

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en estudiantes del nivel
secundaria de instituciones educativas estatales de Chota – Cajamarca”**

Tesis

**Para obtener el título de:
Licenciada en Psicología**

Autora:

Br. Graylin Milagros Chávez Sánchez

Asesora:

Dra. Lidia Mercedes Silva Ramos

TRUJILLO – PERÚ

2017

“Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de instituciones educativas estatales de Chota – Cajamarca”

PRESENTACIÓN

Sres. Miembros del Jurado Calificador.

En cumplimiento con las normas del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Psicología, someto a vuestro criterio profesional la tesis titulada “Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota - Cajamarca”.

La investigación tiene como objetivo Analizar la relación entre los Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.

Con la convicción de que se le otorgará el valor justo y con total disposición a sus observaciones, se agradece anticipadamente por las sugerencias y apreciaciones que se brinde a la investigación.

Trujillo, Agosto de 2017

Br. Graylin Milagros Chávez Sánchez

DEDICATORIA

A mis padres, por su esfuerzo y su confianza depositada en mí, su paciencia y su gran amor.

A mis objetivos. Por ser el motor de mis decisiones y esta profesión el inicio de un sólido camino para llegar a ellos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Supremo por la fortaleza y madurez que me está permitiendo desarrollar para seguir logrando cada meta que me propongo hasta ahora.

A mis padres por la confianza y el apoyo brindado a lo largo de mis estudios y la continuación del desarrollo de mi profesión.

A mi maestra la Dra. Mercedes Silva Ramos, por su paciencia, orientación y asesoría en el desarrollo de esta investigación.

A las Instituciones Educativas Estatales “Abel Carbajal Pérez” y el “Colegio San Juan de Chota”, por permitirme realizar esta investigación en sus instalaciones, brindándome las facilidades necesarias.

Y finalmente, F. Castañeda y C. Guevara y a mis demás amigos. Aquellas personas que han estado presente en los momentos fuertes de mi vida y que hasta ahora van sumado directa e indirectamente en mí para continuar luchando por lograr la culminación de esta tesis y mis demás objetivos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN.....	xi
SUMMARY	xii
CAPITULO I: MARCO METODOLÓGICO	13
1.1. EL PROBLEMA	14
1.1.1. Delimitación del problema	14
1.1.2. Formulación del problema	18
1.1.3. Justificación del estudio.....	18
1.1.4. Limitaciones.....	19
1.2. OBJETIVOS	19
1.2.1. Objetivos generales	19
1.2.2. Objetivos específicos.....	19
1.3. HIPÓTESIS.....	20
1.3.1. Hipótesis generales.....	20
1.3.2. Hipótesis específicas	20
1.4. VARIABLES E INDICADORES	21
1.4.1. Variables de Estudio.....	21
1.4.2. Indicadores.....	21
1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN	22
1.5.1. Tipo de investigación	22
1.5.2. Diseño de investigación.....	22
1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	23

1.6.1.	Población	23
1.6.2.	Muestra	25
1.7.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
1.7.1.	Técnicas	26
1.7.2.	Instrumentos.....	27
1.8.	PROCEDIMIENTO.....	30
1.9.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	31
CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL TEÓRICO.....		33
2.1.	Antecedentes	34
2.2.	Marco teórico	37
CAPITULO III: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....		74
3.1.	Resultados	75
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS		85
4.1.	Discusión de Resultados	86
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		99
5.1.	Conclusiones	100
5.2.	Recomendaciones	103
CAPITULO VI: REFERENCIAS Y ANEXOS		106
6.1.	Referencias Bibliográficas	107
6.2.	Anexos	115
Anexo 1: Prueba del cuestionario ESPERI para la Detección de los Trastornos		115
del Comportamiento en Adolescentes de 11/12 – 17 años.....		115
Anexo 2: Hoja de Corrección del cuestionario ESPERI (11/12 – 17 años)		117
Anexo 3: Prueba del cuestionario de Autoconcepto de Garley (CAG).....		120
Anexo 4: Hoja de Respuestas del Cuestionario de Autoconcepto de Garley (CAG)		122
Anexo 5: <i>Confiabilidad del Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca</i>		124

Anexo 6: Validez Ítem-test corregido, del Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.....	125
Anexo 7: Confiabilidad del Cuestionario de Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca	126
Anexo 8: Validez Ítem-test corregido, del Cuestionario de Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.....	127
Anexo 9: Normas en percentiles, del Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.....	128
Anexo 10: Normas en percentiles, del Cuestionario de Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.....	129
Anexo 11: ASENTIMIENTO INFORMADO.....	130

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de Estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca en el año 2015	24
Tabla 2: Muestra de Estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca, distribuidos según género y grado de estudios en el año 2015.	25
Tabla 3. Correlación de los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca	75
Tabla 4. Nivel de Trastornos del Comportamiento en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca	76
Tabla 5. Nivel de Trastornos del Comportamiento, según factor, en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.....	77
Tabla 6. Nivel de Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca	78
Tabla 7. Nivel de Autoconcepto, según dimensión, en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca	79
Tabla 8. Correlación del factor Disocial los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca	80
Tabla 9. Correlación del factor Inatención-Impulsividad los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca	81
Tabla 10. Correlación del factor Pre-Disocial los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca	82

Tabla 11. Correlación del factor Psicopatía de los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca83

Tabla 12. Correlación del factor Hiperactividad de los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca84

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre los Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota - Cajamarca; la población estuvo conformada por 303 adolescentes cuyas edades oscilan entre 12 y 17 años de ambos sexos, y que se encuentran matriculados del 1er al 5to grado del nivel secundaria en el año 2015, de donde se obtuvo una muestra de 202 estudiantes. El diseño de estudio utilizado fue Descriptiva – Correlacional. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes – ESPERI (Parellada, 2009) y el Cuestionario de Autoconcepto Garley – CAG (García, 2001). Los resultados obtenidos demuestran que existe correlación altamente significativa, inversa y en grado medio ($p < .01$) entre los Trastornos del Comportamiento con el Autoconcepto.

Palabras Claves: Trastornos del Comportamiento, Autoconcepto, Estudiantes del Nivel Secundaria.

SUMMARY

The present research had as objective to analyze the relationship between Behavior Disorders and Self - concept in students of the secondary level of Educational Institutions of Chota - Cajamarca; The population consisted of 303 adolescents between the ages of 12 and 17 of both sexes, who are enrolled from 1st to 5th grade of the secondary level in 2015, where a sample of 202 students was obtained. The study design used was Descriptive - Correlational. The instruments used were: the Questionnaire for the Detection of Behavioral Disorders in Children and Adolescents - ESPERI (Parellada, 2003) and the Garley Self-Concept Questionnaire - CAG (García, 2001). The results obtained show that there is a highly significant, inverse and average correlation ($p < .01$) between Behavior Disorders and Self-concept.

Keywords: Behavior Disorders, Self-concept, Secondary Students.

CAPITULO I:
MARCO METODOLÓGICO

1.1. EL PROBLEMA

1.1.1. Delimitación del problema

Los Trastornos del Comportamiento, se caracterizan por un patrón repetitivo de comportamiento desobediente, disocial, opositor, provocador o agresivo (CIE – 10, Clasificación Internacional de las Enfermedades, de la OMS). En caso extremo puede llegar a violaciones de las normas y leyes, excesivas para el carácter y edad del mismo individuo. Por tanto, son comportamientos que van más allá de la simple rebeldía adolescente. En consecuencia, es de suma importancia delimitar cuándo estos comportamientos constituyen un problema de riesgo clínico o cuándo constituye un paso más en la trayectoria evolutiva normal de su etapa adolescente. Para Parellada (s.f.) el desarrollo del individuo, tanto a nivel personal como social, la adaptación a la vida, la consecución de los roles esperados, la aceptación de la realidad personal y social, y la integración al entorno que a cada uno le toca vivir, produce una tensión en los individuos que puede expresarse a veces en forma de comportamientos agresivos, rechazo a las normas u otro tipo de comportamientos socialmente poco deseables. Así mismo, menciona que los comportamientos y las actitudes son la resultante de la interacción de las demandas externas e internas a las que se enfrenta la persona, con el registro de respuestas adquirido hasta ese momento en su trayectoria vital. En la mayoría de casos los trastornos del comportamiento se asocian a diversos factores como: el aspecto económico, familias desestructuradas, ambientes de crianza desfavorables, relaciones interpersonales, fracaso escolar; aspectos que es necesario tener en cuenta para un abordaje integral y adecuado de los problemas del adolescente (Parellada, Martínez, San Sebastián, 2009). Una de las características más relevantes de una persona es su autoconcepto. Los diferentes enfoques en psicología clínico, social,

educativo, etc., conocen la trascendencia que tiene en la conducta la visión y valoración que se sostiene sobre sí mismo. Esto es especialmente cierto en el ámbito educativo, entre otras cosas, por su efecto, ya tan probado, sobre la motivación en el trabajo intelectual (Martínez Arias, 2001). El Autoconcepto, viene a ser la imagen total de los rasgos y capacidades que tiene cada persona de sí misma. Es “una construcción cognoscitiva... un sistema de representaciones descriptivas y evaluativas acerca del yo” que determina la manera en que nos sentimos con nosotros mismos y guía nuestras acciones (Harter, 1996, p. 207). El autoconcepto empieza a establecerse a medida que se desarrolla la conciencia de sí mismos. El autoconcepto no es innato; se construye y define a lo largo del desarrollo del individuo por la influencia de las personas significativas del medio familiar, escolar y social, y como consecuencia de las propias experiencias de éxito y fracaso (González Torres, 1994). El sentido del yo también tiene un papel importante en el aspecto social: durante la adolescencia se incorporan en su autoimagen su comprensión cada vez mayor de cómo los ven los demás. Con ello, el ser humano va formando el concepto de sí mismo a partir de sus propias experiencias y de las valoraciones que recibe de las personas importantes de su medio social, como son los padres, profesores y compañeros. Durante la formación familiar, cuando los padres responden con desaprobación las emociones negativas de sus hijos o las castigan, por ejemplo emociones como la irritación y el temor, éstas posiblemente se expresen en forma más intensa y afecten la adaptación social de los adolescentes, tornándose reservados y ansiosos respecto a la percepción de sentimientos negativos (Faebes, Leonard, Kupanoff y Martin, 2001). A medida que se aproximan a la adolescencia temprana, la intolerancia de los padres respecto a la emoción negativa de los adolescentes puede agudizar el conflicto entre los

padres y el hijo, y si no es manejada de manera adecuada, puede desencadenar algún trastorno de comportamiento en ellos (Eisenberg et al., 2004). Así también, los adolescentes experimentan una intensa necesidad de pertenecer a un grupo social y ser considerado dentro de él. El Autoconcepto que va adquiriendo a lo largo de su vida social los lleva a tomar sus propias decisiones, siendo esto parte del desarrollo y formación de su personalidad, identificándose como ser singular, diferente de los demás. Las experiencias van siendo más intensas y se aproxima a la vida y responsabilidad adulta, el adolescente va adquiriendo un mejor conocimiento de sí mismo, se forma una opinión más ajustada de su personalidad y se preocupa por conocer los rasgos que lo definen. Estando los diversos elementos constitutivos del autoconcepto sometidos a numerosas fluctuaciones con la edad y condicionados a las valoraciones, evaluaciones y juicios que emiten las personas significativas durante su etapa, un adolescente con Autoconcepto Positivo tiene muchas probabilidades de ser un adulto feliz y exitoso, es un factor importante en el ajuste emocional y social del individuo. Por otra parte, un Autoconcepto Negativo produce un comportamiento inseguro y desconfiado ante el mundo, tomando decisiones cuyas consecuencias traen conflictos consigo mismos y la sociedad con la que interactúa (Ferro Hurtado, s.f.).

Tomando referencia de los comportamientos observados en el nivel secundario del 1er al 5to grado de los centros educativos del contexto de estudio en la presente investigación, se evidencia los siguientes indicadores: bajo rendimiento escolar, actitudes reprimidas (actitud temerosa, si se les preguntaba algo permanecían con la cabeza gacha, el timbre de voz bajo) y con dificultad para socializar; inconformidad con su propia imagen y manera de pensar fomentándose el recelo cuando se comparan con otras personas; así también, alumnos que tienen

el concepto de tener mayor poder de carácter frente a figuras de autoridad (padres o maestros) o de su mismo nivel (hermanos, compañeros, pares) hacia los cuales muestran comportamientos de burla, agresividad, menosprecio y subestimación, porque saben que éstos no responderán frente a la agresión que ellos expresen, o “les da igual” si lo hacen, con comportamientos de osadía para enfrentar a quien responde.

En beneficio a lo descrito anteriormente y tomado en cuenta la relación entre las variables: Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en adolescentes, se ha visto útil realizar la presente investigación en la población estudiada. Así mismo, identificar comportamientos específicos en los adolescentes que evidenciarán cuáles de estos forman parte de su desarrollo evolutivo normal en su etapa adolescente y cuales comportamientos son mas bien indicadores de riesgo del inicio y/o desarrollo de un Trastorno del Comportamiento; por tal motivo, también se desarrolló la adaptación de los instrumentos que miden dichas variables en la población adolescente evaluada de la ciudad de Chota. Con esta tesis se beneficiará a los centros educativos que participaron para la investigación, contribuyendo con los tutores para un mayor control y preocupación al observar el comportamiento de sus alumnos. De igual manera, con los resultados adquiridos se plantearán recomendaciones que en conjunto con la ayuda de los profesores, el área de psicología en el colegio y de los padres de familia, se corregirá la calidad del autoconcepto que se está desarrollando en los adolescentes, contribuyendo a un mejoramiento en su ajuste personal, social y en el clima y rol familiar, previniendo un futuro desarrollo de trastornos del comportamiento o interrumpiendo su transcurso, en los alumnos que se identifiquen con tendencia a desarrollar algún Trastorno del Comportamiento.

1.1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota - Cajamarca?

1.1.3. Justificación del estudio

- El estudio sobre la relación entre las variables: Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto es de suma importancia, puesto que contribuirá a otras investigaciones que consideran la notable influencia que tiene la percepción y valoración sobre uno mismo en las decisiones y el comportamiento de una persona.
- La presente investigación favorecerá al conocimiento de las variables por medio de los hallazgos encontrados que incrementarán el marco teórico de ambas variables.
- Es de relevancia social dado que los Trastornos del Comportamiento pueden traer consecuencias desfavorables en la familia, en los ambientes educativos y la sociedad misma.
- Los resultados de la presente investigación servirán de base para plantear medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria para favorecer a la población estudiada y otras similares.
- Los resultados contribuirán en la ampliación de información sobre la relación existente entre los Trastornos de Comportamiento y el Autoconcepto; y esta a su vez, como base informativa para estudios similares y plantear futuros trabajos de investigación.

1.1.4. Limitaciones

- Los resultados encontrados en la presente investigación solo se generalizarán a poblaciones con características similares a la estudiada.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivos generales

- Analizar la relación entre Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca en el año 2015.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de los Trastornos del comportamiento en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.
- Identificar los niveles del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.
- Relacionar los niveles del factor Disocial de los Trastornos del Comportamiento con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Estatales de Chota – Cajamarca.
- Relacionar los niveles del factor Inatención - Impulsividad de los Trastornos del Comportamiento con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.
- Relacionar los niveles del factor Pre - Disocial de los Trastornos del Comportamiento con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en

estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.

- Relacionar los niveles del factor Psicopatía de los Trastornos del Comportamiento con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.
- Relacionar los niveles del factor Hiperactividad de los Trastornos del Comportamiento con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.

1.3. HIPÓTESIS

1.3.1. Hipótesis general

- Existe relación entre los Trastornos del Comportamiento con el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca en el año 2015.

1.3.2. Hipótesis específicas

- Los niveles del factor Disocial de los Trastornos del Comportamiento se relacionan con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.
- Los niveles del factor Inatención - Impulsividad de los Trastornos del Comportamiento se relacionan con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.

- Los niveles del factor Pre - Disocial de los Trastornos del Comportamiento se relacionan con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.
- Los niveles del factor Psicopatía de los Trastornos del Comportamiento se relacionan con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.
- Los niveles del factor Hiperactividad de los Trastornos del Comportamiento se relacionan con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.

1.4. VARIABLES E INDICADORES

1.4.1. Variables de Estudio

- **Variable de Estudio 1:**

Trastornos del Comportamiento

- **Variable de Estudio 2:**

Autoconcepto

1.4.2. Indicadores

Trastornos del Comportamiento. Evaluado a través del Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes – ESPERI (Pareallada, San Sebastián y Martínez, 2009):

- Factor Disocial o conducta Antisocial
- Factor de Inatención – Impulsividad
- Factor Pre – disocial

- Factor Psicopatía (ausencia de empatía, egocentrismo)
- Factor Hiperactividad

Autoconcepto. Evaluado a través del Cuestionario de Autoconcepto Garley – CAG (García Torres, 2001):

- Autoconcepto Físico
- Aceptación Social
- Autoconcepto Familiar
- Autoconcepto Intelectual
- Autoevaluación Personal
- Sensación de Control

1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN

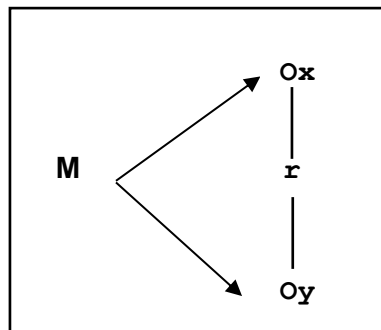
1.5.1. Tipo de investigación

El presente estudio de investigación es Sustantiva, toda vez que combina las características de la investigación pura y aplicada; es decir, se asuma una perspectiva teórica – científica, para describir y explicar un problema y al mismo tiempo, los resultados del estudio pueden ser de utilidad para la población sobre la que se realiza la investigación (Sánchez & Reyes, 2006).

1.5.2. Diseño de investigación

El diseño de la presente investigación es Descriptiva – Correlacional debido a que tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos variables de interés en una misma muestra de sujetos (Sánchez y Reyes, 2006).

Puede ser esquematizado de la siguiente forma:



Dónde:

M: Alumnos de Instituciones Educativas Estatales

Ox: Trastornos del Comportamiento

Oy: Autoconcepto

r: Relación entre las variables

1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

1.6.1. Población

La población del estudio estuvo conformada por 303 estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca, cuyas edades oscilan entre 12 y 17 años de ambos sexos del año 2015, y que asisten regularmente a sus clases. Se ha distribuido de la siguiente manera:

- Institución educativa Abel Carbajal Pérez, con un total de 173 alumnos de ambos sexos, 97 varones y 76 mujeres, desde el 1er grado al 5to grado del nivel secundaria, del año 2015.

- Institución educativa San Juan con un total de 130 alumnos de ambos sexos, 69 varones y 61 mujeres, del 1er grado del nivel secundaria, del año 2015.

Tabla 1: Población de Estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca en el año 2015.

I. E. ABEL CARBAJAL PEREZ	
GRADO/ SECCION	TOTAL GRADO
1ro A – B	40
2ro A – B	36
3ro A – B	35
4ro A – B	34
5ro A – B	28
TOTAL	173
I. E. E. SAN JUAN	
GRADO/ SECCION	TOTAL GRADO
1ro G – J	130
TOTAL	130
TOTAL POBLACIÓN	303

En la Tabla 1, se aprecia la población de estudiantes del 1ro al 5to grado del nivel secundaria de las Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca donde se desarrolló la presente investigación, siendo una población total de 303 alumnos.

