



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

“PROBLEMAS DE CONDUCTA Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES”

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de psicólogo clínico

AUTOR:

DANIEL FELIPE ALVAREZ SAQUINAULA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. YOLANDA DÁVILA PONTÓN

Cuenca – Ecuador

2016

Reconocimiento de Responsabilidad

Yo, Daniel Felipe Álvarez Saquinaula, reconozco y acepto que todos los contenidos de este trabajo de tesis de grado, son de mi autoría y exclusiva responsabilidad, salvo aquellos que están debidamente referenciados y que pertenecen a los autores citados en la bibliografía.

Atentamente,

Daniel Felipe Álvarez Saquinaula

C.I: 0104075429

Reconocimientos de los derechos de autor de la Universidad del Azuay

Yo, Daniel Felipe Álvarez Saquinaula, reconozco y acepto el derecho de la Universidad del Azuay, de publicar en su totalidad o parcialmente la presente tesis “Problemas de conducta y autoestima en adolescentes”, por cualquiera de los medios físicos o digitales, sin que esto signifique afección alguna de nuestros derechos de autor.

Atentamente,

Daniel Felipe Alvarez Saquinaula

C.I: 0104075429

Dedicatoria:

Dedico este trabajo a mis padres, quienes me han guiado con amor y afecto, sin cuya ayuda no habría sido posible culminar una importante etapa de mi vida. Mi profunda gratitud con mi familia por su constante apoyo y entrega para formarme con principios, valores y sobre todo metas con éxitos en cada pequeño paso que he dado, y poder también ser un ejemplo para mi sobrina Emilia.

Daniel Felipe Alvarez S.

Agradecimiento

Mediante este trabajo exteriorizo mi sentido de agradecimiento con Dios quien es el que me ha guiado y me ha dado la fuerza desde siempre.

Gracias a la Universidad del Azuay quien me abrió las puertas para este largo camino, donde aprendí día a día.

A mi directora de tesis Dra. Yolanda Dávila Pontón quien ha sido mi guía durante este proceso de realización de este trabajo, permitiendo que el mismo llegue a su culminación.

A la Dra. Ana Lucia Pacurucu que siempre me ha brindado ayuda con sus conocimientos y orientación impartida a lo largo de mi vida universitaria, por lo que es suficiente para llegar a admirarla por su trabajo que desempeña como profesional, y llegarla a estimar por su gran carisma en los pasillos de la universidad.

Daniel Felipe Alvarez. S.

AUTOR

Tabla de contenidos

Dedicatoria:.....	iv
Agradecimiento.....	v
Tabla de contenidos	vi
RESUMEN	x
Abstract.....	xi
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I	3
1. La adolescencia.....	3
1.1 Características de la adolescencia	3
1.1.1 Desarrollo físico	3
1.2.2 Maduración sexual	4
1.2.3 Caracteres psíquicos.....	5
1.2.4 Características cognoscitivas	6
1.2.5 Caracteres sociales	7
1.3 El desarrollo de la autonomía.....	8
1.3.1 Hermanos, pares y amigos	9
1.3.2 Las pandillas en la adolescencia	10
Capítulo II.....	12
2. Problemas de conducta en la adolescencia	12
2.1 Problemas conductuales en la adolescencia.....	12
2.1.1 Definición.....	12
2.2. Los riesgos en la conducta de la adolescencia	12

2.3 Síntomas patológicos en el adolescente	13
2.4 Problemas de conducta en la adolescencia.....	15
2.5 La relación familiar en la conducta del adolescente	17
2.6 Las diferencias en la conducta de varones y mujeres	20
Capítulo III.....	21
La autoestima	21
3.1 Definiciones	21
3.2 Desarrollo de la autoestima	22
3.3 Tipo de autoestima	23
3.4 Diferencias en la autoestima	23
3.5 Influencia de la autoestima en la conducta	25
Capítulo IV.....	28
Metodología	28
4.1 Objetivo General	28
Objetivos Específicos.....	28
Universo y muestra	28
Criterios de inclusión.	28
Criterios de exclusión.....	29
4.3 Procedimiento	29
4.4 Instrumentos.....	30
Capítulo V.....	32
Resultados.....	32

Figura n° 1 Análisis descriptivo de las variables de estudio de edad	32
Figura n° 2 Análisis descriptivo de las variables de estudio según el sexo.....	33
Figura n° 3 Análisis descriptivo de las variables del estudio por año de bachillerato	34
Figura n° 4 Análisis descriptivo de la escala de autoestima de Rosenberg.....	35
Figura n° 5 Analisis descriptivo de autoestima por sexo	36
Figura n° 6 Análisis descriptivo de autoestima por año de bachillerato	37
Tabla 1 Análisis de significancia de los problemas de conducta según el género.....	38
Figura n° 7 Análisis descriptivo de los problemas internalizantes en mujeres	39
Grafico n° 8 Análisis descriptivo de problemas internalizantes en mujeres	40
Grafico n° 9 Análisis descriptivo de problemas internalizantes en mujeres por año de bachillerato.....	41
Figura n° 10 Análisis descriptivo de problemas internalizantes en hombres	42
Figura n° 11 Análisis descriptivo de problemas internalizantes en hombres	43
Figura n° 12 Análisis descriptivo de problemas internalizantes de hombres por año de bachillerato.....	44
Figura n° 13 Análisis descriptivo de problemas externalizantes en mujeres	45
Figura n° 14 Análisis descriptivo de problemas externalizantes en mujeres.....	46
Figura n° 15 Análisis descriptivo de problemas externalizantes de mujeres por año de bachillerato.....	47
Figura n° 16 Análisis descriptivo de problemas externalizantes en hombres	48
Figura n° 17 Análisis descriptivo de problemas externalizantes en hombres	49

Figura n° 18 Análisis descriptivo de problemas externalizantes de hombres por año de bachillerato.....	50
Tabla 2 Relación de las variables de problemas de conducta y autoestima.....	51
Tabla 3 La autoestima en relación a los problemas de conducta	52
Tabla 4 Significancia de los problemas de conducta internalizantes y externalizantes	53
Conclusiones	54
Discusión.....	56
Limitaciones.....	58
Recomendaciones	59
Bibliografía	60
Anexo 1 Consentimiento informado	66
Anexo 2 Escala de autoestima de Rosenberg.....	68
Anexo 3 Cuestionario del Youth Self Report	69
Anexo 4 Youth Self Report.....	72
Anexo 5 Evidencias	73

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue identificar los problemas de conducta y autoestima en los estudiantes del colegio particular “La Asunción” en el año 2015, el estudio está conformado por adolescentes hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 18 años, siendo un estudio de tipo descriptivo analítico transversal. Para evaluar, se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg (1965) y el Youth Self Report de Achenbach (1991) para los problemas de conducta. Los resultados fueron que la autoestima elevada en relación con los dos sexos es similar, mientras que en la autoestima baja está presente más en las mujeres. En torno a los problemas de conducta la mujeres presentan una mayor prevalencia en los perfiles de incomunicación, obsesión compulsión, retraimiento y en agresividad-crueldad y un mayor índice en los varones en quejas somáticas, esquizoide e inmadurez-hiperactivo. Por lo tanto concluimos que las variables son significativas y hay una relación entre ellas.

Palabras clave: autoestima, adolescencia, problemas de conducta.

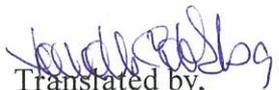
ABSTRACT

The aim of this research was to identify behavioral problems and self-esteem in students enrolled at “*La Asuncion*” private high school during 2015. The population of this study is made up of adolescent men and women ages 15 to 18. This is a cross-sectional descriptive analytical study. For assessment, the Rosenberg Self-Esteem Scale (1965) and the Achenbach Youth Self-Report (1991) for behavior problems were used. The results showed that high self-esteem in both sexes is similar, while low self-esteem is more present among women. In regard to behavioral problems, women present higher prevalence in the profiles of isolation, obsession compulsion, withdrawal and aggression-cruelty. In males higher rates were found in the profiles of somatic complaints, schizoid and hyperactivity-immaturity. Thus, it is concluded that the variables are significant and that there is a relationship between them.

Keywords: Self-Esteem, Adolescence, Behavioral Problems.

ALVAEZ DANIEL




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

Según Garaigordobil, Durá y Pérez (2005) en los últimos años de investigación la autoestima está cobrando gran relevancia dentro del contexto de la identificación de factores protectores de problemas psicopatológicos, para ello es necesario identificar factores que desempeñen un papel preventivo de los problemas conductuales durante la adolescencia, síntomas como obsesión compulsión, ansiedad, depresión, hostilidad, conducta antisocial.

Meléndez y Navarro, (2009) aseguran que según los estudios de prevalencia los principales problemas en la infancia y adolescencia son los trastornos de conducta correspondientes a ansiedad y depresión.

Es por esto que la siguiente investigación, se realizó un estudio de los problemas de conducta y la autoestima y motivado por el desarrollo biológico y psicológico que se experimenta en este estadio de la adolescencia se ha querido analizar con profundidad a esta etapa de la vida, por ello, enfocándome dentro de este trabajo investigativo en la Unidad Educativa “La Asunción”, se pretenden identificar el nivel de autoestima y los problemas de conducta en los estudiantes adolescentes de esta institución de la comunidad local.

La adolescencia, es en nuestro medio un tema de constante interés, pues los cambios psicológicos y sociales que experimentan son veloces, los jóvenes que frisan los años de su adolescencia pasan experiencias que a veces no son consideradas dentro del entendimiento cabal de su problemática y provocan serios problemas a sus padres corriendo el riesgo de perderse en la vida y volverse un problema no solo para sus familias sino para la sociedad en su conjunto.

Como objetivo principal de esta investigación se pretendió analizar los diferentes grados de autoestima y problemas de conducta, mostrando así el nivel en el que se encuentran los

estudiantes del colegio particular “La Asunción”. Para realizar este estudio se utilizó dos instrumentos la escala de autoestima de Rosenberg (1965) y el Youth Self Report de Achenbach (1991).

Capítulo I

1. La adolescencia

En el presente capítulo abordaremos a la adolescencia que es el ciclo de la etapa evolutiva que continúa a la pubertad, donde existen características en el ámbito biológico, psicológico, cultural y social; este ciclo de vida transcurre desde de los 11-12 años hasta los 18-19 años, en donde los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, al tratar de explorar tanto el mundo exterior e interior y tener nuevas experiencias en el entorno; muchas de las cuales implican riesgos, por lo que la escuela y la familia juegan un papel importante en esta nueva etapa.

1.1 Definición de adolescencia.

Existen varias definiciones de la adolescencia, desde la Psicología, la Sociología, la Biología, y muchas otras ramas de la ciencia, pero en este trabajo se ha tomado el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que sostiene que “la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana, de los 12 a los 14 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años”. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo (OMS, 1995).

1.1 Características de la adolescencia

1.1.1 Desarrollo físico

En torno al desarrollo físico en la adolescencia lo que llama la atención es el aumento de la estatura, se calcula que crecen de 8 a 9 centímetros en las chicas y de 9 a 10 centímetros en los varones, debiendo resaltar que se trata de valores medios, que varían de un individuo a otro.

En el varón crecen los hombros y hay cambio en la voz. La mujer desarrolla todos los órganos y la piel pierde el brillo infantil, la cabeza pierde el predominio del tamaño, aumenta la fuerza impelente del corazón, es menos frecuente el ritmo respiratorio; se acrecienta la actividad digestiva y el hambre es intensa. El sistema óseo se robustece y las formas femeninas toman redondez (Noboa, Salamea y Vivar, 2002).

Nos menciona Dulanto, (2000) que los hombres y mujeres alcanzan su estatura definitiva entre los 16 y 18 años, en promedio. El hombre tiene sus hombros anchos, sus piernas más largas que el tronco y los antebrazos más grandes en relación a la estatura. La pelvis de la mujer se ensancha y las capas de grasa aumentan debajo de la piel (en López, Castillo y Jerves, 2013).

Aquí se determina la diferencia biológica y psíquica de los sexos; él y ella, por lo que están en condiciones de procrear. El crecimiento, el aumento de la talla y el peso, así como las funciones de los órganos siguen su curso normal y se establece el paralelismo psico-biológico. La vellosoidad, la conformación del cuerpo, el tamaño de los miembros y de las partes del cuerpo son ya definidos en el hombre y en la mujer (Noboa, Salamea y Vivar, 2002).

1.2.2 Maduración sexual

En la adolescencia se puede identificar que los signos de maduración sexual de los órganos reproductivos se dan en el inicio de la menstruación, en las mujeres, y la producción de esperma en los varones. El principal signo de maduración sexual en los varones es la producción de semen. La primera eyaculación o espermaquia ocurre en promedio a los 13 años, mientras que el primer signo de madurez sexual en las mujeres es la menstruación, que es el desprendimiento mensual del tejido del revestimiento de útero; así pues, la aparición de la primera menstruación llamada menarquia se da entre los 10 y 16 años (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

Las características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción, que en la mujer son los ovarios, las trompas de falopio, el útero, el clítoris y la vagina. Mientras

tanto, en los hombres incluyen los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata y en el transcurso de la pubertad estos órganos se agrandan y maduran. Al mismo tiempo, las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la maduración sexual que no involucran de manera directa a los órganos sexuales, como son el cambio de voz, la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal (Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

En el desarrollo sexual no solo implica cambios biológicos, sino también crecimiento y maduración en el mundo social y emocional de los adolescentes; en la sexualidad influyen diversos factores que pueden ser internos, como la tasa de maduración pubescente; o también factores externos, como el tipo de familia y el barrio (Coleman y Hendry, 2003)

1.2.3 Caracteres psíquicos

En la adolescencia la inteligencia sigue su desenvolvimiento normal, las aptitudes se expresan con claridad y las funciones de adquisición, elaboración y expresión se definen y maduran. En la vida afectiva el adolescente se vuelve cada vez más tranquilo, sereno, prudente y comprensivo (Noboa, Salamea y Vivar, 2002).

Aquí el adolescente actúa con más calma que antes; sus reacciones físicas y mentales son más seguras y precisas y mantienen voluntariamente la atención por más tiempo y ejecuta esfuerzos para aportar a la cultura y a la sociedad al igual que la percepción es más clara, completa y exacta, su memoria es cada vez más eficaz. El interés por el estudio, por la experiencia, por descubrir, por investigar y transformar se ponen en manifiesto en esta edad, siendo inconformes con la realidad actual, pretendiendo transformarla, mediante la participación en actos sociales, psíquicos y científicos (Noboa, Salamea y Vivar, 2002).

1.2.4 Características cognoscitivas

En el desarrollo cognoscitivo del adolescente también ha continuado; no solo son diferentes de los niños, aún también piensan y hablan de una manera distinta. Los adolescentes entran en lo que Piaget denominó el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo, las operaciones formales, donde perfeccionan la capacidad de pensamiento abstracto, esta capacidad por lo general se da alrededor de los 11 años, proporcionando al adolescente de forma nueva y más flexible manipular la información, con la cual pueden imaginar posibilidades y probar hipótesis o formular teorías (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

La etapa de las operaciones formales se caracteriza por la capacidad de análisis abstracto que permite desarrollar un razonamiento hipotético – deductivo e idealista; por lo tanto se alcanza la formación continua de la personalidad y hay un mayor desarrollo de los conceptos morales (Good y Brophy, 1997). Además, se adquiere el pensamiento formal, el mismo que permite a los adolescentes una nueva forma de manejar la información, pues desarrolla la capacidad de pensar en términos simbólicos y comprender de manera significativa contenidos abstractos (Papalia, Duskin y Wendkos, 2001).

De acuerdo con Sprinthall y Oja (2002) los cambios fundamentales que se producen en el desarrollo cognitivo de los adolescentes son:

- La formulación y comprobación de hipótesis
- Desarrollo del metaconocimiento, lo cual significa ir más allá del conocimiento; con esta nueva habilidad, puede pensar tanto sobre sus propios pensamientos como sobre los de las demás personas.

El pensamiento en perspectiva, que le permite entender que cada persona puede pensar de forma diferente sobre una misma cosa; es decir, desarrolla un cierto relativismo (Sprinthall, Sprinthall y Oja, 2002).

1.2.5 Caracteres sociales

La sociabilidad en la adolescencia va en aumento con sus semejantes, ya sean del barrio o del colegio; forman grupos, asociaciones o pandillas. Acuden a los juegos, al deporte, a las aventuras y a las conversaciones para hacerse llamativos; esto depende, según el tipo de cultura, el ambiente social de la familia, las circunstancias del barrio que frecuentan, la amistad, aspectos que los educa o les conduce a metas equivocadas y que los puede conducir a la delincuencia juvenil, al consumo de drogas o a escapes de diversa índole. Estos fenómenos se presentan en aquellos que tienen un desajuste social. El hogar, el ambiente social del que proceden podrá intervenir para ganar más o menos consideraciones para ellos, como también para que les valoren en su medio. Unos proceden de hogares organizados y cultos, lo que les facilitará extender su ambiente social actual, otros provienen de hogares semiorganizados, de modestas condiciones económicas y culturales, teniendo que luchar bastante contra los prejuicios y realidades para ganar más amistades, mientras otros pertenecen a familias desorganizadas, pobres, de estado elemental o primitivo en las relaciones sociales, siendo aquellos que tienen pocas posibilidades para superarse (Noboa, Salamea y Vivar, 2002).

