano de señales de malestar emocional con el desarrollo de espacios psicoeducativos que favorezcan el reconocimiento, expresión y manejo adecuado de las emociones.

[illegible]

[illegible]

Referencias Bibliográficas

3045-Texto del artículo-4075-1-10-20211226. (s. f.).

Alloway, T. P., & Alloway, R. G. (2010). Investigating the predictive roles of working memory and IQ in academic attainment. *Journal of Experimental Child Psychology*, 106(1), 20-29. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2009.11.003>

Amado Olivi, A. E. (2022). *Perfil epidemiológico de adolescentes con conductas autolesivas en un municipio de la Provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires. <http://hdl.handle.net/10469/18638>

Andrea, P., Carvajal, G., Hernado, F., & Junca, B. (2020). Caracterización de las funciones ejecutivas en adolescentes del grado noveno de la Institución Educativa Santander de Bucaramanga-Colombia. *Praxis Pedagógica*, 20(27), 77-99. <https://doi.org/10.26620/UNIMINUTO.PRAXIS.20.27.2020.77-99>

Arán Filippetti, V., Gutierrez, M., Krumm, G., & Mateos, D. (2022). Convergent validity, academic correlates and age- and SES-based normative data for the d2 Test of attention in children. *Applied Neuropsychology: Child*, 11(4), 629-639. <https://doi.org/10.1080/21622965.2021.1923494>

Babicka-Wirkus, A., Kozłowski, P., Wirkus, Ł., & Stasiak, K. (2023). Internalizing and Externalizing Disorder Levels among Adolescents: Data from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2752. <https://doi.org/10.3390/IJERPH20032752>

Borrás Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Campos, J. R., Prette, A. Del, & Prette, Z. A. P. Del. (2014). Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 408-428.
<https://doi.org/10.12957/EPP.2014.12645>

Carolina, M., Buitrón, C., Fabricio, C., Fonseca, M., Verónica, J., & Vega, R. (2023). Ansiedad y depresión en estudiantes de 12 a 18 años en un colegio de la ciudad de Quito – Ecuador: Anxiety and Depression in Students from 12 to 18 Years Old in a School in the City Of Quito - Ecuador. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), 726-735-726–735.
<https://doi.org/10.56712/LATAM.V4I1.291>

Casares, M. Á., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). Anxiety and depression in educational settings: Prevalence, assessment, and impact on psychological adjustment. *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*, 29(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1016/J.PSICOE.2023.12.003>

Castro, Á. M. S., Vera, M. D. C., <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=6067317>, & <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=4005136>. (2020). Perfil sociodemográfico en los adolescentes de las unidades educativas de la provincia de Manabí. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales (RCCS)*, ISSN-e 2254-7630, N°. 3 (Marzo), 2020, (3), 40.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9040337&info=resumen&idioma=SPA>

Castro-Calle, S. J., Orosco-Rosado, D. D., Murillo-Zavala, A. M., & Carreño-Mera, G. M. (2023). Conductas adictivas en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y complicaciones. *MQRInvestigar* , 7(3), 3545-3560.

<https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.3545-3560>

Cedeño Castillo Eddy Alejandro Gualpa-Alvarez, A. M.-A. D. M. M.-C. M. E. (2025). *Salud mental y rendimiento académico en el bachillerato*.

<https://sagespherejournal.com/index.php/SSMS/article/view/51>

Chávez Acurio, A. I., Lima Rojas, D., Chávez Acurio, A. I., & Lima Rojas, D. (2023).

Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. *Revista Eugenio Espejo* , 17(2), 33-45.

<https://doi.org/10.37135/EE.04.17.05>

Cova, F., Grandón, P., Nazar, G., Romero Hernández, C., & Lagos Sepúlveda, G. (2025).

Mental Health Crisis in Adolescents and Young People? The Role of Social Psychiatrization. *Papeles del Psicologo*, 46(1), 33-40.

<https://doi.org/10.70478/PAP.PSICOL.2025.46.05>

Cruz, N. L. V., Cruz, N. L. V., Jorge, I. V. S., Moreira, A. E. L., & Góngora, Y. G. R.

(2025). La diferencia entre la educación rural y urbana en la profesionalización de los estudiantes del Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 10(3), 817-832.