1.6.2. Muestra

El tamaño muestral se determinó a través del método probabilístico aleatorio simple, utilizando para ello la fórmula de Cochram.

$$n = \frac{Z^2 pq N}{E^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

p = Probabilidad de ocurrencia del evento

q = Probabilidad de no ocurrencia

E = Márgenes de error permitido

Z = Nivel de confianza

N = Población

Tabla 2: Muestra de Estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca, distribuidos según género y grado de estudios en el año 2015.

Grado de estudios	Genero				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primero	68	33,7	43	21,3	111	54,9
Segundo	10	5,0	17	8,4	27	13,4
Tercero	16	7,9	9	4,5	25	12,4
Cuarto	8	4,0	14	6,9	22	10,9
Quinto	10	5,0	7	3,5	17	8,4
Total	112	55,6	90	44,6	202	100,0

En la Tabla 2, se aprecia la muestra de estudiantes distribuido según grado y género del 1ro al 5to grado del nivel secundaria de las Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca en el año 2015, conformando la muestra un total de 202 alumnos de ambos sexos.

Criterios de Inclusión:

- Los alumnos con edades entre 12 y 17 años.
- Alumnos de género femenino y masculino.
- Matriculados en el año 2015.
- Alumnos del 1er al 5to año del nivel secundario.
- Estudiantes que hayan contestado correctamente los instrumentos de evaluación.
- Estudiantes del nivel secundaria que estén matriculados en los turnos mañana y tarde.
- Alumnos que aceptaron contestar las pruebas de evaluación después de haber leído la carta de asentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Alumnos considerados dentro de la inclusión educativa.

1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.7.1. Técnicas

Psicométrica Directa

1.7.2. Instrumentos

A. Cuestionario para la Detección de Trastornos del Comportamiento (ESPERI)

El nombre completo del instrumento es Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes (ESPERI) creado por los autores: María José Pareallada, Javier San Sebastián y Rosario Martínez Arias en el año 2009. Con el propósito de permitir la detección precoz de los problemas de conducta para poder realizar una intervención más temprana y precisa. El cuestionario está dirigido para adolescentes entre los 12 a 17 años de edad. Su administración es de forma colectiva sin determinación de tiempo, mediante las normas Media, desviación típica y percentilar, otorgando 1 punto por cada ítem.

El cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento en adolescentes, comprende los siguientes factores:

Factor de Primer Orden (Parellada, San Sebastián, Martínez y Arias, 2003):

- Factor Disocial o Conducta Antisocial: los elementos que lo componen son fundamentalmente conductas externalizadoras observables, trasgresoras de normas y derechos de los demás.
- Factor Inatención – Impulsividad: los elementos que lo componen son fundamentalmente conductas características del TDAH que representan los aspectos de inatención e impulsividad.
- Factor pre- disocial: conductas de agresión y exclusión hacia otras personas, se caracteriza de forma muy clara a las conductas disociales de otros individuos, y en

particular de sexo femenino, que sin embargo, suelen tener menos conductas abiertamente agresivas.

- Factor psicopatía (ausencia de empatía y egocentrismo): aunque la psicopatía no forma parte de la lista de trastornos en DSM ni en CIE, y muchas características de este rango aparece en el Trastorno Disocial, exigen algunos aspectos no encubiertos por éste, tales como la ausencia de empatía, egocentrismo y culpabilidad.
- Factor Hiperactividad: es otro de los componentes del TDAH que surge como factor de primer orden separado del cuestionario de 12 – 17 años y que representa el componente hiperactivo, caracterizado especialmente por una actividad excesiva e inapropiada sin relación a tareas u objetos.

La factorización de la matriz de correlaciones entre los factores de primer orden dio lugar a dos macrofactores de segundo orden, que son congruentes con la literatura de los trastornos del comportamiento, como lo es el hecho de que la sintomatología tenga medias de intensidades mayores con la edad.

Factor de Segundo Orden (Parellada, San Sebastián, Martínez y Arias, 2003)

- Disocial: compuesto por los factores de primer orden de Disocial, predisocial (exclusión y agresión a otras personas) y Psicopatía.
- Inatención/ Hiperactividad/ Impulsividad: que recoge los tres componentes del TDAH, que en el análisis del primer orden se dividían en dos factores.

En la validez, todas las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas, con valores en general superiores a 0.35 y la consistencia interna fue de 0.73. Todos estos indicadores apuntan a la posibilidad de mantener esta subescala, como una escala separada,

válida para el diagnóstico. Se estableció que el procedimiento era adecuado, ya que el índice de Kaiser – Meyer – Olkin alcanzó un valor muy alto, próximo a (1.931), encontrándose además que la matriz de correlaciones fue estadísticamente significativa, según la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < .001$). El procedimiento seguido para la obtención de los factores fue el método de factores principales, seguido de rotación PROMAX. Así mismo, la confiabilidad fue obtenida con el Coeficiente Alpha de Crobach que, por convención, se recomienda que sus valores en los cuestionarios sean iguales o mayores que 0.70. Los valores de los índices de discriminación de los ítems son en general muy elevados, superando en todos los casos el límite convencional de 0.30.

B. Cuestionario de Autoconcepto Garley (CAG)

El nombre original del cuestionario es cuestionario de Autoconcepto Garley, el cual fue creado por la autora, García Torres Belén de Procedencia Española en el año 2001. Su Administración puede ser de forma individual y colectiva, tiene un tiempo de duración de 15 minutos. Así mismo está dirigido a adolescentes. El cuestionario está constituido por 28 ítems tipo Likert, distribuidas en 6 dimensiones y cada una está conformada por 8 ítems: La dimensión física, se refiere al grado de aceptación y satisfacción con el propio aspecto o apariencia física. La segunda dimensión es la social, el cual indica cómo se percibe el sujeto en cuanto a su habilidad para ser aceptado por otros y para tener amigos. La tercera dimensión es la familiar, esta dimensión permite evaluar cómo es que el sujeto se relaciona con su familia y el grado de satisfacción que le proporciona su situación familiar. Otra de las dimensiones que conforman el cuestionario de autoconcepto Garley es la dimensión intelectual, el cual muestra cómo se evalúa el sujeto con respecto a sus capacidades intelectuales y a su rendimiento académico. La dimensión personal, evalúa la valoración global como

persona. Es un plano de abstracción superior al de las dimensiones anteriores, por ello se puede considerar como una escala de autoestima. La última dimensión es Sensación de Control (para su uso reducido de la palabra lo llamamos “Control”): Dimensión más novedosa, valora al sujeto en el plano de los objetos, de las personas y del pensamiento en qué grado cree que controla esa realidad.

En la validez, las correlaciones encontradas fueron estadísticamente significativas ($p < .01$) y ($p < .05$). Para hallar la validez se utilizó el método de validez convergente con el SES de Rosenberg encontrando índices de correlación (.10 y .59), asimismo se utilizó la correlación de Spearman entre las dimensiones del Autoconcepto y elección sociométricas obteniendo índices de correlación entre (- .20 y .39). De igual manera, se obtuvo la Correlación de Pearson entre todas las Dimensiones de Autoconcepto y Habilidades mentales (BodyG-M renovado) obteniéndose los índices de correlación (- .10 y .43). De la misma manera, la confiabilidad de la prueba se ha obtenido mediante el coeficiente de Cronbach y arroja un valor de .87 que se puede considerar indicativo de alta consistencia interna. Las subescalas muestran unos valores variables de consistencia interna. Era de esperar que las subescalas Física, Intelectual y Social presentaran los niveles más altos, seguido del personal. La consistencia interna de la dimensión Familiar y de Sensación de Control, que abarcan un espectro más amplio de situaciones y conductas presentan una consistencia interna más baja.

1.8. PROCEDIMIENTO

Se visitó la Institución Educativa entablándose una entrevista con el director de la misma, dándole a conocer el interés para la aplicación de los instrumentos: Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en Niños y

Adolescentes (ESPERI) y el Cuestionario Autoconcepto Garley (CAG), a los alumnos de la entidad a la que representa. Los directores de las Instituciones Educativas Estatales mostraron interés y apoyo hacia la investigación. Una vez logrado la aceptación de la dirección de cada Institución educativa, se coordinó horarios con el administrador y los tutores de cada sección para la aplicación de los instrumentos. Al ingresar a sus aulas, se inició dando lectura del asentimiento informado y se les informó a los estudiantes que iban a ser parte de una investigación y el objetivo con el que se les estaba evaluando, recalando que la evaluación sería totalmente anónima, cuyos resultados sólo los iban a tener la psicóloga de su colegio y la investigadora. Entonces, para poder identificarlos se les requirió que colocaran su número de orden, sección y género en la parte superior, así tendríamos la conformidad de su consentimiento para poder proceder con la evaluación. Contando con su participación en la presente investigación, se procedió a señalar las instrucciones y orientaciones necesarias para el desarrollo de los instrumentos; así también se absolvió las preguntas que surgieron de los estudiantes. Una vez terminada la aplicación y obtenidos los resultados, se procedió a clasificar los protocolos idóneos y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos por el autor.

1.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Luego de la aplicación de los instrumentos de evaluación en los estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca, se procedió a la crítica codificación, depurando las pruebas incompletas y las que pertenecen al criterio de exclusión especificado, para poder elaborar la base de datos en una hoja de cálculo Excel 2010.

Respecto al análisis correlacional, el proceso de evaluación de la asociación entre las variables: Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto, en los alumnos involucrados en la investigación, fue mediante la prueba estadística de Coeficiente de correlación de Spearman.

Finalmente, el procesamiento de los datos fue realizada de manera automatizada usando como soporte el Paquete Estadístico Aplicado de las Ciencias Sociales (SPSS) versión 23.0; presentando los resultados en tablas estadísticas de simple y doble entrada elaboradas según lo exigen las normas del Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (APA).

APITULO II:
MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacional

Garaigordobil, Dura, Pérez (2005) realizaron un estudio con el objetivo de conocer las relaciones de concomitancia entre síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto - autoestima. La muestra estuvo constituida por 322 adolescentes de 14 a 17 años de edad de ambos sexos. Para recoger los datos, se utilizó el cuestionario de SCL – 90.R, las escalas de problemas de conducta EPC, Autoconcepto AF5 y la de Rosemberg de Autoestima. Los resultados muestran que los adolescentes de ambos sexos con autoconcepto global positivo tienen menos problemas de conducta.

V. Mestre Escrivá, P. Samper García y E. Pérez – Delgado (2001), el estudio se realizó con el fin de evaluar el Clima Familiar y Desarrollo del Autoconcepto. Un estudio longitudinal en población adolescente. La muestra estuvo conformada por 333 participantes varones y mujeres. Con una media de edad de 15.08 años en la primera evaluación y de 16.38 en el retest. Los resultados indican que las variables personales, edad y sexo modulan el autoconcepto de los adolescentes. En relación al clima familiar, los factores de cohesión, expresividad y organización familiar guardan una relación positiva con todas las áreas del autoconcepto, mientras que la conflictividad familiar es el factor que mantiene una relación negativa.

Nacional

Matalinares, Arenas, Dioses, Muratta, Pareja, Díaz, García, Diego y Chávez (2005), investigaron si existía o no relación entre la Inteligencia Emocional y el Autoconcepto. Con una muestra de 203 colegiales de ambos sexos, con edades entre 15 y 18 años. Para recoger los datos, aplicaron el Inventario de Inteligencia Emocional de Ice Baron y el test de Evaluación de Autoconcepto (Musitu, García y Gutiérrez). Según resultados: el estudiante que tiene un mejor concepto de sí, como un ser físico, social y espiritual, tiende a sentirse bien consigo y a desarrollar con éxito su potencial. Tienden a ser empáticos y se relacionan mejor con las personas. Manejan con facilidad situaciones estresantes y rara vez perdiendo el control.

Rivera & Cahuana Cuentas (2016), realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes no institucionalizados. La muestra consistió en 929 alumnos de secundaria entre 13 y 17 años de edad. Se aplicó una batería de instrumentos sobre datos sociodemográficos, conductas antisociales y funcionamiento familiar: relación, satisfacción, cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar. Se analizaron las variables por medio de modelos de ecuaciones estructurales diferenciados por sexo. Los resultados mostraron que el funcionamiento familiar, en ambos sexos, y el número de hermanos, en los varones, son factores protectores frente a las conductas antisociales. Los factores de riesgo son: maltrato infantil y violencia entre los padres, en las mujeres; además del consumo de alcohol en los padres, para ambos sexos.

Local

Escobar & Said (2008, citado en S. Bermejo Escobedo, 2012), realizaron una investigación para conocer la relación entre Socialización y Autoconcepto, utilizando un diseño descriptivo correlacional en alumnos del primer al tercer año del nivel secundario de la I.E. Liceo Trujillo, con una muestra de 234 alumnos adolescentes, utilizando como instrumentos la escala de Autoconcepto y la Batería de socialización. Se arriban a las siguientes conclusiones: si el adolescente ha crecido formando un autoconcepto positivo, reconociendo sus fortalezas y debilidades, el retraimiento social irá disminuyendo. Además si ha logrado incorporar a su repertorio de habilidades, pautas y reglas aceptadas por la sociedad, logrará adaptarse a las diferentes demandas sociales. Sin embargo, mientras más negativo sea el autoconcepto lo limitará en su desarrollo personal.

Mestas & Rodriguez (2009, citado en S. Bermejo Escobedo, 2012) investigaron la relación entre conductas agresivas y el bienestar psicológico entre estudiantes de 3 y 4 de secundaria de una institución educativa de Trujillo. La muestra fue de 137 estudiantes con edades entre 14 y 16 años. Se aplicó el cuestionario de Agresividad de J. Manuel Andreu Rodríguez, M. Elena Peña Fernández y José Luis Graña Gomez y la escala de Bienestar Psicológico para jóvenes de casullo (BIEPS-J). Los resultados mostraron correlaciones significativas entre las escalas de agresividad física y el bienestar psicológico. Siendo así que, si los jóvenes en sus hogares son carentes de afecto y el maltrato predomina, van a reaccionar de la misma manera con su entorno. Así mismo, existe relación directa entre agresión verbal y bienestar psicológico, manifestándose en situaciones de opresión que no pueden ser manejadas con asertividad.

2.2. Marco teórico

Partiendo de la premisa propuesta por Parellada, San Sebastián, Martínez y Martín (2003) “De los problemas del comportamiento a los Trastornos de Conducta”, la conducta antinormativa es frecuente en el desarrollo evolutivo de los adolescentes y es importante intentar determinar cuándo constituye un problema de importancia clínica y cuándo constituye un paso más en la trayectoria evolutiva normal de la etapa adolescente. Es decir, no todo comportamiento antisocial justifica una atención psicopatológica o un tratamiento psiquiátrico. A partir de esta consideración se constituye una importancia clara la evaluación de los problemas de comportamiento y su especificación como problemas aislados, comportamientos de riesgo o conjunto de síntomas que configuran un trastorno como tal.

2.2.1. Definición de los Trastornos del Comportamiento

Los Trastornos del Comportamiento son actualmente un tema de alto interés y preocupación para la sociedad y la psicología, evidenciándose en las diversas investigaciones respecto al tema para lograr su detección precoz y evitar su desarrollo.

Según los autores del instrumento de evaluación, Martínez & Martín, Parellada, San Sebastián (2009); trastornos del comportamiento es un término psiquiátrico, diagnóstico, que se refiere a un conjunto de síntomas y que son considerados desde el punto de vista de la psicopatología.

Los Trastornos del Comportamiento se caracterizan por un patrón repetitivo de comportamiento disocial, provocador o agresivo. (CIE – 10, clasificación internacional de las enfermedades de la OMS), en grado extremo puede llegar a

violaciones de las normas y leyes, excesivas para el carácter y edad del individuo, por tanto son comportamientos que van más allá de la simple rebeldía adolescente.

El origen y la evolución de los Trastornos del Comportamiento son muy variables. Se sabe que en muchos casos el problema desaparece al llegar a la madurez en la vida adulta. Sin embargo, un porcentaje de casos evolucionan hacia trastornos crónicos que continúan en la vida adulta. Desde el punto de vista psiquiátrico, la evolución puede ser hacia la continuidad del desarrollo de trastornos de la personalidad, el abuso de alcohol u otras sustancias o hacia trastornos afectivos u otros trastornos psiquiátricos. Una de las evoluciones más graves es hacia el trastorno Antisocial de la personalidad, consistiendo en una manera de ser fría, con comportamientos agresivos y muchas veces violentos, sin preocupación y empatía alguna hacia los demás. Entre los problemas asociados se encuentra el consumo de sustancias (Abrantes, Berkeley, Brown y Tomlinson, 2003; Clayton y Lenkefeld, 2003; Fischer, Flecher y Smallsh, 2004) citados en Parellada et al., 2009, bajo rendimiento académico y abandono temprano de la escuela (Du Paul et al., 2004; trementine et al., 2001) citados en Parellada et al., 2009, así como el desarrollo de conductas antisociales y problemas con la ley (Edens, Eskeem, Hume, Kennedy, Patrick y Patryka, 1996; Salekin, Rogers y Machin, 2001) citados en Parellada et al., 2009.

El origen y las consecuencias de los Trastornos del comportamiento repercuten significativamente en las familias, las escuelas y la sociedad en general. De acuerdo con los autores, la mayor parte de problemas de conducta que muestran los adolescentes se asocian con ambientes de crianza desfavorable, familias disfuncionales, fracaso escolar, desencadenando conductas de descontrol en el ámbito familiar, escolar y social. La continuidad de estos factores genera un

incremento constante de alumnos con problemas de comportamiento. Cabe mencionar también que uno de los motivos del comportamiento adolescente, es la forma de actuar de los padres (disciplina negativa) estrés, depresión, disfunción personal, escaso apoyo (Becerra, 2013). Aspectos de suma importancia para tener en cuenta en la prevención de los Trastornos del Comportamiento (Gallardo, 2013).