Para Larson (1997), asevera que las relaciones interpersonales durante la adolescencia que más se modifican es la relación con los padres y con la familia en general, porque los adolescentes pasan más tiempo con los compañeros; pero esta separación no es un rechazo de la familia sino una respuesta a las necesidades del desarrollo, por lo que los adolescentes pasan más tiempo a solas, en su habitación, para alejarse de las exigencias de las relaciones sociales, recuperar la estabilidad y reflexionar sobre las cuestiones de identidad (en Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

En cuanto al grupo de los iguales, en la adolescencia, es una fuente de afecto, solidaridad, comprensión y orientación moral, un lugar para la experimentación y un escenario para convertirse en independientes y autónomos de sus padres; es un medio también para formar

relaciones íntimas, que sirven como ensayo para la intimidad adulta. A medida que se avanza hacia la adolescencia, el sistema social de los iguales se vuelve más complejo y diverso aunque los adolescentes mantienen sus amistades individuales, las pandillas o camarillas que son grupos estructurados de amigos que hacen las cosas juntos; estos grupos no se basan en las interacciones personales, sino en la reputación, la imagen o la identidad. La pertenencia a la muchedumbre es una construcción social, un conjunto de etiquetas, mediante las cuales los jóvenes dividen el mapa social en base al vecindario, al origen étnico, la posición socioeconómica u otros factores como por ejemplo los deportivos, los atletas, los nerds o los drogadictos (Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

1.3 El desarrollo de la autonomía

Por consiguiente, las características sociales, dan paso al desarrollo de la independencia y autonomía en la adolescencia, en correlación a las relaciones familiares es una de las tareas clave de esta etapa de la vida; las restricciones parentales y el poder lograr un control sobre su propia vida son otras de las metas para todo joven, pero el paso a este objetivo no resulta sencillo, pues esto dependerá de las circunstancias de la familia, del origen étnico y de las oportunidades culturales, sociales y económicas disponibles en el ambiente. Aquí, el género también desempeñará un papel, puesto que las mujeres jóvenes se interpretarán de manera diferente a la de los varones; además, la personalidad del joven será importante, como lo será la situación de los propios padres y las actitudes hacia su hija o hijo (Coleman y Hendry, 2003).

El control psicológico, ejercido por medio de técnicas de manipulación emocional, tales como el retiro de afecto, pueden dañar el desarrollo psicosocial del adolescente y que los padres psicológicamente controladores no responden a la necesidad creciente de sus hijos por la autonomía psicológica, el derecho a sus propios pensamientos y sentimientos (Papalia, Wendkos y Duskin, 2004).

1.3.1 Hermanos, pares y amigos

Para Laursen (1996) nos indica que a medida que los adolescentes pasan más tiempo con sus pares, tienen menos tiempo y menos necesidad de la gratificación emocional que solían obtener del vínculo entre hermanos. Los adolescentes tienen una menor relación cercana con sus hermanos que con sus padres; se ven menos influidos por ellos e incluso se vuelven más distantes a medida que cursan la adolescencia.

Por otra parte Buhrmester y Furman (1990) comentan que los cambios en las relaciones entre hermanos bien pueden preceder cambios similares en la relación entre adolescentes y sus pares: más independencia por parte del joven y menos autoridad ejercida por la persona mayor. Los hermanos mayores tienen menos poder sobre los menores y estos no necesitan de tanta supervisión; por lo tanto, a medida que se reducen las diferencias relativas en edad acortan las diferencias en competencia e independencia. Las relaciones entre hermanos bien pueden preceder cambios similares en la relación entre el adolescente y sus padres, donde hay más independencia por parte del joven y menos autoridad ejercida por la persona mayor; y a medida que los jóvenes se acercan a la educación media superior, sus relaciones con sus hermanos se vuelven progresivamente más equitativas; los hermanos mayores ejercen menos poder sobre los menores y estos ya no necesitan de tanta supervisión; y a medida que se reducen las diferencias relativas en edad, así también disminuyen las diferencias, la competencia e independencia, pero sin embargo los hermanos de menor edad tienden a admirar a los mayores y tratan de sentirse más adultos al identificarse con ellos y al emularlos (en Papalia, Wendkos y Duskin, 2004).

Como nos mencionan los autores Allen, Porter, McFarland, Marsh y McElhaney (2005), aseveran que la influencia de los pares alcanza su máximo entre los 12 y 13 años de edad y declina a lo largo de la adolescencia media y tardía; a los 13 o 14 años de edad los adolescentes populares pueden participar en conductas levemente antisociales como probar drogas o meterse

a un cine sin pagar, para demostrar a sus iguales su independencia de las reglas parentales (en Papalia, Wendkos y Duskin, 2004).

1.3.2 Las pandillas en la adolescencia

La relación de los iguales comienza a extenderse más allá de la pareja o la pequeña pandilla de amigos a grupos más grandes y unidos de manera más flexible, que constan de varias pandillas que se asocian regularmente en la escuela o en el barrio donde viven, que a menudo tienen miembros masculinos y femeninos y son muy comunes durante la adolescencia. La pandilla o mara se diferencia de otros modelos de relación adolescente en que sus reglas internas, claramente establecidas, son firmes y drásticas y que su quebrantamiento puede significar desde una golpiza hasta la muerte. En este sentido, las pandillas operan en red a través de subdivisiones o clicas, mientras que los grupos juveniles de otra naturaleza pueden o no estar vinculados entre sí, apenas al nivel local. En las pandillas los vínculos que establecen con células o clicas a nivel nacional e internacional los hace funcionar de modo progresivamente complejo, como una organización que comete delitos de diversa naturaleza y gravedad (Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, 2007).

La Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, (2007) define una pandilla como “un grupo de jóvenes sin supervisión que se define a sí mismo como pandilla y desarrolla sus propias normas y criterios de membresía”. Los integrantes de la pandilla son más sensibles a la socialización de sus pares que los agentes convencionales de socialización, convirtiéndose así en una entidad cuasi institucionalizada en sus barrios, asentamientos marginales o aún en las prisiones. Muchas veces esta versión institucionalizada deviene en verdaderas empresas, que operan en el marco de la economía informal y algunas tienen vínculos con cárteles criminales internacionales. Estas pandillas comparten identidades raciales o étnicas y una cierta cultura de oposición. Otra precisión preliminar permite sostener que no toda pandilla juvenil es una pandilla delincencial o criminal y que es posible que nunca llegue

a serlo. Del mismo modo, se puede afirmar que las pandillas criminales son el estadio final de la evolución de las pandillas.

Como conclusión podemos decir que la adolescencia es un período trascendente en los jóvenes porque atraviesan un proceso de autoconocimiento al encontrarse con cambios físicos, biológicos, sexuales y emocionales, donde los adolescentes tienen mayor autonomía y esto los lleva a una separación y conflicto con sus padres, producto de la búsqueda de más libertad, por lo que les conduce a tener una relación más estrecha con sus pares ya sea del mismo sexo o del sexo opuesto para fortalecer sus ideas y pensamientos.

Capítulo II

2. Problemas de conducta en la adolescencia

Como mencionamos en el capítulo anterior, el adolescente está sujeto a cambios biológicos, cognitivos y sociales de comportamiento, que aparecen en mayor proporción a comparación de otras etapas de la vida; todos estos cambios se dan por un ajuste emocional y de conducta que no siempre se logra, debido al proceso de búsqueda de independencia dentro de la sociedad y de sus iguales.

2.1 Problemas conductuales en la adolescencia

2.1.1 Definición

El trastorno de la conducta, llamado también trastorno disocial, se caracteriza en un patrón persistente del comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los demás y las normas sociales apropiadas a la edad. Este patrón de conducta tiene un carácter agresivo, antisocial, retador y se da de una forma repetida en el hogar, en el colegio y con los compañeros. Este patrón desarrolla una conducta social desadaptada, caracterizada por la agresividad, osadía, manipulación de las relaciones interpersonales, desacato a los valores establecidos, reacciones negativas y actos impulsivos, motivando una elevada conflictividad social en la vida académica, escolar y/o laboral del individuo y generando un deterioro significativo en la vida del individuo (American Psychiatric Association, 2013).

2.2. Los riesgos en la conducta de la adolescencia

En esta etapa, el avance más importante relacionado con los problemas del adolescente ha sido el reconocimiento de la conducta que juega un papel principal en la salud mental, pues los comportamientos de riesgo son factores importantes en enfermedades conductuales. Las conductas de peligro tienen como característica fundamental la interrelación marcada entre ellas; es decir, las conductas de riesgo en un adolescente pueden coincidir dos, tres o todas las

conductas riesgosas conocidas; entre éstas están: fumar, ingerir sustancias psicoactivas, tener o provocar accidentes, adquirir o propagar enfermedades de transmisión sexual, delinquir, ser maltratado o usar la violencia y atentar contra su vida (Cruz, Bandera, & Gutierrez, 2002).

Por otra parte, Cruz, Bandera y Gutiérrez (2002) mencionan que es fundamental la experiencia escolar gratificante y significativa para los estudiantes, en la tarea de lograr la formación e incremento de valores que dan lugar también a una conducta y personalidad, adecuada, equilibrada y sana. Mientras que el fracaso de estos compromete el futuro desarrollo del individuo y por otra parte el abandono definitivo de la escuela, considerado este como el primer paso de un deslizamiento que puede dificultar y comprometer el futuro de cualquier adolescente. En esta edad, la falta de motivación, interés y compromisos sociales constituyen un riesgo que es la base de otros signos cada vez más graves.

Los adolescentes que presentan estos desórdenes, tienen mucha dificultad en seguir las reglas y en comportarse de manera socialmente aceptable. Los otros riesgos para estos desordenes en adolescentes son: haber sufrido abuso, vulnerabilidad genética, el fracaso en la primaria escolar y las experiencias traumáticas de la vida (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004).

2.3 Síntomas patológicos en el adolescente

Es importante conocer cuáles son los síntomas que sugieren vulnerabilidad psicológica en un adolescente. Estas pueden ser: respuesta emocional inadecuada, explosiones de irritabilidad o rabia, inquietud emocional, aplanamiento afectivo, comportamiento peculiar, suspicacia, retraimiento, cambios en el funcionamiento social (problemas en sus relaciones con amigos y familiares, aislamiento social), dificultades para concentrarse o en la memoria, alteraciones del estado de ánimo (depresión, ansiedad), preocupación por pensamientos extraños o ideas que son difíciles de ignorar (cree que hay personas que hablan de él o intentan hacerle daño), abuso de drogas, limitación en el desempeño de roles o realización de actividades habituales, descuido

del autocuidado, alteraciones del discurso (pobre, disgregado, vago, abstracto, sobreelaborado), pensamiento mágico, experiencias perceptivas inusuales, falta de iniciativa, interés o energía, cansancio constante. Ante estos síntomas, hay que tener una imagen más clara y amplia del comportamiento del adolescente y su entorno, analizar los factores de riesgo psicopatológico infantojuvenil, pues estos síntomas son inespecíficos y pueden ser síntomas de un trastorno mental grave (Ruiz, 2013).

Dentro de los problemas de conducta existen factores de riesgo que pueden ser individuales, familiares y contextuales entre su grupo de iguales.

En los factores individuales están:

- Pobres destrezas en manejo de conflictos-ataques de ira
- Pocas habilidades sociales
- Acceso a armas
- Experiencias de humillación o rechazo
- Patrón de amenazas / maltrato a otros
- Ser víctima de abuso o negligencia (físico, emocional o sexual)
- Relaciones pobres / aislamiento
- Dificultades de aprendizaje

En los factores familiares:

- Bajo nivel económico
- Actividades inadaptadas de los padres
- Estilo educativo ineficaz
- Baja supervisión o control
 - Alto conflicto familiar
 - Bajo apoyo emocional
 - Disciplina inconsistente

En los factores contextuales entre su grupo de iguales

- Conductas agresivas en clase
- Rechazo de los iguales
- Asociación con iguales desviados
- Destrucción de la propiedad o vandalismo.
- Respuestas ineficaces del profesorado
- Clima de clase inadecuado (Justicia, et al, 2006).

2.4 Problemas de conducta en la adolescencia

Como hemos indicado, entre las características de los adolescentes que exhiben una conducta desordenada, pueden manifestarse en ciertas condiciones coexistentes como desórdenes del humor, abuso de sustancias, trastorno por déficit de atención con hiperactividad o pensamientos desordenados; es por esta razón que los adolescentes con problemas de la conducta pueden manifestar algunos de los siguientes problemas del comportamiento, que son tomadas del DSM V, de los trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta a las que se refiere como un patrón persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los últimos doce meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes:

Agresión hacia personas y animales:

1. Acoso, intimidación o amenaza a los demás
2. A menudo inician peleas
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros
4. Ha ejercido crueldad física contra las personas
5. Ha ejercido la crueldad física contra los animales
6. Ha robado enfrentándose a una víctima
7. Ha violado sexualmente a alguien

Destrucción de la propiedad:

8. Ha producido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien

Engaño o robo:

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien
11. A menudo miente para obtener objetos o favores o para evitar obligaciones
12. Ha robado objetos de valores sin enfrentarse a la víctima

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los trece años
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces sí estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
15. A menudo falta a la escuela, empezando antes de los 13 años (American Psychiatric Association, 2014).

Estas características de comportamiento son definidas como conductas persistentes que evolucionan desde la adolescencia hasta la edad adulta provocando un deterioro en el campo familiar, social y laboral (Vásquez, Feria, Palacios y de la Peña, 2010).

Por otra parte, Sussman, Unger y Dent (2004), mencionan que la adolescencia, al convertirse en la etapa en la etapa con mayor riesgo, pueden dar inicio al consumo de drogas marcada por su característica evolutiva, de búsqueda de identidad personal e independencia, puesto que hay un alejamiento de los valores familiares y un énfasis en la aceptación por el grupo de iguales, además el consumo de alcohol, tabaco y sativa también forma parte de su integración y estos a

su vez llegan a convertirse en problemas conductuales y de la salud porque provocan consecuencias psicológicas y físicas en el adolescente (en Alfonso, Huedo y Espada, 2009).

Dentro de los problemas del comportamiento, en un primer estudio de la conducta de los adolescentes realizada por Achenbach, Edelbrock y Howell (1987) señalaron dos grupos generales de problemas: las conductas internalizantes, las cuales son las manifestaciones de comportamiento ansioso, depresivo y problemas somáticos y las conductas externalizantes que son relacionadas con la agresividad, falta de atención y conducta delictiva (en Alarcón y Bárrig, 2015).

En la división de las conductas se han hecho estudios por (Moffitt, Caspi, Harrington y Milne (2002); Odgers (2008); Zahn-Waxler, Crick, Shirlcliff y Woods (2006). Citado por Alarcón y Bárrig, 2015), los cuales mencionan que los varones tienen entre 2 a 4 veces más probabilidad que las mujeres de presentar desórdenes de conducta en lo que corresponde a las llamadas conductas externalizantes, las que se dan fuera del hogar paterno, mientras que (Rutter (2003), Zahn-Waxler, Crick, Shirlcliff y Woods (2006). (en Alarcón y Bárrig, 2015), aseveran que las mujeres demuestran mayores problemas emocionales en las conductas internalizantes.

2.5 La relación familiar en la conducta del adolescente

En cuanto a la relación del adolescente con la familia se ha constatado que un ambiente familiar positivo, caracterizado por la comunicación abierta y por la presencia de afecto y apoyo entre padres e hijos, es uno de los más importantes garantes de bienestar psicosocial en la adolescencia (Musito y García, 2004), mientras que un ambiente familiar negativo con frecuentes conflictos y tensiones, dificulta el buen desarrollo de los hijos y aumenta la probabilidad de que surjan problemas de disciplina y conducta (Dekovic, Wissink y Meijer, 2004).

Los adolescentes que gozan de un clima afectivo en el entorno familiar tienden a mostrar un mejor ajuste y desarrollo psicosocial, más autoestima y mayor competencia conductual y

académica. Los adolescentes que sufren un mayor control suelen tener un mayor ajuste escolar y una menor implicación en actividades antisociales, aunque también, si éste es excesivo, puede dar lugar a problemas de conducta y de rebeldía. La educación familiar de los adolescentes, basada en una atmósfera de control y centrada en el cumplimiento de normas impuestas unilateralmente por los padres, aunque parta de supuestas necesidades, pueden resultar perniciosas; más aún si no va acompañada de afecto sino de hostilidad, o implica castigos (Cevallos y Rodrigo, 1998).

