

Conductas de riesgo y adaptación de conducta en adolescentes de colegios nacionales del distrito de La Esperanza, Trujillo

Lila Rossana Del Águila Chávez¹

Información del artículo

Historia del artículo

Recibido: 21/02/2018
Aprobado: 15/03/2018

Autor corresponsal

Lila Rossana Del Águila Chávez
lila.delaguila@essalud.gob.pe

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Ninguno

Citar como

Del Águila Chávez LR. Conductas de riesgo y adaptación de conducta en adolescentes de colegios nacionales del distrito de La Esperanza, Trujillo. Rev Peru Med Integrativa. 2018;3(1):3-8.

Resumen

Objetivo. Identificar la relación entre conducta de riesgo no específico y adaptación de conducta en adolescentes que estudian en instituciones educativas estatales del distrito de La Esperanza, Trujillo. **Materiales y métodos.** Estudio transversal. Se evaluaron a 668 estudiantes del quinto año de secundaria en nueve instituciones educativas nacionales del distrito La Esperanza en Trujillo. Se aplicaron dos instrumentos validados para evaluar conductas de riesgo no específicas (Psychiatric Epidemiological Research Interview-PERI) y adaptación de conducta (inventario de adaptación de conducta). **Resultados.** No se encontró correlación entre los puntajes totales de la escala PERI y el Inventario de adaptación de conducta ($R^2= 0,072$; $p=0,058$); sin embargo, cuando se realizó el análisis por dimensiones, se encontraron correlaciones directas entre la dimensión educativa del IAC y todas las dimensiones de la escala PERI ($p<0,05$), e indirectas entre la dimensión familiar del IAC y las dimensiones de ansiedad ($R^2= -0,150$; $p<0,001$); confusión del pensamiento ($R^2= -0,151$; $p<0,001$); desmoralización ($R^2= -0,194$; $p<0,001$); salud física ($R^2= -0,143$; $p<0,001$); tristeza ($R^2= -0,139$; $p<0,001$) y pobre autoestima ($R^2= -0,124$; $p=0,001$). **Conclusiones.** No existe una relación entre conductas de riesgo no específicas y la adaptación de conducta en los adolescentes, estudiantes del quinto año de instituciones educativas estatales en el distrito de La Esperanza. Sin embargo, se encontró una relación entre la adaptación educativa y la adaptación familiar con las dimensiones de riesgo no específico, siendo directamente proporcional en el primer caso, e inversamente proporcional en el segundo.

Palabras clave: Grupos de Riesgo; Salud del Adolescente; Exposición a la Violencia; Conducta del Adolescente (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective. To identify the relationship between non-specific risk behavior and adaptation of behavior on teenagers, who study in public educative institutions from La Esperanza district, in Trujillo. **Materials and methods.** A cross-sectional. Six hundred sixty-eight last-year college students from nine public educative institutions were evaluated with two validated questionnaires to measure non-specific risk behaviors (Psychiatric Epidemiological Research Interview-PERI) and adaptation of behavior (Inventario de Adaptación de Conducta-IAC). **Results.** No correlation was found between total scores of PERI scale and IAC ($R^2= 0.072$; $p=0.058$). However, when the analysis by dimensions was made, direct correlations were found between IAC's educative dimension and all PERI scale dimensions. Indirect correlations were found between IAC's familiar dimension and anxiety ($R^2= -0.150$; $p<0.001$); thinking confusion ($R^2= -0.151$; $p<0.001$); demoralization ($R^2= -0.194$; $p<0.001$); physical health ($R^2= -0.143$; $p<0.001$); sadness ($R^2= -0.139$; $p<0.001$); and poor self-esteem ($R^2= -0.124$; $p=0.001$). **Conclusions.** There is not a relationship between non-specific risk behaviors and adaptation of behavior on last-year college students from public educative institutions in La Esperanza-Trujillo. However, a relationship between educative adaptation and familiar adaptation with non-specific risk dimensions was found; which was direct on first case and inverse on second case.

Keywords: Risk Groups; Adolescent Health; Exposure to Violence; Adolescent Behavior (Source: MeSH)

¹ Gerencia de Medicina Complementaria. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Seguro Social de Salud (EsSalud).