<https://doi.org/10.23857/pc.v10i3.9090>

Cuevas Macas, A., Romero, P., & Benítez, M. (2024). Evaluación multidimensional del comportamiento en la adolescencia media. *Anales de Psicología y Neurociencias*, 18(1), 89–102.

de la Barrera, U., Schoeps, K., Gil-Gómez, J. A., & Montoya-Castilla, I. (2019). Predicting Adolescent Adjustment and Well-Being: The Interplay between Socio-Emotional and Personal Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019, Vol. 16, Page 4650, 16(23), 4650.
<https://doi.org/10.3390/IJERPH16234650>

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64(Volume 64, 2013), 135-168. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-PSYCH-113011-143750/CITE/REFWORKS>

El papel de la memoria de trabajo y la inteligencia fluida en las calificaciones escolares: Un enfoque de ecuaciones estructurales. (s. f.). Recuperado 2 de julio de 2026, de <https://www.redalyc.org/journal/447/44759854007/html/>

Espinosa, C., Jaime, A., Moreno Méndez, H., Espinosa Acosta, C., & Moreno Méndez, J. H. (2025). Relación entre problemas alimenticios y comportamientos internalizados en adolescentes: revisión de alcance. *Revista Criterios*, 32(1), 107-123.
<https://doi.org/10.31948/RC.V32I1.4681>

Factores asociados al consumo de drogas por adolescentes escolares. (s. f.). Recuperado 13 de diciembre de 2025, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100007

- Fadda, D., Scalas, L. F., & Meleddu, M. (2015). Contribution of personal and environmental factors on positive psychological functioning in adolescents. *Journal of Adolescence*, 43(1), 119-131.
<https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2015.05.019>;PAGEGROUP:STRING:PUBLICATION
- Gaete P., V., López C., C., Gaete P., V., & López C., C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793. <https://doi.org/10.32641/RCHPED.VI91I5.1534>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. <https://doi.org/10.1016/J.RCHIBE.2015.07.005>
- Galán-Jiménez, J. S. F. (2018). Exposición a la violencia en adolescentes: desensibilización, legitimación y naturalización*. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 55-67. <https://doi.org/10.15332/S1794-9998.2018.0001.04>
- Guasti Ashca, J. M. (2022). *Exposición a la violencia y su relación con la autoestima en adolescentes*. Universidad Técnica de Ambato/ Facultad de Ciencias de Salud /Carrera de Psicología Clínica.
<https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/36837>
- González-Medina, R. (2022). Neuropsicología de la atención d2 en contextos comunitarios y escolares. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 23(4), 140–149.
- Graza, R. (2013). Factores de riesgo asociados a la atención y aprendizaje en la adolescencia. *Revista de Neuropsicología Infantil*, 8(2), 67–75.

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M. J., & Hidalgo Vicario, M. I. (2017).

Desarrollo del adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4), 261–273.

Hernández Alvarez, D. M., Fernández Cáceres, C., Zapata Tellez, J., Crespo Ramírez, M.,

& González García, N. (2019). Caracterización cognitiva y conductual de una muestra de adolescentes consumidores de inhalables de la ciudad de México. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 19(2), 19-28.

<https://doi.org/10.21134/HAAJ.V19I2.429>

Herrera, J. K. C., López, D. M. C., & Quiro, L. W. V. (2017). Funcionamiento familiar y

bullying en estudiantes de instituciones educativas públicas del distrito de Lurigancho. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 2(1), 43.

https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri_apsicologia/article/view/859

Hidalgo Vicario, M. I., & González-Fierro, M. J. C. (2014). Adolescencia. Aspectos

físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(1), 42-46.

[https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70167-2](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70167-2)

Jalca, A. D. C., Jalca, A. D. C., Uloa, G. H. M., Pin, N. J. M., & Arauz, P. E. Z. (2023).

Problemas emergentes de salud mental en adolescentes ecuatorianos: una revisión bibliográfica. *Polo del Conocimiento*, 8(9), 976-1020.

<https://doi.org/10.23857/pc.v8i9.6064>

Jiménez, J. E., Hernández, S., García, E., Díaz, A., Rodríguez, C., & Martín, R. (2012).

Test de atención D2: Datos normativos y desarrollo evolutivo de la atención en

educación primaria. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 93-106.
<https://doi.org/10.30552/EJEP.V5I1.79>

La salud mental de los adolescentes. (s. f.). Recuperado 17 de septiembre de 2025, de
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

Leonor Vizuite-Cruz, N. I., Vidal Sucuy-Jorge, I. I., Enrique Lazaro-Moreira III, A., & Gissela Ramírez-Góngora, Y. I. (2025). *La diferencia entre la educación rural y urbana en la profesionalización de los estudiantes del Ecuador The difference between rural and urban education in the professionalization of Ecuadorian students A diferença entre a educação rural e urbana na profissionalização dos estudantes no Equador Ciencias de la Educación Artículo de Investigación*. 104, 817-832.
<https://doi.org/10.23857/pc.v10i3.9090>

Li, G., Mei, J., You, J., Miao, J., Song, X., Sun, W., Lan, Y., Qiu, X., & Zhu, Z. (2019). Sociodemographic characteristics associated with adolescent depression in urban and rural areas of Hubei province: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry* 2019 19:1, 19(1), 386-. <https://doi.org/10.1186/S12888-019-2380-4>

Mayra Cristina Guanga Gallardo. (2025).
13+2025_GUANGA_Incremento+de+los+trastornos+mentales+en+los+adolescentes. 28.