2.2.1.1. Adolescencia y los Trastornos del Comportamiento

La adolescencia es el periodo de un individuo durante su desarrollo biológico, psicológico, sexual y social, inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad. En esta etapa se empieza a experimentar cambios y madurez en las esferas del desarrollo: biológico y sexual (físico y hormonal), así como también en el psicológico (cognitivo y conductual). Los cambios rápidos y súbitos a nivel físico que experimentan los adolescentes los lleva a ser tímidos, sensibles y a estar preocupados respecto a los propios cambios corporales. Pueden hacer comparaciones angustiosas respecto a ellos mismos y sus compañeros. Durante la adolescencia, es normal que los jóvenes empiecen a separarse de sus padres y a establecer su propia identidad. En algunos casos, esto puede ocurrir sin problemas de los padres y otros miembros de la familia. Sin embargo, en algunas familias, la rebeldía del adolescente puede conducir a conflictos a medida que los padres tratan de mantener el control. A medida que los adolescentes se alejan de los padres en búsqueda de su propia independencia, sus amigos se vuelven más importantes. Su grupo de amigos puede convertirse en un refugio seguro, en el cual el adolescente puede probar nuevas ideas. En la adolescencia temprana, el grupo de compañeros

por lo general consta de amistades no románticas, a menudo incluye "pandillas", bandas o clubes. Los miembros del grupo de compañeros con frecuencia intentan comportarse y vestirse en forma semejante, tener códigos secretos o rituales y participar en las mismas actividades. A medida que el joven avanza hacia la adolescencia media (14 a 16 años) y más allá, el grupo de compañeros se extiende para incluir amistades románticas (Vivir Seguros, 2015 "El Comportamiento en los Adolescentes"). La adolescencia es una época de crecimiento y maduración en el cerebro, cuyos cambios más frecuentes en el comportamiento es la toma de Riesgos. Los adolescentes son conocidos por tomar riesgos, la búsqueda de la novedad, comportamiento imprudente e impulsividad. Donde un cierto grado de asunción de riesgos en la adolescencia es Normativo y Adaptativo. La toma de riesgos puede llevar a los adolescentes a explorar el comportamiento y los privilegios de los adultos, cumplir con las tareas normales del desarrollo y a aprender de sus errores. Sin embargo, la toma de riesgos también es un potencial para resultados negativos. El cerebro de un adolescente es menos capaz de inhibir conductas impulsivas que el cerebro de un adulto. Esto significa que en las situaciones en que un adulto puede parar de actuar impulsivamente, un adolescente no. Sin embargo, mientras más va desarrollando el adolescente su madurez cerebral, son más capaces de controlar su comportamiento y son más capaces de suprimir voluntariamente conductas impulsivas. Esto se debe a que más circuitos cerebrales son reclutados para ayudar a suprimir la impulsividad. El control eficaz de los actos impulsivos no se desarrolla completamente hasta la edad adulta. La adolescencia suele ser un periodo de aumento de la impulsividad y las conductas de riesgo, pero algunos adolescentes podrían ser especialmente propensos a involucrarse en este tipo de comportamientos (L. Aragón, 2014. "Comportamiento Adolescente"). En esta

etapa también los adolescentes presentan una Crisis de Individualidad. Esto se explica en dos aspectos: el Individual, donde se percibe la afirmación del yo, con gusto por la soledad, el secreto, las excentricidades en el vestir, o en su forma de hablar o de pensar. Necesita reformar, transformar el mundo, ser distinto y especial. Y el aspecto Social, donde se percibe la rebelión juvenil. Rebelión en cuanto a los sistemas de valores de los adultos y las ideas recibidas. Acusan al adulto sobretodo su falta de comprensión y el hecho de que atenta contra su independencia. Hay una necesidad clara de participación, la uniformidad en el lenguaje y en la vestimenta de los adolescentes, que no es más que la necesidad de afecto, de ser considerado, aprobado por el propio grupo y que a veces lo viven de una forma obsesiva. Esta necesidad de afecto y aprobación se ve manifestada mediante la tensión que están viviendo, y genera en el adolescente sentimientos de angustia e inseguridad que lo manifiesta por medio de comportamientos agresivos como respuesta, usándolo como un mecanismo de defensa habitual. La cólera del adolescente ante la negativa a sus exigencias, la irritabilidad, la propensión a la violencia, que de momento les supone una disminución de tensión, pero que por su puesto es sólo momentánea, provoca las malas contestaciones, los portazos, las reacciones desmedidas en las peleas con los hermanos o pares, etc. Estas características encajan dentro de una normalidad durante la etapa adolescente, sin embargo, la angustia, la depresión, la irritabilidad, el ir contra las normas puede volverse patológico cuando es exagerado, cuando su comportamiento y modo de vivir se encuentra condicionado por estas y que de alguna forma, le alejan en exceso de la realidad (I. Menéndez Benavente, s.f. “Características del Comportamiento Adolescente”). El avance de las patologías ligadas al comportamiento es lábil. Es por ello, que en algunos casos durante la evolución hacia la vida adulta y la implicancia de la madurez, pueden

desaparecer. Sin embargo, en la gran mayoría de casos evolucionan a trastornos crónicos que continúan en la vida adulta. Por tal motivo, resulta indispensable que al evaluar el comportamiento de un adolescente se debe tomar en cuenta la etapa de desarrollo evolutivo en la que se encuentra, el entorno y situación y la continuidad del mismo.

En cuanto al aspecto cognitivo y conductual, la OMS (citado en Gallardo Bereche, 2013), está tomando en cuenta diferentes trastornos del comportamiento en el adolescente, los cuales pueden catalogarse en dos grandes ramas: uno es el Desarrollo Natural y Evolutivo (rebeldía, indisciplina) y el otro Trastorno del Comportamiento es ya una dificultad Psicológica. Es así que la conducta de rebeldía y desobediencia se desarrolla con normalidad en el proceso progresivo de los adolescentes y es necesario definir la etapa en el que constituye un problema de importancia clínica y diferir la etapa en la que es un desarrollo normal propio del adolescente. En otras palabras no toda conducta antinormativa presenta implicación psicopatológica o un tratamiento psiquiátrico. Es por ello que se establece la relevancia de evaluar los trastornos del comportamiento y especificar si son dificultades aisladas, actitudes comportamentales de riesgo o en su mayoría criterios que constituyen un trastorno específico (Luna Ibáñez et al., 2015). Al respecto, la delincuencia es un término legal, conducta antisocial hace referencia al comportamiento que trasgrede normas de la sociedad y principios de las personas, mientras que Trastornos del Comportamiento es una expresión psiquiátrica, término, que hace referencia a sintomatologías que encierra lo mencionado anteriormente y además, son temas tratados dentro del campo de la psicopatología (Parellada et al., 2009)

2.2.1.2. Importancia de la detección precoz y diagnóstico de los Trastornos del Comportamiento

Continuamente se perciben los diferentes comportamientos de los adolescentes, en la calle, en el colegio, en una reunión con sus pares o con figuras de autoridad. Las respuestas que muestran en sus actitudes provocadas por estímulos internos o externos pueden ser las referencias más evidentes para saber identificar si estamos frente a un adolescente con problemas de comportamiento. Algunos predictores más importantes de las conductas disruptivas están en el propio individuo, como es el caso de la impulsividad o el comportamiento oposicionista. Otros predictores están en la familia y en el ambiente social (escuela, barrio, grupo de iguales, etc), pero en general hay bastante consenso en que la acumulación de factores de riesgo aumenta de forma sustancial y exponencial la posibilidad de aparición de trastornos del comportamiento duraderos. También se ha demostrado que hay distintos factores de riesgo asociados a distintas edades, de manera que en un meta – análisis completo (Derzon y Lipsey, 1998, citados en Parellada et al., 2009) se recogen como factores predictores más importantes en jóvenes de 12 a 14 años de edad, donde la falta de lazos sociales fuertes, tener amistades antisociales, una actitud negativa hacia el colegio, fracaso escolar y algunas características psicológicas, como la impulsividad son los más importantes predictores de la conducta antisocial grave.

Un aspecto importante a la hora de considerar la evolución de las formas tempranas de conductas trasgresoras o conductas disociales más tardías, es que la continuidad de estas no es sólo homotípica (es decir, una conducta, por ejemplo agresiva, se mantiene en el tiempo), sino que es también una continuidad heterotípica (una conducta disocial en el tiempo se convierte, o se asocia a otro tipo

de conducta disocial). De hecho, se ha demostrado que la mayoría de los comportamientos trasgresores se correlacionan entre sí (Coie y Loeber, 2001, citados en Parellada et al., 2009). A pesar de ello, los análisis factoriales suelen mostrar que se pueden diferenciar algunos factores, como el comportamiento oposicionista, la conducta disocial y la conducta disocial encubierta (Fergusson, Horwood y Linskey, 1994) citados en Parellada et al., 2009.

2.2.1.3. Tipos de Trastornos de Conducta

Según los clasificadores internacionales DSM – IV (American Psychiatric Association, 1994) y CIE – 10 (OMS, 1992), se contemplan 3 tipos de trastornos del comportamiento:

- a. Trastorno disocial o trastorno de conducta,
- b. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad,
- c. El trastorno oposicionista desafiante.

Así mismo, el DSM – IV (citado en J. Luna Ibañez, 2015) supone dos descripciones para realizar diagnósticos de trastorno de conducta, puesto que considera que para hacer en todos los casos diagnosticados de trastorno de conducta, por considerar que tienen significativas implicancias de tipo pronóstico y terapéutico. La primera, la edad de origen, tomando en cuenta el inicio que antecede (inicio infantil) o posterior a los 10 años haciéndose evidente su inicio en la adolescencia. La implicancia subsecuente, es el rigor, resaltando como leves los casos que presentan un número de criterios insuficientes y escasamente superior al necesario al necesario para realizar el diagnóstico y presenta una pobre consecuencia hacia las personas del entorno. Y se considera de gravedad los que obtienen mayor número

de criterios, haciéndose evidente en la gravedad que puedan causar en las personas que se encuentren en su entorno, y como moderados aquellos entre los dos subgrupos anteriores.

(Parellada, et al, 2009), manifiesta que tradicionalmente se han percibido los Trastornos de Conducta desde aspectos elementales, se hace mención al que refiere que una adaptación ecológica y circunstancias extraordinarias y adversas era el eje fundamental de la patología. Esta afirmación procede necesariamente de un estudio realizado en jóvenes delincuentes criados en ambientes “psico – socialmente tóxicos”. Trastornos de Conducta según Parellada (2003):

2.2.1.3.1. Trastorno Disocial:

Parellada (2003) refiere que se caracteriza por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple rebeldía adolescente (CIE – 10). Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar, y se presenta con más frecuencia en el género masculino. A estos adolescentes no les importa el sufrimiento de las personas que los rodean, ellos disfrutan con lo que hacen, mienten para no ser culpados por sus fechorías que cometen, desafían la autoridad. Las consecuencias de su comportamiento pueden derivar en penas judiciales, educativas y sociales que, en ocasiones, suponen sanciones, como ser expulsados del colegio o reclusos en

centros de rehabilitación. Ríos (citado en C. Ríos Ríos, 2013). Para el diagnóstico se debe tener en cuenta el nivel de desarrollo del adolescente. Las formas de comportamiento disocial en los adolescentes en las que se basa el diagnóstico pueden ser:

1. **Comportamiento Agresivo y destructor:** que se manifiesta tanto a las personas como hacia los animales, grados excesivos de peleas o intimidaciones, destrucción grave de pertenencias ajenas, sin que exista de manera aparente afectación emocional, falta de culpa y de empatía, este comportamiento suele ir unido a amenazas o daño físico.
2. **Falsedad y engaño:** utilizados para obtener aquello que de otra forma no alcanzaría o para evitar la ejecución de sus responsabilidades u obligaciones.
3. **Violación de reglas y de derechos de los demás:** faltar a clase sin justificación, hacer bromas pesadas, travesuras, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes, pasar la noche fuera de casa, a pesar de la negativa de los padres.

2.2.1.3.2. Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad

Parellada (2003), los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por la interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión de que pierden la atención en una tarea por que pasan a entretenerse con otra. Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado. La Hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto, o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorciones. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio. Las conductas más frecuentes en este trastorno: suelen ser descuidados e impulsivos, expuestos a accidentes, y planean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suele ser desinhibida, con una falta de prudencia y reserva naturales. Regularmente estos problemas perduran incluso al llegar a la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

2.2.1.3.3. Trastorno Negativista:

Según Josué & Lino (2010), citado en el trastorno negativista, se caracteriza por un patrón de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y hostiles hacia los compañeros, profesores y otras figuras de autoridad. Son

adolescentes porfiados, discutidores, desafiantes y provocadores que se enojan y pierden el control con facilidad. A diferencia del Trastorno Disocial, no hay violaciones de las leyes ni los derechos básicos de los demás. Este comportamiento se presenta por un periodo mayor a 6 meses y con más intensidad que en otros adolescentes de su misma edad. Este trastorno interfiere casi siempre en sus relaciones interpersonales, su vida familiar y su rendimiento escolar. Como consecuencias secundarias a estas dificultades, los niños suelen tener baja autoestima, escasa tolerancia a las frustraciones y depresión.

El Trastorno Negativista desafiante parece ser más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con trastornos del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias. Además algunos estudios sugieren que las madres con trastornos depresivos cuentan con más probabilidades de tener hijos con trastornos negativista, además dicho trastorno es más frecuente en familias donde existen conflictos conyugales graves. Manifestándose la sintomatología negativista también, aunque con menor frecuencia, como reacción a un accidente, enfermedad, después de un evento traumático; o puede ser una defensa contra sentimientos de incapacidad, incompetencia, pérdida de autoestima o tendencia de sumisión. Para explicar el origen de los rasgos negativistas Josué y Lino (2010), en base a sus investigaciones, sugieren las siguientes teorías:

- a) **Teoría Biológica – Fisiológica:** los autores consideran que hoy día parece un hecho demostrado que en los adolescentes con problemas de conducta existen

factores heredados de tipo neurofisiológico, psicofisiológico y bioquímico que lo predisponen a manifestar conductas inmaduras, infantiles y de baja tolerancia a la frustración. Se sabe que la conducta agresiva está relacionada con factores bioquímicos (con sustancias que tenemos en el cerebro), hormonas.

b) Teoría del Aprendizaje: los investigadores plantean que las características negativas del Trastorno son aptitudes que los jóvenes aprenden de las técnicas negativas empleadas por padres y figuras de autoridad (castigos, golpes, gritos, ignorarlos). Esto hace que los jóvenes tengan conductas agresivas, groseras y rebeldes; ya que de esta forma logran la atención, el tiempo, la preocupación, la atención de sus padres o de la figura de autoridad.

2.2.1.4. Factores de los Trastornos del comportamiento del cuestionario ESPERI de jóvenes de 12 – 17 años (Martínez, Parellada, San Sebastián, 2009):

Factores de primer orden:

- a) Factor Disocial o Conducta Antisocial:** los elementos que la componen son fundamentalmente conductas externalizadoras, observables, trasgresoras de normas y derechos de los demás.
- b) Factor Inatención – Impulsividad:** Los elementos que lo componen son fundamentalmente conductas características TDAH que representan los aspectos de inatención e impulsividad.

- c) **Factor Pre – Disocial:** conductas de agresión y exclusión hacia otras personas. Es un factor muy interesante porque incluye conductas y maneras de actuar, las primeras observables, y las segundas, más encubiertas, que pueden estar subyaciendo a un trastorno disocial o evolucionar hacia él. Elementos como “humillo a otras personas”, “dejo en ridículo a otros”. Se caracterizan de forma muy clara a las conductas disociales de algunos individuos, y en particular de sexo femenino, que sin embargo, suelen tener menos conductas abiertamente agresivas.
- d) **Factor Psicopatía (ausencia de empatía, egocentrismo):** aunque la psicopatía no forma parte de la lista de trastornos en DSM y CIE, y muchas de las características de este rasgo aparecen en el trastorno disocial, exigen algunos aspectos no encubiertos por éste, tales como la ausencia de empatía, egocentrismo y culpabilidad.
- e) **Factor Hiperactividad:** es otro de los componentes del TDAH que surge como factor de primer orden separado del cuestionario de 12 – 17 años y que representa el componente hiperactivo, caracterizado especialmente por una actividad excesiva e inapropiada sin relación a tareas u objetos.

2.2.2. Definición del Autoconcepto

Una de las características psicológicas más relevantes de una persona es su autoconcepto. Para hacer un retrato psicológico de alguien, además de describir su conducta, necesitamos conocer la opinión que esa persona tiene sobre sí misma. “Si lo exponemos como las dos caras de una moneda, la conducta sería lo objetivamente observable desde el exterior y el autoconcepto la valoración subjetiva del propio individuo desde el interior” (García, 2001, p. 5).

2.2.2.1. Definiciones Conceptuales

Shavelson (1985, p.107), “El autoconcepto, es la percepción que tiene una persona sobre sí misma. Esta percepción se forma a través de las interpretaciones que hacemos sobre las experiencias que nos ocurren. Y está influido especialmente por las evaluaciones que hacen los otros significativos, por los refuerzos, y por las atribuciones que hacemos sobre nuestra propia conducta” (citado en Carol Vásquez Fukumoto, 2013a, p.27).

Machargo (1996, citado en Gómez 2006, p.17), el Autoconcepto hace referencia a los aspectos cognitivos, afectivos y evaluativos. (citado en Carol Vásquez Fukumoto, 2013b, p.27).

William Fitts (1965, 1972), quien define la perspectiva multidimensional del autoconcepto “como un medio de comprensión del individuo desde su propio marco de referencia para una mejor planificación y asistencia a cargo de aquellos que le pueden conducir a una rehabilitación y/o autorealización” (citado por J. Amar

Amar & B. Hernández Jiménez, 1569a. Revista Psicología Desde El Caribe: “Autoconcepto y Adolescentes Embarazadas Primigestas Solteras”, 2013).

2.2.2.2. Evolución del Autoconcepto

El individuo, en interacción con el ambiente, va evolucionando, experimentando cambios en su desarrollo, alcanzando niveles cada vez mayores de complejidad, organización, estabilidad. Por ello, con la edad, va adquiriendo mayor capacidad de organizar el conjunto de percepciones sobre sí mismo en generalizaciones (conceptos). De esta forma, el desarrollo partirá de un estado de globalidad y falta de diferenciación a otro de diferenciación y globalidad. Así el autoconcepto llegará a ser multifacético. Las facetas que lo integran se irán diferenciando, articulando y organizando paulatinamente con la edad, llegando a una mayor complejidad, consistencia y estabilidad. Con el desarrollo, en el Autoconcepto se producen variaciones en el predominio de ciertas escalas en detrimento de otras.

2.2.2.3. Estructura del Autoconcepto

Según Fitts (1965, citado por J. Amar Amar & B. Hernández Jiménez, 1569b), la estructura del Autoconcepto está compuesta por tres escalas en las que se estructura la experiencia sensible del sujeto que constituyen los factores internos:

- a. Identidad**, predominio del componente cognitivo. Se refiere a la forma en que el sujeto describe su identidad básica, indica cómo se ve a sí mismo y responde a “cómo soy” (representación cognitiva).

- b. Autosatisfacción**, área afectiva. Refleja el nivel de satisfacción consigo mismo, es decir, de Autoaceptación. Responde a la cuestión “cómo me siento” (evaluación, satisfacción con uno mismo).
- c. Conducta**, referido al área comportamental. Indica la medida como el sujeto se percibe a nivel de comportamiento. El sujeto evalúa si su comportamiento es coherente con su Autoconcepto. Responde a la cuestión “qué hago conmigo mismo” (nivel de coherencia entre lo que uno es y su conducta).

2.2.2.4. Enfoques del Autoconcepto

A. Enfoque Unidimensional

El estudio del autoconcepto estaba dominado por una perspectiva unidimensional, en la cual este constructo era típicamente representado por un único puntaje que hacía referencia al autoconcepto general, autoconcepto total, autoconcepto global o, en ocasiones, autoestima global.

Esta orientación es evidente entre los investigadores más destacados desde la década de 1960 a mediados de la década de 1980, quienes centran su atención en los aspectos comunes, más que en las diferentes respuestas de los individuos, planteando una única dimensión, como la medida por Rosenberg (1963) o la defendida por Coopersmith (1967), García, Musitu y Veiga, (2006), (citados en García, F. y Musitu, G. (2014). De la misma manera, Coopersmith, (1967) y Marx y Winne (1978) (citados en N. Beatriz, Pappalettera y Adriana Kepic, s.f. “Autconcepto Profesional en la formación docente”), plantearon que el autoconcepto poseía una dimensión única, haciendo hincapié en los aspectos más globales, presentándolo como un constructo simple y estático, es decir que las

personas no distinguían entre los diferentes dominios de sus vidas a la hora de elaborar autopercepciones. Éste podría ser diferenciado adecuadamente y debía ser el centro del estudio (Marsh y Shavelson, 1985). Los enfoques unidimensionales del autoconcepto sugieren que este constructo es consistente en los diferentes dominios de la conducta humana.

