



Universidad Autónoma del Estado de México

UAEM Facultad de Ciencias de la Conducta



**“PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN
UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE
TOLUCA”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

JULIO CÉSAR HERNÁNDEZ NAVOR.

NÚMERO DE CUENTA: **1129200**

ASESOR

DRA. EN C.S. ROSALINDA GUADARRAMA GUADARRAMA.

TOLUCA, MÉXICO, ABRIL DE 2016

ÍNDICE

RESUMEN	12
PRESENTACIÓN	13
INTRODUCCIÓN	16
CAPÍTULO 1. LA ADOLESCENCIA EN NUESTROS TIEMPOS	18
1.1 Redefinición del concepto de adolescencia.....	21
1.2 La población de adolescentes.....	23
1.3 La población de adolescentes en México.....	24
1.3.1 Mortalidad.....	24
1.3.2 Educación.....	25
1.3.3 Salud.....	26
1.4 La población de adolescentes en el Estado de México.....	28
CAPÍTULO 2. LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES	30
2.1. Perfil epidemiológico de la salud mental en adolescentes.....	33
2.1.1 Depresión.....	33
2.1.2 Suicidio.....	34
2.1.3 Ansiedad.....	35
2.1.4 Trastorno Disocial.....	35
2.1.5 Alcohol y Tabaco.....	36
2.1.6 Problemas somáticos.....	36
CAPÍTULO 3. PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN ADOLESCENTES	37
3.1 Problemas emocionales o internalizados.....	39
3.2 Problemas Conductuales o Externalizados.....	42
CAPÍTULO 4. CLASIFICACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA DE ADOLESCENTES Y NIÑOS	45
4.1 Sistema de Evaluación Basado Empíricamente de Achenbach.....	46
4.2 Características del Youth Self Report.....	47
4.3 Situación actual de la investigación utilizando el Youth Self Report.....	50
CAPÍTULO 5. MÉTODO	54
5.1 Objetivo General.....	54
5.2 Objetivos Específicos.....	54

5.3 Planteamiento del problema.....	55
5.4 Pregunta de Investigación.....	56
5.5 Planteamiento de hipótesis.....	57
5.6 Tipo de estudio o investigación.....	57
5.7 Definición de variables.....	57
5.8 Participantes.....	59
5.9 Instrumento.....	60
5.10 Diseño de investigación.....	62
5.11 Procedimiento.....	62
5.12 Procesamiento de los datos.....	64
RESULTADOS.....	65
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	70
CONCLUSIONES.....	78
SUGERENCIAS.....	81
REFERENCIAS.....	83
ANEXOS.....	93

RESUMEN

La presente investigación de tipo cuantitativa tuvo como objetivo general hacer una comparación por sexo de la presencia de problemas emocionales y conductuales en adolescentes estudiantes de preparatoria de la Ciudad de Toluca. Para ello, se trabajó con una muestra de 653 adolescentes de tipo no probabilística intencional, obtenida de tres preparatorias de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Del total de los participantes 279 (42.7%) son hombres y 374 (57.3%) son mujeres. A los cuales se les aplicó la escala de problemas emocionales y conductuales validada en población mexicana por Andrade y Betancourt (2010).

Dicha escala permitió observar una diferencia estadística significativa entre hombres y mujeres con respecto a la presencia de problemas emocionales. Siendo las mujeres las que tienen la media más alta a comparación de los hombres.

Con relación a los problemas conductuales los hombres son los que obtienen la media más alta. Sin embargo no se marca una diferencia estadística significativa entre mujeres y hombres.

Por ultimo en la presente investigación se discute la importancia de la evaluación constante de los problemas emocionales y conductuales en la población de adolescentes a través de modelos psicométricos-dimensionales en las diferentes instituciones y organismos en los que se desenvuelven los adolescentes con el objetivo de detectar a tiempo problemáticas que perjudiquen su salud mental y física y por ende que disminuya su calidad de vida.

PRESENTACIÓN

A principios de la década pasada, organizaciones Internacionales como la OMS Y UNICEF, han señalado que la población de adolescentes y niños nunca había sido tan grande como ahora, inclusive se ha mencionado que esta cohorte de edad y la de los jóvenes son los que más habitan la tierra a comparación de otros grupos de edad.

Esto ha hecho que el diseño de programas de intervención, así como la promoción de la investigación en la población de adolescentes se convierta de suma importancia y prioridad hoy en día, con el objetivo de intervenir adecuadamente y tener las herramientas necesarias para la comprensión de esta población, pues a nivel mundial se observan vertiginosos cambios sociales, económicos, políticos, tecnológicos y científicos, que hacen que los individuos que pertenecen a esta cohorte presenten ciertos tipos de desadaptaciones provocando desequilibrios en su salud mental y por ende en su comportamiento.

Por ello, el contenido del presente documento hace referencia a los problemas emocionales y conductuales en adolescentes, dicho tópico se desarrolla en 5 capítulos en los cuales se exponen y argumenta puntos de vistas del propio autor que contribuyen a un mejor entendimiento del tema.

En el primer capítulo titulado, ***“La adolescencia en nuestros tiempos”*** se expone de manera precisa los diferentes paradigmas con los cuales se entiende a la adolescencia, así como su estudio, al igual que los diferentes conceptos que se tienen con relación a la adolescencia y se destaca la importancia de la redefinición funcional del concepto de adolescencia propuesta por Lozano (2014). Posteriormente se presentan algunas estadísticas sobre la población de adolescentes a nivel internacional, así como nacional y nivel estatal en temas como mortalidad, educación y salud.