Los adolescentes educados por padres democráticos son los que reciben una influencia más positiva de la familia; estos desarrollan mejores habilidades sociales, son más autónomos y responsables, puntúan mejor en autoestima, tienen una mejor planificación del futuro, trabajan por recompensas a largo plazo, adquieren una moral autónoma, tienen límites y reglas pero también apoyos y mayor probabilidad de evitar comportamientos de riesgo como tomar drogas o actividades sexuales precoces. Los adolescentes educados por padres autoritarios, por el contrario, se caracterizan por exteriorizar pocas habilidades sociales y comunicativas, obediencia y conformidad, poca iniciativa, baja autoestima, moral heterónoma, planificación impuesta y necesidad de refuerzos a corto plazo para el trabajo, mientras los adolescentes educados por padres indulgentes a veces son menos maduros, más irresponsables, tienen buenas habilidades sociales con los iguales, alta autoestima, nula planificación y trabajo y mayor riesgo de abuso de drogas y por último, los adolescentes educados por padres negligentes gozan de escasas habilidades sociales, nula planificación, baja autoestima, estrés psicológico y problemas de conducta (Cevallos & Rodrigo, 1998).

Por otra parte, la conducta del adolescente está dominada por la acción, que es la forma más banal de expresión en este período de la vida, no puede mantener una línea de conducta rígida y permanente, aunque muchas veces lo intenta y lo busca y a menudo se dice que la personalidad del adolescente es “esponjosa” y permeable, que lo recibe todo y lo proyecta; es

decir, transmite procesos de proyección e introyección y estos son intensos, variables y frecuentes. En este estadio los adultos formado por padres, profesores son aquellos que no tolera los cambios de conducta del adolescente, los que no aceptan que pueden tener identidades ocasionales, transitorias y circunstanciales. En esta etapa, el adolescente juzga y discute; no siempre manifiesta externamente, porque el miedo lo impide, pero al menos en su dominio interno opone objeciones a lo que se le inculca desde el exterior, critica, perdiendo una oportunidad de tomar conciencia de sí mismo, midiéndose con cuanto lo rodea. Descubre que la verdad no depende de la intensidad afirmativa de los adultos, sino de la correspondencia con criterios intrínsecos. El criterio de certidumbre, que hasta ahora fiaba a la seguridad de sus padres o educadores, se le presenta inseguro. La solidez de su círculo familiar y educativo, que hasta ese momento juzgaba como absolutamente indispensable, de ahora en adelante le parecerá un obstáculo que forzosamente ha de desaparecer si quiere desenvolver su actividad de una manera autónoma. El hecho de que se le presente una afirmación apoyada en una autoridad es motivo suficiente para que, por eso mismo, la considere peligrosa para su libertad y, por tanto, enojosa. Por eso, la mayoría de las veces no es el carácter dudoso de una afirmación el motivo de las críticas que el adolescente lanza contra ella, sino la violencia de la autoridad que trata de imponérsela a su inteligencia. (Ruiz, 2013).

La dependencia en la escuela y en el hogar obliga al adolescente a rechazar hacia su interior las emociones que dominan. De ahí, la viveza de sus reacciones emocionales ante el menor reproche, a menudo se mostrará rebelde o colérico; por el contrario, una manifestación de simpatía o el hecho de recibir un cumplido harán que se sienta radiante, entusiasmado y gozoso. Así, es natural que el adolescente sea muy sensible a los juicios que se formulan sobre él, en cada uno de estos juicios halla un motivo de aliento o de inquietud. Propenso a los extremos, valora en exceso todo lo que proviene de los adultos (Ruiz, 2013)

Por esta razón, los adultos deben sopesar bien sus palabras, cuyas repercusiones reales en el ánimo del adolescente ignoran a menudo en la vida ordinaria. Esta ignorancia de los adultos se ve facilitada porque el adolescente, al mismo tiempo que muestra atención a los juicios que se formulan sobre él, manifiesta expresiones de independencia y de oposición que llevan a crear un estado de perfecta indiferencia. Desconocer esta ambivalencia puede causar malentendidos o, lo que es peor, hacer que los adultos se muestren también indiferentes, cuando en realidad el adolescente necesita más que nunca ser animado y estimulado (Ruiz, 2013).

2.6 Las diferencias en la conducta de varones y mujeres

La conducta conflictiva se producen tanto en varones como en mujeres, existen importantes diferencias, siendo los varones quienes más infracciones cometen y quienes más episodios de agresión física, conflicto y violencia practican en sus contextos grupales (Moreira , Sánchez y Mirón, 2010).

Para (Bennett, Farrington y Huesmann (2005); Fagan, Van Horn, Hawkins y Arthur (2007. Citado por Moreira , Sánchez y Mirón, 2010), mencionan que la conductas desviadas son más frecuentes en los varones mientras las mujeres incrementan la realización de las formas menos severas de conducta desviada, en especial la que supone un daño hacia uno mismo antes que un daño a otros. También se ha mencionando que en el ámbito escolar, muestran que los actos agresivos más graves, tales como peleas físicas, bullying, amenazas e intimidaciones continuadas, son llevadas a cabo mayoritariamente por los varones (Defensor del Pueblo, 2007).

Capítulo III

La autoestima

En la adolescencia también pueden sentirse insatisfechos consigo mismo; esto puede llegar a ser una fuente de ansiedad o estrés, por lo que se manifiestan en conductas tanto internalizantes como externalizantes; para esto es necesario definir correctamente la autoestima, autoconcepto y autoimagen que están fuertemente relacionados en el estadio de la adolescencia.

3.1 Definiciones

Hay varios conceptos de autoestima; sin embargo, estas definiciones se centran en una sola idea que es conocerse a sí mismo, autodefenderse, valorarse, autoestimarse y autoobservarse, en la cual depende la familia, la escuela y el entorno donde se desenvuelven los adolescentes.

Desde la perspectiva de la psicología, Yagoseski (1998), define la autoestima como el resultado del proceso de valoración profunda, externa y personal que cada quien hace de sí mismo en todo momento, esté o no consciente de ello. Este resultado es observable, se relaciona con nuestros sentidos de valía, capacidad y merecimiento y es a la vez causa de todos nuestros comportamientos (en Acosta & Hernández, 2004)

Por otro lado el autoconcepto tiene una estrecha relación con la autoestima, al consistir un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales resulta de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y la retroalimentación de los demás que lo rodean y sean significativos para la persona (Rodríguez y Caño, 2012).

Así mismo, la autoimagen tiene un margen de relación con el autoconcepto al formar una representación interna de la apariencia externa, que determina en lo que nos convertimos, por lo que la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en cómo se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo; la imagen corporal que cada persona tiene

de sí es subjetiva y no siempre es el reflejo de la realidad social de la persona (Boltin de la Sociedad de Pediatría de Asturias, 2014).

3.2 Desarrollo de la autoestima

En el desarrollo de la adolescencia hay dos áreas de investigación de la autoestima, la primera tiene que ver con la comprensión de los atributos que contribuyen más a la autoestima y la segunda se relaciona con el curso longitudinal de la estabilidad de la autoestima durante la adolescencia. Empezamos por la primera área, que es la comprensión de los atributos que contribuyen a la autoestima; se ha dicho que la mayoría de adolescentes están de acuerdo que la apariencia física es lo que más contribuye a la autoestima global, la satisfacción corporal correlaciona muy alto con la autoestima global, seguido por la aceptación social por los iguales. En esta área existe una diferencia clara de género, con respecto a la importancia del atractivo físico, este factor es más importante para las mujeres que para los varones y esto, en los estudios de Rosemberg 1975 asevera que los niveles de autoestima generalmente más bajos se dan en las mujeres adolescentes (en Coleman y Hendry, 2003). Dentro de esta área de estudio otro factor relevante en la autoestima es la opinión de las otras personas importantes para el adolescente, mientras que en el comienzo de la adolescencia, los iguales ocupan un lugar cada vez más destacado, los padres continúan teniendo un efecto sobre la autoestima, pero no en el grado omnipresente que se manifiesta en la infancia. En la segunda área, que es el curso longitudinal de la estabilidad de la autoestima, Hirsch y Dobois (1991), hicieron un estudio de cuatro grupos de adolescentes con respecto al desarrollo de la autoestima; esta muestra comprendía entre los 12 y 14 años de edad y sus hallazgos indicaron que un tercio del grupo se podía calificar como uniformemente alto en autoestima, mientras que otro grupo se podía clasificar como uniformemente bajo; sin embargo la mitad más o menos de la muestra presentó cambios en un periodo de dos años. Un 20% reveló una disminución de autoestima, mientras que un tercio mostró un pequeño pero significativo aumento en la autoestima, estos autores

advierten que estos grupos con autoestima uniformemente alta y con autoestima en aumento tenían más posibilidades de resistir a la presión de los iguales y era menos probable que hicieran mal uso del alcohol y se complicaran en conductas desviadas (en Rodríguez y Caño, 2012).

3.3 Tipo de autoestima

La autoestima, según señala Eguizabal (2007), tiene dos connotaciones diferentes: una es la autoestima positiva o alta autoestima, en la que el individuo piense que es “muy bueno” y aporta un conjunto de efectos beneficiosos para la salud y calidad de vida, que se manifiestan en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más satisfactoria de la vida, y otra es la autoestima negativa o baja, que se relaciona en que la persona cree no ser “lo suficientemente bueno” en la cual la salud se resiente porque nos hace falta confianza en nosotros mismos para abordar los sucesivos retos que nos presenta la vida” (Eguizabal, 2007).

3.4 Diferencias en la autoestima

Siguiendo las diferencias de la autoestima de Hogg y Vaughan (2010) cabe mencionar que las características de las personas con autoestima alta y baja son las siguientes:

Autoestima Alta	Autoestima Baja
Persistentes y resistentes al fracaso.	Vulnerables a los impactos de los eventos cotidianos.
Estables emocional y afectivamente	Tienen amplias fluctuaciones del estado de ánimo y el afecto.
Persuadidas e influenciadas con menos facilidad.	Flexibles y doblegables.
No hay conflicto entre desear y obtener el éxito o aprobación.	Desean el éxito y la aprobación, pero son escépticos al respeto.

Tiene un autoconcepto, consistente y estable.	Reaccionan negativamente ante una vida feliz y exitosa.
Reaccionan exitosamente ante una vida feliz.	Tienen un autoconcepto vago, consistente e inestable.
Orientan la motivación al auto-mejoramiento.	Tienen una orientación auto-protectora de la motivación.

Por su parte la baja autoestima hace referencia a aquellas personas que desconfían de sus propias capacidades, fortalezas, habilidades, que se muestran inseguras en diferentes situaciones, que necesitan por lo general la aprobación de los demás antes sus actos, tiene sentimientos de inferioridad y timidez al momento de tener relaciones interpersonales, así como como pensamientos negativos que incluso pueden llevar a la depresión por la falta de seguridad en sí mismo (Alvarado, Guzman y González, 2005).

Llanes y Catro (2002) señalan algunos indicadores de la baja autoestimas en la adolescencia como son las mentiras, las necesidades de competir y de ganar, timidez, dificultad para tomar decisiones, conductas antisociales, autocrítica en exceso, necesidad de llamar la atención a través de uso de un lenguaje grotesco. Por lo mencionado es necesario reconocer la importancia de fomentar una autoestima adecuada en el individuo, ya que la falta de la misma genera pensamientos negativos que pueden traer problemas como la depresión, negación de sí mismo, rechazo a lo que el individuo considera una situación problemática, por lo que se debería apuntar hacia el cambio de estos pensamientos para que los adolescentes puedan generar pensamientos adecuados a través de la percepción real de las situaciones.

Por otra parte Peralta, Quezada y Quezada (2005) aseveran que “la baja autoestima radica en la capacidad humana de juicio y deriva en problemas pues el juzgarse y rechazarse a sí

mismo produce enorme dolor, dañando considerablemente las estructuras psicológicas que nos mantienen vivos” (pág. 132).

Mientras que Feldman (2005), asegura que la autoestima comprende mucho más que sentirse atractivo, manifestando que los que tiene una autoestima alta tienen sentimientos de confianza, optimismo, seguridad, disponibilidad para asumir riesgos, son personas autodirectivas e independientes a diferencia de los que presentan baja autoestima que poseen características como la timidez, conductas cambiantes, inseguridad, bajo rendimiento escolar, egocentrismo, agresividad, dificultad para llevarse bien.

3.5 Influencia de la autoestima en la conducta

Herrero (1994) menciona que la persona se desenvuelve en diversos contextos, en donde desarrolla una imagen específica de sí mismo, de cada uno de ellos, es decir, tienen sus propias personalidades en los ámbitos familiar, laboral, corporal, intelectual y social (en Cava, Musitu, & Vera, 2000).

En estudios de Rosenberg et al. (1995), asevera que la autoestima no sólo incluyen medidas globales sino también específicas y es más relevante para explicar que la conducta y la autoestima global lo es para el bienestar psicológico, no niegan que las dimensiones específicas de la autoestima también pueden ejercer una importante influencia en el bienestar psicosocial, siempre y cuando se traten de dimensiones centrales para la persona. Por tanto, aquellas dimensiones de la autoestima más importantes para el individuo influyen de forma directa en su bienestar; así entonces, al considerar un efectos es, si una persona mantiene una percepción desfavorable de sí misma, esta percepción influye automáticamente en su bienestar; este efecto directo es relevante en la autoestima de la persona.

Como señalan Gracia, Herrero y Musitu (1995), que una elevada autoestima anima al sujeto a participar en un mundo de relaciones recíprocas, en el que recibe y ofrece ayuda. Se menciona también que las personas con una elevada autoestima utilizan en menor medida estrategias de

afrontamiento como la evitación, que resultan poco efectivas. En consecuencia, podemos deducir que la autoestima puede ejercer tanto un efecto directo como indirecto en el bienestar psicosocial de la persona (en Cava, Musitu y Vera, 2000). Para Gonzáles y López, (2006) mencionan que la baja autoestima también son propensas a experimentar situaciones de depresión ansiedad, quizá por las vivencias negativas que haya experimentado y que influenciaran notoriamente en el individuo, esto puede generar comportamientos de agresividad, ansiedad, problemas conductuales en general y a la vez puede ser un predecidor del éxito o fracaso de la persona.

Por otra parte Torres, Fernández y Maceira, (1995), mencionan que se puede considerar la autoestima como una variable relevante para promover o inhibir las conductas. Debido a que los individuos con alta autoestima exhiben una conducta bien integrada y sus procesos cognitivos se caracterizan por la habilidad para discriminar entre información relevante e irrelevante, por lo cual pueden hacer un uso óptimo de la información sobre temas de salud, una alta autoestima reduciría la susceptibilidad a la influencia de factores sociales como la presión del grupo de pares, la cual generalmente tiene un efecto importante en el fumar, beber y abuso de drogas, especialmente en la adolescencia (en Barra y Olivari, 2015).

Por otro lado al presentar una baja autoestima se considera un factor importante de riesgo para el consumo de sustancias en la adolescencia. Aunque los adolescentes se esfuerzan por mantener actitudes personales positivas, éstas pueden ser socavadas debido a los fracasos para afrontar efectivamente situaciones que tienen implicaciones auto-devaluativas (Wills, 1994).

Distintos autores señalan que la autoestima es un recurso claro de protección frente a problemas de conducta internalizante como la depresión, donde los adolescentes con menores niveles de autoestima obtienen las mayores puntuaciones en pruebas de sintomatología depresiva (Jiménez, Murgui y Musitu, 2007). Sin embargo, no está tan claro que sean los adolescentes con más baja autoestima los que se impliquen en mayor medida en problemas

externalizantes como la conducta violenta y delictiva y el consumo de sustancias (Butler y Gasson, 2005; Estévez, Martínez y Musitu, 2006).

Para Harter, (1990); Taylor y Brown, (1994) mencionan en estudios que una evaluación positiva del sí mismo es un aspecto fundamental para el funcionamiento adaptativo del individuo y por otro lado Estévez, Murgui y Musitu, (2009); mientras que Musitu y Herrero, (2003); O'Moore y Kirkham, (2001) indican que elevadas puntuaciones en determinados dominios de la autoestima (autoestimas social y física) pueden constituir un potencial factor de riesgo para el desarrollo de problemas de conducta de carácter externalizante (en Jiménez, 2011).

Por otra parte, los resultados relativos entre la conducta agresiva y la autoestima son mucho más contradictorios. Algunos autores como Mynard y Joseph, (1997); O'Moore, (1997), aseveran que los adolescentes agresivos presentan una autoestima más baja que aquellos sin problemas de conducta, mientras otros autores como (Olweus, (1998); Rigby y Slee, (1992) afirman que los agresores, por regla general, se valoran positivamente a sí mismos y muestran un nivel de autoestima medio o incluso alto (en Estévez, Martínez, & Musitu, 2006).

Capítulo IV

Metodología

4.1 Objetivo General

Identificar la autoestima y los problemas de conducta en los y las estudiantes adolescentes de la Unidad Educativa “La Asunción”

Objetivos Específicos

1. Determinar los niveles de la autoestima en los y las adolescentes de la Unidad Educativa “La Asunción”.
2. Identificar los problemas conductuales internalizantes y externalizantes de los y las adolescentes.
3. Relacionar los niveles de la autoestima con los problemas de conducta de los y las adolescentes estudiados.