Mena, M., González Perilli, F., Amaya, A., Mena, M., González Perilli, F., & Amaya, A. (2024). Observación de flexibilidad cognitiva, habilidades visoespaciales y resolución de problemas en niños de cuarto año de dos escuelas de Montevideo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 14(2). <https://doi.org/10.26864/PCS.V14.N2.6>

- Moraine, Paula. (2017). *Las funciones ejecutivas del estudiante : Mejorar la atención, la memoria, la organización y otras funciones para facilitar el aprendizaje.*
- Ortiz, O. M. M., & Parra, J. M. A. (2017). Funcionamiento cognitivo y estados emocionales de un grupo de niños y adolescentes con bajo rendimiento académico. *Neuropsicología Latinoamericana*, 9(3). <https://doi.org/10.5579/rnl.2017.0383>
- Papalia, D. E. ., Martorell, Gabriela., Ortiz Salinas, M. Elena., Montes de Oca Mayagoitia, S. Irma., Padilla Sierra, Gloria., & Olivares Bari, Susana. (2021). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill.
- Parte II - El estado actual de la salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas - La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas.* (s. f.). Recuperado 22 de septiembre de 2025, de <https://www.paho.org/adolescent-health-report-2018/part-two-the-current-status-of-the-health-of-adolescents-and-youth-in-the-americas>.
- Paris, J. (2023). *Adolescent mental health in the post-pandemic era: Clinical perspectives*. Routledge.
- Peñate, W., González-Loyola, M., & Oyanadel, C. (2020). The Predictive Role of Affectivity, Self-Esteem and Social Support in Depression and Anxiety in Children and Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol. 17, Page 6984, 17(19), 6984. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17196984>
- Pérez, A., Mammarella, I., Del Prete, F., Bajo Molina, M. T., & Cornoldi, C. (2014). Capacidad geométrica y memoria visoespacial en población adulta. *Psicológica: Revista de metodología y psicología experimental*, ISSN-e 1576-8597, ISSN 0211-

2159, Vol. 35, N° 2, 2014, págs. 225-249, 35(2), 225-249.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5756321&info=resumen&idioma=ENG>

Pluck, G., Banda-Cruz, D. R., Andrade-Guimaraes, M. V., & Trueba, A. F. (2018).

Socioeconomic deprivation and the development of neuropsychological functions: A study with «street children» in Ecuador. *Child neuropsychology : a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, 24(4), 510-523.

<https://doi.org/10.1080/09297049.2017.1294150>

Rica Canales Jara, C., Elsa, M., & de Costa Rica, U. (2016). EL NIVEL EDUCATIVO Y SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR Y HABILIDADES PRE-LECTORAS EN ESCUELAS URBANO Y URBANO-MARGINALES DE LA PROVINCIA DE MENDOZA-ARGENTINA. *Revista Electrónica «Actualidades Investigativas en Educación»*, 16(2), 1-26. <https://doi.org/10.15517/aie.v16i2.23925>

Rodríguez Hernández, P. J., Álvarez Polo, M., & Hernández Sicilia, M. (2014). La salud mental y los trastornos de conducta en la adolescencia. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(2), 95-101. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70176-3](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70176-3)

Santiago Resett. (2021). *Relación entre la atención y el rendimiento escolar en niños y adolescentes*. Revista Costarricense de Psicología, vol. 40, núm. 1, pp. 03-22, 2021. <https://www.redalyc.org/journal/4767/476768447002/html/#B47>

Schoeps, K., Tamarit, A., González, R., & Montoya-Castilla, I. (2019). Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: Impacto sobre el ajuste psicológico.

Revista de Psicologia Clinica con Ninos y Adolescentes, 6(1), 51-56.