El segundo capítulo el cual está titulado “**La salud mental en la población de adolescentes**”, comprende estadísticas relacionadas a la prevalencia de los problemas actuales de salud mental en adolescentes, tales como: depresión, suicidio, problemas somáticos, trastorno disocial, ansiedad y uso e ingesta de alcohol y tabaco. También se ostenta la importancia de tener una epidemiología actualizada de los problemas de salud mental que aquejan a las diferentes poblaciones.

Posteriormente en el tercer capítulo titulado “**Problemas emocionales y conductuales en adolescentes**” se mencionan las definiciones que se tienen en la actualidad de los problemas emocionales o internalizados, sus características y las diferentes formas de manifestación. En este mismo capítulo de manera similar se abarca el tema de problemas externalizados o conductuales.

Más adelante en el cuarto capítulo titulado “**Clasificación de la psicopatología de los adolescentes y niños**” se señala con énfasis el modelo psicométrico-dimensional para evaluar la psicopatología de los adolescentes y niños, específicamente retomando el modelo propuesto por Achenbach (1960). Posteriormente se señalan las características del sistema ASEBA, especialmente del cuestionario Youth Self Report, el cual es la base de la escala validada en población mexicana por Andrade y Betancourt (2010), con la cual se realizó la presente investigación.

En seguida aparece el quinto capítulo, en el cual se describe la **metodología** con la que se desarrolló la presente investigación, teniendo en cuenta los siguientes apartados: tipo de investigación, planteamiento del problema, planteamiento de hipótesis, universo de estudio, instrumento, captura de información y su procesamiento y por último la prueba de hipótesis.

Para finalizar se reportan los resultados obtenidos en la presente investigación, los cuales son analizados y se hace una conclusión general con la información proporcionada en el marco teórico y lo encontrado en la presente investigación. En seguida se hacen sugerencias para la continuación de esta línea de investigación y explorar nuevas rutas.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia de acuerdo con Nieto (2013) es el periodo de adaptación psicosocial, ante los cambios físicos, anímicos y comportamentales, que tienen origen desde la pubertad, que representan la transición de la niñez a la etapa adulta. Cuyos factores que intervienen durante esta etapa del desarrollo de los seres humanos serán determinados por el contexto en donde se presenta el individuo y lo esperado por la sociedad ante dichos cambios.

Por otra parte Organismos internacionales como la OMS y UNICEF (2013) mencionan que la adolescencia es una etapa esencialmente de cambios físicos y emocionales, que transcurre entre los 9 y los 19 años de edad lo cual hace que el niño se convierta en adulto. Ante estas distintas variaciones el individuo define su personalidad, se constituye su independencia y se fortalece su autoafirmación, se trabaja para una aceptación social ya que el individuo corta con la seguridad, valores y comportamientos de la niñez para construirse un mundo nuevo. Lo cual hace que la adolescencia sea una etapa de constante aprendizaje con el objetivo de que se pueda adaptarse, ya que la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Lo anterior ha provocado que durante el último decenio, aumente de manera considerable el interés por el estudio de la salud mental en niños y adolescentes por cuidadores de la salud mental, educadores e investigadores académicos debatiendo los aspectos asociados con la promoción de la salud mental (Coleman, 2008).

Dando como resultado una amplia literatura con relación a esta etapa del desarrollo humano con temas como: tabaquismo, alcoholismo, drogas, Salud sexual, el embarazo en los adolescentes e infecciones de transmisión sexual (Brizuela, Abalos, Ramos y Romero, 2014; Calleja, 2012; Díaz y García-Aurrecochea, 2008; Palacios, 2012; Parra y Pérez, 2010). Que son consideradas

conductas de riesgo al poner en peligro la salud tanto física y mental de los adolescentes.

Dichas investigaciones han demostrado que el comportamiento del adolescente está influenciado por elementos biológicos, psicológicos, sociales y hereditarios, al estar la población de adolescentes inmerso durante su desarrollo con sus pares, la familia, la comunidad y el propio ambiente. Lo cual hace que el adolescente actúe de acuerdo a los acontecimientos que durante esta etapa de la vida se vayan presentando como medio de afrontamiento ante las demandas de la vida, ya sean positivas o negativas.

Por ello es importante que se continúe sobre esta línea de investigación en la población de adolescentes, pero no solo centrada únicamente en las conductas de riesgos, sino ahora es pertinente que las investigaciones indaguen sobre los aspectos o factores como problemas emocionales que hacen que los adolescentes lleven estas conductas de riesgos a cabo.

Esto permitirá conocer cuáles son los factores que inciden en la salud mental y física de esta población y de esta forma saber intervenir eficazmente con problemáticas como son el suicidio, delincuencia, pandillerismo y entre otros que hacen que esta población sea vulnerable.

Ante esto el objetivo de la presente investigación cuantitativa, es hacer un estudio de tipo comparativo en hombres y mujeres a través de la escala de problemas emocionales y conductuales validada por Andrade y Betancourt (2010) en población mexicana.

CAPÍTULO 1. LA ADOLESCENCIA EN NUESTROS TIEMPOS.

El concepto de adolescencia, ha presentado desde el siglo XVII (Pérez, 2011) un debate interminable teóricamente con relación a los acontecimientos que los individuos sufren durante esta etapa del desarrollo humano, provocando que se convierta en tema de investigación para instituciones del estado, las ciencias sociales, ciencias de la salud, padres de familia y educadores.

Cuyo objetivo en común ha sido el de tener un soporte científico que nos permita una mejor comprensión, acercamiento hacia este tipo de población que se encuentra en la adolescencia y de esta forma intervenir eficazmente. No obstante en palabras de Coleman (2008) se menciona que durante el último decenio el estudio de la adolescencia se ha centrado específicamente de manera considerable con relación a su salud mental y los aspectos que tienen alguna relación con esta.