Universo y muestra

La recolección de la muestra se realizó en el colegio particular “La Asunción” con la participación de los alumnos de primero, segundo y tercer año de bachillerato, que conforman edades de 15 a 18 años, sumando así un total de 213 estudiantes, diferenciado por sexo, esta muestra fue recogida en el mes de Octubre del año 2015

Criterios de inclusión.

1. Formarán parte de la muestra: los adolescentes hombres y mujeres de 15 a 18 años.
2. Aquellos que estén matriculados en la Unidad Educativa “La Asunción” hombres y mujeres.
3. Participaran todos los estudiantes que hayan sido detectados con problemas internalizantes y externalizantes.
4. Aceptación voluntaria por parte del adolescente y su representante a participar en este estudio, contando con la firma de autorización del consentimiento informado.

5. Estudiantes alfabetizados.

Criterios de exclusión

1. Fueron excluidos del estudio: los estudiantes que estén fuera del rango de edad que comprenden menores de 14 años y mayores de 18 años.
2. Estudiantes con alteración o deterioro de los procesos cognitivos.
3. Aquellos que no tengan o no hayan sido detectados con problemas de conducta internalizante y externalizante.
4. No se incluirán a los estudiantes que se nieguen a participar en el estudio y cuyos representantes no accedieron a firmar el consentimiento informado.

4.3 Procedimiento

Se realizó el estudio con los alumnos del colegio particular “La Asunción” (213 alumnos), durante el periodo 2015. La muestra fue conformada por aquellos alumnos que aceptaron su participación en el estudio mediante el consentimiento informado de sus tutores legales, posteriormente los participantes firmaron el asentimiento para la colaboración del estudio, además de la autorización del colegio y en coordinación del DECE, (Departamento de Consejería Estudiantil).

1. Los alumnos fueron divididos en los grupos de estudio, en base a su curso y año de bachillerato, donde se les entregó el cuestionario de problemas de conducta de Achenbach (YSR) y la escala de autoestima de Rosenberg (RES), que son materiales autoaplicables.
2. Una vez obtenidos la calificación y los puntajes de ambos test se, se llevó a cabo la correlación entre los mismos. Posteriormente se realizó un análisis estadístico para observar las variables de interés, estos datos se realizaron en la base de estadística del SPSS.

4.4 Instrumentos

Este estudio es de tipo descriptivo - analítico transversal por lo que se aplicaron los siguientes instrumentos: la escala de autoestima de Rosenberg (EAR) desarrollada por Morris Rosenberg (1965), el cual el objetivo a evaluar es el sentimiento de satisfacción que una persona tienen consigo misma. La autoestima refleja la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal, esta escala está formada por 10 ítems, cinco planteados en forma positiva y cinco en forma negativa (para controlar la aquiescencia y la tendencia a responder afirmativamente), la aplicación tiene un tiempo de administración de 5 a 7 minutos, esta escala se puede aplicar a una población de adolescentes, adultos y personas mayores. La interpretación de la escala es de 30 a 40 puntos: Autoestima elevada considerada, de 26 a 29 puntos: autoestima media, y menos de 25 puntos: y autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima. La fiabilidad de la escala ha sido traducida y validada en castellano, la consistencia interna de las escalas se encuentran entre el 0.76 y 0.87 y la fiabilidad es de 0.80.

Para este estudio también se utilizó el cuestionario de Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR), desarrollado por Thomas Achenbach, en versión de papel y lápiz con un tiempo de administración de 60 minutos, que va dirigido a adolescentes de 13 a 18 años, cuyo objetivo es identificar los problemas de conducta en adolescentes y las psicopatologías internalizantes y externalizantes, la escala consta de un total de 112 ítems. Los ítems deben ser contestados eligiendo una única respuesta con relación al presente o a los últimos seis meses, para ello el 0 cuando no es verdad, el 1 cuando es algo verdad o le sucede a veces, y el 2 cuando es muy cierto, el YSR ha sido utilizado en la investigación psicopatológica.

La fiabilidad del YSR en correlación test retest con un intervalo de una semana de 0.79 para la suma de conductas problema y 0.76 para la puntuación global de competencias sociales.

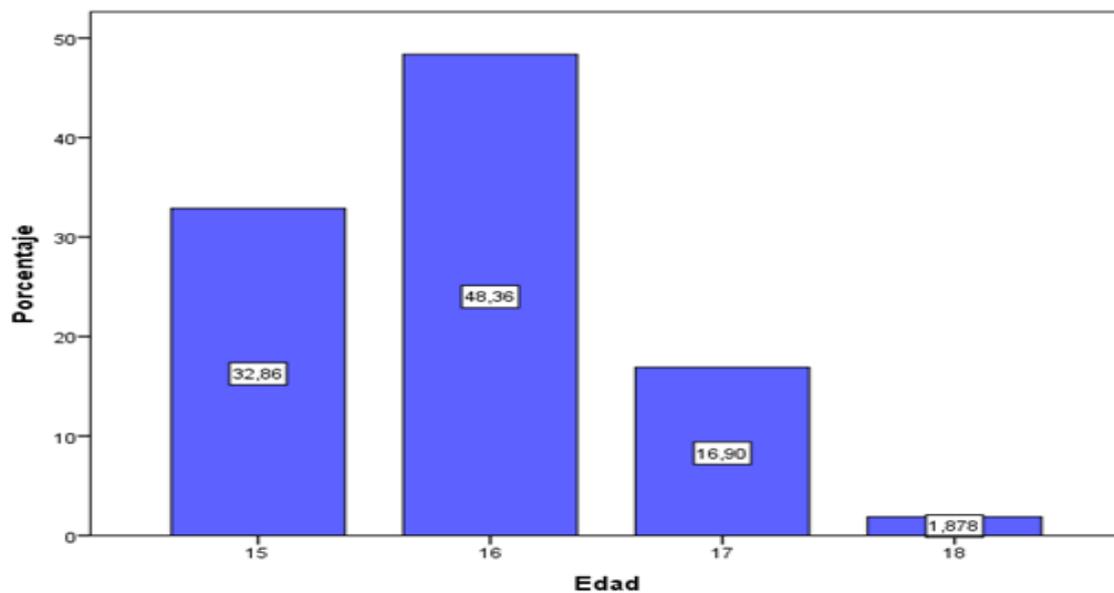
Se utilizó el programa estadístico SPSS para el estudio de la muestra, donde primero se realizó el análisis descriptivo de las variables de estudio y luego se procedió a utilizar el chi-cuadrado de Pearson para establecer la relación entre ellas y su valor de significancia de 0.05.

Capítulo V

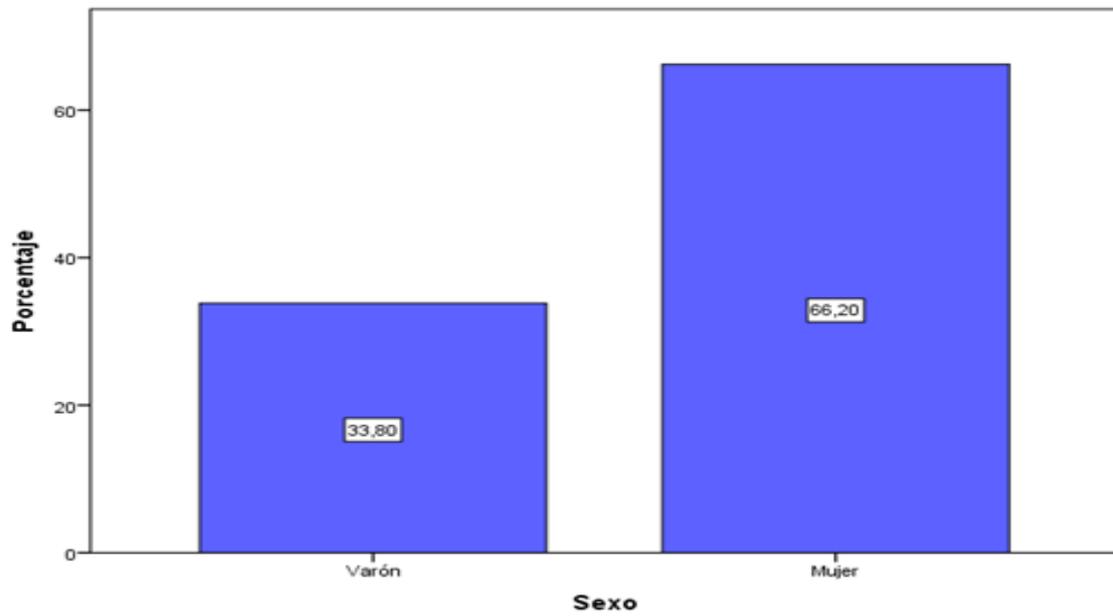
Resultados

Figura n° 1

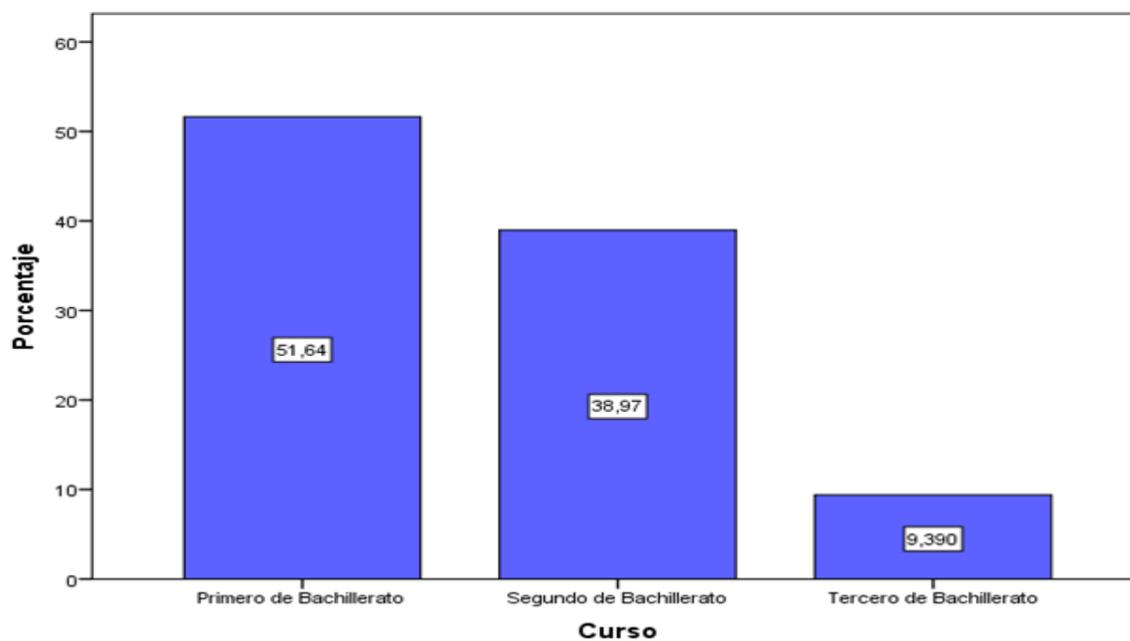
Análisis descriptivo de las variables de estudio de edad.



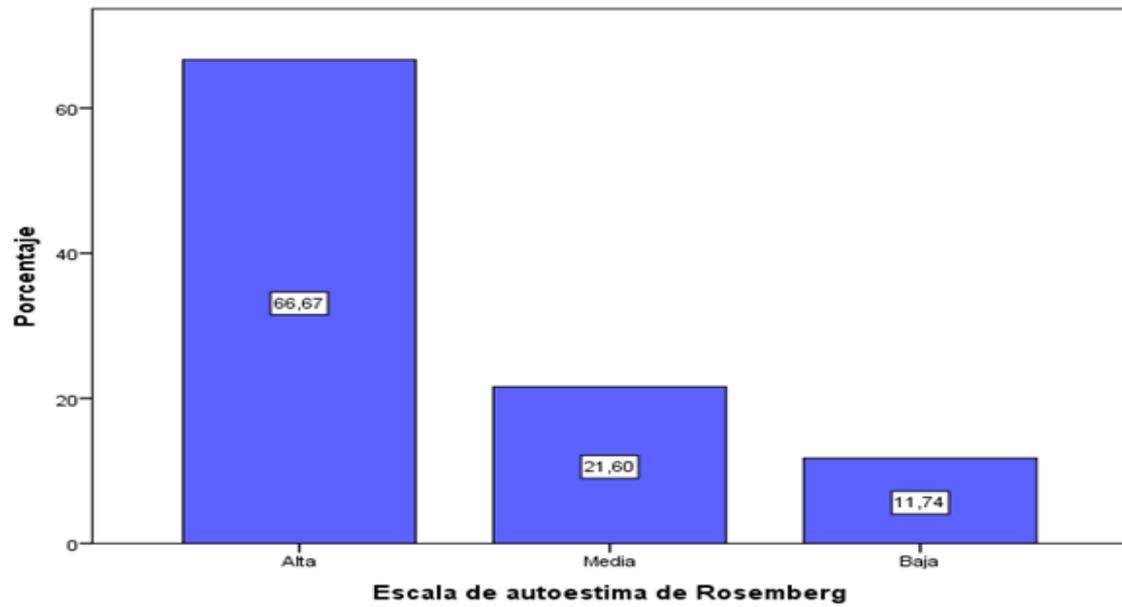
La figura nos permite observar que la muestra está compuesta por un 48.36% tienen 16 años, el 32.86%, 15 años, el 16.90%, 17 años y seguido con el 1.88%, 18 años, teniendo así un promedio de edad de 15,88 años, equivalente a 16 años de edad.

Figura n° 2**Análisis descriptivo de las variables de estudio según el sexo**

Se observa en la muestra que el 66.20% de los participantes fueron mujeres, mientras que el 33.80% estuvo representado por hombres.

Figura n° 3**Análisis descriptivo de las variables del estudio por año de bachillerato**

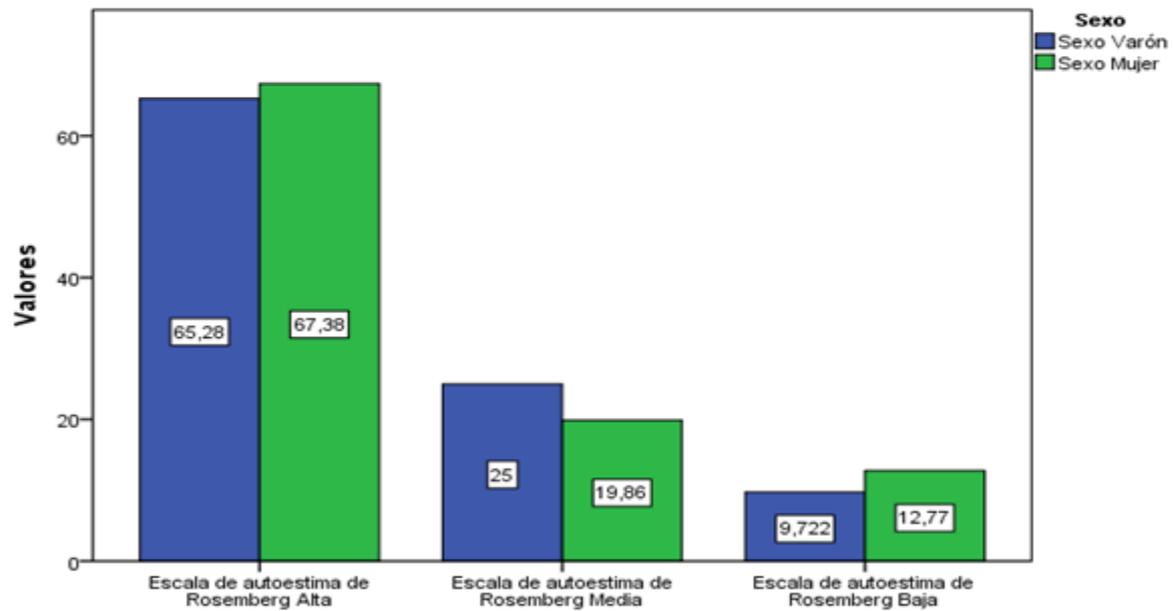
Se puede aseverar que el nivel escolar de los que cursan el primero de bachillerato es un 51,64%; mientras que en el segundo de bachillerato el 38,97% y por último el tercero de bachillerato con un 9,39%.

Figura n° 4**Análisis descriptivo de la escala de autoestima de Rosenberg**

En la escala de autoestima de Rosenberg se obtiene que el 66,67% tiene autoestima elevada; seguido del 21,60% con autoestima media y por último con el 11,74% identificado con baja autoestima.

Figura n° 5

Análisis descriptivo de autoestima por sexo.