<https://doi.org/10.21134/RPCNA.2019.06.1.7>

Schumacher, A., Campisi, S. C., Khalfan, A. F., Merriman, K., Williams, T. S., & Korczak, D. J. (2024). Cognitive functioning in children and adolescents with depression: A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 79, 49-58. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2023.11.005>

Sebastián, J., & Galán Jiménez, F. (2018). Exposición a la violencia en adolescentes: desensibilización, legitimación y naturalización. *Diversitas*, 14(1), 55-67. <https://doi.org/10.15332/S1794-9998.2018.0001.04>

SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes | Hogrefe TEA Ediciones. (s. f.). Recuperado 24 de abril de 2026, de <https://www.hogrefe-tea.com/public/catalogo/producto/SENA-Sistema-de-Evaluacion-de-Ninos-y-Adolescentes>

SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez | Documentos - Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). (s. f.). Recuperado 29 de junio de 2026, de <https://portalcientifico.uned.es/documentos/5f88eb2b29995259ef298d31>

Silva, J. L. da, Malheiros, L. S., Oliveira, L. A. de, Heimer, M. V., & Lorena Sobrinho, J. E. de. (2025). Perfis sociodemográficos e clínicos de adolescentes com autolesão não suicida. *Debates em Psiquiatria*, 15, 1-22. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2025.v15.1395>

- Somerville, L. H., & Casey, B. J. (2010). Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems. *Current opinion in neurobiology*, 20(2), 236-241.
<https://doi.org/10.1016/J.CONB.2010.01.006>
- STANTON, N. (1995). Human Cognitive Abilities: A Survey of Factor-Analytic Studies, by J. B. Carroll, Cambridge University Press, Cambridge (1993), pp. iv + 819, ISBN 0-521-38712-4. *Ergonomics*, 38(5), 1074-1074.
<https://doi.org/10.1080/00140139508925174>
- Tamayo Lopera, D. A., Merchán Morales, V., Hernández Calle, J. A., Ramírez Brand, S. M., Gallo Restrepo, N. E., Tamayo Lopera, D. A., Merchán Morales, V., Hernández Calle, J. A., Ramírez Brand, S. M., & Gallo Restrepo, N. E. (2018). Nivel de desarrollo de las funciones ejecutivas en estudiantes adolescentes de los colegios públicos de Envigado-Colombia. *CES Psicología*, 11(2), 21-36.
<https://doi.org/10.21615/CESP.11.2.3>
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60149-4)
- Voyer, D., & Voyer Susan D., D. (2014). Gender differences in scholastic achievement: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 140(4), 1174-1204.
<https://doi.org/10.1037/A0036620>
- Zaar, J. (s. f.). *Chapter 14: Adolescence – Cognitive Development*. College of DuPage Digital Press. Recuperado 6 de diciembre de 2025, de

<https://cod.pressbooks.pub/ecec1101/chapter/chapter-14-adolescence-cognitive-development/>

Anexos

Anexo A. Anexo 13 aprobación del CEISH

ANEXO 13. Formato de carta de aprobación definitiva- estudio: observacional/ de intervención

Oficio circular No. 0501-CEISH-DMSE-2025
Manta, 24 de noviembre de 2025

Señor/a,
Emily Maritza Zambrano Díaz
Investigador principal
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

ASUNTO: REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Por medio de la presente y una vez que el protocolo de investigación presentado por el (la) Sr (a), **Zambrano Díaz Emily Maritza**, que titula "Caracterización clínica, cognitiva y sociodemográfica en adolescentes de 14 a 16 años. Un estudio descriptivo" ha ingresado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, con fecha 30 de octubre de 2025, y cuyo código asignado es **CEISH-Uleam_0516**, luego de haber sido revisado y evaluado, dicho proyecto es **APROBADO** para su ejecución en la Carrera de Psicología, campus **ULEAM**, Manta, al cumplir con todos los requisitos 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 cumplidos por el comité para la evaluación del mencionado estudio.

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

Nro.	Nombre del documento	Nro. de versión	Nro. de hojas	Fecha de aprobación
1	Anexo 1. Solicitud de evaluación de protocolos de investigación Observacionales y de Intervención	1	1	24/11/2025
2	Anexo 2. Formulario para la presentación del protocolo	1	28	24/11/2025
3	Anexo 3. Consentimiento y/o asentimiento informado	1	3	24/11/2025
4	Anexo 4. Formato de confidencialidad de los investigadores	1	2	24/11/2025
5	Anexo 5. Declaración de tener o no conflicto de interés	1	1	24/11/2025
6	Anexo 6. Hoja de vida de los investigadores	1	5	24/11/2025
7	Anexo 7. Carta de interés institucional	1	1	24/11/2025
8	Anexo 8. Declaración de responsabilidad del investigador principal	1	2	24/11/2025
9	Anexo 9. Instrumentos de recolección de datos	1	62	24/11/2025

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

Así también se recuerda las obligaciones que el investigador principal y su equipo deben cumplir durante y después de la ejecución del proyecto en la Carrera de Psicología, campus **ULEAM**, Manta:

- Informar al CEISH-Uleam la fecha de inicio y culminación de la investigación.
- Presentar a este comité informes periódicos del avance de ejecución del proyecto, según lo estime el CEISH- Uleam.