Lo cual ha hecho que el estudio de la adolescencia, sea abordada desde diferentes enfoques entre los que destacan el biológico (Hurlock, 1980), psicológico (Krauskopof, 1999) y social (Aguilar y Cataran, 2005). Provocando debates y controversias interminables, ya que cada uno de los enfoques citados anteriormente, su estudio e investigación se aprueban desde su propio enfoque.

Dando como resultado que se vuelva complejo tener en pleno siglo XXI, un concepto que normalice esta etapa del desarrollo humano y mucho menos el responder ¿Cuándo comienza la adolescencia?, ¿Cuándo termina la adolescencia? y ¿Por qué es considerada una persona adolescente?. Ya que las repuestas a cada una de estas preguntas son variadas de acuerdo a cada uno de los distintos enfoques.

Agregando aún más, que la forma de concebir a un adolescente, independientemente de ser hombre o mujer en la actualidad es referida en su mayoría a aspectos negativos (Marina, Rodríguez, Lorente, 2015). Lo cual en

palabras de Alejandría (2008) provocan en el individuo una falta de comprensión ante el fenómeno mismo, confusiones que son difíciles de verbalizar. Lo cual en algunos casos causan consternación para el propio individuo que está viviendo esta etapa del desarrollo humano.

Precisamente, el adjudicar diferentes connotaciones a la adolescencia por ejemplo: aquel período de aventura, movimientos, pasiones, cambios hormonales, cambios físicos, rebeldía, periodo en el cual existen cambios emocionales positivos y negativos hacen que esta etapa sea estereotipada como época de la punzada dentro de la doxa o el lenguaje común.

Dando como resultado que la adolescencia y otras poblaciones (niños, adultos y ancianos) sean el producto de la forma en cómo las personas de un contexto determinado vean, interpreten, observen, adjudiquen significados a lo que hacen y no debe hacer cada una de ella, dando como consecuencia una supuesta identidad que es devuelta por la misma sociedad.

Siendo similar a lo que Funes (2003), ya mencionaba y remarcando que el entendimiento de la adolescencia debe comenzar por preguntarse desde que visión se concibe a la adolescencia, es decir entre las personas que rodean a los individuos que pasan por esta etapa.

De igual forma este mismo autor, manifiesta que la adolescencia no debe ser catalogada como aquella etapa de conflictos, sino más bien como una persona en pleno proceso de educación. Si es cierto que durante esta etapa se observan individuos con tendencias a meterse en líos, alguien que carece de casi todo pero tiene mucho que aprender y de alguien que está aprendiendo a gestionar los riesgos, ya que deja la docilidad de la infancia para entrar a la vida adulta.

Sin embargo, al revisar la literatura expuesta que se tiene en revistas científicas (Lozano, 2014), libros (Nieto, 2013), memorias de congresos (AMS, 2015), sitios

web (OMS, 2013), entre otros medios hasta el momento, se puede dar cuenta que la definición de adolescencia presenta diferentes variaciones e interpretaciones como se mencionaba en párrafos anteriores y siendo el factor biótico el determinante principal de la adolescencia. Por ejemplo:

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 12 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de las etapas mencionadas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas masculinas y femeninas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad (Hanssen, s/f).

Por otro lado la UNICEF (Fondo Internacional de emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia) define la adolescencia de la siguiente forma:

“La adolescencia es aquella época de cambios. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje” (UNICEF, 2013).

Incluso, esta misma organización también divide a la adolescencia casi similar a la propuesta por la OMS, no obstante agrega la adolescencia media quedando de la siguiente manera: adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), adolescencia media (14- 16 años) y adolescencia tardía que va de los 17 a los 19 años de edad (UNICEF, 2013).

Pareciera que la adolescencia para ambas organizaciones es determinada por los aspectos biológicos, endocrinos, anatómicos, tomando poco en cuenta los aspectos psicosociales.

Sin embargo ambas definiciones apuntan a un factor temporal. Lo que hace cuestionarse acerca de ¿cuándo comienza en si la adolescencia? ¿Cuándo termina? Y por qué no ¿Si la adolescencia es igual en todos los contextos del globo terráqueo?, pues existen variaciones de acuerdo con las distintas fases y edades que comprenden la adolescencia.

Ya que incluso al analizar el concepto de adolescencia desde el punto de vista jurídico, en México la adolescencia está definida de la siguiente forma: son adolescentes aquellos que tienen entre 12 y 18 años de edad (Maya, Contreras y Maya, 2015). La cual es total mente diferente a la propuesta por la UNICEF y la OMS, organizaciones de índole internacional base para el manejo de términos de salud y estudio de la población de adolescentes e infantes.

1.1 Redefinición del concepto de adolescencia.

Con base a lo anterior, es importante que se haga una redefinición del concepto de la adolescencia la cual contemplé ya lo mencionado por Santillano (2009), la integración de los elementos sociales, psicológicos y biológicos. Sin olvidar la concepción socio-histórica de la construcción de la adolescencia, la cual se refiere a contextos históricos y sociedades determinadas en constantes cambios y resignificaciones. Dando como resultado un nuevo conocimiento para entenderse la adolescencia y dejando a un lado lo biológico como determinante de esta.

La propuesta anterior, concuerda con el punto de vista de Coleman, et al (2003) y Nieto (2013) al mencionan que la adolescencia es un periodo de transición y adaptación psicosocial, ante los cambios físicos, anímicos y comportamentales, que tienen origen desde la pubertad, que representan la transición de la niñez a la

etapa adulta. Cuyos factores que intervienen durante esta etapa del desarrollo de los seres humanos serán determinados por el ambiente y contexto en donde se presenta el individuo.