Introducción

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa en la que el joven enfrenta el conflicto de lograr su identidad, con la finalidad de consolidarse y definirse como una persona única, independiente y con autonomía. Se prueba a sí mismo, una y otra vez, para ver de lo que es capaz y lo que necesita para sentirse igual a sus pares ⁽¹⁾. Además, en esta etapa, los cambios biológicos, sociales y psicológicos replantean la definición personal y social del adolescente por medio de una segunda individuación que movilice procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida, además de otras situaciones que conllevan ansiedad y vulnerabilidad ^(2,3).

La búsqueda de desarrollo personal que caracteriza a la adolescencia puede implicar conductas inadaptativas y la exposición a conductas de riesgo, especialmente en los inicios de la adolescencia ⁽⁴⁾. Por ende, un adolescente está más en riesgo si no resolvió favorablemente sus conflictos de etapas anteriores y llega a esta etapa con sentimientos de desconfianza, vergüenza, duda, culpabilidad o inferioridad en relación a sus hermanos, amigos o compañeros ^(5,6).

En Perú, en el año 2007, 10 550 968 personas eran menores de 18 años, y un tercio de ella estaba en el intervalo de edad entre 12 y 17 años, es decir, en el periodo de adolescencia ⁽⁷⁾. Estudios previos sugieren que algunos de los principales problemas en esta etapa son básicamente el consumo de drogas ilegales, el embarazo adolescente, la deserción escolar, *bullying* e involucramiento en conflictos con la ley penal ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

En los últimos años, las instituciones encargadas de garantizar la salud y seguridad de los adolescentes han establecido el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2021) con la finalidad de disminuir el impacto de las diversas situaciones de riesgo a las que se ven expuestos los adolescentes y así permitir el adecuado desarrollo de sus capacidades ⁽¹¹⁾.

La Esperanza, en la provincia de Trujillo, se encuentra dentro de los treinta distritos más violentos del país, debido a la cantidad de denuncias por comisión de delitos contra la seguridad pública, muertes violentas asociadas a hechos delictivos dolosos y homicidios por sicariato ⁽¹²⁾. Este contexto sociocultural hace que la población adolescente este insertada en un ambiente de alto riesgo psicosocial y se encuentre vulnerable a adoptar conductas inadecuadas, o a formar grupos que infringen las normas establecidas por la sociedad ^(13,14). Por ello, el objetivo del presente estudio es identificar la relación entre conducta de riesgo no específico y adaptación de conducta en adolescentes que estudian en instituciones educativas estatales del distrito de La Esperanza, Trujillo.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal con 668 estudiantes del quinto año de secundaria en nueve instituciones educativas nacionales del distrito La Esperanza en Trujillo, seleccionados de manera no probabilística (muestreo por conveniencia), durante el año 2014. Se aplicaron dos instrumentos para evaluar conductas de riesgo no específicas (escala PERI) y adaptación de conducta. En el primer caso, la escala PERI (*Psychiatric Epidemiological Research Interview*), desarrollada por Dohrenwend *et al.* ⁽¹⁵⁾, traducida y validada al español por Casullo ⁽¹⁶⁾ y adaptada en Trujillo por Cruzado ⁽¹⁷⁾.

En la versión de este instrumento adaptada para adolescentes, se miden conductas de riesgo no específicas mediante 29 secciones con 206 interrogantes. Ocho secciones que miden sintomatología no específica: ansiedad, confusión de pensamiento, desmoralización, temores, salud física, autoestima pobre, sistema psicofísico y tristeza; 16 que evalúan dimensiones específicas: expresión de hostilidad, historia antisocial, conversiones, ciclotimia, desconfianza, consumo de alcohol, desánimo, falsas percepciones, culpa, desesperanza, insomnio, manía, percepción de hostilidad, ideas suicidas, retraimiento social, somatizaciones; y seis escalas que indagan comportamiento social y sucesos de vida: hogar, trabajo, disociación, obsesiones, hogar y trabajo. Las interrogantes se pueden responder de forma autoadministrada mediante una escala de Likert con las opciones: siempre (4 puntos), a menudo (3 puntos), a veces (2 puntos), casi nunca (1 punto) y nunca (0 puntos).