B. Enfoque Multidimensional

Frente a estos clásicos estudios de la teoría y medición del autoconcepto, analizaremos la propuesta de Shavelson, Hubner y Stanton (1976) sobre un enfoque multidimensional y jerárquico del autoconcepto, fundamental para el desarrollo de las investigaciones posteriores respecto a este constructo (Marsh y Hattie, 1996), citados en N. Cazalla & Molero (2013). Éstas muestran que la propuesta jerárquica es consistente y que estos componentes específicos del autoconcepto (social, académico, físico y emocional), son altamente diferenciables (Marsh y Craven, 1997). Por multidimensionalidad se entiende que el autoconcepto presenta diversos constructos o aspectos relacionados, pero distinguibles. De esta forma, las diversas dimensiones suelen aparecer como factores en escalas revisadas mediante análisis factorial. Uno de los primeros autores que describió empíricamente el autoconcepto como un constructo multidimensional fue Fitts (1965), quien le atribuyó tres componentes internos (identidad, autosatisfacción y conducta) y cinco externos: físico, moral, personal, familiar y social (García y Musitu, 1999). Sin embargo, Shavelson et al. (1976), desarrollaron un enfoque constructivo, cuyos objetivos fueron: a).- desarrollar una definición del autoconcepto a partir de las definiciones existentes, b).- revisar algunas fases en la validación de una interpretación del

constructo con puntajes de un test y c).- aplicar estas fases en el análisis de cinco instrumentos de medición del autoconcepto.

2.2.2.5. Características del Autoconcepto

Según el enfoque multidimensional planteado por Shavelson & Marsh (1976, Citado en N. Casalla Luna & D. M. López – Barajas, 2013), el autoconcepto presenta 7 características básicas:

- **Es Organizado:** todo individuo adopta un sistema de categorías para reducir la complejidad y multiplicidad de las experiencias sobre las que basa sus propias percepciones, dándoles un significado y una organización.
- **Es Multifacético:** incluye áreas tales como la escuela, la aceptación social, el atractivo físico y las habilidades sociales y físicas.
- **Es Jerárquico:** las distintas facetas que lo integran forma una jerarquía desde las experiencias individuales en situaciones particulares, situadas en la base, hasta el autoconcepto general situado en lo alto de la misma. Su variabilidad depende de la ubicación en la jerarquía de manera que las oposiciones inferiores son más variables.
- **Es Experimental:** se va construyendo y diferenciando a lo largo del ciclo vital del individuo. A través de las distintas experiencias de interacción con el mundo el adolescente va construyendo conceptos acerca de sí mismo, que al comienzo son globales pero se va diferenciando cada vez más, hasta llegar a un concepto multifacético y estructurado.

- **Es Valorativo:** las valoraciones pueden realizarse comparándose con patrones absolutos, tales como el “ideal” al que me gustaría llegar o con patrones relativos tales como observaciones o valoraciones percibidas de los otros significativos. La Escala evaluativa varía en importancia y significación según los individuos y las distintas situaciones.
- **Es Diferenciable:** de otros constructos con los cuales está relacionado íntimamente (ej. Habilidades académicas, autocontrol, habilidades sociales, etc.)
- **Es Estable y Maleable a la vez:** es estable en sus aspectos más nucleares y profundos, y a la vez variable en sus aspectos más dependientes del contexto.

2.2.2.6. Funciones del Autoconcepto con Relación al Comportamiento

Campbell, J. (1990, citado en P. Mori Saavedra, 2002), el papel fundamental del autoconcepto es la regulación de la conducta y/o comportamiento. El autoconcepto sirve como guía de la conducta y capacita a las personas para asumir los diferentes roles a lo largo de la vida, más que un desencadenante de la conducta es un filtro que controla y que decide la dirección de la conducta.

a. Provee un marco para la interpretación de la información autorreferente

(Markus y Wurf, 1987, citado en Mori Saavedra, 2002). Se pueden diferenciar varias funciones específicas, destacando las siguientes:

- Proveer al sujeto de un sentido de continuidad en el tiempo y en el espacio.
- Desempeña un rol integrador y organizador de las experiencias relevantes del individuo.

- Regula los afectos.
- Ser fuente de motivación y estímulo para la conducta.

b. Relación del autoconcepto y los mecanismos del procesamiento de la información (Greenwald, 1980; Markus & Sentis, 1982, citados en P. Mori Saavedra, 2002):

- Los individuos muestran una sensibilidad elevada por aquellos estímulos que le son relevantes o significativos, constituyendo un método de regulación afectiva.
- La regulación de los estados afectivos involucra al yo en gran medida.
- Al ser consciente y coherente con las percepciones actuales que tiene sobre sí mismo, que por lo general son positivas. Posteriormente, se produce una gran resistencia para integrar información que es incompatible con el autoconcepto de la persona. Implicando la defensa del propio yo de los estados emocionales de carácter negativo.

c. Motivación para realizar una actividad concreta (Cantor & Kihlstrom, 1986, citados en P. Mori Saavedra, 2002):

- Noción de tareas vitales o problemas que tiene que resolver una persona en una determinada etapa de su vida.
- Define a las tareas vitales como aquellas unidades que integran y dan significado al conjunto de actividades que el individuo puede emprender.

d. **El yo, en busca de estabilidad, consistencia y realzamiento**, está en continua interacción con las circunstancias ambientales inmediatas del momento encontrándose sujeto a revisiones, alteraciones y cambios más o menos importantes (Beane y Lipka, 1986, citado en Mori Saavedra, 2002). Pero por la misma razón que puede adquirir cierta estabilidad, también puede encontrarse con información que exige una revisión más o menos profunda del concepto que uno tiene de sí mismo. El autoconcepto dispone de varios mecanismos para interpretar, integrar o rechazar las nuevas experiencias (Rosenberg, 1979, citado en Mori Saavedra, 2002). En algunas ocasiones los mecanismos se ponen en marcha para actuar en defensa de los contenidos y estructura actual del autoconcepto, en otras ocasiones, los mecanismos transforman la disonancia que produce la información nueva y la encamina hacia el autocrecimiento. Para Beane y Lipka, 1986, algunas de las funciones o procesos más importantes que el yo puede llevar a cabo son:

- *Organizar* la nueva información y/o experiencia añadiéndola a la ya existente, enriqueciendo la estructura y funcionalidad del autoconcepto, tanto cuantitativa como cualitativamente.
- *Examinar* su estructura para determinar si la nueva información es semejante a la contenida actualmente en las dimensiones del autoconcepto.
- *Investigar* la nueva información para determinar si realzaría o amenazaría el presente autoconcepto actual.
- *Alterar* la nueva información con el propósito de no tener que modificar la presente estructura del autoconcepto.

- *Reflexionar* sobre la nueva información para examinar cómo esta puede enriquecer el concepto de sí mismo. Esta reflexión puede llevar incluso a considerar las consecuencias derivadas de una posible asunción de nuevas dimensiones o identidades.
- Actuar como una *fuerza motivadora* en la búsqueda de nuevas experiencias que reafirmarán la estructura actual del Autoconcepto o definirán cual sería el camino adecuado para el crecimiento personal.
- *Juzgar*, incluso, el propio concepto que tiene de sí mismo en base a las experiencias y valores personales en un intento por determinar la autoestima.

2.2.2.7. Dimensiones del Autoconcepto según García Torres, 2001:

A. Autoconcepto Académico:

García (2001) se refiere a la percepción que el sujeto tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador. Se centra en dos aspectos:

- a. Primero, relativo al sentimiento que se genera en el estudiante o en el trabajador acerca de su actividad a través de sus profesores o superiores (buen alumno; buen trabajador).
- b. Segundo, referido a cualidades concretas valoradas especialmente en ese contexto (inteligencia, hábito de trabajo)

Es determinante de las metas que establece el individuo y de cómo las aborda. Por las razones expuestas es considerado como un factor de influencia decisiva en el proceso de enseñanza aprendizaje. Por su parte Rodríguez Espinar

(1986, citado por Saura en 1996), afirma la importancia del autoconcepto en el proceso de enseñanza – aprendizaje justamente por el hecho de éxito o fracaso escolar, influyendo, no solo en las capacidades del sujeto, sino también en lo que se cree capaz.

B. El Autoconcepto Físico:

Se ve afectado por la valoración que se ha hecho el sujeto en la familia, especialmente en las primeras etapas evolutivas por la madre. Pero también por fenómenos de identificación (García, 2001, p.14). Además, (Musitu, G., 1999) mencionan que el Autoconcepto Físico es la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física. Esta dimensión incluye dos aspectos complementarios:

- a. La práctica deportiva en la vertiente social, física y de habilidad.
- b. Relativo al aspecto físico.

Un autoconcepto físico alto indica que la persona se percibe de modo agradable y que puede practicar un deporte con éxito.

C. Aceptación Social:

Se considera a la adaptación con los compañeros y la capacidad de relacionarse bien con los iguales. Durante la adolescencia la aceptación de los compañeros sirve para predecir el ajuste personal y el ajuste psíquico. Suele ser difícil aceptarse a sí mismo si no se siente aceptado por los demás. García (p.12).

Shavelson y Byrne (1986, citado en Granda, A., Gómez, A. y Toro, M., 2014, p.119), se basan en la teoría de que el Autoconcepto refleja las comparaciones sociales y las interacciones sociales con otros: profesores, compañeros; padres, hermanos.

Así mismo, (Musitu, G., 1999, citado en María C. Fuentes, et al., 2011) mencionan que el autoconcepto social es la percepción que el sujeto tiene de su competencia en las relaciones sociales. Esta dimensión está integrada por dos aspectos:

- a. Referido a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla o ampliarla.
- b. Concerniente a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable, alegre).

A su vez, en el modelo de Bar – On y Parker (2000, citado por Nelly Ugarriza Chávez & Liz Pajares del Águila, 2005a), mencionan 2 áreas o componentes del IE, ligadas a la Aceptación Social que experimentan los adolescentes durante la formación de su autoconcepto. Al respecto comprende los siguientes subcomponentes:

- a) **Interpersonal:** habilidades y el desempeño interpersonal. Subcomponentes:
 - **Empatía (EM):** que es la habilidad de percatarse, comprender y apreciar los sentimientos de los demás.
 - **Relaciones Interpersonales (RI):** que es la habilidad para establecer y mantener relaciones mutuas satisfactorias que son caracterizadas por una cercanía emocional e intimidad.

- **Responsabilidad Social (RS):** habilidad para demostrarse a sí mismo como una persona que coopera, contribuye y que es un miembro constructivo del grupo social.

b) Adaptabilidad: éxito de la persona para adecuarse a las exigencias del entorno y enfrentando de manera efectiva las situaciones problemáticas.

Subcomponentes:

- **Solución de Problemas (SP):** habilidad para identificar y definir los problemas como también para generar e implementar soluciones efectivas.
- **Validación o Prueba de la Realidad (PR):** habilidad para evaluar la correspondencia entre lo que experimentamos (lo subjetivo) y lo que en realidad existe (lo objetivo).
- **Flexibilidad (FL):** habilidad para realizar un ajuste adecuado de nuestras emociones, pensamientos y conductas a situaciones y condiciones cambiantes.

Inmaculada Sureda García (1998), considera que los cambios cognitivos están condicionados por los afectivos, frente a ello destaca el trabajo de K. W. Fisher et al. (1990), quien reitera la importancia de la percepción autoevaluativa de los otros significativos para el autoconcepto personal, y recoge esta idea con las palabras “respuesta contextual”. El adolescente da una respuesta cognitiva en función de la propia percepción afectiva que tiene del contexto.

D. La Autoevaluación Personal

La valoración global de sí mismo como persona es una dimensión que en algunos cuestionarios surge en los análisis factoriales como autoestima o autoaceptación general. Se puede considerar como un factor que resume las autoevaluaciones en distintos aspectos de sí mismo. En su decantación, con carácter más actitudinal que puramente cognitivo. La autoevaluación en las otras dimensiones se refleja en esta. (García, 2001).

El autoconcepto personal es una dimensión integrativa de la manera en cómo se percibe y expresa el sujeto en base a sus sentimientos, emociones y pensamientos en situaciones determinadas. Respecto a esto, Musitu, G., 1999, en su estudio sobre el Autoconcepto Emocional, donde define que es la percepción que el sujeto tiene sobre su estado emocional y sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. Frente a lo expuesto, esta dimensión permite diferenciar dos aspectos:

- Referente a la Percepción General sobre el propio estado emocional (me asusto con facilidad, estoy nervioso).
- Centrado en la Autovaloración emocional en Situaciones concretas (cuando me preguntan o me hablan) en las que la otra persona es de rango superior (profesor, jefe...).

Citando el modelo de Bar – On y Parker (2000, citado por Nelly Ugarriza Chávez & Liz Pajares del Águila, 2005b), se tomará en cuenta el área o componente del Manejo del Estrés, estrechamente ligado a percepción de los impulsos en determinadas situaciones: Subcomponentes:

- a. **Tolerancia al Estrés (TE):** habilidad para soportar eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones sin “desmoronarse” enfrentando activa y positivamente el estrés.
- b. **Control de los Impulsos (CI):** habilidad para resistir o postergar un impulso o tentaciones para actuar y controlar nuestras emociones.

Un autoconcepto emocional alto supone que el sujeto, además de controlar las situaciones y emociones, responde adecuadamente y sin nerviosismo a los diferentes momentos de su vida, y lo contrario sucede, habitualmente, cuando el autoconcepto emocional es bajo.

E. El Autoconcepto Familiar

La aceptación familiar afecta a la visión general de sí mismo y al ajuste personal, en el caso de una aceptación social (García, 2001).

Musitu, G., 1999 (citado en María C. Fuentes, et al., 2011), mencionan que es la percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de esta dimensión se distribuye en dos aspectos:

- Referido específicamente a la confianza y el afecto de los padres, entre ellos y hacia ellos.
- Relativo a 4 variables de la familia y el hogar, formulados:
 - Dos positivamente: sentimiento de felicidad y apoyo.
 - Dos negativamente: pretende calibrar la falta de implicación en la familia o la inaceptación por los otros miembros.

Rodríguez, del Barrio y Carrasco (2009, p. 285, citados en Tur-Porcar, Vicenta Mestre, Paula Samper y Elisabeth Malonda (2012), Crianza y agresividad de los menores: ¿es diferente la influencia del padre y de la madre?), encontraron que la inconsistencia en el comportamiento de ambos padres en las prácticas de crianza tiene relaciones significativas con alteraciones emocionales y conductuales, como son mayores índices de sintomatología depresiva y de agresión, tanto física como verbal, falta de control y de autoeficacia.

F. Sensación de Control (García, 2001):

Bandura (2000, 2001), viene insistiendo en la importancia de variables que afecta a la autoestima, en las que menciona:

- a. Expectativa del Resultado:** La conciencia de saber que se sabe cómo hacer algo.
- b. Expectativa de Eficacia:** Saber que ese algo se puede hacer.

Flamer (1995), plantea una teoría estrechamente relacionada a la de Bandura, postulando la Creencia de Control o Representación Subjetiva de la capacidad de ejercer control, afirmando que es una vivencia clave en la autoestima. Propone 2 creencias de control:

- a. Creencias de Contingencia:** son creencias sobre qué acciones conducen a qué consecuencias, (con cierta probabilidad de éxito).
- b. Creencias de competencia:** se refieren a si es posible llevar a cabo personalmente esas acciones.

Flamer también distingue 5 tipos de Control:

- a. **Control propiamente dicho.**
- b. **Control Potencial**, controlar o regular un proceso si es necesario.
- c. **Control indirecto**, cuando un objetivo se controla mediante objetivos inmediatos.
- d. **Control Vicario**, o identificación con los controladores.
- e. **Control Secundario**, se produce cuando es imposible cambiar el mundo hacia los propios deseos y se intenta cambiar las propias demandas para hacer satisfactoria la relación individuo – mundo.

2.2.2.8. El Autoconcepto en la Adolescencia

La adolescencia es el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico. Aquí se presentan la maduración de la sexualidad y los múltiples cambios de orden fisiológicos, como también el pensamiento lógico y formal del joven que se prepara para incorporarse al mundo de los adultos. (Castillo (2008), citado en C. Madrigales Madrazo, 2012). En base a la teoría del desarrollo cognitivo de J. Piaget (Tema 6: Desarrollo Cognitivo 6 – 18 años, s.f.), el adolescente ya es capaz de pensar en términos abstractos, de usar la metacognición y de usar el razonamiento hipotético-deductivo; ya no se limitan a basar sus pensamientos en las experiencias reales y concretas, ya cuentan con la capacidad de crear situaciones verosímiles, hechos con posibilidad hipotética sobre las cuales pueden razonar de manera lógica sobre

ellas. Estas capacidades, junto con sus nuevas redes de relaciones sociales, así como la importancia de la que se dota a tales redes, hacen que durante esta etapa de la vida los sujetos tiendan a ocupar parte de su tiempo en analizar cómo son y cómo les gustaría ser. Intentan descubrir y entender cuáles son sus intereses y sus motivos y cuál es su posición ante la realidad y ante los otros (Psicología Online, “Psicología Evolutiva: Desarrollo de la Identidad Personal y la Identidad de Género”, s.f.). Al respecto, de acuerdo con E.H. Erikson (1950, citado en Sureda García, 1998), en su teoría del establecimiento de la identidad del yo, manifiesta que la adolescencia se caracteriza por la rapidez del crecimiento físico, la madurez genital y la conciencia sexual. En palabras de Erikson, el joven se enfrenta con una “revolución fisiológica” dentro de sí mismo que amenaza la imagen corporal y la identidad del yo. El adolescente empieza a preocuparse por lo que “parece ser ante los ojos de los demás”, en comparación con el sentimiento que tiene de sí mismo (Erikson, E.H. 1950, p.228). Una característica importante del pensamiento adolescente es que está lleno de idealismo, empieza a especular sobre características que les gustaría tener y los lleva a compararse con los demás tomándolos como modelo a seguir, considerando esa forma de ser y actuar como estándares ideales de estilo de vida. Según Elkind (citado en Psicología Online, “Psicología Evolutiva: Desarrollo de la Identidad Personal y la Identidad de Género”, s.f.), es necesario tener en cuenta a la hora de entender el autoconcepto adolescente algunos rasgos de su desarrollo en el ámbito psicoemocional. Estos rasgos se basan en la tendencia del adolescente a percibirse a sí mismo como un ser cuyas experiencias y emociones son difícilmente comprensibles por los otros (egocentrismo), a creer que su vida y experiencia son únicas (fábula personal) y que son el centro de atención e interés de los demás (audiencia imaginaria).

Asimismo, tienen tendencia a percibirse a salvo de las repercusiones de conducirse de forma peligrosa o temeraria, a pesar de ser conscientes del peligro (fábula de invencibilidad).

En la adolescencia se habla de un periodo donde la maduración y la acumulación de experiencias obligan a una búsqueda de diferenciación para desembocar a un concepto de sí mismo, a la convicción de una identidad propia. Además trata de distinguirse de los padres por un deseo de independencia material, por la forma de pensar y comportarse de forma diferente a la de ellos y de los demás que componen el entorno personal. Es así como se plantea que para los adolescentes el medio influye en la formación de su persona, en el que el individuo se desarrolla tanto en la escuela como en la familia, amistades y en el trabajo (Linarez, 2003). Madrigales Madrazo (2012), menciona, el grado de importancia que un adolescente le dé a aspectos particulares del sí mismo y a la apreciación de las habilidades en esa área, son los fundamentos de su autoconcepto, y al ser este un constructo multidimensional, en donde el individuo puede tener diferentes percepciones de su capacidad en diversas áreas del funcionamiento, es mayor que la manera de la suma de la percepción de las distintas áreas. Apoyando lo anterior Byrne (2002, citado en C. Madrigales Madrazo, 2012), afirma que el autoconcepto en el adolescente tiene múltiples dimensiones lo cual envuelve comparaciones internas y externas. Los adolescentes comparan su propio desempeño que con el de los padres, así como también su propio desempeño en otras áreas. Conforme van creciendo, los adolescentes van siendo cada vez más capaces de ajustar su pensamiento y conocimiento de sí mismo a la realidad, como también de coordinar y formar una idea global, coherente e integrada de ideas e informaciones contradictorias acerca de quiénes y cómo son. Este autoconcepto global estará

conformado por esferas diversas como la social, la ocupacional, la política o la moral y en la que los adolescentes tienden a formar y mantener autoconceptos consistentes en torno a sistemas organizados y coherentes de creencias y valores. Damon y Hart; Higgins (citados en Psicología Online, “Psicología Evolutiva: Desarrollo de la Identidad Personal y la Identidad de Género”, s.f.). En sintonía con este esfuerzo por alcanzar un autoconocimiento complejo y ajustado, el adolescente busca construir una identidad propia. Durante estas edades, las autodescripciones de los sujetos siguen conteniendo rasgos propios de edades anteriores pero ahora aparecen con una nueva cualidad. En las narraciones de los adolescentes sobre cómo son tienen supremacía las características relacionadas con los atributos físicos, psicológicos y, fundamentalmente, las actitudes. (Psicología Online, “Psicología Evolutiva: Desarrollo de la Identidad Personal y la Identidad de Género”, s.f.).