Desde este punto de vista se puede observar que en la definición de estos dos autores, el factor biológico deja de ser un determinante al definir la adolescencia, pues deja de confundirse con la pubertad, debido a que si es precisamente en la etapa de la adolescencia donde se observan cambios anatómicos, endocrinos, fisiológicos y físicos en el cuerpo de los individuos, no exactamente pertenecen a la adolescencia ya que los cambios mencionados anteriormente tienen origen en la pubertad. Lo cual, en palabras de Carretero, Palacios y Marchesi (1985), la pubertad y la adolescencia aunque poseen características similares, son completamente términos distintos. Ya que la pubertad es la limitante inferior de la adolescencia.

Estos mismos autores, refieren que mientras la pubertad se caracteriza por una serie de cambios físicos en la maduración de los órganos sexuales para la capacidad plena de relación y reproducción sexual de los individuos y la cual se puede observar de forma exacta por ejemplo: en las mujeres aparece la menstruación y en los chicos la aparición del vello púbico y otras características que hacen una diferencia remarcada para cada sexo.

Sin embargo, la adolescencia ya es otra etapa del desarrollo humano, seguida de la pubertad en la que a partir de dichos cambios físicos se producen una serie de cambios psicológicos, en la forma en cómo los individuos asimilan y aceptan su nueva imagen corporal, sus nuevas capacidades motoras y sexuales a partir de sus expectativas, así como de las normas y preferencias del grupo en el que está inmerso (Iglesias, 2013).

Ante esto Lozano (2014) presenta una definición funcional de la adolescencia la cual permitirá tener una concepción general de esta transición en las diferentes

culturas y sociedades de manera correcta. Dicha definición en sus propias palabras es aquella transición intermedia de la infancia a la etapa adulta, cuyo periodo no es uniforme en todas las sociedades y adquiere distintos valores que dependerán de lo que signifique estar en la infancia y en la etapa adulta en cada sociedad o grupo.

Siendo de una forma resumida, la configuración en función de las realidades sociales como las estructuras de parentesco, estructuras de producción básica, régimen de propiedad, sistemas educativos, políticos y militares. Que son normas antropológicas y que sirven como ritos de paso de una etapa a otra, las cuales dependerán del momento histórico y cultural.

Lo cual podría dar cuenta de la existencia de varias adolescencias, incluso juventudes como ya lo mencionaba Dávila (2004) con relación al campo de estudio y las conceptualizaciones en torno a la noción de la adolescencia. Sin embargo este mismo autor menciona que independientemente de que tipo de adolescencia se estudie el objetivo es desplegar acciones consideradas políticas públicas que van encaminadas al fomento, desarrollo, protección y promoción de las diversas condiciones sociales de esta población.

1.2 La población de adolescentes.

De acuerdo con el último informe titulado “El poder de 1800 millones: adolescentes, jóvenes y la transformación del futuro” que dio el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2014), en el mundo existen aproximadamente 1800 millones de personas entre 10 y 24 años de edad, siendo la mayoría adolescentes y jóvenes. De acuerdo a estas cifras se menciona que nunca antes había habido tanta gente joven en el mundo.

Por lo que las políticas de los países deben encaminarse a garantizar el derecho a la educación y la salud (incluyendo sexualidad y reproducción), el empleo digno y

la participación de sus decisiones que afectan sus vidas. Ya que esta etapa debe hacer que el individuo transite a la etapa adulta de forma segura y con éxito.

Por lo que invertir en los adolescentes y las personas jóvenes desde un punto de vista económico, hace que los países en los próximos años tengan más posibilidades de crecimiento económico y desarrollo social.

1.3 La población de adolescentes en México.

En el caso de México, según el informe del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el (2015), en su informe titulado “Estadísticas al Propósito del Día Internacional de la Juventud (12 de Agosto), la población de adolescentes y jóvenes es de 29.9 millones representando el 24.9 % de la población total. De los cuales el 89.1% están solteros y el resto están casados, en unión libre o divorciados.

No obstante se menciona que el 36.8% de esta población son adolescentes con una edad de 15 a 19 años, siendo la población masculina mayor a la femenina, ya que hay 106.8 y 102.8 por cada 100 mujeres.

Por ello, se dice que México puede considerarse un país joven en plena transición a la vejez a largo plazo, alcanzando su cumbre en el 2050 como consecuencia de la disminución de la fecundidad y mortalidad. No obstante hoy en día México es un país con mayor número de personas jóvenes (CONAPO, 2010).

1.3.1 Mortalidad.

La población de adolescentes y niños, han sido de los más beneficiados con relación a la disminución de mortalidad en los últimos años. Ya que, recordemos que en 1970 la tasa de mortalidad más alta la presentaban la población de niños,

adultos maduros y adultos mayores que superaban el 40 por ciento de defunciones por cada uno de estos grupos de edad.

Para el caso de los adolescentes y jóvenes, para ese mismo año la tasa de mortalidad era de 3.3 por ciento y disminuyó para el 2010 a 2.6 por ciento, esperando que siga en decremento y llegar a un 0.8 para el 2030. Siendo los hombres los que presentan los niveles más altos a comparación del sexo femenino, una posible explicación a este fenómeno sería la exposición a actividades de alto riesgo por parte de la población masculina.

De manera general, se ha comprobado de las principales causas de muerte en jóvenes y adolescentes son agresiones, lesiones auto-infligidas y accidentes automovilísticos, los cuales son prevenibles, Por lo que es de suma importancia realizar políticas públicas y sanitarias específicas para esta población (CONAPO,2010).