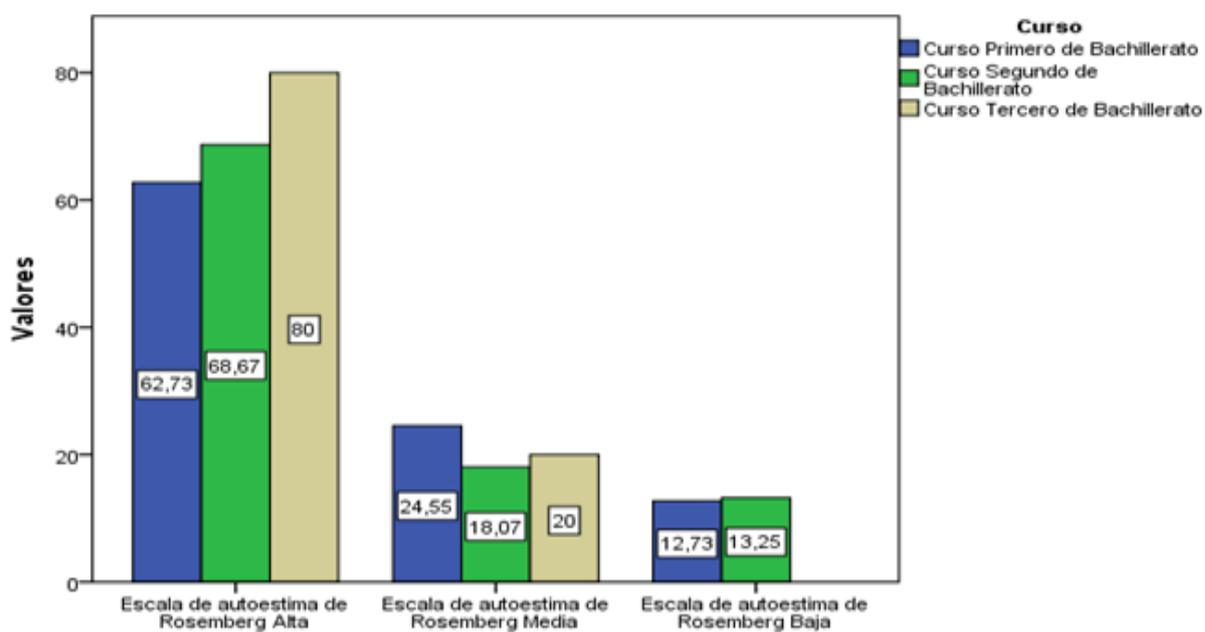


En la figura n°5 nos expone que el 65.30% de los 72 varones presentan autoestima alta, mientras que el 25%, autoestima media y un 9.70% con autoestima baja.

Mientras que el 67.40% de las 141 mujeres, presenta autoestima alta, mientras que el 19.90%, autoestima media y un 12.80% con una autoestima baja.

Figura n° 6

Análisis descriptivo de autoestima por año de bachillerato



En los resultados de primero de bachillerato el 62.70% presenta autoestima alta, con autoestima media el 24.50% y con autoestima baja el 12.70%.

Mientras que los estudiantes de segundo de bachillerato se observó que el 68.70% tienen autoestima alta, con autoestima media el 18.10% y autoestima baja el 13.30%.

Por último en los estudiantes de tercero de bachillerato, el 80% tiene autoestima alta, con autoestima media el 20%, y el 0% con autoestima baja.

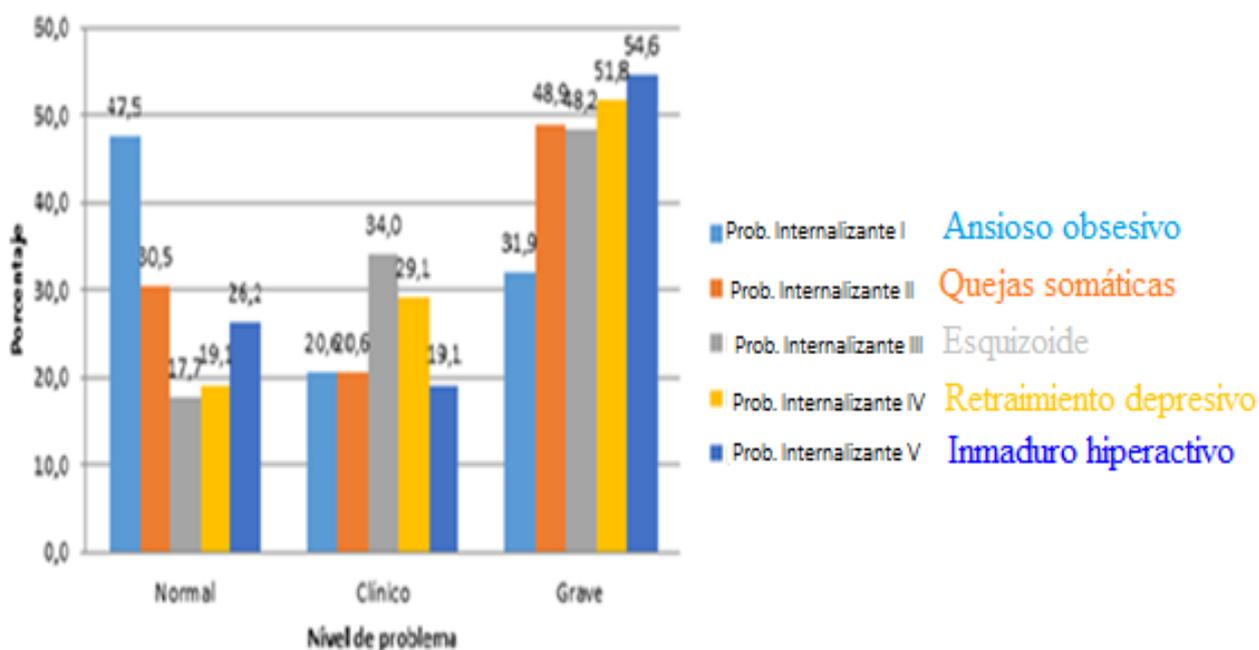
Tabla 1**Análisis de significancia de los problemas de conducta según el género**

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Error estándar medio
Problema conductual (quejas somáticas)	Varón	72	2.49	.712	.084
	Mujer	141	1.84	.881	.074
Problema conductual (esquizoide)	Varón	72	2.31	.762	.090
	Mujer	141	2.18	.875	.074
Problema conductual (incomunicación)	Varón	72	2.14	.793	.093
	Mujer	141	2.30	.755	.064
Problema conductual (inmaduro-hiperactivo)	Varón	72	2.54	.786	.093
	Mujer	141	2.33	.779	.066
Problema conductual (obsesión-compulsión)	Varón	72	2.14	.909	.107
	Mujer	141	2.28	.856	.072
Problema conductual (retraimiento-depresión)	Varón	72	1.69	.850	.100
	Mujer	141	1.76	.736	.062
Problema conductual (delincuencia)	Varón	72	1.83	.805	.095
	Mujer	141	1.82	.703	.059
Problema Conductual (agresividad-crueldad)	Varón	72	1.81	.685	.081
	Mujer	141	2.54	.732	.062
Problema conductual (hiperactividad)	Varón	72	1.89	.742	.087
	Mujer	0 ^a	.	.	.

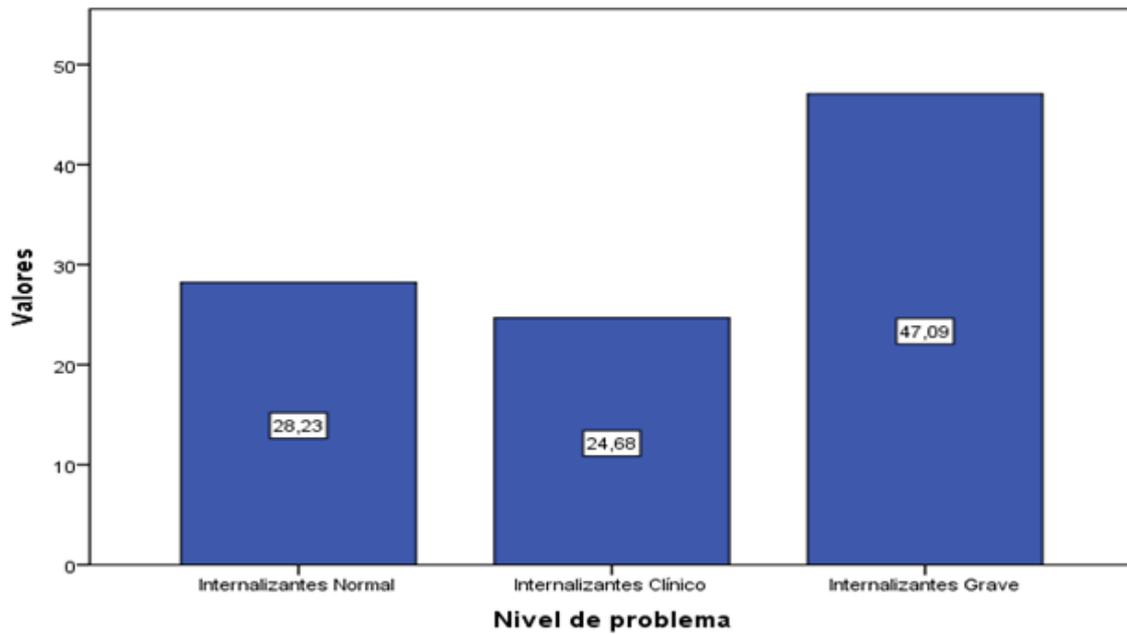
En la (tabla 1) de problemas conductuales internalizantes se observa que existe una mayor prevalencia en quejas somáticas, esquizoide e inmadurez en varones mientras que en las mujeres hay prevalencia en incomunicación, obsesión compulsión y retraimiento. Por otra parte en las conductas externalizantes las mujeres tienen mayor prevalencia en agresividad/crueldad y los varones en hiperactividad, en relación a la delincuencia hay índices similares en ambos sexos.

Figura n° 7

Análisis descriptivo de los problemas internalizantes en mujeres



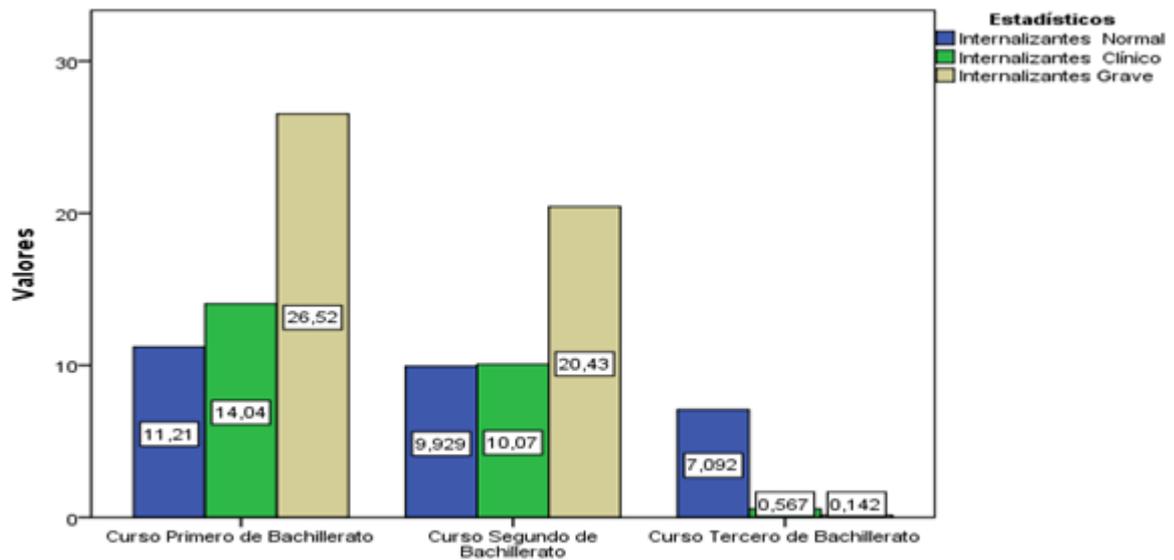
En la figura n° 7 se puede observar que los problemas internalizantes de mujeres de tipo ansioso obsesivo corresponde al 47.5%, esta se presenta a niveles normales, mientras que en el tipo II de quejas somáticas tiene el 48.9% representado a niveles graves, en el tipo III correspondiente a esquizoide con el 48.2% se presenta niveles graves, en el tipo IV de retraimiento depresivo tiene 51.8% a niveles graves y en el perfil de inmaduro hiperactivo con el 54.6% a nivel grave.

Grafico n° 8**Análisis descriptivo de problemas internalizantes en mujeres.**

En el resultado de las 141 mujeres de la muestra se obtuvo que de las 705 respuestas de las adolescentes que presentan problemas internalizados, el 47.09% presenta problemas graves, el 28.23%, problemas normales y el 24.68% tiene problemas clínicos.

Grafico n° 9

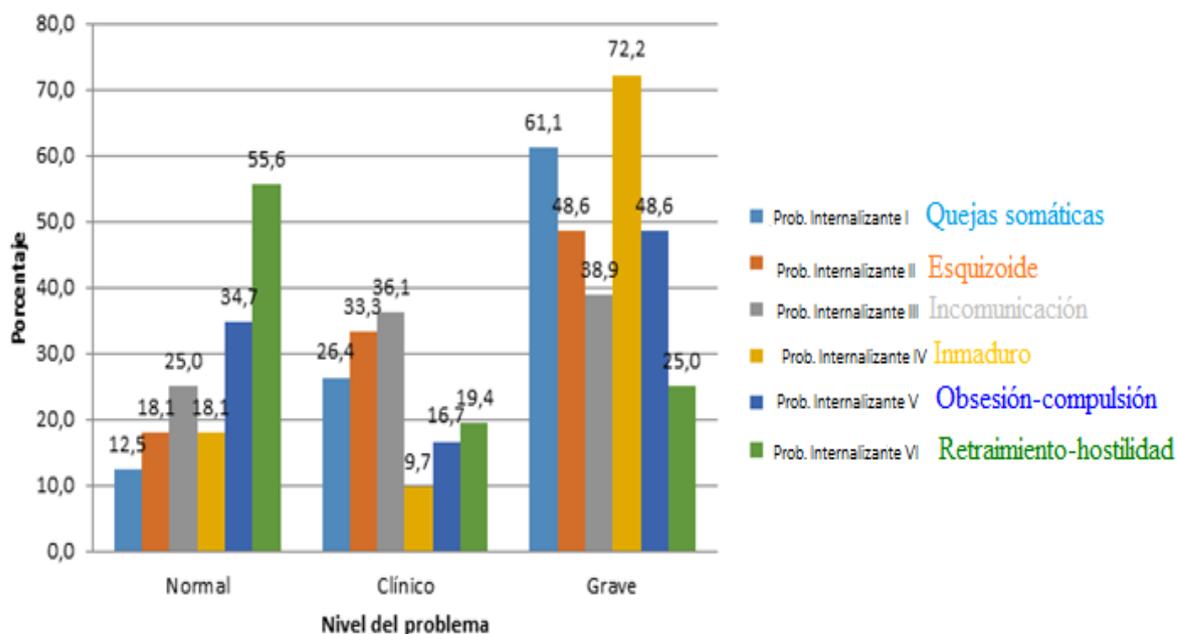
Análisis descriptivo de problemas internalizantes en mujeres por año de bachillerato



En la muestra se obtuvo de las 705 respuestas de las adolescentes que presentan problemas internalizantes, el 26.5% de primero de bachillerato tienen problemas graves, el 20.4% de segundo de bachillerato presenta problemas graves y el 7.1% de tercero de bachillerato, problemas normales.

Figura n° 10

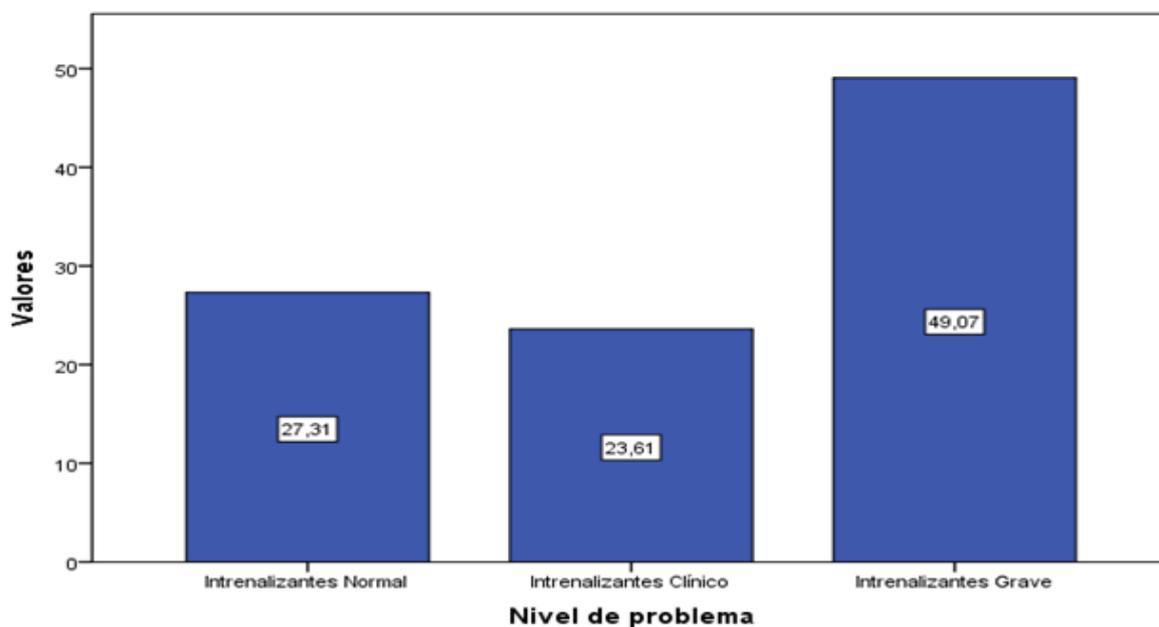
Análisis descriptivo de problemas internalizantes en hombres



Como se puede observar en el gráfico n°10 de problemas internalizantes de varones, en el tipo I que corresponde a quejas somáticas, el 61.1%, presenta niveles graves, en el perfil esquizoide el 48.6%, tiene niveles graves, en incomunicación el 38.9% presenta nivel grave, en inmadurez el 72.2%, a nivel grave, en el tipo V de obsesivo compulsivo el 48.6%, a nivel grave, mientras en retraimiento y hostilidad el 55.6% a niveles normales.