Por otro lado, el inventario de adaptación de conducta (IAC) es un instrumento español, elaborado por De La Cruz y Cordero ⁽¹⁸⁾ y validado en Perú por Bulnes *et al.* ⁽¹⁹⁾. Este instrumento consta de 123 ítems que se responden en forma dicotómica (sí/no) con el objetivo de evaluar el ajuste-adaptación de un escolar a cuatro áreas: personal, que consiste en la preocupación por la evolución corporal y autoestima; familiar, que abarca los problemas en la convivencia y no aceptación de las normas del ambiente familiar; educativa, que evalúa el posible rechazo hacia profesores, compañeros y organización escolar, y social, que abarca los deseos de aislamiento, actitudes críticas e inseguridad por parte del encuestado ⁽²⁰⁾.

Previamente a la ejecución del trabajo, se realizó una prueba piloto en la población estudiada, para evaluar los criterios de confiabilidad y consistencia en ambos instrumentos, y se encontró un coeficiente alfa de Cronbach mayor a 0,70 en todas las dimensiones (Tabla 1).

Tabla 1. Consistencia de los instrumentos utilizados en el presente estudio de acuerdo con prueba piloto

Dimensiones	Alfa de Cronbach
<i>Psychiatric Epidemiological Research Interview (PERI)</i>	
Ansiedad	0,834
Confusión de pensamiento	0,791
Desmoralización	0,931
Temores	0,782
Salud física	0,686
Autoestima pobre	0,885
Sistema psicofísico	0,766
Tristeza	0,828
Conducta de riesgo	0,964
Inventario de adaptación de conducta (IAC)	
Personal	0,915
Familiar	0,819
Educativa	0,763
Social	0,795
Adaptación de conducta	0,891

Después de la validación de la escala, se hizo la valoración de los puntajes por percentiles, donde se obtuvieron puntos de corte de acuerdo con puntajes totales y por dimensiones de estudio (Tabla 2).

Tabla 2. Normas percentilares para la escala PERI y el inventario IAC en la población de estudio

Percentil	p5	p25	p50	p75	p100
<i>Psychiatric Epidemiological Research Interview (PERI)</i>					
Conducta de riesgo (total)	13	41	64	94	142
Ansiedad	3	9	13	17	26
Confusión	0	4	6	9	12
Desmoralización	1	12	23	35	55
Temores	0	3	6	9	18
Salud física	0	0	1	3	6
Autoestima pobre	0	0	4	10	18
Sistema psicofísico	0	1	4	7	14
Tristeza	0	2	4	7	12
Inventario de adaptación de conducta (IAC)					
Adaptación de conducta (total)	25	35	45	58	68
Personal	1	5	10	17	23
Familiar	6	11	14	18	23
Educativa	2	6	9	12	16
Social	4	9	12	15	19

Se obtuvo el permiso del Comité de Investigación de la Universidad Nacional Federico Villareal (UNFV). Luego de ello, en horas no académicas, se administraron los instrumentos validados a los estudiantes seleccionados, explicándoles los objetivos del estudio y obteniendo el consentimiento verbal por parte de ellos. Se excluyeron a aquellos estudiantes ausentes durante la ejecución del estudio y aquellas fichas deterioradas, o que no fueron llenadas en su totalidad. El análisis estadístico se realizó con apoyo del programa SPSS para Windows® v. 22.0 y se estableció la relación entre conductas de riesgo no específicas y adaptación de conducta mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un $p < 0,05$.

Resultados

Todas las dimensiones de la escala PERI mostraron valores entre el percentil 50 y el percentil 60 (autoestima). El promedio del puntaje total de esta escala se situó en el percentil 55. En contraste, las dimensiones educativa y social del inventario de adaptación de conducta estuvieron por debajo del percentil 50 (p45), resultando el puntaje total dentro del percentil 50 (Tabla 3).