1.3.2 Educación.

Con respecto a la educación, México ha tenido grandes avances en los últimos años. Un claro ejemplo es la disminución del analfabetismo que ha ido siendo menor a comparación de los años 70's cuando esta situación comprendía el 16.5 % de la población total, posterior a estos años el índice de analfabetismos para el 2005 fue de 2.6 % y para nuestros días es casi ya universal el alfabetismo en la población de nuestro país.

Para los adolescentes y jóvenes, la reducción del analfabetismo desde 1970 es muy marcada, al incrementar 13.1 puntos porcentuales, pues del 85 % de adolescentes con alfabetismo se incrementó a 98.1 % de esta población. Siendo las mujeres las más beneficiadas gracias a la ampliación de coberturas y acceso a la educación.

Con respecto a la permanencia escolar, en los jóvenes se incrementó el 1.4 años de vida escolar entre los años 2000 y 2009, es decir, la media de escolaridad de los jóvenes pasó aproximadamente del segundo año de nivel secundaria al primer año de nivel media superior concluidos. No obstante hoy en día la mayoría de esta población termina el nivel medio superior (CONAPO, 2010).

Por su parte el INEGI (2015) menciona que del total de la población de adolescentes el 3% tienen una escolaridad menor a la primaria completa, el 5.9% tiene la primaria completa y el 42.2% tiene un grado de secundaria.

Por otro lado, esta población en el primer trimestre de este año, presenta una tasa de desocupación de 8.6%, siendo la falta de experiencia laboral uno de los factores de desocupación. Con relación al resto de la población que se encuentra ocupada se observa que tienen un trabajo informal y mal remunerado, este fenómeno se observa más en adolescentes que tienen una escolaridad baja.

Por lo que es importante seguir trabajando, en el área de la educación en las diferentes poblaciones, específicamente en la de adolescentes y jóvenes, ya que en un futuro muy cercano en sus manos tendrán el desarrollo económico de nuestro país.

1.3.3 Salud.

La salud física y mental es un aspecto fundamental en el desarrollo de todos los individuos de las distintas poblaciones, especialmente se espera que la población de adolescentes presente el estado más óptimo en salud a comparación de otras poblaciones. Es decir, la no existencia de enfermedades crónicas en esta población, pero si un tipo de afectación a su salud como producto de lesiones o accidentes.

No obstante se ha observado que hoy en día, la salud de los adolescentes y jóvenes comienza a verse afectada por el estilo de vida de las sociedades actuales que no solo perjudican su salud física, sino también su salud mental, pues recordemos que somos seres holísticos.

Entre los principales padecimientos que afectan a esta población se encuentra la violencia, ya sea infligida sobre otros o sobre sí mismo, el sobrepeso y la obesidad, el consumo de alcohol y tabaco (CONAPO, 2010).

Con relación al consumo de tabaco de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, reporta una prevalencia de fumadores adolescentes activos de 12.3%, que corresponde a 1.7 millones de adolescentes. La edad promedio del comienzo del consumo de tabaco es de 14.1 años para ambos sexos, sin embargo el sexo masculino presenta mayores índices de consumo (4.2 cigarros diarios) a comparación de las mujeres con 3.6 cigarros por día (INPRFM, 2011).

Por otro lado el consumo de alcohol con datos de esta misma encuesta, se observó un incremento significativo en el incremento del consumo por parte de los adolescentes de 12 a 17 años de edad. Ya que el 14% de esta población menciona tener un consumo alto de esta sustancia, mientras el 42.9% de la población total menciona haber consumido alguna vez alcohol en su vida. Siendo el sexo masculino el de mayor nivel de consumo a comparación de las mujeres (INPRFM, 2011).

En el área de las drogas, se ha encontrado que la ingesta de estas son bajas para cualquiera de las drogas ilícitas, ya que el porcentaje de consumo es de 1.6 y 1.5. Ocupando la marihuana la mayor prevalencia (1.3%), seguido de la cocaína (0.4%) y los inhalantes con un 0.3%. Al hacer una comparación por sexo los índices de consumos son menores en mujeres, no obstante la posición del consumo de las drogas citadas anteriormente siguen siendo las mismas (INPRFM, 2011).

Ante las estadísticas vistas, es menester que se realicen políticas de salud que vayan encaminadas a la disminución de los factores que perjudiquen la salud tanto física como mental de los adolescentes. De hecho se sabe, que este tipo de problemáticas no solo perjudican a nivel individual, sino también a nivel social y por ende gastos económicos para el estado ya que provocan incapacidades.

1.4 La población de adolescentes en el Estado de México.

Por su parte el Estado de México, al revisar el documento publicado por la CONAPO (Consejo Nacional de Población), que lleva por título “Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010- 2030”, se menciona que la población de este Estado muestra profundas transformaciones que afectan su estructura por edad y crecimiento, debido a que en la actualidad ya se cuenta con más servicios públicos y de salud que aumentan la esperanza de vida al nacer y las disminuciones de mortalidad, Sin embargo en este documento se destaca que aun las desventajas socioeconómicas siguen siendo un factor importante con respecto en la mortalidad de los habitantes del Estado de México.

No obstante se menciona que la población del estado de México en el 2010 alcanzó, 15, 571,679 habitantes (13.6% de la población nacional), de los cuales el 51.2% son hombres y 48.8% son mujeres. De igual forma se destaca que la gente joven es la que mayor prevalece.

Ante estos resultados demográficos se proyecta que el Estado de México, para el 2020 tendrá un volumen de 18, 075,065 personas con una tasa de crecimiento anual de 1.28. Por lo que se espera que para esos años la población de edad avanzada tengan un mayor incremento a comparación de la gente joven, debido a la disminución de la natalidad.

Por ello, en el mismo informe se menciona que la población de adolescentes (12-14 años de edad) de secundaria en el año 2013 ascendía a 915,745 y se

espera que para el año 2018 aumente a 922,133 y en año 2030 a 925,873 adolescentes.