Figura n° 11

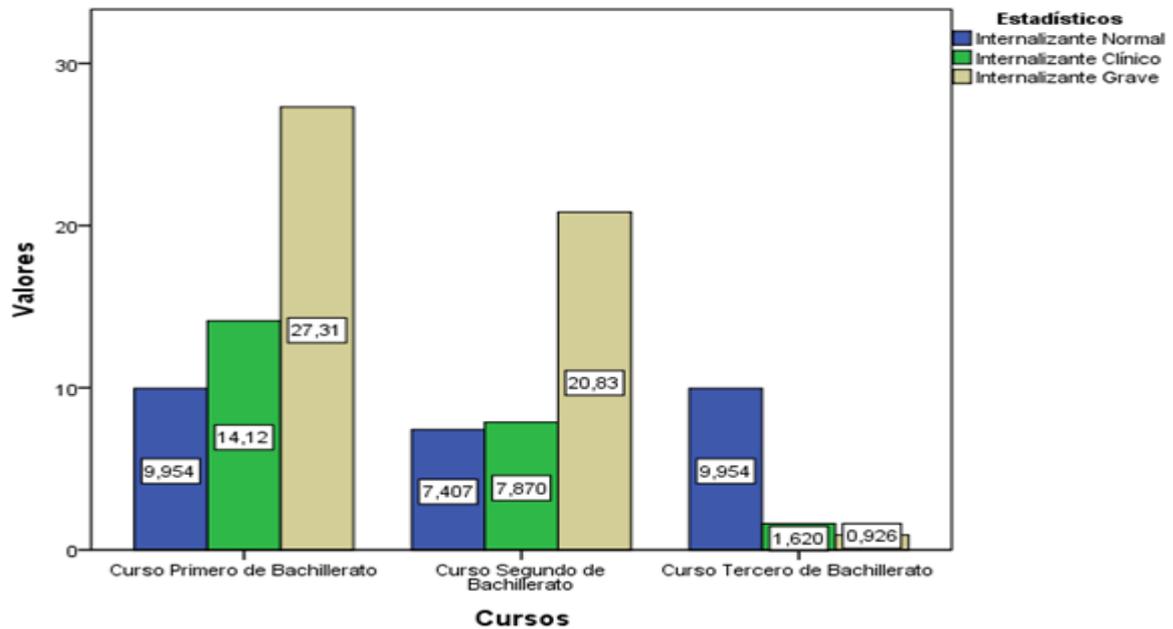
Análisis descriptivo de problemas internalizantes en hombres



En la muestra de los 72 hombres se obtuvo de las 432 respuestas de los adolescentes que presentan problemas conductuales internalizantes el 49.07%, problemas graves, el 27.31%, problemas normales y el 23.61%, problemas clínicos.

Figura n° 12

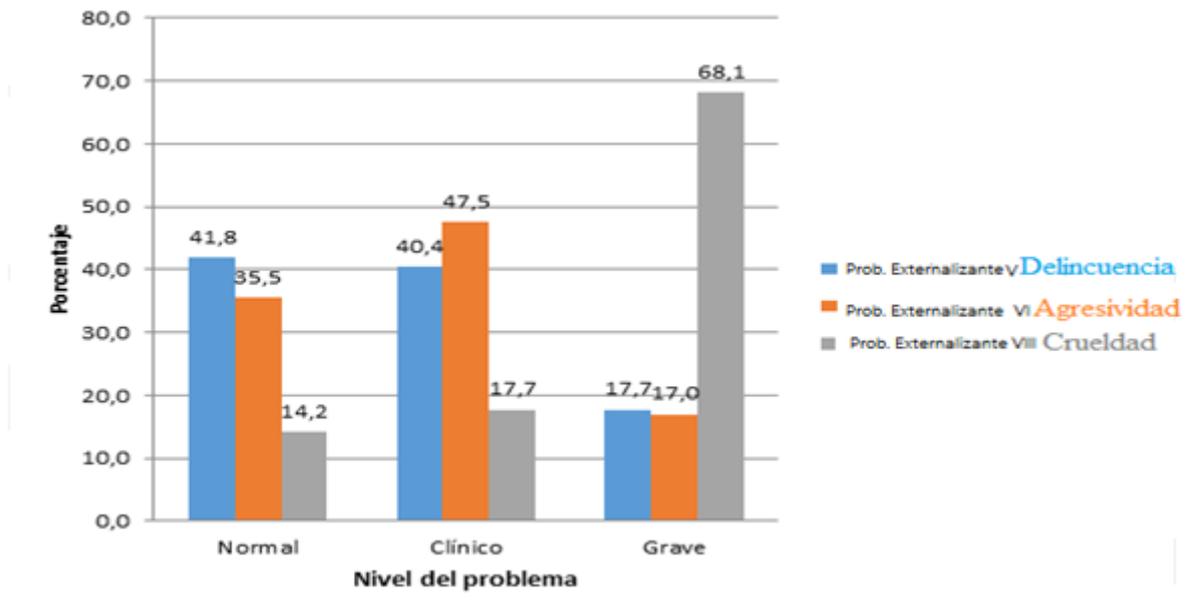
Análisis descriptivo de problemas internalizantes de hombres por año de bachillerato



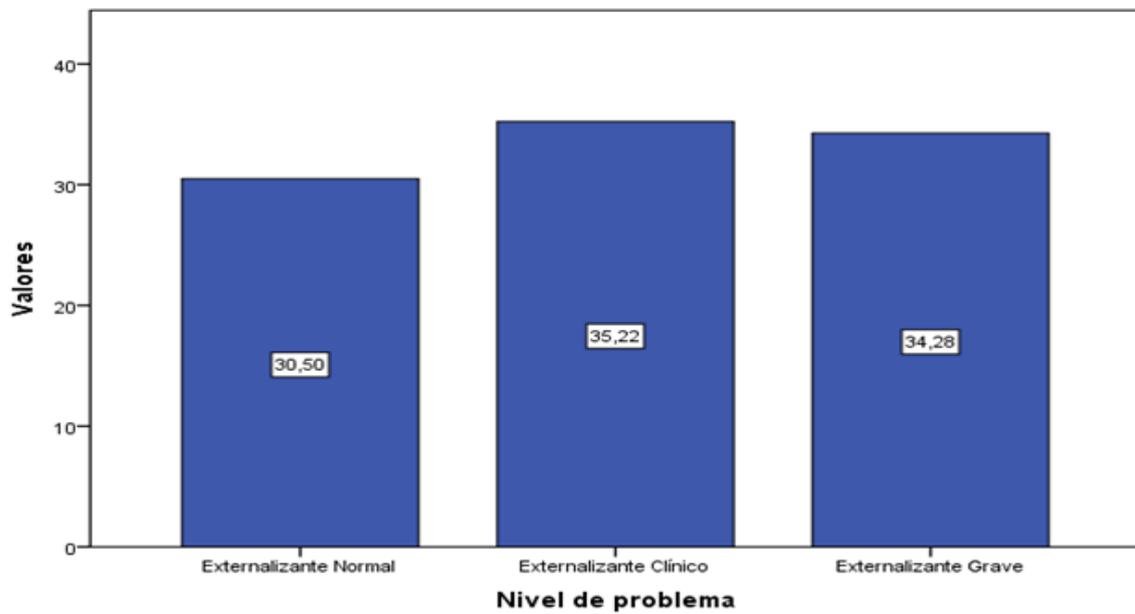
En la muestra de los 72 hombres se obtuvo de las 432 respuestas de los adolescentes de primero de bachillerato que presentan problemas conductuales internalizantes el 27.3%, tiene problemas graves; en el segundo año de bachillerato con el 20.8%, problemas graves y para finalizar el tercero de bachillerato con el 10% tiene problemas normales.

Figura n° 13

Análisis descriptivo de problemas externalizantes en mujeres



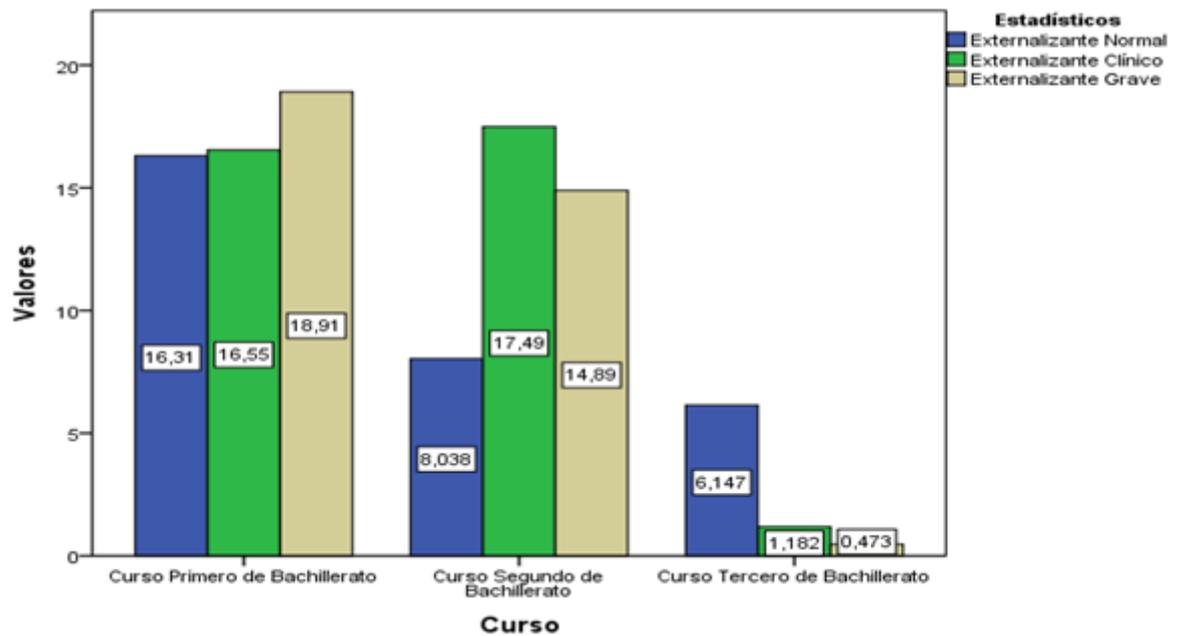
Las mujeres que presentan problemas externalizantes correspondientes a delincuencia el 41.8% presenta a niveles normales; en el perfil de agresividad con el 47.5%, corresponde a niveles clínicos y en crueldad el 68.10% a niveles graves.

Figura n° 14**Análisis descriptivo de problemas externalizantes en mujeres.**

Los resultados de las 141 mujeres se obtuvo 423 respuestas que presentan problemas externalizantes 35.22%, problemas clínicos, el 34.28%, problemas graves y el 30.50%, problemas normales

Figura n° 15

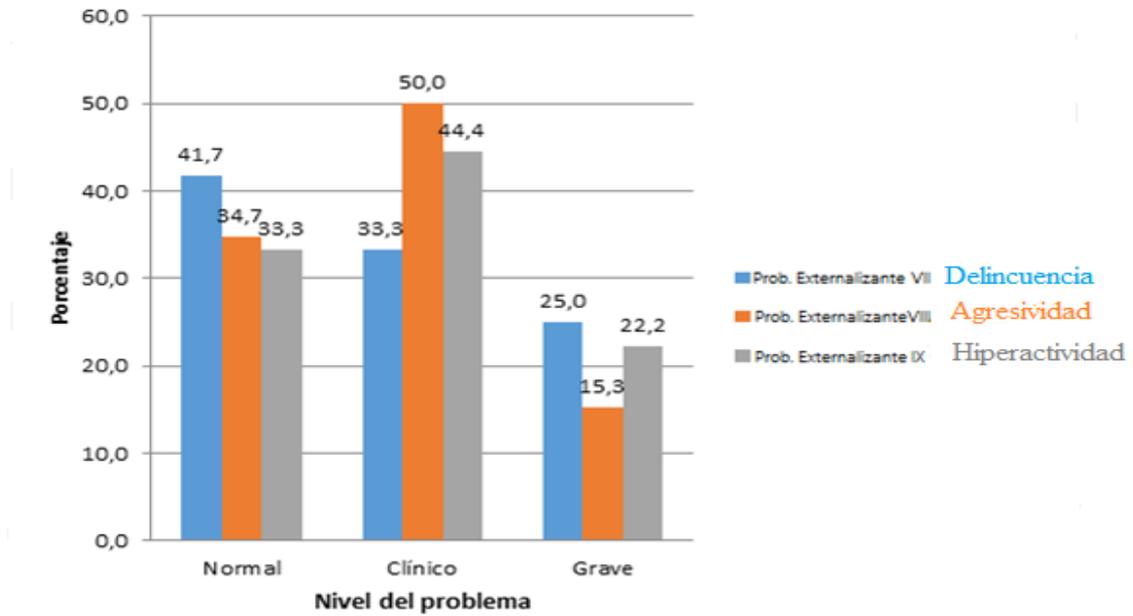
Análisis descriptivo de problemas externalizantes de mujeres por año de bachillerato



Se obtuvo de las 423 respuestas de las adolescentes que presentan problemas externalizantes, el 18.9% pertenece al primero de bachillerato con problemas graves, el segundo de bachillerato con el 17.5% tiene problemas clínicos y el tercero de bachillerato con el 6.1%, problemas normales.

Figura n° 16

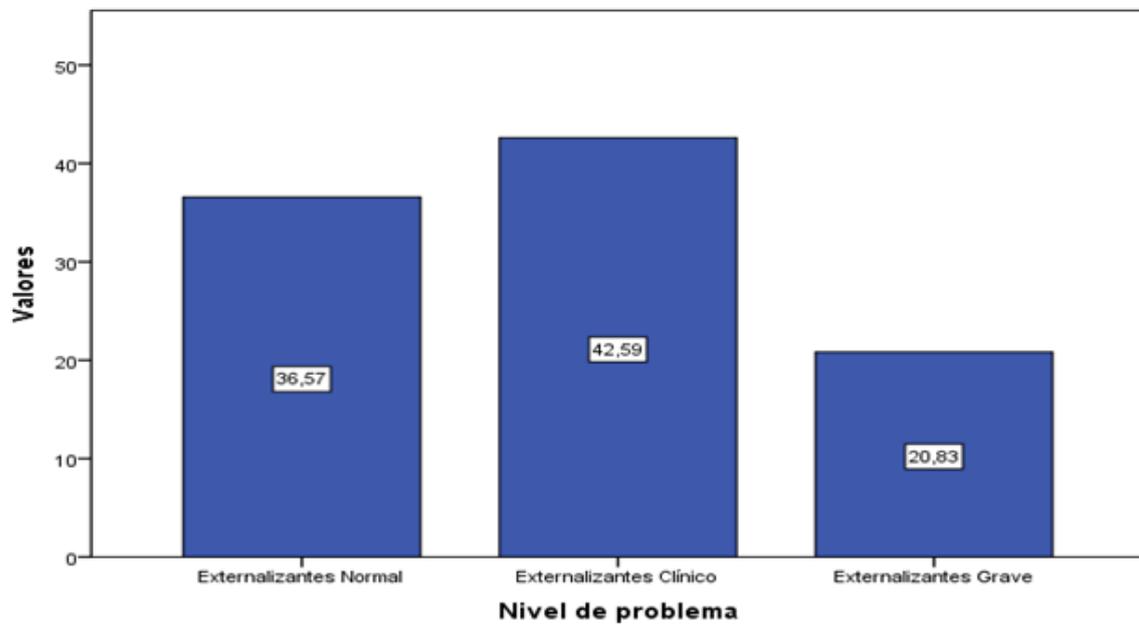
Análisis descriptivo de problemas externalizantes en hombres.



Los adolescentes que presentan problemas externalizantes con el 41.7% correspondiente a delincuencia está a niveles normales, en agresividad con el 50% a niveles clínicos y en hiperactividad con un 44.4%, a niveles graves.