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

- Cumplir todas las actividades que le correspondan 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 al formato aprobado.
- Al finalizar la investigación, entregar al CEISH-Uleam el informe final del proyecto.

Atentamente,



Juan Manuel Sierra
Zambrana

**Od. Juan Manuel Sierra
Zambrana, Esp.
Presidente CEISH-Uleam**

Anexo B. Anexo 3 CEISH



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION

PARTE I INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN						
Características clínicas, cognitivas y sociodemográficas en adolescentes de 14 a 16 años. Un estudio descriptivo						
B. NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO						
Nombres completos		Indy Martha Zambrano Díaz		Celular:	0990157016	
Teléfono:		0990757753		Careo electrónico:	m240114318@unla.edu.ec	
Nombre de la institución a la cual se encuentra sujeta el investigador (SI APLICA):						
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí						
C. NOMBRE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS QUE EVALUÓ Y APROBÓ EL ESTUDIO Y DATOS DEL CONTRATO						
Nombres completos:		Dra. Juan Manuel Soria Zambrano, Rop		Celular:	0990470316	
Teléfono:		0990461757		Careo electrónico:	jms@unla.edu.ec	
Nombre del comité:						
Comité de Ética e Investigación en seres humanos de la universidad laica Eloy Alfaro de Manabí (CIEI-UEAM)						
D. NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN						
Unidad Educativa Particular Ley Viginty						
E. INTRODUCCIÓN						
El proyecto de investigación se centra en caracterizar de manera clínica, sociodemográfica y cognitiva de los adolescentes, estas variables constituyen un área de estudio clave para comprender el desarrollo en esta etapa, como las actitudes y condiciones de vida impactan tanto en su rendimiento académico, la formación de la identidad y desarrollo social.						
F. PROPÓSITO DEL ESTUDIO						
Caracterizar las principales variables clínicas, sociodemográficas y cognitivas en adolescentes						
1. Describir el funcionamiento cognitivo de los adolescentes evaluados						
2. Determinar las variables clínicas de los adolescentes						
3. Identificar las características sociodemográficas presentes en la muestra evaluada						
G. PROCEDIMIENTOS POR REALIZAR						
No.	Actividad	Objeto del proyecto con el que se vincula la actividad	Justificación del motivo	Lugar de ejecución	Responsable	Tiempo de duración
1	Aplicación de DSSA	Determinar las variables clínicas de los adolescentes	Permite la identificación de problemas y variables psicológicas relevantes	Unidad Educativa Particular Ley Viginty, Manabí	Investigador principal	1 mes
2	Aplicación de instrumento sociodemográfico	Identificar las características sociodemográficas presentes en la muestra evaluada	Permite la descripción de características sociodemográficas	Unidad Educativa Particular Ley Viginty, Manabí	Investigador principal	1 mes
3	Aplicación de instrumento WISC-V	Describir el funcionamiento cognitivo de los adolescentes evaluados	Permite la identificación de potencialidades y dificultades cognitivas	Unidad Educativa Particular Ley Viginty, Manabí	Investigador principal	1 mes
H. BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMA DE SOCIALIZAR LOS RESULTADOS						
1. Detección de dificultades						
2. Desarrollo de intervenciones con base en los resultados, en caso de ser requeridas						
3. Fortalecer los mecanismos de prevención						
4. Mejorar en el abordaje de características psicológicas según sean identificadas						
5. Utilización de los datos obtenidos en futuras investigaciones						
I. RIESGOS FISICOS Y PSICOLÓGICOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMAS DE MITIGACIÓN						
Riesgo			Formas de mitigación			
1. Debido a que las pruebas no son invasivas, la muestra no presentará riesgos físicos o psicológicos significativos ni a corto ni largo plazo. Así así, los sujetos podrán experimentar ansiedad o frustración ante pruebas que les resulten difíciles o sentir que están siendo evaluados injustamente.			No obstante, en caso de llegar a presentarse alguna situación en particular, se realizarán pausas en las pruebas, se dará instrucciones, hacer descansos y explicar al evaluado a la calificación de la actividad			
J. COSTOS Y COMPENSACIÓN						
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.						
K. MECANISMOS PARA RESOLVER LA CONFIABILIDAD DE DATOS						
1. Durante el desarrollo de la investigación la información obtenida será entregada a la/el investigador/a principal por escrito ANONIMIZADA						
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/a 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 PSICOLOGIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION

PARTES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
1. Yo, en calidad de participante del experimento legal del participante declaro que:	SI	NO
2. He leído el consentimiento informado.		
3. He respondido a todas las preguntas.		
4. Entiendo los riesgos, beneficios de participar.		
5. Entiendo que firmo este documento. NO implica renunciar a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.		
6. He sido informado de todos y cada uno de los procedimientos que se realizarán para la ejecución de la investigación.		
7. He sido informado que los cuestionarios y en general cualquier registro que contenga sus datos serán resguardados en un sitio seguro.		
8. He sido informado que los resultados podrán ser publicados en revistas científicas o otros medios científicos o pueden ser presentados en reuniones o eventos con fines académicos o científicos en cualquier momento de estos sin revelar mi nombre o datos de identificación.		
9. He sido informado que al finalizar la investigación la información obtenida, será almacenada al código de barras de este código y el producto final a una entrega de forma ANONIMIZADA a la institución de donde sea el resultado de cualquier otro resultado de futuras investigaciones.		
10. 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 divulgada a terceros personas sin nuestro consentimiento expreso. He sido informado que en el caso de que el investigador sea condenado judicialmente o el mismo identifique situaciones que puedan representar un riesgo muy grave para sí persona o no representado legalmente defecto, el investigador entregará solo la información pertinente del asunto en cuestión a las entidades acaudadas, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.		
11. He sido entregada una copia, una vez suscrito este documento.		
12. Mi participación es voluntaria, por lo que tengo el DERECHO de retirar mi consentimiento en cualquier momento.		
13. Consentimiento voluntariamente el participante o la de su representante en el estudio.		

	Firma/Nombre	Firma/Nombre	Firma/Nombre
Investigador	Firma participante/ representante legal	Firma testigo #1	Firma testigo #2
Nombre completo			
Cédula			
Correo electrónico			
Teléfono			
Dirección			
Lugar y fecha			

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que por lo tanto a haber aceptado previamente mi participación en la investigación en cuestión, mezo en autorización, implorando que los datos o resultados biológicos obtenidos del participante serán eliminados y no podrán utilizarse para ningún fin investigativo. Esta revocación no causará penalidad o impacto alguno en la atención en salud que por ley le corresponde al participante.		

	Firma/Nombre	Firma/Nombre	Firma/Nombre
Investigador	Firma participante/ representante legal	Firma testigo #1	Firma testigo #2
Nombre completo			
Cédula			
Correo electrónico			
Teléfono			
Dirección			
Lugar y fecha			



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA
ASENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION PARA NIÑOS ENTRE 12 Y
18 AÑOS

Hola, soy estudiante de la carrera de psicología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí en la ciudad de Machala.
Estamos realizando un estudio que se TITULA "Características clínicas, cognitivas y sociodemográficas en adolescentes de 14 a 18 años. Un estudio descriptivo", el cual tiene como OBJETIVO conocer Caracterizar las principales variables clínicas, sociodemográficas y cognitivas en adolescentes para conseguirlo emplearemos la siguiente METODOLOGIA realizaremos una serie de actividades y cuestionarios que te pedimos respondas sinceramente, luego INFORMAR LOS RESULTADOS a tu representante legal, para que conozcas la necesidad que tienen.
No confundas con la representante legal y no necesitas su autorización para participar en este estudio, para nosotros es importante conocer tu decisión de participar o no en el mismo. No tienes que contestar ahora, lo puedes hablar con tu representante legal y después responder. Puedes decidir participar de este estudio, si es así entonces contéstale de lo que te decida de este gran grupo. Si en caso que decides no participar en este estudio o de que ya habiendo aceptado participar decides retirarte en cualquier momento, debes saber que esta decisión no te genera ningún problema, nadie se enojará por esto, si tienes consentimiento a nivel institucional, académico o social y que muchos niños algunos se ven afectados por tu decisión. Si decides dudar con respecto a cualquier asunto puedes preguntarnos antes, durante y después del estudio, siempre estaremos pronto a responder las preguntas las veces que necesites. Por este estudio quieres saber si te gustaría participar voluntariamente en este estudio, para lo cual te voy a pedir que escifiques los datos que te piden a continuación y que, si decides participar, entonces es un círculo o haz una marca al dibujo del dedo apuntando hacia arriba, pero por otra parte si no quieres participar, entonces es un círculo o haz una marca al dibujo del dedo apuntando hacia abajo.

Fecha (día, mes, año): ____/____/____

Tu, (escribe tu nombre) _____, quiero decir que me has explicado el tema, objetivo, metodología y beneficios de la prueba que me vas a realizar, además quiero decir que has respondido todas las preguntas, que sé que puedo dejar de participar en cualquier momento del estudio, por estas razones quiero que:

	
Si quiero participar	No quiero participar

 Mi firma / huella

Anexo C. Protocolo de evaluación WISC-V.