Otro dato importante de destacar es que en el grupo de edad de 15 a 17 años de edad se estima que en el año 2013 había 909,426 jóvenes y se proyecta que para el 2018 esta cifra ascienda a 915,662 jóvenes de la misma edad y para el 2030 se alcancen 918,900 jóvenes. No obstante los jóvenes de 18 a 24 años de edad en 2013 la población era de 2,035, 840 la cual incrementara en el 2025 a 2, 109,049 jóvenes y en 2030 a 2, 128,397 (CONAPO, 2014).

Por lo anterior, es indispensable que instituciones encargadas del bienestar de la población como universidades, secretarías de investigación, gobernación, instituciones de salud, realicen investigaciones con relación a la población de adolescentes con el objetivo de tener un panorama de la situación a la que se enfrenta esta población y que nos permita intervenirlos adecuadamente de acuerdo a sus necesidades que les provean un bienestar tanto físico como mental. Por medio de la disminución de los problemas emocionales y de comportamiento.

CAPÍTULO 2. LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES.

De acuerdo con la OMS (2013), la salud mental se define como “un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedad”. Lo cual implica que al hablar de la salud mental se habla de un bienestar en el cual el propio individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Guajardo, 2013).

Lo anterior ha hecho que se reconozca el impacto que tienen los trastornos mentales en la calidad de vida de los seres humanos, motivo por el cual su alta prevalencia es considerada como un problema de salud pública, por lo que está esfera se encuentra entre las principales diez causas de enfermedad, muerte y discapacidad a nivel mundial sobre los seres humanos (Guerri, 2015; Hernández, 2016).

Además se ha demostrado que la salud mental está estrechamente relacionada con la salud física y la conducta de los seres humanos y que esta no es de ninguna forma independiente de las normas culturales, las cuales determinaran lo que es salud y enfermedad. Por lo que la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad al englobar las esferas física, mental y social, que de ninguna forma son interdependientes (OMS, 2004).

Por lo que su estudio, investigación, prevención, promoción e intervención debe de ir encaminada a en aquellos causales (factores de riesgo) que ejercen una influencia causal negativa, predisponiendo la aparición de los trastornos mentales, los cuales son de carácter individual y pueden estar relacionados con factores familiares, económicos, sociales y ambientales (OMS, 2004), entre los que se pueden encontrar el:

- ✓ Acceso a drogas y alcohol.
- ✓ Desplazamiento.
- ✓ Aislamiento y enajenamiento.
- ✓ Falta de educación, transporte y vivienda.
- ✓ Desorganización de la vecindad.
- ✓ Rechazo de compañeros.
- ✓ Circunstancias sociales deficientes.
- ✓ Nutrición deficiente.
- ✓ Pobreza.
- ✓ Injusticia racial y discriminación.
- ✓ Desventaja social.
- ✓ Migración a áreas urbanas.
- ✓ Violencia y delincuencia.
- ✓ Guerra.
- ✓ Desempleo.

Lo anterior pone en relieve que todos los seres humanos y comunidades, como lo menciona Bozzo, (2001) en mayor o menor medida son vulnerables, ya sea por ingresos, por patrimonio, por lugar de residencia, por país de nacimiento, por origen étnico, por género, por discapacidad, por enfermedad, por factores políticos y ambientales que implican riesgos e inseguridades para los individuos. Los cuales ponen en peligro su salud física y mental.

Con relación a las población de adolescentes, la frecuencia de trastornos mentales ha aumentado en los últimos 20 años y se atribuye a la ruptura de las estructuras familiares, a la falta de empleo entre los jóvenes y las pocas realistas aspiraciones educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijos e hijas. También se ha demostrado que algunos factores de riesgos como malos tratos en la infancia; la violencia en la familia, la escuela y el vecindario; la

pobreza; la exclusión social; desventajas en materia de enseñanza; enfermedades psiquiátricas; violencia marital y la taxonomía de los progenitores son factores de riesgo que perjudican la salud mental de los adolescentes (Unicef, 2011).

Ante esto, se da cuenta de la necesidad de invertir más en el área de la salud mental, en términos financieros y en recursos humanos, tanto para la atención de la población que sufre algún trastorno mental como para generar trabajos de investigación y promover la salud mental en otras poblaciones, pues se ha encontrado que este tipo de problemática se comienza a ver en edades más tempranas (INM, 2006), las cuales se esperarían ser las más sanas. Inclusive se podría decir que las mejores preparadas tanto en el área educativa y con mejores competencias sociales para para dirigir adecuadamente el desarrollo de su país en los próximos años.

2.1. Perfil epidemiológico de la salud mental en adolescentes.

Tomando como base lo anterior, ante esto la epidemiología como disciplina, hoy en día juega un papel muy importante en la comprensión de los trastornos mentales que se presentan en las diferentes poblaciones de nuestro planeta, ya que gracias a ella es posible determinar la frecuencia de los problemas mentales, así como su distribución, los grupos más afectados, los diferentes procesos que determinan el padecimiento y por último las acciones de intervención y prevención hacia estas problemáticas (Borges, Medina y López, 2004).

Permitiendo de alguna forma u otra, la clasificación de las enfermedades mentales, la cual tiene como propósito el registro sistemático, el análisis, la interpretación y el análisis de datos de morbilidad y mortalidad recogidos en diferentes regiones y distintos momentos históricos (Augsburger,). Dando como resultado que se tengan hoy en día datos que permitan una mejor comprensión de problemáticas que afectan la salud mental de los individuos, tal es el caso de la depresión, suicidio, ansiedad, trastorno disocial, consumo de sustancia como alcohol y tabaco y problemas somáticos.