Figura n° 17

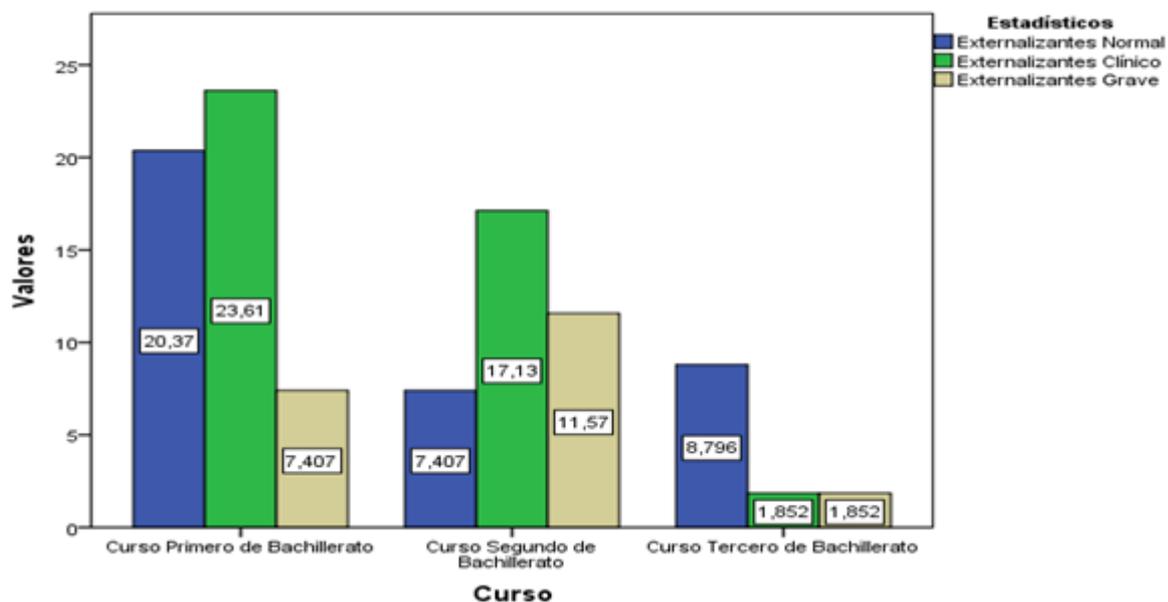
Análisis descriptivo de problemas externalizantes en hombres



En los resultados de los 72 hombres se obtuvo 216 respuestas que presentan problemas externalizantes con problemas clínicos un 42.59%, a niveles normales el 36.57%, y el 20.83% tiene problemas graves.

Figura n° 18

Análisis descriptivo de problemas externalizantes de hombres por año de bachillerato



Se obtuvo de las 216 respuestas de los adolescentes que presentan problemas externalizantes, el 23.6% pertenece al primero de bachillerato con problemas clínicos, el 17.1% de segundo de bachillerato, problemas clínicos y el 8.8% de tercero de bachillerato tienen problemas normales.

Tabla 2

Relación de las variables de problemas de conducta y autoestima

Problema Conductual	GL	Chi²	Significancia
Quejas somáticas	4	0	(< 0,05)
Esquizoide	4	0,014	(< 0,05)
Incomunicación	4	0,005	(< 0,05)
Inmaduro-hiperactivo	4	0,001	(< 0,05)
Obsesión/compulsión	4	0,001	(< 0,05)
Retraimiento/depresión	4	0	(< 0,05)
Delincuencia	4	0,002	(< 0,05)
Agresividad-crueldad	4	0,023	(< 0,05)
Hiperactividad	4	0,01	(< 0,05)

De acuerdo con los resultados, se puede observar (tabla 2) que la autoestima y en las conductas internalizantes (quejas somáticas, esquizoide, incomunicación, inmaduro, obsesión compulsión y retraimiento-hostilidad) como externalizantes (delincuencia, agresividad/crueldad e hiperactividad) de mujeres y hombres el valor de significancia es menor a 0,05 el cual indica que las variables de estudio si tienen relación.

Tabla 3**La autoestima en relación a los problemas de conducta**

	t	gl.	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza	
					Inferior	Superior
Escala de autoestima de Rosemberg	30.415	212	.000	1.451	1.36	1.54

Los niveles autoestima si son significativos en relación a los problemas de conducta, esto significa que a mayor autoestima más problemas de conducta.

Tabla 4

Significancia de los problemas de conducta internalizantes y externalizantes

	t	gl.	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza	
					Inferior	Superior
Problema Conductual I	34.178	212	.000	2.061	1.94	2.18
Problema Conductual II	38.717	212	.000	2.225	2.11	2.34
Problema Conductual III	42.604	212	.000	2.249	2.14	2.35
Problema Conductual IV	44.528	212	.000	2.399	2.29	2.51
Problema Conductual V	37.280	212	.000	2.235	2.12	2.35
Problema Conductual VI	32.719	212	.000	1.737	1.63	1.84
Problema Conductual VII	36.062	212	.000	1.822	1.72	1.92
Problema Conductual VIII	42.065	212	.000	2.291	2.18	2.40
Problema Conductual IX	21.595	71	.000	1.889	1.71	2.06

Bajo la misma lógica anterior, se han analizado todos los problemas conductuales existentes están en relación con la alta autoestima tanto de varones como de mujeres adolescentes.

Conclusiones

En torno al análisis de los datos podemos concluir que la autoestima en relación con el sexo se tiene índices similares correspondientes a la autoestima elevada en concordancia a los dos sexos; en cuanto a la autoestima media hay un mayor porcentaje de presencia en varones y por último en la autoestima baja la tienen más las mujeres en relación a los hombres.

La autoestima en relación al año de bachillerato de los adolescentes se obtuvo que la mayoría de los que tienen autoestima alta cursan el tercer año de bachillerato; mientras los que tienen autoestima media están en primer año de bachillerato y aquellos que presentan autoestima baja se encuentran en segundo de bachillerato.

En el estudio también se realizó la relación de los niveles de autoestima con los problemas de conducta de los y las adolescentes de estudio, se aplicó la herramienta estadística Chi-cuadrado, al ser todos menores que el nivel de significancia de 0.05, el resultado es significativo; es decir, no se acepta la hipótesis nula de independencia, y por lo tanto concluimos que las variables autoestima en relación a los problemas conductuales son significativas y hay una relación entre ellas, El valor de 0.05 (nivel de significancia) en la que se obtiene un valor establecido de acuerdo al nivel de confianza que este caso es del 95%.

Por lo que se pone en evidencia el resultado de las 141 mujeres de la muestra se obtuvo que de las 705 respuestas de las adolescentes que presentan problemas internalizados el 47.09%, problemas graves, el 28.23%, problemas normales y el 24.68%, problemas clínicos, con mayor prevalencia en mujeres en lo que refiere a incomunicación, obsesión compulsión y retraimiento. Mientras que los resultados realizados a los 72 hombres se obtuvo de las 432 respuestas de los adolescentes que presentan problemas conductuales internalizantes el 49.07%, problemas graves, el 27.31%, problemas normales y el 23.61%, problemas clínicos con un mayor índice en los perfiles de quejas somáticas, esquizoide e inmadurez-hiperactivo.

Por otra parte, de las mujeres que presentan problemas externalizantes el 35.22%, problemas clínicos, el 34.28%, problemas graves y el 30.50%, problemas normales con mayor prevalencia en las mujeres a lo que corresponde en agresividad/crueldad y los porcentajes de las 216 respuestas de los hombres que presentan problemas externalizantes, el 42.59%, problemas clínicos; el 36.57%, problemas normales; y el 20.83%, problemas graves con mayor prevalencia que las mujeres en hiperactividad y en relación a delincuencia hay índices similares en ambos sexos.

Discusión

La presente investigación tiene por objetivo identificar los niveles de autoestima y los problemas de conducta en el colegio particular “La Asunción” con 213 adolescentes entre varones y mujeres de 15 a 18 años, en la cual se obtuvo el resultado entre las variables de estudio.

Se observa en la muestra realizada que existe una tendencia hacia una alta autoestima, poniendo en evidencia los 72 varones adolescentes del estudio, el 65.30%, autoestima elevada, y tan solo el 9.70%, autoestima baja, mientras que las 141 mujeres del estudio, el 67.40%, autoestima alta, y el 12.80%, autoestima baja. En cuanto a los efectos dados, se puede identificar que el resultado más significativo ya antes mencionado en los dos sexos es la autoestima elevada, pero también se toma en consideración que las mujeres obtienen un mayor porcentaje en autoestima baja, en comparación con los varones adolescentes, con lo que concuerda con Gil & Valdez, 2000, aseverando que el sexo es una variable importante en la conformación de la estructura de la autoestima, y principalmente las mujeres tienen más baja autoestima al abandonando los roles tradicionales y estereotípicos que luchan por su autonomía emocional e intelectual; también es mencionado por Simmonds y Rosenberg (1975), aseverando que la autoestima en las mujeres producen más problemas que en los hombres, porque las mujeres son más propensas a preocuparse sobre lo que los demás piensan de ellas y se interesan más por complacer a sus iguales, lo que lleva como consecuencia una más baja autoestima y mayor inestabilidad (en Gonzalez-Arratia, Valdez y Serrano, 2003).

Por otra parte en estudios realizados por García , Cerezo, De la Torre , De la Villa y Casanova; 2011 sobre los problemas conductuales internalizantes (quejas somáticas, esquizoide, incomunicación, inmaduro-hiperactivo, obsesión compulsión y retraimiento depresivo) y externalizantes (delincuencia, agresividad/crueldad e hiperactividad) revelaron sus estudios sobre la posible existencia de diferencias en función del género de los adolescentes

en los cuales los resultados obtenidos revelaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la dimensión externalizante, concretamente los chicos expresaron una mayor frecuencia de aparición de síntomas externalizantes de lo que lo hicieron las chicas.

Frente a los hallazgos obtenidos en el estudio, se puede argumentar que los problemas de conducta con mayor prevalencia son los problemas conductuales externalizantes graves y clínicos de los hombres sobre las mujeres, con lo que concuerda con los diferentes autores y estudios realizados por Moffitt, Caspi, Harrington y Milne (2002); Odgers (2008); Zahn-Waxler, Crick, Shirtcliff y Woods (2006), mencionan que los varones tienen entre 2 a 4 veces más probabilidad que las mujeres de presentar desórdenes de conducta en lo que compete a las llamadas conductas externalizantes, mientras que los resultados de problemas de conducta internalizantes no hay una diferencia marcada entre los sexos y no concuerda con lo señalado con lo que dice Rutter (2003), Zahn-Waxler, Crick, Shirtcliff y Woods (2006) que las mujeres demuestran mayores problemas emocionales en las conductas internalizantes que los varones (en Alarcón & Bárrig, 2015).

En el estudio no hubo diferencias significativas en lo que compete a los problemas de conducta internalizantes ya que existe una mayor prevalencia en quejas somáticas, esquizoide e inmadurez en varones mientras que en las mujeres hay prevalencia en incomunicación, obsesión compulsión y retraimiento depresivo, pero en relación a Majluf, 1999, nos asevera que las conductas problemáticas reportadas por adolescentes mujeres reportaron mayores puntuaciones que los hombres en el rango considerado patológico. Sin embargo, no existen estudios que incluyan información sobre las dimensiones de conductas internalizantes, externalizantes y de otros indicadores de problemas de salud mental.

Limitaciones

1. La muestra no es probabilística, sin embargo al ser un estudio realizado con 213 estudiantes de bachillerato podría arrojar resultados que sirvan como la base para posteriores estudios.
2. Dificultades de apertura y colaboración de algunos estudiantes hacia la investigación: omisión de respuestas (preguntas de la escala del YSR en blanco), dos o más respuestas referidas a una sola preguntas de la escala.
3. Los resultados no son generalizables a la población total, pero sirven como un referente de estudios.
4. El número de la muestra fue pequeña por lo que, es importante replicar el estudio en un mayor número de estudiantes tomando en cuenta las edades entre de 12 a 14 años.

Recomendaciones

1. Coordinar con el equipo profesional y el DECE de la institución para elaborar un plan psicoeducativo de prevención enfocado a los estudiantes (charlas, talleres) sobre información fundamental de la autoestima y los problemas de conducta en la adolescencia, haciendo énfasis en las causas y las consecuencias que puede traer estas temáticas y concientizar a los adolescentes sobre los posibles efectos a futuro.
2. A través del DECE y un compromiso del área de Orientación Vocacional incluir a los representantes legales para desarrollar también una psicoeducación a través de charlas o talleres, con el objetivo de influir sobre sus representantes legales a que los incentiven y los involucren más en actividades de ocio productivas como los deportes, música, dibujo, literatura, etc.
3. Desarrollar programas y talleres grupales que promuevan mejorar la autoestima en los cursos inferiores de la institución.
4. Se recomienda también hacer estudios complementarios, para validar los datos obtenidos.

Bibliografía

- Acosta, R., y Hernández, A. (2004). La autoestima en la educación. *Límite*, 11(1), 82-95. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/836/83601104.pdf>
- Alarcón, D., y Bárrig, P. (25 de Noviembre de 2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit*, 21(2), 253-259. Obtenido de http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_21_2_conductas-internalizantes-y-externalizantes-en-adolescentes.pdf
- Alfonso, J., Huedo, T., y Espada, J. (Diciembre de 2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25(2), 330-338. Obtenido de http://www.um.es/analesps/v25/v25_2/15-25_2.pdf
- Alvarado, A. M., Guzman, E., y González, M. T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(2), 417-428. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29210214.pdf>
- Alzate, M. V., Arbeláez, M. C., y Arango, S. (1998). La autoestima como proceso potencializador del desarrollo humano. *Chumanas*(19). Obtenido de <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev19/alzate.htm>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (Julio de 2004). *Desordenes de Conducta*. (33). Obtenido de http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Desordenes-de-la-Conducta-033.aspx
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Barra, E., y Olivari, C. (2005). Influencia de la Autoeficacia y la Autoestima en la Conducta de Fumar en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 23(2), 5-11. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/785/78523201/>
- Bolton de la Sociedad de Pediatría de Asturias. (2014). Autoimagen en los dos primeras etapas de la adolescencia y factores relacionados. *Origen*, 54(227), 5-13. Obtenido de https://www.sccalp.org/documents/0000/2034/BolPediatr2014_54_5_13.pdf

- Butler, R., y Gasson, S. (2005). Autoestima / auto concepto Escalas para niños y adolescentes: una revisión. *Child and adolescent mental health*, 10(4), 190-201. Obtenido de http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-3588.2005.00368.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
- Cava, M. J., Musitu, G., & Vera, A. (2000). Efectos Directos e Indirectos de la Autoestima en el Animo Depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17(2), 151-161. Obtenido de <https://www.uv.es/lisis/mjesus/5cava.pdf>
- Cevallos, E., y Rodrigo, M. (1998). *Desarrollo Humano*. Madrid: Alianza.
- Coleman, J., y Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia* (Cuarta ed.). Madrid: Morata.
- Cruz, F., Bandera, A., y Gutierrez, E. (2002). *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la adolescencia*. La Habana , Cuba: MINSAP. Obtenido de <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20VI.pdf>
- Dekovic, M., Wissink, I., y Meijer, A. M. (2004). The role of family and peer relations in adolescent antisocial. *ELSEVIER: Journal of Adolescence*, 27, 497-514. Obtenido de <file:///C:/Users/Daniel/Downloads/Dekovic-04roleoffamilyandpeerrelationsinadolescentantisocialbehavior.pdf>
- Defensor del Pueblo. (2007). *Violencia escolae: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006*. Madrid: Defensor del Pueblo.
- Eguizabal, R. (2007). *Autoestíma*. Lima: Instituto de Desarrollo Humano AMEX SAC.
- Estévez , E., Martínez, B., y Musitu, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional. *Intervención Psicosocial*, 15(2), 223-232. Obtenido de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/102110.pdf>
- Feldman, J. (2005). *Autoestima ¿Cómo desarrollarla? Juegos, actividades, recursos, experiencias creativas* (Vol. 3). Madrid: Narcea S.A. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=dW7Zr4v6WEIC&printsec=frontcover&dq=feldman#v=onepage&q&f=false>
- Garaigordobil, M., Durá, A., y Pérez, J. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: un estudio con adolescentes de 14 a 17 años.

Anuario de la psicología clínica y de la salud, 56-63. Obtenido de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_1_esp_53-63.pdf

García, M. C., Cerezo, T., De la Torre, M. J., De la Villa Carpio, M., y Casanova, P. F. (2011). Prácticas educativas paternas y problemas internalizantes y externalizantes en adolescentes españoles. *Psicothema*, 23(4), 654-659. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3937.pdf>

Gil, M. L., y Valdez, J. L. (Enero-Junio de 2000). Autoconcepto en mujeres mexicanas y españolas. Un análisis transcultural. *Revista de Psicología y salud*, 10(1).

González, M. F., y López, M. E. (2006). Autoestima e Inteligencia emocional en los niños. Colombia: Gamma, S.A.

Gonzalez-Arratia, N., Valdez, J. L., & Serrano, J. (Julio de 2003). *Ciencia Ergo Sum*, 10(2), 174. Obtenido de <http://cienciaergosum.uaemex.mx/index.php/ergosum/article/view/3550/2602>

Good, T., y Brophy, J. (1997). *Psicología Educativa Contemporánea*. México: Mc Graw Hill.