2.2.3. Estudios sobre la relación entre las variables: Trastornos del comportamiento y Autoconcepto.

La adolescencia es un periodo de cambios biopsicosociales donde el individuo se encuentra en búsqueda de una propia identidad lo cual lo convierte en una persona que es susceptible a cambiar repentinamente su forma de actuar, está en contra de la injusticia y cree en la justicia, sólo por los valores y normas que ha aprendido de la familia, pero si puede conseguir las cosas de la manera más fácil no duda en hacerlo. Tiene gran interés por lo que ocurre fuera del contexto familiar lo que lo hace vulnerable a la trasgresión de normas sociales y las adicciones si no hay una buena comunicación con su familia nuclear; la adolescencia no es el periodo más crítico de las etapas de la vida. Sin embargo, si no se da una educación con

límites bien establecidos y con las figuras de autoridad apropiadas o no se respetan normas y acuerdos, se corre el riesgo de que los padres sean remplazados por otras personas con las cuales el adolescente se identifica y los progenitores pierden autoridad y mando (C. Madrigales Madrazo, 2012). Conforme los adolescentes progresan hacia identidades personales más coherentes, el autoconcepto y conductas sociales relacionadas se vuelven más diferenciadas. En relación con lo anterior, la autora refiere que en la escala del autoconcepto la imagen que el individuo tiene de sí mismo influye de manera notable en su comportamiento y está directamente relacionada con la personalidad y el estado de la salud mental. Los sujetos que se ven a sí mismos como indeseables o malos tienden a actuar conforme a esta idea, los que tienen un autoconcepto irreal de sí mismo, enfocan la vida y a otras personas de manera irreal, los que presentan un autoconcepto desviado actúan de manera desviada (C. Madrigales Madrazo, 2012, p.51).

Dioso (2002, citado en Madrigales Madrazo, 2012), discute que los adolescentes experimentan confusión al darse cuenta de que actúan de manera diferente en contextos diferentes, al igual que muestran preocupación por el descubrimiento del verdadero yo, una persona que ha tenido un desarrollo de auto concepto adecuado y positivo, estará en mejor posibilidad de participar de manera responsable en las diversas actividades sociales y de alcanzar un mayor nivel de felicidad, ya que este desarrollo adecuado influirá en la imagen corporal, ambiente familiar, identidad sexual y en el grupo de iguales. Según el estudio realizado por María C. Fuentes, José Fernando García, Enrique Gracia y Marisol Lila (2011), numerosos estudios empíricos refuerzan el planteamiento teórico según el cual el autoconcepto es un importante correlato del ajuste psicosocial de los adolescentes, independientemente de su consideración como constructo unidimensional o multidimensional. De forma

general, los estudios que han utilizado medidas unidimensionales concluyen que los adolescentes con alto autoconcepto manifiestan: pocas conductas agresivas, de burla o abuso de los demás, a la vez que presentan mayor número de conductas sociales positivas (e.g., Garaigordobil y Durá, 2006, citado en M. Fuentes, et al., 2011a); bajo nivel de desajuste emocional; es decir, son estables y no se alteran fácilmente ante las demandas del entorno, a la vez que obtienen bajas puntuaciones en escalas de depresión y ansiedad (e.g., Garaigordobil y Durá, 2006, citado en M. Fuentes, et al., 2011b), son menos propensos a sufrir trastornos en la conducta alimenticia (Gual, Pérez-Gaspar, Martínez González, Lahortiga, de Irala-Estévez y Cervera-Enguix, 2002), manifiestan menos sentimientos de soledad y mayor satisfacción con la vida (Moreno, Estévez, Murgui y Musitu, 2009), y tienen una mejor integración social en el aula, a la vez que son valorados más positivamente por sus profesores (Martínez-Antón, Buelga y Cava, 2007). Así también, diferentes trabajos relacionan específicamente el alto autoconcepto familiar con los mejores resultados de la socialización familiar de los hijos (García y Gracia, 2009; Martínez y García, 2007, 2008; Martínez, García y Yubero, 2007). Estévez, Martínez y Musitu (2006) concluyeron que los adolescentes implicados en conductas agresivas tienen un autoconcepto familiar y académico más bajo que los adolescentes no implicados en este tipo de conductas. Diversos estudios han concluido que los adolescentes con alto autoconcepto académico muestran un mayor logro escolar y rendimiento académico, y, consecuentemente, un promedio de notas más alto (Guay, Pantano y Boivin, 2003). En cuanto al autoconcepto emocional, se han encontrado relaciones significativas y negativas con diferentes escalas de inestabilidad emocional (Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005). Combs (2001), establece que el concepto positivo que tienen las personas de sí mismas es básico para el sentimiento de

seguridad, la fe y la confianza en las habilidades personales llevan a la persona a funcionar efectivamente y ayuda a las personas a desenvolverse en un ambiente diverso. Cuando no existe un nivel de sentimientos óptimos del ser, comúnmente están asociados con una motivación baja, con problemas de salud mental, particularmente con depresión, los adolescentes con baja autoestima, son influenciados por las opiniones y las preferencias de otras personas para tener una base del autoconcepto en comparación con otros individuos con alta autoestima (citado en C. Madrigales Madrazo, 2012, p.50).

Siendo necesario tener en cuenta el desarrollo psicoemocional del autoconcepto del adolescente, uno de los comportamientos característicos del desarrollo adolescente es el de “la rebeldía y la oposición”, a menudo una parte normal del desarrollo de los adolescentes, en cuanto tienen la necesidad de autoafirmarse. Sin embargo, el comportamiento de falta de cooperación y hostilidad se convierte en un asunto serio cuando es tan frecuente y consistente que sobresale al ser comparado con el de otros chicos de la misma edad y nivel de desarrollo y cuando afecta la vida personal, social, familiar y académica del adolescente. Este comportamiento es frecuente en el desarrollo evolutivo de los adolescentes y es importante determinar cuándo constituye un paso más en la trayectoria evolutiva normal y cuando constituye un problema de importancia clínica de los adolescentes (Parellada et al., 2003).

2.3. Marco conceptual

- **Trastornos del Comportamiento**

Son un trastorno psiquiátrico cuando hay un patrón persistente de conductas (agredir, ser rebelde, grados excesivos de peleas o intimidaciones, inquietud excesiva, resentimiento e irritación) que trasgreden las normas sociales y las libertades de los demás, de una manera desadaptativa, no congruentes con la edad y estado madurativo del sujeto. (Parellada, 2003)

- **Autoconcepto**

“El Autoconcepto es la valoración subjetiva del propio individuo desde el interior” (García 2001, p. 5).

CAPITULO III:
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

3.1. Resultados

3.1.1. Resultados de la evaluación de la relación entre los Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en Estudiantes del Nivel Secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.

Tabla 3.

Correlación de los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota - Cajamarca

	Trastornos del comportamiento Correlación de Spearman (r)	Sig.(p)
Autoconcepto	-0.394	0.000**
Físico	-0.242	0.001**
Social	-0.414	0.000**
Familiar	-0.274	0.000**
Intelectual	-0.130	0.066
Personal	-0.403	0.000**
Control	-0.205	0.003**

** p < .01

En la tabla 2, se observan los valores de los índices de correlación de Spearman, con su respectiva significancia, referentes a los resultados de la evaluación de la asociación los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota; Los mismos que establecen, que los trastornos de comportamiento correlacionan inversamente, en grado medio y significativamente ($p < .01$), con el Autoconcepto y las dimensiones social y personal, y débilmente con las dimensiones Físico, familiar y control. Sin embargo no identifica correlación significativa entre el Autoconcepto y la dimensión intelectual.

3.1.2. Resultados sobre la distribución de las variables según el Nivel de Trastornos del Comportamiento y Nivel de Autoconcepto en Estudiantes del Nivel Secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca.

Tabla 4.

Nivel de Trastornos del Comportamiento en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota - Cajamarca

Nivel de tendencia hacia Trastornos del Comportamiento	N	%
Sin tendencia	150	74.2
Con tendencia	52	25.7
Total	202	100.0

Los resultados presentados en la tabla 3, dan cuenta que en los estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota, se identifica que el 25.7% de los referidos estudiantes presentan tendencia a desarrollar trastornos del comportamiento.

Tabla 5.

Nivel de Trastornos del Comportamiento, según factor, en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca

Nivel de Trastornos del Comportamiento	N	%
Disocial		
Sin tendencia	158	78.2
Con tendencia	44	21.8
Total	202	100.0
Impulsividad/Inatención		
Sin tendencia	151	74.9
Con tendencia	51	25.1
Total	202	100.0
Predisocial		
Sin tendencia	151	74.9
Con tendencia	51	25.1
Total	202	100.0
Psicopatía		
Sin tendencia	144	71.3
Con tendencia	58	28.7
Total	202	100.0
Hiperactividad		
Sin tendencia	149	73.8
Con tendencia	53	26.2
Total	202	100.0

En la tabla 4, se aprecia que en los estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota, el porcentaje con tendencia a desarrollar los trastornos del comportamiento: Disocial, Impulsividad/Inatención, predisocial, psicopatía e hiperactividad fluctúa entre 21.8% en conducta antisocial (disocial) a 28.7% en psicopatía.

Tabla 6.

Nivel de Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca

Nivel de Autoconcepto	N	%
Bajo	55	27.2
Medio	98	48.5
Alto	49	24.3
Total	202	100.0

En los resultados mostrados en la tabla 5, referentes a los niveles de Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota, se evidencia que el 48.5% de los estudiantes registraron un nivel medio, el 27.2% presenta un nivel bajo, y el 24.3% un nivel alto.

Tabla 7.

Nivel de Autoconcepto, según dimensión, en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca

Nivel en dimensión de Autoconcepto	N	%
Físico		
Bajo	45	22.3
Medio	101	50.0
Alto	56	27.7
Total	202	100.0
Social		
Bajo	50	24.8
Medio	94	46.5
Alto	58	28.7
Total	202	100.0
Familiar		
Bajo	41	20.3
Medio	110	54.5
Alto	51	25.2
Total	202	100.0
Intelectual		
Bajo	51	25.2
Medio	89	44.1
Alto	62	30.7
Total	202	100.0
Personal		
Bajo	48	23.8
Medio	92	45.5
Alto	62	30.7
Total	202	100.0
Control		
Bajo	48	23.8
Medio	101	50.0
Alto	53	26.2
Total	202	100.0

En la tabla 6, los resultados mostrados señalan que en los estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota, en las dimensiones del autoconcepto: físico, social, familiar, intelectual, personal y control, predomina el nivel medio con porcentajes que oscilan entre 44.1% y 54.5%. Asimismo se observa que con nivel alto se identifica entre 25.2% y 30.7%.

Tabla 8.

Correlación del factor Disocial los Trastornos del Comportamiento con las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota - Cajamarca

	Disocial Correlación de Spearman (r)	Sig.(p)
Autoconcepto	-0.397	0.000**
Físico	-0.332	0.000**
Social	-0.374	0.000**
Familiar	-0.306	0.000**
Intelectual	-0.157	0.056
Personal	-0.249	0.000**
Control	-0.274	0.000**

** p <.01

En la evaluación de la asociación entre las variables mediante el coeficiente de correlación de Spearman (Tabla 7), se establece que el factor Disocial de los Trastornos del Comportamiento correlaciona inversamente, en grado medio y muy significativamente ($p < .01$), con el Autoconcepto y la dimensión social, y débilmente con las dimensiones: físico, familiar, personal y control. Sin embargo no se identifica correlación significativa entre el Autoconcepto y la dimensión intelectual.

Tabla 9.

Correlación del factor Inatención-Impulsividad los Trastornos del Comportamiento con las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota - Cajamarca

	Inatención-Impulsividad Correlación de Spearman (r)	Sig.(p)
Autoconcepto	-0.323	0.000**
Físico	-0.213	0.002**
Social	-0.273	0.000**
Familiar	-0.208	0.003**
Intelectual	-0.188	0.008**
Personal	-0.372	0.000**
Control	-0.111	0.117

** p <.01

Los resultados que se presentan en la tabla 8, corresponden a la evaluación de la asociación entre factor Inatención-Impulsividad de los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota que conforman la muestra en estudio; Tal evaluación fue realizada con la prueba estadística de correlación de Spearman, los mismos que dan cuenta que el factor Inatención-Impulsividad correlaciona inversamente, en grado medio y muy significativamente ($p < .01$), con la dimensión personal del Autoconcepto y débilmente con el autoconcepto general y con las dimensiones: físico, social, familiar, intelectual; mientras que con la dimensión control no se encontró evidencia de correlación significativa.

Tabla 10.

Correlación del factor Pre-Disocial los Trastornos del Comportamiento con la dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota - Cajamarca

	Pre-Disocial Correlación de Spearman (r)	Sig.(p)
Autoconcepto	-0.395	0.000**
Físico	-0.213	0.002**
Social	-0.391	0.000**
Familiar	-0.306	0.000**
Intelectual	-0.136	0.054
Personal	-0.380	0.000**
Control	-0.262	0.000**

** p < .01

En la evaluación de la asociación entre las variables mediante el coeficiente de correlación de Spearman, se establece (Tabla 9), que el factor Pre-Disocial los Trastornos del Comportamiento correlaciona inversamente, en grado medio y muy significativamente con el Autoconcepto y las dimensiones social y personal, y débilmente con las dimensiones Físico, familiar y control. Sin embargo no identifica correlación significativa entre el Autoconcepto y la dimensión intelectual.

Tabla 11.

Correlación del factor Psicopatía de los Trastornos del Comportamiento con las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca

	Psicopatía Correlación de Spearman (r)	Sig.(p)
Autoconcepto	-0.108	0.126
Físico	0.012	0.866
Social	-0.201	0.004**
Familiar	-0.084	0.234
Intelectual	0.015	0.833
Personal	-0.141	0.046*
Control	-0.113	0.109

** p <.01

Los resultados que se presentan en la tabla 10, corresponden a la evaluación de la asociación entre del factor Psicopatía de los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota, que conforman la muestra en estudio; Tal evaluación fue realizada con la prueba estadística de correlación de Spearman, los mismos que dan cuenta que el factor psicopatía correlaciona débilmente, inversamente y muy significativamente ($p < .01$), con la dimensión social; Asimismo correlaciona débilmente, inversamente y significativamente ($p < .05$), con la dimensión personal del Autoconcepto.

Tabla 12.

Correlación del factor Hiperactividad los Trastornos del Comportamiento con las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca

	Hiperactividad Correlación de Spearman (r)	Sig.(p)
Autoconcepto	-0.223	0.001**
Físico	-0.104	0.141
Social	-0.260	0.000**
Familiar	-0.132	0.061
Intelectual	-0.097	0.170
Personal	-0.279	0.000**
Control	-0.128	0.071

** p <.01

Los resultados que se presentan en la tabla 11, corresponden a la evaluación de la asociación entre factor Hiperactividad de los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota que conforman la muestra en estudio; Tal evaluación fue realizada con la prueba estadística de correlación de Spearman, los mismos que evidencian que el factor psicopatía correlaciona débilmente, inversamente y muy significativamente ($p < .01$), con el autoconcepto general y con las dimensiones social y personal del Autoconcepto

CAPITULO IV:
ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Discusión de Resultados

La presente investigación de diseño Descriptiva – Correlacional, tuvo como objetivo analizar la relación entre Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca; utilizando como instrumentos de recolección de datos el Cuestionario para la detección de Trastornos del Comportamiento ESPERI y el Cuestionario de Autoconcepto Garley CAG, permitiendo la evaluación de las variables de estudio en la población mencionada. Siendo de suma importancia identificar de manera temprana la existencia o tendencia a desarrollar algún trastorno del comportamiento y a la vez, saber delimitar cuándo estos comportamientos constituye un paso más durante la etapa adolescente y cuándo es un riesgo de importancia clínica, en la población en estudio, partiendo del autoconcepto que están constituyendo los adolescentes. En base a los resultados encontrados, se discute lo siguiente:

Se acepta la hipótesis de investigación, “Existe relación entre los Trastornos del Comportamiento con el Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca”, encontrando una correlación altamente significativa, inverso y en grado medio entre los Trastornos del Comportamiento y el Autoconcepto en la población evaluada. Es decir, se evidencia una frecuente y persistente transgresión de los patrones de comportamiento, manifestándose mediante la infracción de normas y leyes acordes a su edad y violando los derechos básicos de los demás; esto indica que la percepción subjetiva que los estudiantes tienen sobre sí mismos, la cual es percibida desde su interior y la van formando a través de la interpretación de experiencias durante el desarrollo de su vida, se encuentra disminuida de manera considerable. En contraste con los resultados encontrados, (Garaigordobil *et al.*, 2005), afirman que los adolescentes de ambos sexos con

autoconcepto global positivo tienen menos problemas de conducta; comentan que si el adolescente va desarrollando un autoconcepto apropiado, logrará una adecuada adaptación a su medio, acogerá menos actitudes de defensas y podrá percibir la realidad con mayor autenticidad, aceptando a los otros con facilidad. Así mismo, se encuentra correlación altamente significativa, inverso y de grado medio entre los Trastornos del Comportamiento con las dimensiones Social y Personal del Autoconcepto; esto quiere decir que se evidencia en los adolescentes un patrón de conductas trasgresoras (agredir, ser rebelde, grados excesivos de peleas o intimidaciones, inquietud excesiva, incomodidad evidente frente a nuevas experiencias, resentimiento e irritación) que infringen las normas sociales y las libertades de los demás de una manera desadaptativa y no congruentes con la edad y estado madurativo del sujeto; entonces, los adolescentes presentan dificultad para adaptarse de manera adecuada a su entorno, careciendo de capacidad para relacionarse bien con sus iguales. Asimismo indica que su valoración global como persona se ve disminuida e inestable, presentando complicaciones para comprender los sentimientos de los demás, para establecer y mantener relaciones mutuas y satisfactorias que son caracterizadas por una cercanía emocional e intimidad con el otro; de igual manera, presentan una débil iniciativa de cooperación para contribuir a ser parte de un grupo social como miembro constructivo, puesto que, siéndole difícil adaptarse como parte del entorno, generará en él un pensamiento de incapacidad para ejecutar de manera eficiente las actividades que están realizando, entonces se concibe el sentimiento de frustración, ansiedad, apatía y una actitud agresiva hacia su medio por no poder encajar en él. Al respecto, los resultados adyacentemente analizados difieren con la investigación de Escobar & Said (2008), quienes encontraron que si el adolescente ha crecido formando un autoconcepto positivo, reconociendo sus fortalezas y debilidades, el retraimiento social se verá disminuido y si ha logrado incorporar a su repertorio de habilidades pautas y reglas aceptadas por la sociedad, está logrando adaptarse a las diferentes demandas sociales. Sin embargo, mientras más negativo sea

el autoconcepto, lo limitará en su desarrollo personal y social. También se encuentra correlación, débilmente significativa, inversa y de grado medio entre los Trastornos del Comportamiento y las dimensiones Físico, Familiar y Control del Autoconcepto. Este resultado indica que estos comportamientos trasgresores y desadaptativos que están manifestando los adolescentes también son porque perciben una débil implicación, participación e integración en el medio familiar, formando en él una inadecuada apreciación de sí mismo, sintiendo una pobre valoración hacia su propia opinión, participación y autonomía dentro de su relación familiar. Es muy probable que a causa de lo descrito, la valoración que posea de su aspecto físico y/o de su condición física se vea afectada, orientándolo a pensar que por este motivo no puede realizar algún tipo de deporte o actividad física porque no se siente lo suficiente fuerte o capaz de hacerlo o por miedo al fracaso y a la burla social, así como la escasa aprobación que reciba tanto de él mismo, del medio con el que se relaciona y principalmente, de su familia.