2.1.1 Depresión.

Se calcula que al rededor del 20% de los adolescentes de todo el mundo tienen problemas mentales o de comportamiento, siendo la depresión una de las enfermedades que más contribuyen a la morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años y se estima que esta misma enfermedad junto con la ansiedad, serán la principal causa de días de discapacidad para el 2020 (Unicef, 2011; Guerri, 2015). En México se ha demostrado que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da durante las primeras décadas de vida y que al menos el 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. También se ha reportado que el 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad han presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II

durante la segunda década de vida, siendo las mujeres las que tienen mayor prevalencia de depresión que en los hombres (Veytia, González, Andrade y Oudhof, 2012).

De acuerdo con la Encuesta de Salud Mental en adolescentes de la Ciudad de México, la prevalencia de EDM (Episodio de Depresión Mayor) fue de 4.8, siendo mayor a la reportada por los adultos en la ENEP (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica) y se observa una prevalencia de 1.8% en hombres y el 2.8% mujeres adolescentes. Además se ha podido identificar que las personas que pasan por un EDM durante las primeras décadas de vida tienen mayor probabilidad de tener el doble de EDM durante el largo de su vida, si no se tratan a tiempo y correctamente (González, Hermosillo, Vacío, Peralta y Wagner, 2015).

2.1.2 Suicidio

Otra problemática de salud mental que se ha convertido en una de las tres principales causas de mortalidad entre personas de 15 a 35 años es el suicidio, se calcula que unos 71,000 adolescentes comenten suicidio anualmente y que una cifra 40 veces superior lo intenta (Unicef, 2011). En el caso de México de 1970 a 2007 el suicidio ha crecido 275%. Actualmente el suicidio se incrementa en el grupo de 15-29 años de edad y la prevalencia de por vida de ideación suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y 3.8%. Entre los habitantes de la República mexicana, 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses y 593 600 personas intentaron suicidarse (Borges, Orozco, Benjet y Medina, 2010).

Ante esto González, Romero y Jiménez (2009) señalan que las Lesiones Autoinfligidas Deliberadamente (LAD) tienen relación con una serie de conductas que pueden tener consecuencias fatales tales como el gesto suicida, el intento o tentativa de suicidio y el suicidio consumado. Incluso los autores mencionan que desde 1997 se ha observado un considerable aumento de la LAD, observándose mayor frecuencia en las mujeres (más de tres mujeres por cada varón). También

que las características son similares en ambos sexos en cuanto a: la edad (entre los 12 y 15 años), la recurrencia (una de cada cuatro mujeres con LAD y uno de cada tres en los hombres), los motivos (situaciones interpersonales, familiares y emocionales en ambos sexos), los métodos (cortarse con un objeto punzocortante) y la letalidad (en ambos sexos se reportó un deseo consciente de muerte y que no importaba si vivían o morían).

2.1.3 Ansiedad.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003), en México, los trastornos más frecuentes identificados en nuestro país fueron los de ansiedad con una prevalencia de 14.3% alguna vez en la vida de las personas (Fuentes, 2013), y se observa en mayor medida en personas entre 15 y 45 años de edad, siendo las mujeres las que puntúan más alto a comparación de los hombres, además se ha demostrado que los inicios de esta problemática se asocia en mayor frecuencia con episodios adversos para el paciente (Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005).

2.1.4 Trastorno Disocial.

También, otra forma de psicopatología que más se presenta en adolescentes y niños es el Trastorno Disocial (de conducta), pues su prevalencia se ha incrementado durante la última década y es más visualizada en núcleos urbanos que rurales. Las tasas reportadas señalan que en varones menores a los 18 años de edad, su prevalencia es del 6 al 16% y en mujeres va del 2 al 9%. En caso de la población general la prevalencia es del 1.5 al 3.4% y la edad de aparición es de 10 a 12 años en hombres y para las mujeres es de los 14 a los 16 (Vázquez, Feria, Palacios y De Peña, 2010).

2.1.5 Alcohol y Tabaco.

En el caso del consumo de sustancias se encuentra que en los jóvenes de 12 a 17 años la prevalencia de consumo de alcohol es de 27.6%, mientras que para los adultos de 18 a 65 años es de 53.5%. Esta información al ser analizada por grupos de edad y sexo, en el primer grupo la prevalencia de consumo en hombres fue de 31.9 por ciento y de 22.9 en mujeres (Tapia, Medina, Sepúlveda, Fuente y Kumate ,1990).

Por su parte, el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), unidad especializada del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, de la Secretaría de Salud, mencionan que 63% de la población en consumo activo son adolescentes y jóvenes y que las principales causas de inicio de consumo de son por diversas causas como: la curiosidad (29.4%), seguida por la invitación de amigos (13.5%), la experimentación (12.4 %), los problemas familiares (10%), la influencia de amigos (9.4%), la aceptación del grupo (4.1 %), por invitación de familiares (2.9%) o depresión con el 2.4 por ciento (Fuentes, 2014).

2.1.6 Problemas somáticos.

Autores como Guzmán (2011), han señalado que entre el 38% y el 60 por ciento de los pacientes que acuden a consulta informan síntomas que no pueden ser relacionados con una enfermedad o patología orgánica. Problemática que se atribuye a factores biopsicosociales y que su prevalencia es más notoria en mujeres que en hombres y en personas que cuentan con niveles bajos en aspectos socio-económicos y educacionales. Sin embargo, la variabilidad de las cifras de prevalencia dependerá de los diferentes criterios de diagnósticos de somatización, que hasta ahora han sido escasos.

CAPÍTULO 3. PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN ADOLESCENTES.