Tabla 3. Promedio de puntajes obtenidos en los instrumentos validados por estudiantes de instituciones estatales del distrito de La Esperanza, Trujillo

Dimensiones	Promedio \pm D.E.
<i>Psychiatric Epidemiological Research Interview (PERI)</i>	
Ansiedad	13,4 \pm 6,6
Confusión de pensamiento	6,5 \pm 3,7
Desmoralización	24,7 \pm 16,7
Temores	6,8 \pm 4,9
Salud física	1,7 \pm 1,9
Autoestima pobre	6,0 \pm 6,4
Sistema psicofísico	4,9 \pm 4,5
Tristeza	4,7 \pm 3,8
Conducta de riesgo (total)	68,8 \pm 39,4
<i>Inventario de adaptación de conducta (IAC)</i>	
Personal	11,2 \pm 7,3
Familiar	14,3 \pm 4,9
Educativa	8,7 \pm 4,3
Social	11,9 \pm 4,3
Adaptación de conducta (total)	46,0 \pm 13,9

*DE: desviación estándar.

No se encontró correlación entre los puntajes totales de la escala PERI y el inventario de adaptación de conducta ($R^2=0,072$; $p=0,058$), sin embargo, cuando se realizó el análisis por dimensiones, se encontraron correlaciones entre la dimensión educativa del IAC y todas las dimensiones de la escala PERI; así como la dimensión familiar del IAC y las dimensiones de ansiedad, confusión del pensamiento, desmoralización, salud física, tristeza y pobre autoestima (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de correlación entre los puntajes obtenidos (totales y por dimensiones) en la Escala PERI y el inventario de conducta.

	Personal	Familiar	Educativa	Social	Adaptación de conducta
Ansiedad	0,023	-0,150**	0,191**	0,013	0,007
Confusión del pensamiento	-0,010	-0,151**	0,232**	-0,078*	-0,01
Desmoralización	0,073	-0,194**	0,261**	0,005	0,051
Temores	0,077*	-0,060	0,239**	0,000	0,085*
Salud física	0,109*	-0,143**	0,202**	0,032	0,069
Pobre autoestima	0,164**	-0,124*	0,246**	-0,032	0,112*
Sistema psicofísico	0,065	-0,040	0,140**	0,013	0,057
Tristeza	0,115*	-0,139**	0,286**	0,072	0,118*
Conducta de riesgo	0,095*	-0,179**	0,288**	0,006	0,072

(*) $<0,05$; (**) $<0,001$

Discusión

Los datos obtenidos en el presente estudio no sugieren que exista evidencia para señalar que existe una relación entre las conductas de riesgo no específicas y la adaptación de conducta en forma global; sin embargo, algunas experiencias previas^(21,22) sugieren que, en ambas escalas, el análisis por dimensiones puede otorgar una mayor riqueza interpretativa que el uso de los puntajes totales, lo que esta investigación reafirma.

Por ejemplo, la adaptación de conducta en su dimensión personal estuvo correlacionado directamente con la probabilidad de conductas de riesgo en las dimensiones de temores, salud física, pobre autoestima y tristeza. Este hallazgo respalda lo afirmado por Pérez Díaz *et al.*⁽²³⁾, quienes encontraron en adolescentes peruanos, que la experiencia de adecuación personal, académica, social y familiar medida por medio del IAC fue independiente a los patrones correctivos parentales frente a todo tipo de conducta; por ende, la adaptación de conducta es una experiencia personal propia de este grupo etario. De acuerdo al desarrollo del IAC, es esperable que las dimensiones de temores, salud física y de pobre autoestima estén relacionadas a la adaptación de conducta personal, debido a que esta dimensión abarca la preocupación por la evolución del organismo, la aparición de sentimientos de inferioridad y la falta de adaptación a los cambios corporales propios de esta etapa⁽¹⁸⁾, por lo que estas dimensiones proponen un desafío a las habilidades de adaptación de conducta personal para poder superarlas. Lo anteriormente descrito también se aplicaría a la dimensión de la escala PERI de tristeza⁽²⁴⁾.