WISC-V
ESCALA DE INTELIGENCIA
DE WECHSLER PARA NIÑOS-V

Cuadernillo de anotación

Fecha de aplicación		
Año	Mes	Día

Nombre del niño: _____

Examinador: _____

1. Cubos

Condiciones:
Edad 6-7: Item 1.
Edad 8-16: Item 2.

Reversa:
Edad 8-16
Si se obtiene 8 o 1 punto en uno de los dos primeros items, aplíquese, aplicando los items anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación consecutiva).

Terminación:
Después de 2 puntuaciones de 8 consecutivas.

Puntuaciones:
Items 1-2: 0-2 puntos.
Items 4-9: 0-4 puntos.
Items 10-13: 0-6-7 puntos.
Cp: Items 1-8: 0-2 puntos, Items 9-13: 0-4 puntos.
Op: Items 1-9: 2 puntos, Items 2-9: 0-4 puntos.
Items 10-13: 0-12 puntos.

Reglas: Tiempo límite: véase los items. Anotar el tiempo empleado para cada item.

Item	Tipo de prueba	Número de cubos	Ángulo	Intentos		Puntuación máxima	Puntuación		Puntuación	
				1	2		1	2	3	4
1. Niño	Modelo e imagen	4	30°			0 1 2				
2. Niño	Modelo e imagen	8	45°			0 1 2 3 4				
3. Niño	Modelo e imagen	8	45°			0 1 2 3 4				
4. Niño	Imagen	4	45°			0 1 2 3 4				
5. Niño	Imagen	4	45°			0 1 2 3 4				
6. Niño	Imagen	4	75° (1:15)			0 1 2 3 4				
7. Niño	Imagen	4	75° (1:15)			0 1 2 3 4				
8. Niño	Imagen	4	75° (1:15)			0 1 2 3 4				
9. Niño	Imagen	4	75° (1:15)			0 1 2 3 4				
10. Niño	Imagen	9	120° (2:00)			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12				

17 PMS Nombre y apellido:

Sex: ☐ V ☐ M Centro/Institución:

Edad:

d12

Esta prueba trata de conocer su capacidad de concentración en una tarea determinada. En esta página se le presenta un ejemplo y una línea de entrenamiento para que usted se familiarice con la tarea.

Ejemplo

1 2 3 4

Observe las tres letras minúsculas del ejemplo. Se trata de la letra **d** acompañada de dos rayitas. La primera **d** tiene las dos rayitas encima, la segunda las tiene debajo y la tercera **d** tiene una rayita encima y otra debajo. Observe que en estos casos la letra **d** va acompañada de dos rayitas.

Su tarea consistirá en buscar las letras **d** iguales a esas tres (con dos rayitas) y marcarlas con una línea (/). Fíjense bien, porque hay letras **d** con más de dos o menos de dos rayitas y letras **p**, que **NO** deberá marcar en ningún caso, independientemente del número de rayitas que tengan. Si se equivoca y quiere cambiar una respuesta, debe tachar la línea con otra, formando un aspa (X), de forma que se advierta que desea corregir el error.

Vi. aún deberá marcar las letras **d** con dos rayitas. Práctique en la línea de entrenamiento que aparece al final de esta página.

Observe que cada letra lleva encima un número. Luego, compruebe que ha marcado las letras números 1, 3, 5, 8, 9, 12, 13, 17, 19 y 22.

A la vuelta de la hoja (ESPERE, NO LA VUELVA TODAVÍA) encontrará 14 líneas similares a la línea de práctica que acaba de realizar. De nuevo, su tarea consistirá en marcar las letras **d** con dos rayitas. Comenzará en la línea n° 1 y cuando el examinador le diga ¡CAMBIE!, pasará a trabajar a la línea n° 2 y cuando el examinador diga ¡CAMBIO! comenzará la siguiente línea de la prueba y así sucesivamente. Compruebe que no se caiga ninguna línea.

Trabaje tan rápidamente como pueda sin cometer errores. Permanezca trabajando hasta que el examinador diga ¡BASTA! en ese momento deberá pararse inmediatamente y dar la vuelta a esta hoja.

ESPERE. NO VUELVA LA HOJA HASTA QUE SE LO INDIQUE EL EXAMINADOR.