Según los resultados obtenidos, el 25.7% de los estudiantes evaluados presentan tendencias a desarrollar un patrón repetitivo de conductas disociales, presentando comportamientos que violan los derechos de los demás y las normas y reglas sociales apropiadas para su edad. Se muestran desobedientes, quisquillosos y negativos, con repercusión en sus relaciones personales. Este comportamiento a la larga puede traer grandes complicaciones directa o indirectamente dañando a otras personas (acosos, amenazas, peleas, robos; consumo de sustancias químicas o psicoactivas, etc.). Como menciona la CIE-10 (citado en Parellada et al. 2009), en grado extremo puede llegar a violaciones de las normas y leyes, excesivas para el carácter y la edad del individuo, por tanto son comportamientos que van más allá de la simple rebeldía adolescente.

Así también, los resultados indican que la tendencia a desarrollar comportamientos que dañan los derechos de los demás y desobedecen las normas sociales resalta en un porcentaje que oscila entre el 21.8% y el 28.7% de la población estudiada, evidenciándose en adolescentes que empiezan a mostrar emociones prosociales limitadas, con escaso sentimiento de culpa y de empatía, muchas veces acompañado de amenazas o daño físico, evidenciando dureza e insensibilidad afectiva. Estos jóvenes muestran características como son: la ausencia de remordimiento cuando hacen algo incorrecto, sin inquietud alguna por las consecuencias negativas de sus acciones. Despreocupación por el rendimiento bajo y problemático en su colegio, trabajo o en otras actividades importantes, sin esfuerzo suficiente para poder conseguir una mejoría y culpando a los otros de su pobre desempeño. Y por último, el afecto superficial o deficiente hacia los demás, y si lo hacen, se manifiestan poco sinceros y con la finalidad de obtener alguna ganancia. En ese sentido resulta preocupante la actitud y respuestas con la que este porcentaje de jóvenes enfrentan la vida, pues con el pasar de los años estas conductas se llegan a agravar y van adquiriendo mayor frialdad y firmeza para actuar, pudiendo desarrollar un Trastorno de la personalidad en la edad adulta si no se realiza una intervención adecuada a tiempo.

Se encuentra también que el 48.5% de la población estudiada presentan un Nivel Medio de Autoconcepto, porcentaje que hace a este nivel el predominante en esta variable y sus dimensiones. Esto indica que los alumnos aún presentan inseguridad en cuanto a la percepción que tienen sobre sí mismos y que la forman a través de las interpretaciones que se generan en base a las experiencias que les ocurre y la evaluación de su propia conducta frente a ello; así como también, se ven influenciadas por las apreciaciones que hacen sobre ellos los otros significativos que los rodean. Es decir, los adolescentes presentan aspectos cognitivos que afectan a la organización interna de su autoconcepto y los aspectos sociales influyen en la conformación de los contenidos y en la valencia positiva o negativa de sus evaluaciones.

Conforme avanza la edad se va adquiriendo mayor capacidad de organizar el conjunto de autopercepciones en conceptos generalizados hasta llegar a un estado de diferenciación, esto se desarrolla de una manera paulatina y progresiva. Estos resultados afirman la teoría de Erikson (1950), quien menciona que el joven se enfrenta con una revolución fisiológica dentro de sí mismo que amenaza la imagen corporal y la identidad del yo. Así mismo explica, que el adolescente empieza a preocuparse por lo que “parece ser ante los ojos de los demás”, en comparación con el sentimiento que tiene de sí mismo. A su vez, Fisher et al. (1990, Citado en Inmaculada Sureda García, 1998. Pg. 161-162) lo respalda, afirmando que el adolescente da una respuesta cognitiva en función de la propia percepción afectiva que tiene del contexto, “respuesta contextual”. Entonces, así como influyen de manera significativa la interpretación interna de los jóvenes, es evidente que también las variables externas y contextuales intervienen y muchas veces condicionan la interpretación personal. Así mismo, se evidencia que el 54.5% de la población en estudio en la que predomina el Nivel Medio del Autoconcepto, se encuentra en base a la dimensión Familiar. Esto indica que es probable que la consideración y participación que perciban los estudiantes dentro del medio familiar sea escasa, así como la relación que percibe entre sus padres y de ellos hacia sus hijos sea insuficiente para generar confianza y afecto entre los miembros. Esto origina en los adolescentes sentimientos inestables de felicidad y sensación de apoyo por parte del seno familiar, dañando su seguridad personal y evidenciándose al tratar de integrarse en un entorno social. Estos resultados se ven respaldados por el aporte de García (2001), quien afirma que la aceptación familiar afecta a la visión general de sí mismo y al ajuste personal, en el caso de una aceptación social. Así mismo, se contrasta y respalda con la investigación de (Mestre Escrivá et al., 2001), quienes encontraron que en relación al clima familiar, los factores de cohesión, expresividad y organización familiar guardan una relación positiva con todas las áreas del autoconcepto, mientras que la conflictividad familiar es el factor que mantiene una relación negativa; observándose en un

nivel Bajo de Autoconcepto que oscila entre los porcentajes 20.3% a un 25.2% en los alumnos que registraron este nivel.

En base al análisis de los resultados, se encuentra correlación altamente significativa, inversa y en grado medio entre el factor Disocial de los Trastornos del comportamiento con la dimensión Social del Autoconcepto en los adolescentes en estudio, lo cual aprueba la hipótesis de investigación que señala que “Los niveles del factor Disocial de los Trastornos del Comportamiento se relacionan con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca”. Demostrando que se ha identificado adolescentes que presentan una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador; en sus grados más extremos, llegando a violar las normas del medio donde se desenvuelven de manera continua y afectando la integridad de la persona o grupo social que las esté percibiendo, además presentan dificultad para adaptarse de manera adecuada en la relación con sus compañeros e iguales, evidenciándose un desequilibrio marcado en su aprobación personal, puesto que muchas veces para un adolescente es difícil aceptarse a sí mismo si no se siente aceptado por los demás. De esta manera, (Musitu, G., 1999) menciona que el autoconcepto social es la percepción que el individuo tiene de su competencia en las relaciones sociales. Esto indica que si el adolescente presenta dificultades para adaptarse y comprender las habilidades y capacidades que sus compañeros tienen y que a lo mejor este no posee, presenta sentimientos de inferioridad pensando que no tiene los elementos necesarios para ser aceptado por el medio con el que se está desarrollando y de esta manera puede retraerse y alejarse del mismo y no desarrollar la capacidad de mantener relaciones sociales estables y/o ampliarlas; esto le impedirá poder desplegar cualidades de un ser social, amigable, alegre, con fluidez de palabra para poder entablar una conversación efectiva, ocasionando que el adolescente se sienta frustrado al

sentirse ajeno a su entorno y percibir que sus ideales no coinciden con el de los demás, exteriorizando su frustración muchas veces con comportamientos agresivos, con dificultad para comportarse como una persona que ayuda y contribuye socialmente. De la misma manera, se encuentra correlación débilmente significativa, inversa y en grado medio entre el factor Disocial de los Trastornos del Comportamiento con las dimensiones Físico, Familiar, Personal y Control del Autoconcepto. Este resultado evidencia que la presencia recurrente de patrones de comportamiento destructivo, agresivo o retador, además de conductas trasgresoras de las normas sociales, se desarrolla también por una inadecuada estrategia de educación que utilicen los padres para corregir a sus hijos, así como una endeble implicación y aceptación familiar afectando a la visión general de sí mismo y su ajuste personal, sobre todo en el caso de una aceptación social. Esto también influye de manera significativa en la apreciación que tiene de su aspecto y condición física, determinando la manera en cómo percibe su capacidad para desarrollar un deporte con éxito. (Rodríguez et al., 2009) encontraron que la inconsistencia en el comportamiento de ambos padres en las prácticas de crianza tiene relaciones significativas con alteraciones emocionales y conductuales, como son mayores índices de sintomatología depresiva y de agresión, tanto física como verbal, falta de control y de autoeficacia. Así mismo, la investigación de (Matalinares et al., 2005) discrepa con los resultados encontrando que el estudiante que tiene un mejor concepto de sí, como un ser físico, social y espiritual, tiende a sentirse bien consigo y a desarrollar con éxito su potencial. Son seres empáticos y se relacionan mejor con las personas; manejan con facilidad situaciones estresantes y rara vez perdiendo el control.

Se evidencia correlación altamente significativa, inverso y en grado medio entre el factor Inatención – Impulsividad de los Trastornos del Comportamiento con la dimensión Personal del Autoconcepto en los estudiantes evaluados, aceptando la hipótesis de investigación que

indica que los niveles del factor Inatención - Impulsividad de los Trastornos del Comportamiento se relacionan con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca, Esto indica que se evidencian en los adolescentes comportamientos caracterizados por una distracción moderada a grave, periodos de atención breve frente a una actividad específica no siendo capaz de concentrarse, manifestando inquietud motora, siendo extremadamente activo, además se observa inestabilidad emocional y conductas impulsivas, con dificultad para controlar su comportamiento para seguir instrucciones y culminar con algún trabajo que se le ha encomendado, presentando problemas para la organización de tareas y actividades. Esto indica, que la percepción que tiene de sí mismo se encuentra débilmente enfocada y valorada, pues están buscando inconscientemente la manera de poder llamar la atención de su medio para ser considerados. Este comportamiento revela la percepción negativa que tienen sobre su estado emocional, experimentando sentimientos de inferioridad. Los resultados encontrados difieren del modelo de Bar – On y Parker (2000, citado por Ugarriza Chávez, N. et al., 2005b), los que mencionan al subcomponente Control de Impulsos refiriendo que, un individuo debería tener la habilidad para resistir o postergar un impulso o tentaciones para actuar y controlar emociones que pueden provocar eventos adversos. Esto indica un adecuado autoconcepto, pues se percibe a sí mismo como un ser único y capaz, sabiendo aceptar y respetar las opiniones y los espacios de los demás con consideración y de manera constructiva para él, entonces esta persona responde adecuadamente y sin nerviosismo a los diferentes momentos de su vida. De la misma manera, se ha encontrado una correlación débilmente significativa, inversa y en grado medio entre el factor Inatención – Impulsividad de los Trastornos del Comportamiento con las dimensiones Físico, Social, Familiar e Intelectual del Autoconcepto. Adolescentes que se muestran desatentos cuando hay que realizar alguna actividad que necesite concentración sostenida, con comportamientos extremadamente activos, mostrando conductas impulsivas al

momento de responder frente a cualquier situación y presentan dificultad para seguir instrucciones o algún procedimiento establecido, sumando a su comportamiento desorganización; indica que los adolescentes se encuentran viviendo en un ambiente donde la aceptación familiar y social está afectando a la visión general que perciben de sí mismos, creciendo en un ambiente familiar donde existe escasa implicación en la tarea de crianza y educación, con comportamientos fríos y distantes por parte de los padres, escasa sensibilidad frente a las necesidades de sus hijos, con ausencia de normas en el hogar; experimentando también un insuficiente o excesivo control o castigo para mediar su conducta. Este tipo de educación genera en el joven baja autoestima, dificultad para acatar normas, ausencia de empatía y vulnerabilidad frente a los conflictos sociales y personales. De la misma manera, evidencia que sus habilidades para iniciar y mantener relaciones sociales, se encuentran atenuados. Este aspecto influye en la percepción que tiene de sus competencias y destrezas tanto en el aspecto cognitivo como en el aspecto físico, generando pobre percepción de logro y sintiendo que no cumple con las expectativas de su medio social para poder encajar en él, con dificultad para reconocer sus capacidades y debilidades, por la inseguridad que está experimentando. Estos resultados concuerdan con la investigación de Mestas & Rodríguez (2009), quienes se arribaron a la conclusión de que existe correlación significativa entre las escalas de agresividad física y verbal con el bienestar psicológico. Es decir, si los jóvenes en sus hogares son carentes de afecto y el maltrato predomina, van a reaccionar de la misma manera con su entorno. Así también, manifestarán agresión verbal en situaciones de opresión sin poder manejarlas con asertividad. Sin embargo, difieren de la investigación de Matalinares et al. (2005), quienes encontraron que los estudiantes que tienen un mejor concepto de sí tienden a ser empáticos y se relacionan mejor con las personas. Manejan con facilidad situaciones estresantes y rara vez perdiendo el control.

Asimismo, los resultados encontrados dan cuenta que se aprueba la hipótesis de investigación referida a: “Los niveles del factor Pre - Disocial de los Trastornos del Comportamiento se relacionan con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca”, evidenciándose correlación altamente significativa, de relación negativa y de grado medio entre el Factor Pre – Disocial de los Trastornos del Comportamiento y las dimensiones Social y Personal del Autoconcepto en la población estudiada. Esta correlación demuestra que los adolescentes evidencian con frecuencia conductas, a veces observables u otras veces encubiertas, de agresión y exclusión hacia otras personas, indicando que pueden estar subyaciendo hacia un trastorno disocial o evolucionando hacia él. Se observan comportamientos como humillar a otras personas, dejo en ridículo a otros. Este tipo de conductas son mayormente características del sexo femenino, que sin embargo, suelen tener menos conductas abiertamente agresivas que los del sexo masculino. Así mismo, al estar elevado en los estudiantes este tipo de comportamientos, demuestra que la valoración general de sí mismo, es decir el nivel de su autoestima y su autoaceptación como persona valiosa y capaz, que acepta sus fortalezas y debilidades y las capacidades de los demás, se encuentran disminuidos; de igual manera, su adaptación con sus compañeros y la capacidad de relacionarse bien con sus iguales está distorsionada. Estos resultados se afianzan por la teoría de Bar – On y Parker (2000, citado por Ugarriza Chávez, N. et al., 2005a), quienes afirman que cuando un individuo presenta un autoconcepto emocional bajo, exterioriza un inadecuado control de emociones e impulsos y responde con temor frente a las adversidades de la vida. También mencionan que el joven presentará dificultades para adecuarse a las exigencias de su entorno, con dificultad para identificar los problemas que se le presenten y manejarlos de manera efectiva, así como para el planteamiento de soluciones, acudiendo a sus mecanismos de defensa para poder rehuir de los conflictos. Entonces, algunos adolescentes se encuentran manifestando comportamientos de

agresión, humillación y discriminación hacia sus iguales, careciendo de habilidad para percatarse, comprender y apreciar los sentimientos de los demás, con dificultad para establecer y mantener relaciones amicales satisfactorias. Además, se ha encontrado correlación débilmente significativa entre el factor Pre – Disocial de los Trastornos del Comportamiento con las dimensiones Físico, Familiar y Control del Autoconcepto. Esto indica que en los adolescentes persiste una forma reiterada de comportamientos que de alguna manera violan los derechos básicos de las personas evidenciando conductas de agresión o exclusión hacia los mismos, no directamente observables pero que indican que están influyendo en la estabilidad, comportamiento y estado anímico de los individuos a los que va dirigido, o que ocultamente desobedecen las normas establecidas. Así mismo, presentan un pobre y erróneo autoconcepto y autoestima, donde, al destruir la dignidad, tranquilidad o moral de los demás, lo hace sentir a él gratificado, ganador y triunfador. Esta percepción lo puede llevar a pensar que de esta manera lo verán como un ser superior y por estas características lo van a aceptar, apreciar y respetar en un determinado grupo social. Uno de los factores significativos es la ausencia de apoyo y consideración en su implicación, participación e integración en el medio familiar que está afectado su percepción sobre sí mismo como ser único y diferente a los demás. Esta carencia afectiva impide que el individuo reconozca y confíe en sus habilidades y fortalezas para desenvolverse en un medio de competencia y cooperación con el otro. Esto los orienta a relacionarse con pares que también comparten similares situaciones conflictivas y con quienes se sienten compatibles y generan pensamientos comunes orientándolos a actuar incluso por encima de lo que los demás puedan aceptar de su comportamiento.

Los resultados dan cuenta que, se aprueba la hipótesis que indica que los niveles del factor Psicopatía de los Trastornos del Comportamiento se relacionan con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca, evidenciándose correlación altamente significativa, inversa y

en grado medio entre el factor Psicopatía de los Trastornos del Comportamiento con la dimensión Social del Autoconcepto en los adolescentes evaluados. Esto indica que además de percibir en los adolescentes la presencia de un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas y normas sociales importantes propias de su edad, también se observan la frecuente ausencia de empatía al intentar relacionarse con sus pares y el egocentrismo marcado en su comportamiento y manera de pensar al tratar de solo satisfacer sus propias necesidades e interés a expensas de lo que suceda con los demás, sin manifestar un sentimiento de arrepentimiento o de culpabilidad al percatarse de las consecuencias de sus actos. Esto revela una débil expresión de habilidades interpersonales, donde su adaptación y capacidad para relacionarse bien con los iguales se encuentran pobremente desarrolladas, presentando mayor conflicto para responder las adversidades de la vida al querer compatibilizar, participar y pertenecer a un grupo social. Es probable que los sujetos de investigación experimenten rechazo social, ocasionando que les sea difícil aceptarse a sí mismos si no perciben sentirse aceptados también por los demás. Musitu, G., 1999, respalda este análisis mencionando que el autoconcepto social es la percepción que el sujeto tiene de su competencia en las relaciones sociales, esta dimensión está integrada por dos aspectos, referido a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla o ampliarla, y concerniente a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable, alegre, empático). De la misma manera, se ha encontrado correlación significativa, débil e inversa entre el factor Psicopatía de los Trastornos del Comportamiento con la dimensión Personal del Autoconcepto. Estos resultados muestran que, mientras más patrones de comportamiento antisocial se presenten en los adolescentes, mayor será la carencia de seguridad que sientan como seres competentes y valorados por ellos mismos y por los demás. También las decisiones de su comportamiento se asocian con frecuencia a un inicio temprano de la actividad sexual, consumo

de sustancias psicoactivas, problemas escolares y expulsiones, embarazos no deseados y lesiones producidas en peleas o accidentes.

Y finalmente, según los resultados obtenidos, se acepta la hipótesis de investigación cuyo enunciado dice: Los niveles del factor Hiperactividad de los Trastornos del Comportamiento se relacionan con los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca, evidenciándose una correlación altamente significativa, inversa y en grado medio entre el factor Hiperactividad de los Trastornos del Comportamiento con las dimensiones Social y Personal del Autoconcepto en la población evaluada. Se evidencia en los adolescentes un comportamiento caracterizado especialmente por alguna actividad excesiva e inapropiada sin relación a tareas u objetos que se esté realizando en ese momento, entonces su adaptación en los trabajos realizados con sus compañeros y la capacidad para relacionarse bien con los iguales al ejecutar un trabajo en equipo, se está viendo afectada; así también, la percepción que se lleva el adolescente al evidenciar las respuestas que sus tutores o compañeros tienen con él en consecuencia por su comportamiento, afecta la manera de cómo se perciba a sí mismo. El principal problema de las personas que presentan este tipo de comportamientos recae en sus dificultades de autocontrol, en la falta de concentración y los problemas que todo ello causa en el rendimiento escolar y en la sociedad misma.