Un resultado similar se halló al relacionar las dimensiones de conducta de riesgo con la dimensión educativa del IAC; con

correlaciones directas significativas con ansiedad, confusión del pensamiento, desmoralización, temores, salud física, autoestima pobre, sistema psicofísico y tristeza. O'Donogue y Rabin ⁽²⁵⁾ señalan que para cualquier actividad en la que una persona se ha embelesado sin importar sus consecuencias, un incremento del riesgo percibido puede, potencialmente, aumentar la tolerancia de seguir incurriendo en dicha actividad, lo cual, a su vez, implicaría que los adolescentes tomen estos riesgos para adecuarse a las normas de convivencia en el entorno estudiantil de adolescentes.

Por otro lado, se encontró una correlación indirecta entre la adaptación familiar y las dimensiones de conducta de riesgo de ansiedad, confusión del pensamiento, desmoralización, salud física, autoestima pobre y tristeza. Del mismo modo, la dimensión social de la adaptación de conducta tuvo una correlación indirecta con la confusión del pensamiento. Este hallazgo podría explicarse tomando en cuenta los datos reportados por Orantes ⁽²⁶⁾, quien afirma que los adolescentes están más adaptados a la familia que a la sociedad; asimismo, Bonilla ⁽²⁷⁾, en una experiencia con adolescentes de Lima, concluye que una de las estrategias más utilizadas por los adolescentes es invertir en amigos. La familia constituye un espacio de soporte adaptativo para el adolescente, al mismo tiempo que la interacción externa con otras personas no miembros de la familia ⁽²⁸⁾.

Esta investigación tiene limitaciones claras, en primer lugar, la muestra fue seleccionada por un muestreo por conveniencia, por lo que, si bien los resultados mostrados constituyen una primera experiencia en esta problemática, se sugiere realizar estudios con una mayor muestra y una mejor selección para obtener resultados que puedan ser extrapolados en la población. En segundo lugar, los instrumentos fueron autoadministrados, por lo que hay la posibilidad de un sesgo de información o de memoria en la información recolectada. Sin embargo, se han encontrado experiencias con otros instrumentos que evalúan la autoeficacia ante conductas de riesgo específicas (consumo de alcohol, tabaco, drogas, conducta sexual, intento suicida y conducta antisocial) ⁽²⁹⁾, los cuales podrían ser adaptados a la realidad peruana y podrían brindar nuevas perspectivas sobre los factores asociados a las conductas de riesgo en adolescentes.

Se concluye que no existe una relación entre conductas de riesgo no específicas y la adaptación de conducta en los adolescentes, estudiantes del quinto año de instituciones educativas estatales en el distrito de La Esperanza, Trujillo en el 2014. Sin embargo, sí se encontró una relación entre la adaptación educativa y la adaptación familiar con las dimensiones de riesgo no específico, siendo directamente proporcional en el primer caso e inversamente proporcional en el segundo.

Referencias bibliográficas

- Balocchini E, Chiamenti G, Lamborghini A. Adolescents: which risks for their life and health? *J Prev Med Hyg.* 2013;54(4):191-194.
- Telzer EH, van Hoorn J, Rogers CR, Do KT. Social Influence on Positive Youth Development: A Developmental Neuroscience Perspective. *Adv Child Dev Behav.* 2018;54:215-258. doi:10.1016/bs.acdb.2017.10.003
- Dahl RE, Allen NB, Wilbrecht L, Suleiman AB. Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature.* 2018;554(7693):441-450. doi:10.1038/nature25770
- Van Lissa CJ, Hawk ST, Branje S, Koot HM, Meeus WHJ. Common and unique associations of adolescents' affective and cognitive empathy development with conflict behavior towards parents. *J Adolesc.* 2016;47:60-70. doi:10.1016/j.adolescence.2015.12.005
- Suh GW, Fabricius WV, Stevenson MM, et al. Effects of the interparental relationship on adolescents' emotional security and adjustment: The important role of fathers. *Dev Psychol.* 2016;52(10):1666-1678. doi:10.1037/dev0000204
- Killen M, Coplan RJ. *Social Development in Childhood and Adolescence: A Contemporary Reader.* John Wiley & Sons; 2011.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perú: Crecimiento y Distribución de La Población, 2007.* Lima: Oficina Técnica de Difusión del INEI.; 2008.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta de Demografía y Salud Familiar (ENDES). http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/caratula.htm. Published 2014. Acceso noviembre 19, 2015.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). *I Estudio Sobre Prevención y Consumo de Drogas En La Población General de Lima Metropolitana y El Callao – 2013.* Lima: DEVIDA – Observatorio Peruano de Drogas; 2014.
- Romaní F, Gutiérrez C, Lama M. Autorreporte de agresividad escolar y factores asociados en escolares peruanos de educación secundaria. *Rev Peru Epidemiol.* 2011;15(2):8-8.

11. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (2012-2021). 2012. https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Anuario Estadístico de La Criminalidad y de Seguridad Ciudadana. 2011-2015. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016.
13. Jain S, Cohen AK. Fostering resilience among urban youth exposed to violence: a promising area for interdisciplinary research and practice. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ*. 2013;40(6):651-662. doi:10.1177/1090198113492761
14. Rosabal García E, Romero Muñoz N, Gaquín Ramírez K, Mérida H, A R. Conductas de riesgo en los adolescentes. *Rev Cuba Med Mil*. 2015;44(2):218-229.
15. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Levav I, Shrout P. The psychiatric epidemiology research interview. *Harefuah*. 1981;100(6):274-276.
16. Casullo MM. El Diagnóstico Psicopatológico a Nivel Poblacional. La Escala PERI. Buenos Aires: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires; 1988.
17. Cruzado J. Comportamiento social de riesgo y adaptación de conducta en los adolescentes de quinto año de secundaria de la institución educativa "Santa María" del distrito de la Esperanza. 2010.
18. Cordero A, De La Cruz M. Inventario de Adaptación de Conducta. Madrid: TEA Ediciones; 1981.
19. Bulnes M, Ponce C, Huerta R, et al. Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana. *Rev Investig En Psicol*. 2014;8(2):23-39. doi:10.15381/rinvp.v8i2.4044
20. Arce R, Seijo D, Fariña F, Mohamed-Mohand L. Comportamiento antisocial en menores: Riesgo social y trayectoria natural de desarrollo. *Rev Mex Psicol*. 2010;27(2):127-142.
21. López-Sánchez M, Jiménez-Torres MG, Guerrero Ramos D. Estudio de la relación entre el bienestar personal y la adaptación de conducta en el marco de la escuela salugénica. *EDUCAR*. 2013;49(2). <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=342130841008>. Accessed March 5, 2018.
22. Vernon SW, Roberts RE. Measuring nonspecific psychological DISTRESS and other dimensions of psychopathology. Further observations on the problem. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38(11):1239-1247.
23. Díaz JRP, Alcalá YP, Rodríguez DF. Estilos de socialización parental y adaptación de conducta en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima Este, 2016. *Rev Científica Cienc Salud*. 2016;9(2). doi:10.17162/rccs.v9i2.649
24. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Measures for use in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(11):1229-1236.
25. O'Donoghue T, Rabin M. Risky Behavior among Youths: Some Issues from Behavioral Economics. In: *Risky Behavior among Youths: An Economic Analysis*. Chicago: University of Chicago Press; 2001:29-68. <http://www.nber.org/chapters/c10686>. Accessed March 5, 2018.
26. Salazar O, Fernando L. Estado de adaptación integral del estudiante de educación media de El Salvador. Universidad Tecnológica de El Salvador; 2011. <http://www.redicces.org.sv:80/jspui/handle/10972/281>. Accessed March 5, 2018.
27. Bonilla Sosa SS. Factores de riesgo que influyen en el desarrollo personal-social de los adolescentes de la Institución Educativa N.º 06 "Julio C. Tello" de Fortaleza, distrito de Ate-Vitarte. 2006. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1008>. Accessed March 5, 2018.
28. Amarís Macías M, Madariaga Orozco C, Valle Amaris M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicol Desde El Caribe*. 2013;30(1):123-145.
29. Delgado JRP. Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosoc Interv*. 2015;24(1):1-7. doi:10.1016/j.psi.2014.11.004