Línea de
entrenamiento

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

Prueba de Memoria de Trabajo (PMT) - Versión 2015
 Copyright © 2015 por el Centro de Estudios y Desarrollo de la Memoria de Trabajo (CEDMT)
 Este documento es propiedad intelectual del CEDMT y no puede ser reproducido, distribuido o utilizado sin el consentimiento escrito del CEDMT.
 El uso no autorizado de este documento puede resultar en sanciones legales.
 CEDMT - Centro de Estudios y Desarrollo de la Memoria de Trabajo
 Calle 100 No. 100-100, Bogotá, D.C., Colombia
 Teléfono: +57 (0)2 280 0000
 Correo electrónico: info@cedmt.org.co
 Sitio web: www.cedmt.org.co

Anexo E. Protocolo de evaluación SENNA.

SENA

12 a 18 años

Secundaria
AUTOINFORME

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Sexo: ☐ Varón ☐ Mujer Edad:

Centro / Colegio: Curso: Fecha de evaluación:

Instrucciones

En este cuadernillo encontrarás varias frases sobre pensamientos y sentimientos que puedes tener y también sobre cosas que haces o que te han pasado. Nos gustaría que leyeras detenidamente cada una de ellas y nos dijeras si lo que dice la frase te pasa a ti.

Para responder tendrás que **elegir en cada frase una de las 5 opciones siguientes y marcarlo** en el cuadernillo:

- Si lo que dice la frase **NUNCA** o **CASI NUNCA** te pasa tienes que marcar el **1**.
- Si lo que dice la frase te pasa **POCAS VECES** tienes que marcar el **2**.
- Si lo que dice la frase te pasa **ALGUNAS VECES** tienes que marcar el **3**.
- Si lo que dice la frase te pasa **MUCHAS VECES** tienes que marcar el **4**.
- Si lo que dice la frase **SIEMPRE** o **CASI SIEMPRE** te pasa tienes que marcar el **5**.

Fíjese en los siguientes ejemplos:

1	Me pongo contento cuando me dan un regalo.	1 2 3 4 5
2	Me dan miedo los perros.	1 2 3 4 5
3	Voy al cine a ver películas de terror.	1 2 3 4 5

La persona que ha respondido a estos ejemplos se pone contenta SIEMPRE que le hacen un regalo, por lo que ha marcado la opción 5 (SIEMPRE o CASI SIEMPRE). En la segunda frase ha marcado la opción 3 (ALGUNAS VECES) porque en ocasiones le asustan los perros, pero no son muchas. En la última frase ha marcado la opción 1 porque NUNCA o CASI NUNCA va al cine a ver películas de terror.

Para anotar tus contestaciones a cada frase debes rodear la opción que hayas elegido (1, 2, 3, 4 o 5), de la misma manera que aparece en los ejemplos. Si después de responder una frase deseas cambiar tu respuesta, borra completamente la marca y rodea la nueva opción que desees marcar.

Es importante que respondas con sinceridad eligiendo la opción que más se ajuste a ti y a las cosas que haces. Cuando tengas dudas y no sepas qué responder, marca la opción que **MÁS SE AJUSTE** a ti y a tu forma de comportarte, sin dejar ninguna frase sin responder. No existen respuestas buenas o malas; lo importante es que respondas lo que te pase a ti.

RECOMIENDA: Contesta a todas las frases, sin dejar ninguna en blanco. Si tienes alguna duda, pregunta a la persona que te ha entregado este cuadernillo.

SENA, Ciudad © 2013 by TMA Colombia, S.A.S. Todos los derechos reservados. Este documento es propiedad de SENNA. No se permite su reproducción total o parcial sin el consentimiento escrito de SENNA. Prohibida la explotación económica de este documento. Prohibida la explotación económica de este documento. Prohibida la explotación económica de este documento.

Anexo F. Ficha Sociodemográfica.



Instrumento Sociodemográfico

Instrucción: El objetivo de este instrumento es conocer la situación social de la persona, familia, estructura familiar, salud, educación, vivienda, recreación, entre otros aspectos.

Código del participante:

Fecha de realización de la encuesta: Día/Mes/Año

- 1. DATOS DE LA FAMILIA:** Información de las personas que integran el grupo de convivencia. (es necesario agregar tipo o grado de vulnerabilidad discapacidad x)

Nombre y Apellidos	Parentesco	Lugar y Fecha de nacimiento	Sexo	Edad	Estado Civil	Educación	Ocupación	Etnia	Nacionalidad	Religión

2. SITUACIÓN DE SALUD.

2.1. SITUACIÓN DE SALUD FAMILIAR

En caso de necesitar atención médica, ¿pueden acceder a ella con facilidad?

- ☐ Sí, sin problemas
☐ Sí, pero con algunas dificultades
☐ No, tengo dificultades serias
☐ No, no tengo acceso