CAPITULO V:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En base a los objetivos planteados y los resultados encontrados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Los Trastornos del Comportamiento tienen una correlación Altamente significativa, inverso y en grado medio con el Autoconcepto y las dimensiones Social y Personal, y correlación débilmente con las dimensiones Físico, Familiar y Control. Sin embargo, no se identifica correlación significativa entre los Trastornos del Comportamiento y la dimensión Intelectual del Autoconcepto.
- Los estudiantes del Nivel Secundaria de Instituciones Educativas estatales de Chota – Cajamarca presentan tendencias a desarrollar Trastornos del Comportamiento en un 25.7%.
- Los estudiantes del Nivel Secundaria de Instituciones Educativas estatales de Chota – Cajamarca presentan tendencias a desarrollar Trastornos del Comportamiento en un porcentaje que fluctúa entre un 21.8% en el factor Conducta Antisocial (Disocial) a un 28.7% en el factor Psicopatía.
- Los estudiantes del Nivel Secundaria de Instituciones Educativas estatales de Chota – Cajamarca registraron que, en base a los niveles del Autoconcepto, el 48.5% de estudiantes presenta un Nivel Medio, el 27.2% un Nivel Bajo y el 24.3% un Nivel Alto de Autoconcepto.
- Los estudiantes del Nivel Secundaria de Instituciones Educativas estatales de Chota – Cajamarca, según las dimensiones del Autoconcepto, predomina el Nivel Medio en un porcentaje que fluctúa entre el 44.1% de la dimensión Intelectual al 54.5% en la

dimensión Familiar. Así mismo, se identifica un nivel Alto que oscila entre los porcentajes 25.2% en la dimensión Familiar a un 30.7% en la dimensión Personal. Y un nivel Bajo de autoconcepto que oscila entre los porcentajes 20.3% a un 25.2% en los alumnos que registran este nivel.

- El factor Disocial de los Trastornos del Comportamiento presenta una correlación Altamente significativa, inversa y en grado medio con el Autoconcepto general y la dimensión Social, y débilmente con las dimensiones Físico, Familiar, Personal y Control. Sin embargo, no se identifica correlación significativa entre el factor Disocial de los Trastornos del Comportamiento y la dimensión Intelectual del Autoconcepto.
- El factor Inatención – Impulsividad de los Trastornos del Comportamiento presenta una correlación altamente significativa, inverso y en grado medio con la dimensión Personal del Autoconcepto. Así mismo, mantiene una correlación débil con el Autoconcepto general y las dimensiones Físico, Social, Familiar e Intelectual. Sin embargo, no se identifica correlación significativa entre el factor Inatención – Impulsividad de los Trastornos del Comportamiento y la dimensión Control del Autoconcepto.
- El factor Pre – Disocial de los Trastornos del Comportamiento presenta una correlación altamente significativa, de relación negativa y en gado medio con el Autoconcepto general, y las dimensiones Social y Personal, y débilmente con las dimensiones Físico, Familiar y Control. Sin embargo, no se identifica correlación significativa entre factor Pre – Disocial de los Trastornos del Comportamiento y la dimensión Intelectual del Autoconcepto.

- El factor Psicopatía de los Trastornos del Comportamiento no identifica correlación significativa con el Autoconcepto general, y las dimensiones Físico, Familiar, Intelectual y Control del Autoconcepto. Sin embargo, se correlaciona significativa, débil e inversamente con la dimensión Personal del Autoconcepto. de la misma manera, presenta una correlación altamente significativa, débil y de relación negativa con la dimensión Social del Autoconcepto.

- El factor Hiperactividad de los Trastornos del Comportamiento presenta una correlación altamente significativa, débilmente e inversamente con el Autoconcepto general y las dimensiones Social y Personal del Autoconcepto. Sin embargo, no identifica correlación significativa con las dimensiones Físico, Familiar, Intelectual y Control del Autoconcepto.

5.2. Recomendaciones

- A los directivos y psicólogos de los centros educativos para que puedan implementar programas de intervención para los estudiantes que se encuentran con tendencia a desarrollar un Trastorno del comportamiento.
- Al departamento de psicología promover y programar capacitaciones para docentes, dando a conocer las características propias del adolescente y el comportamiento esperado durante esta etapa, con fin de que estos las diferencien de las conductas con Tendencia hacia los Trastornos del Comportamiento. Así también, puedan identificar y derivar con el profesional a cargo en cuanto detecten en los alumnos algunas conductas que indiquen la tendencia hacia los mismos.
- Al departamento de Psicología elaborar programas de prevención sobre el tema de Habilidades Interpersonales en los adolescentes que no presentan tendencia a desarrollar un Trastorno del Comportamiento, con el objetivo de inculcar y mejorar sus habilidades de empatía, compañerismo y cooperación son su otro significativo a fin de minimizar el riesgo a desarrollar tendencias hacia un Trastorno del Comportamiento.
- Al departamento de Psicología de cada colegio, incluir en el programa de escuela para padres programas de intervención y prevención sobre el tema de Reconstrucción Familiar, a fin de esclarecer la importancia de la función del rol de cada miembro de la familia durante el crecimiento y desarrollo de la etapa adolescente de su hijo, en los alumnos que presenten tendencia y no tendencia a desarrollar un Trastorno del Comportamiento.
- Implementar un programa sobre el desarrollo del Autoconcepto durante la etapa adolescente en el programa de escuela para padres de cada Institución Educativa, con el

fin de aclarar la relevante importancia que tiene este punto en los estudiantes y como factor durante el desarrollo de Trastornos de Comportamiento.

- Promover y elaborar, en el plan de trabajo anual del departamento de Psicología, un programa sobre el conocimiento del Autoconcepto para los adolescentes que presentan un nivel medio y alto de esta variable, con el fin de promover el autoconocimiento, aceptación y valoración de sí mismos; así como también incluir dentro del programa sesiones donde se trabaje el manejo de la resiliencia para responder de manera adecuada frente a las exigencias de su entorno en base a sus expectativas, y seguir desarrollando un correcto y saludable Autoconcepto.
- Es importante que el departamento de Psicología de cada colegio, elabore un programa de intervención primaria sobre el conocimiento del Autoconcepto y la importancia de su regeneración y progreso a fin de mejorar la apreciación, necesidad de afirmación y aceptación hacia sí mismos, promoviendo la reinserción saludable del alumno dentro de su entorno familiar, escolar y la sociedad con la que interactúa, en los adolescentes que presentan bajo nivel de Autoconcepto, asimismo, tendencia hacia algún Trastorno del Comportamiento.
- Es beneficioso considerar los resultados y las recomendaciones de la presente investigación para generalizarlas en futuras investigaciones, a fin de identificar de manera temprana la presencia de patrones de comportamiento adolescente con tendencia a desarrollar un Trastorno del Comportamiento y cuán importante es el saludable desarrollo del Autoconcepto para prevenir el desarrollo del mismo.
- Es importante que en futuras investigaciones, con poblaciones de riesgo, se tomen en cuenta los resultados encontrados en la presente investigación referido a los indicadores

que no correlacionan entre sí para averiguar si esta no correlación (entre los factores Disocial, Inatención – Impulsividad, Pre-Disocial, Psicopatía e Hiperactividad de los Trastornos del Comportamiento con las dimensiones Intelectual, Control, Físico y Familiar del Autoconcepto) se mantiene, ya que en la presente población evaluada se obtiene este resultado.

- Es de suma relevancia considerar que en toda institución educativa del estado debe haber un psicólogo para que apoye la Salud Mental de los alumnos.

CAPITULO VI:
REFERENCIAS Y ANEXOS

6.1. Referencias Bibliográficas

Becerra, D. (2013) “Propiedades psicométricas del cuestionario ESPERI de trastornos Del comportamiento en estudiantes de Víctor Larco”. Tesis para optar el Título de Licenciado en psicología. Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.

Carlos Alberto Ríos Ríos, 2013. “Propiedades Psicométricas del Cuestionario ESPERI de Trastornos del Comportamiento en Adolescentes de Instituciones Educativas Estatales – Chepén”. Perú: Tesis para optar el título profesional de Psicología. Facultad de Humanidades. Universidad Cesar Vallejo.

Carol Del Carmen Sumiko Vásquez Fukumoto (2013). “Propiedades Psicométricas del Cuestionario Autoconcepto Forma 5 en Alumnos del Distrito de Trujillo”. Perú: Tesis para optar el título profesional de Psicología. Facultad de Humanidades. Universidad Cesar Vallejo.

Cruz, J. (2013). “Propiedades psicométricas del cuestionario de autoconcepto Garley en adolescentes del distrito de Chocope”. Tesis para optar el título profesional de psicóloga. Facultad De Humanidades. Universidad César Vallejo.

Coopersmith, S. (1967). Los antecedentes de la autoestima. San Francisco: Freeman.

Flor de María Gallardo Bereche (2013), “Características Psicométricas del cuestionario (ESPERI) de Trastornos del Comportamiento en Adolescentes en Instituciones Educativas estatales de Guadalupe”. Perú: Tesis para optar el título profesional de Psicología. Facultad de Humanidades. Universidad Cesar Vallejo.

- Gallardo, D. (2013) Propiedades psicométricas del cuestionario ESPERI de trastornos del comportamiento en estudiantes de Guadalupe. Tesis para optar el Título de Licenciado en psicología. Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- García, B. (2001). *Cuestionario de Autoconcepto GARLEY CAG, Versión 1.0*, Instituto de orientación Psicologica EOS – Madrid. España.
- García, F. y Musitu, G. (1999). AF5: Autoconcepto Forma 5. Manual 3ra edición ampliada. Universidad de Valencia. Madrid: TEA.
- García, F. y Musitu, G. (2014). AF5: Autoconcepto Forma 5. Manual 4ta edición ampliada. Universidad de Valencia. Madrid.
- James Víctor Luna Ibañez (2015). “Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Trastornos del Comportamiento en Estudiantes Adolescentes de Nuevo Chimbote”. Perú. Tesis para optar el título profesional de Psicología. Facultad de Humanidades. Universidad Cesar Vallejo.
- Marsh, H. y Hattie, J. (1996). “Perspectivas teóricas sobre la estructura del autoconcepto”. En B.A. Bracken (Ed.), *Manual de autoconcepto* (pp.38-90). Nueva York: Wiley.
- Matalinares, et al. (2011). *Factores personales de Resiliencia Y autoconcepto en estudiantes de primaria de Lima Metropolitana*. Lima. Revista Electronica de La Universidad Nacional Mayor de San Marcos. VOL. 14 - N° 1.
- Marsh, H. y Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multifaceted hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20 (3), 107-123

- Mestre V. (2001) *Clima familiar y desarrollo del autoconcepto*. Revista Latinoamericana de psicología, año/vol. 33, numero 003 Bogotá – Colombia, pp. 243 – 259.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th. Revision. Ginebra: OMS.
- Parellada, J. Sebastián, J. Martínez, R. y Martín, J. (2009). “*Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en niños y adolescentes*”, Instituto de orientación Psicológica EOS – Madrid. España.
- Sampieri, R. Fernández, C. Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación científica*. España: Mc Graw Hil.
- Sánchez, C. Reyes C. (2006). *Metodología y diseños en investigación científica*. Lima: Visión Universitaria.
- Segundina Esperanza Bermejo Escobedo, 2012. “*Autoconcepto y Conductas Antisociales – Delictivas en alumnos de tercer y cuarto grados de secundaria*”. Trujillo – Perú. Tesis para optar el título profesional de Psicología. Facultad de Humanidades. Universidad Cesar Vallejo.

Referencias Bibliográficas de Revistas y Libros de Internet

Adriana Stefannía Granda Rúales, Andrea Marcela Gómez Moncayo, Marcela del Rosario Toro Piscal, 2014. “Relación entre Autoconcepto y Rendimiento Escolar en Estudiantes de grado quinto del Instituto Madre Caridad”. Revista UNIMAR 32(1), 113-125. Recuperado de: <file:///C:/Users/graylin/Downloads/579-1655-1-SM.pdf>

Alfredo Oliva (2006). Anuario de Psicología. Relaciones Familiares y Desarrollo Adolescente. Obtenido de: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61838/82584&q=chicas>

Ana Tur-Porcar, Vicenta Mestre, Paula Samper y Elisabeth Malonda (2012). Psicothema 2012. Vol. 24, nº 2, pp. 284-288. Crianza y agresividad de los menores: ¿es diferente la influencia del padre y de la madre? Obtenido de: <http://www.psicothema.es/pdf/4012.pdf>

Ceily Nathalie Madrigales Madrazo, 2012. “Autoconcepto en Adolescentes de 14 a 18 años”. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Madrigales-Ceily.pdf>

Desarrollo social y de la Personalidad en la Adolescencia (Capítulo 12). Psicología del Desarrollo. Recuperado de: <http://www.psicocode.com/resumenes/12desarrollo.pdf>

Garaigordobil, M. Durá, A. & Pérez, J. (2005). “Síntomas Psicopatológicos, Problemas de Conducta y Autoconcepto”. España: Universidad del País Vasco. Recuperado de: <http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS1esp53-63.pdf>

- I. Menéndez Benavente (s.f.), “Características del Comportamiento Adolescente”.
Recuperado de: <https://sinalefa1.wordpress.com/a-quien-quiera-acompanarme/la-adolescencia/caracteristicas-del-comportamiento-adolescente/>
- Inmaculada Sureda García (1998). Educación I Cultura (1998), 11: 157-170.
“Autoconcepto y adolescencia. Una línea de intervención psicoeducativa”.
Obtenido de: <http://www.raco.cat/index.php/EducacioCultura/article/viewFile/75800/96304>
- J. Amar Amar & B. Hernández Jiménez, 1569. Revista Psicología Desde El Caribe:
“Autoconcepto y Adolescentes Embarazadas Primigestas Solteras”, 2013.
Revista de la División de Psicología de la Universidad del Norte. Universidad
del Norte. Barranquilla (Colombia). Recuperado de:
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/index>
- José Bernal Castillo y Carmen Ferrándiz García (s.f.). Investigación e Innovación en
Educación Infantil y Educación Primaria. Competencia Socio-Emocional En
Alumnos De 6º De Educación Primaria. Obtenido de:
<http://www.um.es/documents/299436/550138/Bernal+Castillo+y+Fernandez+Garcia.pdf>
- K.W. Fisher et al., 1990. Citado en Inmaculada Sureda García, 1998. Pg. 161-162.
Educación I Cultura (1998). “Autoconcepto y adolescencia. Una línea de
intervención psicoeducativa”. Obtenido de:
<http://www.raco.cat/index.php/EducacioCultura/article/viewFile/75800/96304>
- L. Aragón, 18/03/2014. “Comportamiento Adolescente”. Recuperado de:
<https://es.slideshare.net/luparagon/comportamiento-adolescente>

- María C. Fuentes, José Fernando García, Enrique Gracia y Marisol Lila, 2011. “Autoconcepto y Ajuste Psicosocial en la Adolescencia”. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/PDF/3842.pdf>
- Maite Garaigordobil, Ainhoa Durá y José Ignacio Pérez, 2005. “Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto - autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años”. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud p. 53-63. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco (España). Recuperado de: http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/art_completo/APCS_1_esp.pdf
- María Luisa Matalinares Calvet, Carlos Arenas I., Alejandro Dioses Chocano, Raúl Muratta Escobedo, Cecilia Pareja Fernández, Gloria Díaz Acosta, Carmen García Nuñez del Arco, Marlenita Diego Cueva, José Chávez Zamora, 2005. “Inteligencia Emocional y Autoconcepto en Colegiales de Lima Metropolitana”. Revista de Investigación en Psicología. Universidad Mayor de San Marcos. Lima – Perú. Recuperado de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4047>
- Nelly Ugarriza Chávez & Liz Pajares del Águila, 2005. “La Evaluación de la Inteligencia Emocional a través del Inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes”. Recuperado de: [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/DC2B90CDD90FB0D9052571D50079C02A/\\$file/01-persona8-ugarriza.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/DC2B90CDD90FB0D9052571D50079C02A/$file/01-persona8-ugarriza.pdf)
- Nerea Cazalla Luna & David Molero López-Barajas. Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID), julio, 2013, p.43-64. “Revisión Teórica Sobre

el Autoconcepto y su Importancia en la Adolescencia”. Recuperado de:
<http://www.revistareid.net/revista/n10/REID10art3.pdf>

Norma Beatriz, Pappalettera y Adriana Kepic, s.f. “Autconcepto Profesional en la formación docente”. Revista Formadores, Capítulo 1, p.2. Recuperado de:
<http://www.formadores.org/RFautoconcepto.pdf>

Parellada, J. (2003). Trastorno del comportamiento desde una perspectiva psiquiátrica. Recuperado de: <http://www.proyectosespero.com/LIBRO.pdf>

Parellada, J. (2013). Evaluación del cuestionario ESPERI. Recuperado de:
<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/ESPERI.pdf>

Paquita Mori Saavedra, 2002. “Personalidad, Autoconcepto y Percepción del Compromiso Parental: Sus Relaciones con el Rendimiento Académico en Alumnos del Sexto Grado”. Para optar el grado académico de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. Perú. Recuperado de:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/Mori_S_P/t_completo.pdf

Psicología Online, “Psicología evolutiva: Desarrollo de la Identidad Personal y de la Identidad de Género” (s.f.). Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/pir/el-autoconcepto-en-la-adolescencia.html>

Renzo Rivera Calcina y Milagros Cahuana Cuentas, 2016. “Influencia de la Familia sobre las Conductas Antisociales en Adolescentes no Institucionalizados”. Universidad Católica San Pablo. Perú. Recuperado de:
<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/18814/28548>

Shavelson (1976). El autoconcepto: Validación de construcción e interpretaciones.

Revisión de la Investigación Educativa. Recuperado de

<http://www.scientificjournals.org/journals2008/articles/1283.pdf>

Tema 6: Desarrollo Cognitivo 6 – 18 años (s.f.). Recuperado de:

https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/...cognitivo/des_cognitivo_6_18.pdf

Vivir Seguros, 08/06/2015, “El Comportamiento en los Adolescentes”. Recuperado de:

<https://www.segurosvivir.com.sv/el-comportamiento-en-los-adolescentes>

6.2. Anexos

Anexo 1: Prueba del cuestionario ESPERI para la Detección de los Trastornos

del Comportamiento en Adolescentes de 11/12 – 17 años.

A continuación vas a encontrar una serie de afirmaciones que debes valorar según el siguiente criterio

1	2	3	4	5
Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre

- Salvo la última pregunta que se valora de 0 a 10.
- Las respuestas no hay que pensarlas demasiado.
- Para realizar esta prueba no hay un tiempo determinado.
- ¿Alguna duda? Puedes empezar

1. Soy desobediente.	
2. He robado en casa, tiendas, o por la calle.	
3. <i>Creo que nadie es importante.</i>	
4. Hago cosas de las que luego me arrepiento.	
5. He golpeado a otras personas.	
6. Soy muy inquieto, me muevo mucho.	
7. He amenazado a alguien para robarle.	
8. Hago cosas sin pensar en las consecuencias.	
9. Hago lo que sea para conseguir lo que quiero.	
10. Tengo en cuenta las opiniones de las personas que me quieren.	
11. Llevo la contraria por todo.	
12. He vendido drogas o cosas robadas.	
13. Me aburro rápido de hacer lo mismo.	
14. Resuelvo los problemas conversando.	
15. He ignorado a alguien para hacerle daño.	
16. He contado mentiras de los demás para hacer daño.	
17. Cojo cosas que no son mías, para luego quedármelas.	
18. Me distraigo con facilidad.	
19. He fumado cigarrillos o marihuana.	
20. Me dicen que soy atolondrado/a.	
21. Puedo hablar de mis problemas con alguien.	
22. Me es difícil controlar mis impulsos.	
23. Me cuesta esperar.	
24. He destrozado o roto cosas en lugares públicos.	
25. Pienso que las normas o reglas son necesarias.	
26. Me cuesta estar tranquilo	
27. Creo que los demás tienen la culpa de mis problemas.	