Hogg, M., y Vaughan, G. (2010). *Psicología Social* (Quinta ed.). Madrid: Panamericana.

IBM Corporation. (2011). Obtenido de ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/es/client/Manuals/IBM_SPSS_Statistics_Core_System_Users_Guide.pdf

Jiménez, T. (2011). Autoestima de Riesgo y Protección: Una Mediación entre el Clima Familiar y el Consumo de Sustancias en Adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 53-61. Obtenido de http://ac.els-cdn.com/S1132055911700345/1-s2.0-S1132055911700345-main.pdf?_tid=b8788728-1793-11e6-9112-00000aab0f6c&acdnat=1462983570_177c533f652e4dc96d9155a9948b67eb

Jiménez, T., Murgui, S., y Musitu, G. (2007). COMUNICACIÓN FAMILIAR Y ÁNIMO DEPRESIVO: EL PAPEL MEDIADOR DE LOS RECURSOS PSICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 259-271. Obtenido de https://www.uv.es/lisis/terebel/5_jimenez.pdf

Justicia, F., Benítez, J. L., Pichardo, C., Fernandez, E., Gracia, T., y Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista*

- Electrónica de Investigación Psicoeducativa, 4(9), 131-150. Obtenido de <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?117>
- Laursen, B. (1996). Cercanía y conflicto en las relaciones entre pares adolescentes : La interdependencia poco con amigos y socios románticos. (M. Bukowski, F. Newcomb, & W. Hartup, Edits.) New York.
- Llanes, J., y Castro, M. E. (2002). Cómo proteger a los preadolescentes de una vida con riesgos. México D.F: Pax México. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=hPG65CEFiM0C&printsec=frontcover&dq=como#v=onepage&q=como&f=false>
- López, S., Castillo, J., y Jerves, M. (2013). Desarrollo del Adolescente. (G. Pinos Abad, V. Pinos Vélez, & M. Palacios Cordero, Edits.) Cuenca, Ecuador.
- Majluf, A. (1999). Psicopatología del adolescente de Lima según el inventario de problemas conductuales de Achenbach. Revista de Psicología de la PUCP, 17(1), 47-71. Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7383/7604>
- Moreira , V., Sánchez, A., y Mirón, L. (Noviembre de 2010). EL GRUPO DE AMIGOS EN LA ADOLESCENCIA . Boletín de Psicología(100), 7-21. Obtenido de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N100-1.pdf>
- Musito, G., y García, F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. Psicothema, 16(2), 288-293. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/1196.pdf>
- Noboa, G., Salamea, R., y Vivar, G. (2002). Las Pandillas Juveniles en la Ciudad de Cuenca. Cuenca: Banco Central del Ecuador.
- OMS. (1995). Salud del Adolescente. Washingtong. Obtenido de <http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>
- Papalia, D., Duskin, K., y Wendkos, S. (2001). Psicología del Desarrollo (Octava ed.). Bogotá: Mc Graw Hill.
- Papalia, D., Feldman, R., y Martorell, G. (2012). Desarrollo Humano (Duodécima ed.). México: Mac Graw Hill.

- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2004). *Psicología del desarrollo* (Undécima ed.). México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano* (Undécima ed.). México: Mac Graw Hill.
- Peralta, P., Quezada, E., y Quezada, S. (2005). Proyecto para aplicar técnicas de PNL. *Revista Semestral de la Universidad de las Américas*, 132. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/reader.action?docID=10148174>
- Rodríguez, C., y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3). Obtenido de <http://es.slideshare.net/Chispita161290/autoestima-en-la-adolescencia-analisis>
- Rodriguez, C., y Caño, A. (2012). Autoestima en la Adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56024657005>
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., y Rosenberg, F. (1995). Autoestima global y específico: conceptos diferentes, resultados diferentes. *American Sociological Association*, 141-156. Obtenido de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.476.8200&rep=rep1&type=pdf>
- Ruiz, P. J. (8 de Octubre de 2013). *Psicología del adolescente y su entorno*. Siete días médicos, 2,3,4,5,6,7. Obtenido de [file:///C:/Users/Daniel/Downloads/Psicologia_del_adiollescente_y_su_entorno%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Daniel/Downloads/Psicologia_del_adiollescente_y_su_entorno%20(6).pdf)
- Secretaria General de la Organización de los Estados Americanos. (Junio de 2007). Obtenido de <http://www.oas.org/dsp/documentos/pandillas/informe.definicion.pandillas.pdf>
- Sprinthall, N., Sprinthall, R., y Oja, S. (2002). *Psicología de la Educación*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., y de la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno disocial*. (B. Shoshana, J. Del Bosque, J. Alfaro, & M. Medina, Edits.) México. Obtenido de

http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastorno_disocial.pdf

Wills, T. (1994). Self-esteem and perceived control in adolescent substance use: Comparative tests concurrent and prospective analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8(4), 223-234. Obtenido de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1995-13843-001>

Anexo 1**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

“PROBLEMAS DE CONDUCTAY AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA DEL
COLEGIO PARTICULA LA ASUNCIÓN”

Descripción

Entiendo que el señor Daniel Álvarez egresado de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, realizará un estudio, previo a la obtención de su título como Psicólogo Clínico, en la unidad Educativa particular “La Asunción”, contando con la debida aprobación del rector Ing. Patricio Feijó C.

El objetivo de la investigación es conocer en la actualidad el nivel de autoestima y los problemas de conducta en los adolescentes.

Para lo cual mi aporte será brindar información, respondiendo con sinceridad a los cuestionarios que se aplicaran.

Confidencialidad y privacidad

Toda información obtenida en este estudio es completamente confidencial.

Otras consideraciones

Los alumnos que participen en esta investigación tendrán el permiso respectivo de las autoridades, por lo que no se considera un riesgo en su rendimiento académico.

Consentimiento voluntario del participante

He leído el documento precedente del consentimiento, o me han leído, y entiendo completamente el contenido de este documento y consiento voluntariamente participar.

Todas mis preguntas referenciadas a la investigación han sido contestadas. Acuerdo por este medio participar en este estudio de investigación. Si tengo alguna duda en el futuro, sobre este estudio, serán contestadas por el investigador antes mencionado.

Recibiré una copia de este documento. Este consentimiento termina una vez que haya concluido este estudio.

Firma del participante: _____

Firma del representante: _____

Anexo 2

Escala de autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Anexo 3

Cuestionario del Youth Self Report

Y. S. R.¹ (11-18 años)

Edad: _____ Sexo: Varón Mujer Curso: _____ Nombre: _____

Fecha de hoy: _____ Profesión del padre: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Profesión de la madre: _____

I. Por favor, enumera los deportes en los que te gusta más participar. (Por ejemplo, natación, baloncesto, fútbol, pesca, patinaje, monopatín, etc.).

Ninguno

	Menos que el promedio	Promedio	Más que el promedio	Por debajo del promedio	Promedio	Por encima del promedio
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Por favor, enumera tus aficiones, actividades y juegos favoritos, aparte de los deportes. (Por ejemplo, postales, libros, piano, artesanías, etc.). No incluyas la televisión.

Ninguno

	Menos que el promedio	Promedio	Más que el promedio	Por debajo del promedio	Promedio	Por encima del promedio
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Por favor, enumera cualquier tipo de organizaciones, clubs, equipos o grupos a los que pertenezcas.

Ninguno

	Menos activo	Promedio	Más activo
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Youth Self Report. © Copyright T.M. Achenbach. Reproduced by permission
 Adaptación experimental de S. Lemos. Universidad de Oviedo

VIII. A continuación se enumeran diversas frases que describen algunas conductas. En cada frase describe lo que a ti te pasa *ahora* o durante los *últimos 6 meses* rodeando con un círculo el 2 si lo que dice es *muy cierto* o te ocurre *frecuentemente*; el 1 si la frase es *algo cierta* o te sucede a veces; y el 0 si *no es cierta*.

0 = No es verdad 1 = Algo verdadero o verdad a medias 2 = Muy verdadero o frecuentemente es verdad

0	1	2	1.	Me comporto como si tuviera menos edad de la que tengo	0	1	2	32.	Pienso que tengo que ser perfecto
0	1	2	2.	Padezco alguna alergia (describela):	0	1	2	33.	Pienso que nadie me quiere
					0	1	2	34.	Creo que los demás quieren fastidiarme o que vienen a por mí.
					0	1	2	35.	Pienso que no valgo para nada o que soy inferior
0	1	2	3.	Discuto mucho	0	1	2	36.	Con frecuencia me hago daño sin querer
0	1	2	4.	Tengo asma	0	1	2	37.	Me meto en muchas peleas
0	1	2	5.	Me comporto como las personas del otro sexo	0	1	2	38.	Me toman mucho el pelo
0	1	2	6.	Me gustan los animales	0	1	2	39.	Suelo andar con chicos que se meten en problemas
0	1	2	7.	Suelo fanfarronear	0	1	2	40.	Oigo cosas que ninguna otra persona parece oír (describelas):
0	1	2	8.	Tengo problemas para concentrarme o mantener la atención					
0	1	2	9.	No puedo apartar la mente de ciertos pensamientos (describelos):	0	1	2	41.	Actúo sin pararme a pensar
0	1	2	10.	Tengo dificultad para mantenerme sentado	0	1	2	42.	Me gusta estar solo.
0	1	2	11.	Dependo demasiado de las personas mayores	0	1	2	43.	Miento o engaño
0	1	2	12.	Me siento solo	0	1	2	44.	Me muerdo las uñas
0	1	2	13.	Me siento confuso o incapaz de comprender las cosas	0	1	2	45.	Soy nervioso
0	1	2	14.	Lloro mucho	0	1	2	46.	Tengo tics o movimientos nerviosos en algunas partes de mi cuerpo (describelos):
0	1	2	15.	Soy bastante honrado	0	1	2	47.	Tengo pesadillas
0	1	2	16.	Soy tacaño con los demás	0	1	2	48.	No les gusto a los demás
0	1	2	17.	A menudo "sueño despierto" (es decir, me entrego a fantasías)	0	1	2	49.	Puedo hacer algunas cosas mejor que la mayoría
0	1	2	18.	Deliberadamente he tratado de hacerme daño a mi mismo o suicidarme	0	1	2	50.	Soy demasiado miedoso o ansioso
0	1	2	19.	Trato de llamar mucho la atención	0	1	2	51.	Siento vértigo
0	1	2	20.	Destrozo mis cosas	0	1	2	52.	Siento demasiada culpabilidad
0	1	2	21.	Destrozo las cosas de los demás	0	1	2	53.	Como demasiado
0	1	2	22.	Desobedezco a mis padres	0	1	2	54.	Me siento muy cansado o agotado
0	1	2	23.	Desobedezco en el colegio	0	1	2	55.	Tengo excesivo peso
0	1	2	24.	Soy mal comedor				56.	Tengo problemas físicos sin una causa médica conocida:
0	1	2	25.	No me relaciono con los demás	0	1	2	a.	Dolores o achaques
0	1	2	26.	No me siento culpable cuando hago algo que está mal	0	1	2	b.	Dolores de cabeza
0	1	2	27.	Siento celos de los demás	0	1	2	c.	Nauseas y mareos
0	1	2	28.	Estoy dispuesto a ayudar a los demás cuando lo necesitan	0	1	2	d.	Problemas con la vista (describelos):
0	1	2	29.	Le tengo miedo a algunos animales, situaciones o lugares, aparte del colegio (describelas):	0	1	2	e.	Sarpullidos o erupciones en la piel
					0	1	2	f.	Dolores o calambres en el estómago
					0	1	2	g.	Vómitos
					0	1	2	h.	Otros (describelos):
0	1	2	30.	Tengo miedo de ir al colegio	0	1	2	57.	Ataco físicamente a la gente
0	1	2	31.	Tengo miedo de pensar o hacer algo malo					

- 0 1 2 58. Me picoteo o pellizco la piel u otras partes del cuerpo (describelas):
- 0 1 2 59. Puedo ser bastante simpático
- 0 1 2 60. Me gusta intentar cosas nuevas
- 0 1 2 61. Mi rendimiento escolar es flojo
- 0 1 2 62. Soy algo torpe o coordino mal los movimientos
- 0 1 2 63. Me gustaría más estar con chicos mayores que con los de mi edad
- 0 1 2 64. Me gustaría más estar con chicos más pequeños que con los de mi edad
- 0 1 2 65. Me niego a hablar
- 0 1 2 66. Repito constantemente algunas acciones (describelas):
- 0 1 2 67. Me escapé de casa
- 0 1 2 68. Grito mucho
- 0 1 2 69. Soy reservado o me guardo las cosas para mi mismo
- 0 1 2 70. Veo cosas que nadie más parece ser capaz de verlas (describelas):
- 0 1 2 71. Soy inseguro o fácilmente me siento desconcertado
- 0 1 2 72. Provoco incendios
- 0 1 2 73. Puedo trabajar bien con mis manos
- 0 1 2 74. Suelo presumir o darme importancia
- 0 1 2 75. Soy tímido
- 0 1 2 76. Duermo menos que la mayoría
- 0 1 2 77. Duermo más que la mayoría durante el día o por la noche (describelo):
- 0 1 2 78. Tengo buena imaginación
- 0 1 2 79. Tengo algún problema de lenguaje (describelo):
- 0 1 2 80. Sé defender mis derechos
- 0 1 2 81. Robo cosas en mi casa
- 0 1 2 82. Robo cosas en otros lugares fuera de casa
- 0 1 2 83. Almaceno cosas que no necesito (describelas):
- 0 1 2 84. Hago cosas que a otros les pueden parecer extrañas (describelas):
- 0 1 2 85. Tengo pensamientos que otros creerian que son extraños (describelos):
- 0 1 2 86. Soy terco
- 0 1 2 87. Mi humor o estado de ánimo cambia repentinamente
- 0 1 2 88. Me gusta estar en compañía de otras personas
- 0 1 2 89. Soy desconfiado
- 0 1 2 90. Hago juramentos o utilizo un lenguaje sucio
- 0 1 2 91. Pienso en suicidarme
- 0 1 2 92. Me gusta hacer reír a los demás
- 0 1 2 93. Hablo demasiado
- 0 1 2 94. Molesto mucho a los demás
- 0 1 2 95. Tengo un carácter fuerte
- 0 1 2 96. Pienso demasiado en el sexo
- 0 1 2 97. Amenazo con hacer daño a la gente
- 0 1 2 98. Me gusta ayudar siempre a los demás
- 0 1 2 99. Me obsesiono demasiado con estar limpio y bien cuidado
- 0 1 2 100. Tengo problemas para dormir (describelos):
- 0 1 2 101. Falto a clase o dejo de acudir al colegio
- 0 1 2 102. No tengo mucha energía
- 0 1 2 103. Me siento desgraciado, triste o deprimido
- 0 1 2 104. Cuando hablo, grito más que los demás o impongo mi opinión levantando la voz
- 0 1 2 105. Consumo alcohol o drogas no prescritas por el médico (describelas):
- 0 1 2 106. Procuero ser amable con los demás
- 0 1 2 107. Disfruto cuando alguien cuenta un buen chiste
- 0 1 2 108. Me tomo la vida con calma
- 0 1 2 109. Procuero ayudar a la gente cuando puedo
- 0 1 2 110. Me gustaría pertenecer al otro sexo
- 0 1 2 111. Evito mezclarme con los demás
- 0 1 2 112. Me preocupo mucho

Por favor, escribe a continuación cualquier otra cosa que describa tus sentimientos, conductas o intereses:

ASEGURATE DE QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS

Anexo 4

Youth Self Report

YSR PROFILE FOR BOYS & GIRLS — SYNDROME SCALES

Name _____

	Internalizing		Externalizing		T
	Boys	Girls	Boys	Girls	
26	26	26	29	30	100
25	25	25	28	29	95
24	24	24	27	28	90
23	23	23	26	27	85
22	22	22	25	26	80
21	21	21	24	25	75
20	20	20	23	24	70
19	19	19	22	23	65
18	18	18	21	22	60
17	17	17	20	21	55
16	16	16	19	20	50
15	15	15	18	19	
14	14	14	17	18	
13	13	13	16	17	
12	12	12	15	16	
11	11	11	14	15	
10	10	10	13	14	
9	9	9	12	13	
8	8	8	11	12	
7	7	7	10	11	
6	6	6	9	10	
5	5	5	8	9	
4	4	4	7	8	
3	3	3	6	7	
2	2	2	5	6	
1	1	1	4	5	
0	0	0	3	4	
			2	3	
			1	2	
			0	1	

Normal Range: <50 to 69
Clinical Range: 70 to 100

%ile: 98, 93, 84, 69, <50

Sum (a) + (b) + (c): T

Total

Date YSR filled out: _____

Age _____

ID# _____

Computations

Scale I _____

+ II _____

+ III _____

+ IV _____

+ V _____

+ VI _____

+ Other Probs _____

+ VIII _____

+ VII _____

Internal (a) T

External (b) T

Anexo 5