28. Hago las cosas según se me ocurre.	
29. Peleo con otras personas.	
30. Me siento mal cuando hago algo incorrecto.	
31. He pasado noches fuera de casa sin permiso.	
32. Pierdo el control con frecuencia.	
33. Interrumpo a los demás o contesto antes de que terminen de preguntarme.	
34. Cuando alguien es apartado del grupo, me acerco y pretendo ayudarlo.	
35. Insulto a otras personas menores que yo.	
36. Voy en grupo a pelearme con otros/as.	
37. He utilizado algún tipo de armas (punzo cortante, de fuego), para hacer daño a alguien.	
38. Dejo algunas tareas del colegio sin completar, o a medias.	
39. Me reúno frecuentemente con amigos/as.	
40. Me muevo mucho, no estoy tranquilo	
41. He tenido problemas por consumir alcohol.	
42. Hago bromas pesadas a mis compañeros/as.	
43. Pierdo muchas cosas.	
44. Me emborracho.	
45. Amenazo o provoco a otros/as.	
46. Escucho los consejos de los mayores.	
47. Cometo errores por no fijarme.	
48. Hay gente que me apoya.	
49. He prendido fuego a propósito.	
50. He fastidiado hasta el cansancio a mis compañeros/as.	
51. El sufrimiento de los demás me da igual.	
52. He entrado en propiedades privadas para robar.	
53. Expreso mis sentimientos sin dificultad.	
54. Solo me interesan mis asuntos.	
55. En ocasiones me tiro la pera o me escapo de clases.	
56. Todo me fastidia.	
57. Puedo ser malvado y no tener pena.	

0 = NADA SINCERO Y 10 = MUY SINCERO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
58. He respondido a estas preguntas sinceramente.										

Anexo 2: Hoja de Corrección del cuestionario ESPERI (11/12 – 17 años)

ÁREAS										TOTAL
DISOCIAL		INAT./IMPULSIVIDAD		PREDISOCIAL		PSICOPATÍA		HIPERACTIVIDAD		
Ítems	Puntaje	Ítems	Puntaje	Ítems	Puntaje	Ítems	Puntaje	Ítems	Puntaje	
2		1		5		3		6		
7		4		15		9		22		
12		8		16		27		23		
17		11		29		51		26		
19		13		35		54		32		
24		18		36		56		40		
31		20		42		57				
37		28		45						
41		33		50						
44		38								
49		43								
52		47								
55										

	Áreas	Puntaje Directo	Percentil
I	Disocial		
II	Inat/ Impul		
III	Predisocial		
IV	Psicopatía		
V	Hiperactividad		
	TOTAL		

Para obtener puntuaciones directas en cada uno de los factores se sumarán las que el sujeto ha dado (del 1 al 5) en cada uno de los ítems que los componen, tal como se indica a continuación:

- **Factores de Primer Orden:**

- **DI: Disocial (13 elementos)**

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 13 ítems que componen la escala:
 $2+7+12+17+19+24+31+37+41+44+49+52+55$

- **INIM: Inatención/ Impulsividad (12 elementos)**

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 12 ítems que componen la escala:
 $1+4+8+11+13+18+20+28+33+38+43+47$

- **PD: Predisocial: Exclusión- Agresión (9 elementos)**

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 9 ítems que componen la escala: $5+15+16+29+35+36+42+45+50$

- **PSI: Psicopatía (carencia de empatía...) (9 elementos)**

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 7 ítems que componen la escala: $3+9+27+51+54+56+57$

- **HIP: Hiperactividad (6 elementos)**

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 6 ítems que componen la escala: $6+22+23+26+32+40$

- **Factores de Segundo Orden:**

- **Factor 1: Disocial (Conductas Antisociales)**

Puede obtenerse una puntuación directa sumando a las puntuaciones de los factores de primer orden: Disocial + Predisocial + Psicopatía, o bien directamente los 29 ítems que componen los factores de primer orden.

- **Factor 2: Inatención – Impulsividad – Hiperactividad**

Puede obtenerse una puntuación total en este factor sumando las puntuaciones de los dos factores de primer orden que lo componen: Impulsividad/ Inatención/ Hiperactividad, o bien los 18 ítems que los componen.

- **Puntuación Total:**

Puesto que los factores muestran elevadas correlaciones y la consistencia interna del conjunto de los 47 ítems es elevada, puede calcularse una puntuación total sumando las respuestas de los 47 ítems, o bien los cinco factores de primer orden o los dos de segundo orden.

Anexo 3: Prueba del cuestionario de Autoconcepto de Garley (CAG)

CUESTIONARIO AUTOCONCEPTO - CAG

I. Centro educativo:		Grado:		Sexo:	M	F
INSTRUCCIONES						
<p>A continuación te presentamos una serie de afirmaciones para que des tu respuesta, poniendo una X en la casilla que mejor representa lo que a ti te ocurre o lo que tú piensas de ti, teniendo en cuenta en que estos aspectos no existen respuestas correctas o incorrectas.</p> <p>No pienses excesivamente las respuestas y responde con sinceridad. Hagamos un ejemplo para comprender mejor la forma de responder.</p>						
SOY UNA PERSONA SIMPÁTICA						
NUNCA	<input type="checkbox"/>	POCAS VECES	<input type="checkbox"/>	NO SABRÍA DECIR	<input type="checkbox"/>	MUCHAS VECES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Aquí debes poner una (X) en la casilla que mejor represente tu opinión. ¿Alguna duda?. En esta prueba no se controla el tiempo. Adelante.</p>						

	Físico	Social	Familiar	Intelect.	Personal	Control
P.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nunca	Pocas Veces	No sabría decir	Muchas veces	Siempre
1	Tengo una cara agradable.					
2	Tengo muchos amigos.					
3	Creo problemas a mi familia.					
4	Soy lista (o listo).					
5	Soy una persona feliz.					
6	Siento que, en general, controlo lo que me pasa.					
7	Tengo los ojos bonitos.					
8	Mis compañeros se burlan de mí.					
9	Soy un miembro importante de mi familia.					
10	Hago bien mi trabajo intelectual.					
11	Estoy triste muchas veces.					
12	Suelo tener mis cosas en orden.					
13	Tengo el pelo bonito.					
14	Me parece fácil encontrar amigos.					
15	Mis padres y yo nos divertimos juntos muchas veces.					
16	Soy lento (o lenta) haciendo mi trabajo escolar.					
17	Soy tímido (o tímida).					
18	Soy capaz de controlarme cuando me provocan.					

		Nunca	Pocas Veces	No sabría decir	Muchas veces	Siempre
19	Soy guapa (o guapo).					
20	Me resulta difícil encontrar amigos.					
21	En casa me hacen mucho caso.					
22	Soy un buen lector (o buena lectora).					
23	Me gusta ser como soy.					
24	Cuando todo sale mal encuentro formas de no sentirme tan desagraciado (a).					
25	Tengo un buen tipo.					
26	Soy popular entre mis compañeros.					
27	Mis padres me comprenden bien.					
28	Puedo recordar fácilmente las cosas.					
29	Estoy satisfecho conmigo mismo (o satisfecha conmigo misma).					
30	Si no consigo algo a la primera, busco otros medios para conseguirlo.					
31	Me gusta mi cuerpo tal como es.					
32	Me gusta la gente.					
33	Muchas veces desearía marcharme de casa.					
34	Respondo bien en clase.					
35	Soy una buena persona.					
36	Puedo conseguir que otros hagan lo que yo quiero.					
37	Me siento bien con el aspecto que tengo.					
38	Tengo todos los amigos que quiero.					
39	En casa me enfado fácilmente.					
40	Termino rápidamente mi trabajo escolar.					
41	Creo que en conjunto soy un desastre.					
42	Suelo tenerlo todo bajo control.					
43	Soy fuerte.					
44	Soy popular entre la gente de mi edad.					
45	En casa abusan de mí.					
46	Creo que soy inteligente.					
47	Me entiendo bien a mí misma (o a mí mismo)					
48	Me siento como una pluma al viento manejada por otras personas.					

Anexo 4: Hoja de Respuestas del Cuestionario de Autoconcepto de Garley (CAG)

Item	Factor	Nunca	Pocas veces	No sabría decir	Muchas veces	Siempre
1	Físico	1	2	3	4	5
2	Social	1	2	3	4	5
3	Familiar	5	4	3	2	1
4	Intelectual	1	2	3	4	5
5	Personal	1	2	3	4	5
6	Control	1	2	3	4	5
7	Físico	1	2	3	4	5
8	Social	5	4	3	2	1
9	Familiar	1	2	3	4	5
10	Intelectual	1	2	3	4	5
11	Personal	5	4	3	2	1
12	Control	1	2	3	4	5
13	Físico	1	2	3	4	5
14	Social	1	2	3	4	5
15	Familiar	1	2	3	4	5
16	Intelectual	5	4	3	2	1
17	Personal	5	4	3	2	1
18	Control	1	2	3	4	5
19	Físico	1	2	3	4	5
20	Social	5	4	3	2	1
21	Familiar	1	2	3	4	5
22	Intelectual	1	2	3	4	5
23	Personal	1	2	3	4	5
24	Control	1	2	3	4	5
25	Físico	1	2	3	4	5
26	Social	1	2	3	4	5
27	Familiar	1	2	3	4	5
28	Intelectual	1	2	3	4	5
29	Personal	1	2	3	4	5
30	Control	1	2	3	4	5
31	Físico	1	2	3	4	5
32	Social	1	2	3	4	5
33	Familiar	5	4	3	2	1
34	Intelectual	1	2	3	4	5
35	Personal	1	2	3	4	5
36	Control	1	2	3	4	5
37	Físico	1	2	3	4	5
38	Social	1	2	3	4	5
39	Familiar	5	4	3	2	1
40	Intelectual	1	2	3	4	5
41	Personal	5	4	3	2	1
42	Control	1	2	3	4	5
43	Físico	1	2	3	4	5
44	Social	1	2	3	4	5
45	Familiar	5	4	3	2	1
46	Intelectual	1	2	3	4	5
47	Personal	1	2	3	4	5
48	Control	5	4	3	2	1

Para obtener la puntuación directa de las dimensiones, debe sumar la puntuación de los ítems por cada dimensión:

- . **1 punto** si ha seleccionado la respuesta nunca (1=Nunca).
- . **2 puntos** si ha seleccionado la respuesta pocas veces (2=Pocas veces).
- . **3 puntos** si ha seleccionado la respuesta no sabría decir (3=No sabría decir).
- . **4 puntos** si ha seleccionado la respuesta Muchas Veces (4=Muchas Veces).
- . **5 puntos** si ha seleccionado la respuesta Siempre (5=Siempre).

En algunos casos la puntuación es inversa, es decir, el puntaje se emplea de 5 a 1 en los ítems (3, 8, 11, 16, 17, 20, 33, 39, 41, 45, 48) y el puntaje directo sería:

- . **5 puntos** si ha seleccionado la respuesta nunca (5=Nunca).
- . **4 puntos** si ha seleccionado la respuesta Pocas veces (4=Pocas veces).
- . **3 puntos** si ha seleccionado la respuesta No sabría decir (3=No sabría decir).
- . **2 puntos** si ha seleccionado la respuesta Muchas veces (2=Muchas veces).
- . **1 punto** si ha seleccionado la respuesta Siempre (1=Siempre).

Anexo 5: *Confiabilidad del Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca*

	Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach	Nº Ítems
Disocial	.967	13
Inatención/Impulsividad	.793	12
Predisocial	.853	9
Psicopatía	.593	7
Hiperactividad	.626	6
Trastornos del Comportamiento	.924	47

La confiabilidad del Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento fue evaluada por consistencia interna a través de coeficiente Alfa de Cronbach, en la muestra de estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota, el mismo que establece un nivel elevado de confiabilidad a nivel general y en el factor disocial (.967), un nivel de confiabilidad muy bueno en el factor predisocial (.853), respetable en el factor Inatención/Impulsividad (.793) y aceptable en los factores Hiperactividad (.626), y psicopatía (.593)..

Anexo 6: Validez Ítem-test corregido, del Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca

Ítem	Coef.	Ítem	Coef.
Ítem02	0.891	Ítem05	0.441
Ítem07	0.915	Ítem15	0.535
Ítem12	0.919	Ítem16	0.662
Ítem17	0.875	Ítem29	0.617
Ítem19	0.865	Ítem35	0.679
Ítem24	0.709	Ítem36	0.735
Ítem31	0.830	Ítem42	0.557
Ítem37	0.851	Ítem45	0.526
Ítem41	0.816	Ítem50	0.560
Ítem44	0.874	Ítem03	0.299
Ítem49	0.639	Ítem09	0.158
Ítem52	0.786	Ítem27	0.356
Ítem55	0.761	Ítem51	0.417
Ítem01	0.485	Ítem54	0.343
Ítem04	0.525	Ítem56	0.300
Ítem08	0.581	Ítem57	0.419
Ítem11	0.548	Ítem6	0.362
Ítem13	0.381	Ítem22	0.368
Ítem18	0.453	Ítem23	0.373
Ítem20	0.457	Ítem26	0.352
Ítem28	0.403	Ítem32	0.294
Ítem33	0.460	Ítem40	0.417
Ítem38	0.369		
Ítem43	0.309		
Ítem47	0.329		

+: Ítem válido se coeficiente de correlación ítem-test corregido es mayor o igual a .20, o es significativo (* $p < .05$).

Los resultados de la correlación ítem-test corregido, en la muestra de 202 estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca, señalan que el Cuestionario para la Detección de Trastornos del Comportamiento es válida, puesto que los cincuenta y ocho ítems que constituyen el instrumento presentan índices de correlación altamente significativos ($p < .01$), lo que garantiza la validez de constructo.

Anexo 7: *Confiabilidad del Cuestionario de Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca*

	Coefficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach	N° Ítems
Físico	.680	8
Social	.621	8
Familiar	.680	8
Intelectual	.604	8
Personal	.644	8
Control	.603	8
Test global	.851	48

Se observa el índice de confiabilidad por consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach de las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota, reportando un índice de confiabilidad muy buena para la escala general (.851), y aceptable en las dimensiones: Físico, Social, Familiar, Intelectual, Personal y Control.

Anexo 8: Validez Ítem-test corregido, del Cuestionario de Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca

Ítem	Coef.	Ítem	Coef.	Ítem	Coef.
Item01	.426	Item2	.346	Item03	.319
Item07	.451	Item8	.317	Item09	.428
Item13	.523	Item14	.162*	Item15	.175*
Item19	.484	Item20	.289	Item21	.398
Item25	.475	Item26	.461	Item27	.368
Item31	.265	Item32	.351	Item33	.525
Item37	.229	Item38	.299	Item39	.388
Item43	.315	Item44	.350	Item45	.371
Item04	.257	Item05	.228	Item06	.402
Item10	.335	Item11	.343	Item12	.222
Item16	.270	Item17	.417	Item18	.311
Item22	.257	Item23	.317	Item24	.379
Item28	.314	Item29	.416	Item30	.340
Item34	.281	Item35	.460	Item36	.181*
Item40	.371	Item41	.380	Item42	.375
Item46	.355	Item47	.145*	Item48	.200

+: Ítem válido se coeficiente de correlación ítem-test corregido es mayor o igual a .20, o es significativo (*p<.05).

Anexo 9: Normas en percentiles, del Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca

Pc	Global	Disocial	Inatención/ Impulsividad	Predisocial	Psicopatía	Hiperactividad	Pc
99	175-179	63-64	51	36	28	40	99
98	164	52	42	35	23	24	98
97	149	52	39	34	23	23	97
95	128	39	36	26	21	21	95
90	103	25	34	19	18	19	90
85	98	19	32	18	17	18	85
80	94	17	31	17	16	18	80
75	92	16	30	16	15	16	75
70	88	15	29	15	14	15	70
65	84	15	28	14	14	15	65
60	81	14	27	13	13	14	60
55	79	14	26	13	12	14	55
50	77	14	25	12	12	13	50
45	75	14	24	11	11	13	45
40	74	14	23	11	11	12	40
35	74	14	23	11	11	12	35
30	74	14	23	11	11	12	30
25	72	13	22	10	10	11	35
20	70	13	21	10	10	11	30
15	68	13	20	10	9	10	25
10	65	13	19	10	9	10	20
5	60	13	16	9	7	8	5
3	58	13	14	9	7	7	3
2	56	13	14	9	7	7	2
1	52-55	13	13	9	7	6	1

Anexo 10: Normas en percentiles, del Cuestionario de Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca

Pc	Autoconcepto	Física	Social	Familiar	Intelectual	Personal	Control	Pc
99	227-231	40	40	40	39	40	38	99
98	227	40	40	39	39	40	37	98
97	220	40	40	39	38	40	36	97
95	217	40	39	38	38	40	36	95
90	212	39	38	36	37	39	34	90
85	210	38	38	35	35	38	33	85
80	205	38	38	35	35	38	33	80
75	202	37	37	34	33	37	32	75
70	199	36	36	33	33	37	31	70
65	198	35	36	33	32	36	30	65
60	194	34	35	32	31	35	29	60
55	192	34	35	31	31	34	29	55
50	189	33	34	31	31	34	28	50
45	186	32	34	30	30	33	27	45
40	183	31	33	29	29	33	27	40
35	180	31	32	28	29	32	26	35
30	178	30	33	27	28	32	26	30
25	176	29	31	26	27	31	25	25
20	171	28	30	25	27	29	24	20
15	167	27	28	24	26	28	23	15
10	161	25	27	22	25	26	22	10
5	152	23	26	20	24	22	20	5
3	140	21	23	19	22	21	19	3
2	136	21	22	19	19	21	18	2
1	124	12-18	21	15-18	12	18-20	16-17	1

Anexo 11: ASENTIMIENTO INFORMADO

Se llevará a cabo una investigación que lleva como título “Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota - Cajamarca”. El cual previamente ha sido aprobado por la universidad de donde procedo y por las instituciones educativas.

El Objetivo de esta investigación es Analizar la relación entre Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca. Lo que se propone en esta investigación es que el estudiante llene dos cuestionarios, uno acerca de los Trastornos del Comportamiento y otro del Autoconcepto. Para su conocimiento el estudio no tendrá ningún riesgo y para proteger la seguridad del estudiante los cuestionarios serán anónimos.

La participación a dicha investigación es voluntaria y el estudiante tiene derecho a preguntar sobre alguna duda que posea, y si lo desea en cualquier momento podría retirarse de la investigación si así lo cree conveniente. No habrá ninguna sanción ni represaría.

Haciendo mención que los resultados a dicha investigación posiblemente serán publicados.

De antemano se agradece su colaboración con la investigación la cual beneficiará tanto a la institución como al estudiante.

Nombre de la investigadora: Graylin Milagros Chávez Sánchez

Yo.....identificado con
DNI....., tutor delsecundaria. He leído el procedimiento descrito arriba,
voluntariamente doy mi asentimiento para que realicen la aplican del cuestionario y se lleve a cabo la
investigación. “Trastornos del Comportamiento y Autoconcepto en estudiantes del nivel secundaria de
Instituciones Educativas Estatales de Chota – Cajamarca”.

Firma:.....