Los temas de bienestar Emocional y Salud Mental han presentado un incremento significativo en su investigación para las diferentes poblaciones de nuestra sociedad y alrededor del globo terráqueo, con el objetivo de aumentar la conciencia de que las emociones tiene un papel importante en la salud de los individuos tanto física como mental.

Dicho incremento, se debe a que los niveles de problemas en niños y personas jóvenes específicamente han aumentado y a su vez, se ha observado que algunos de estos problemas y trastornos se comienzan a presentar en edades más tempranas e incluso persisten hasta la edad adulta, lo cual favorece el inicio de conductas de riesgo como el usos y abuso de sustancias, las conductas suicidas, los delitos, actos violentos y embarazos no deseados (Barber, 2002). Sin olvidar que estos a su vez traen consigo gastos económicos para el estado en materia de salud, debido a las incapacidades que provocan limitando el desarrollo tanto tecnológico, científico y social de los diferentes países del mundo.

Sin embargo como menciona Coleman (2008), el estudio y la investigación tanto del Bienestar Emocional, la Salud mental y salud en general presentan ciertas limitaciones hoy en día, ya que en primer lugar existe una cantidad de problemas en la definición de conceptos traslapados causando una ligera perspectiva distinta acerca de dichas materias. Por otro lado el distinguir hasta que cierto grado se habla de enfermedad y de salud de un individuo, incitando a que en el lenguaje común, sean utilizados erróneamente, pues mientras para profesionales el hablar de Salud mental como un concepto que engloba tanto una salud buena o deficiente, en la mayoría de las connotaciones sociales se refiere a un trastorno emocional o de conducta.

No obstante, el mismo autor, menciona que Bienestar Emocional es un término más general que Educación Emocional, con la desventaja de ser impreciso y asociado la mayoría de las veces con tranquilidad, felicidad y calma. Que al mismo tiempo puede ser mejor que el término de salud mental ya que este engloba trastornos o debilidad mental.

Por ello, el estudio del bienestar emocional a su vez ha provocado el interés por investigar los trastornos emocionales o la salud mental en los individuos, porque los dos últimos como se mencionaba anteriormente, implican un grado significativo de desventaja que se extiende a casi todos los aspectos del desarrollo humano e interrumpe su funcionamiento normal.

Por lo anterior en el presente capítulo se abarca información relevante acerca de los trastornos emocionales o también conocidos como problemas internalizados (RUM, 2015), al igual que se proporciona información acerca de los problemas externalizados o de conducta que se presentan en los adolescentes, los cuales en palabras de Achenbach y Edelbrock (1987) se definen como el grado de desviación del rango esperado para una conducta adecuada de acuerdo a la edad, sexo y medio social en el que se desarrolla el individuo.

Teniendo en cuenta diversas variables mencionan González, Calvo, Benavides y Sifre (2002) tales como:

- Conductas.
- Afectos.
- Cogniciones.
- Estados físicos del desarrollo.
- Cambios evolutivos.
- Entorno familiar.
- Entorno escolar.
- Entorno social.

Dando a entender agrega Méndez (2012) que la conducta normal es el estándar que se acepta por la mayoría de las personas de una comunidad, siendo los problemas de comportamiento conductas atípicas, molestas y hasta extrañas, ya que lo que espera un individuo de otras personas es que actué de alguna forma en contextos determinados de acuerdo a normas establecidas.

No obstante las problemáticas no solo pueden ser establecidas por medio de normas visibles, ya que existen los derivados de la resistencia a respetar las normas convencionales y las exigencias de la vida provocando depresión, ansiedad, inhibición y entre otras perturbaciones emocionales.

3.1 Problemas emocionales o internalizados.

Los trastornos emocionales o también conocidos como problemas internalizados afectan de una forma sustancial la capacidad de los seres humanos para manejar las demandas de la vida cotidiana, causando problemas de pensamiento, sentimientos, conducta personal y relaciones personales. Dichos trastornos emocionales o internalizados pueden ser percibidos de una forma visible principalmente en el rendimiento académico, en las relaciones personales y la comunicación de los individuos quien los padece (RUM, 2015).

Desde el punto de vista de Achenbach y Edelbrock (1987, citado en Velázquez 2012) definen a los problemas emocionales como aquellos en los cuales las reacciones emocionales y cognitivas se manifiestan hacia el propio sujeto, cuya revelación puede ser en forma de depresión, fobias, ansiedades, caracterizados por la alta contención de los impulsos. Siendo de una forma resumida, agrega Venegas (2014) problemas de ajuste ambiental que se manifiestan en comportamientos de inhibición, inquietud, timidez y creencias.

Desde esta concepción la probabilidad de que exista una mayor prevalencia de los problemas emocionales o internalizados en el caso de la adolescencia es más

certera, al ser una etapa de estrés debido a los diferentes cambios que se tienen en áreas como psicológica, biológica, emocional, social e incluyendo las demandas de la sociedad en la que se desenvuelve el individuo (Calzada, 2013). Esto hace que la adolescencia se conciba como una transición en la cual el individuo va adquiriendo nuevos recursos y capacidades en las áreas antes mencionadas con el objetivo de poder tener una visión de sí mismo, del contexto en el que se desarrolla, poder entender las diferencias entre lo que significaba ser niño y adulto, ya que se encuentra en esa transición, causando duelos en esta etapa que le permiten adquirir nuevas experiencias que le ayuden a tener una identidad más fuerte y cohesionada.

Dando como resultados el desarrollo del pensamiento abstracto provocado por todos estos cambios adaptativos y que de alguna forma u otra en un cierto grado conducen a trastornos emocionales, siendo la depresión y la ansiedad característicos de una adolescencia sana (Loranca, 2002). Al no poder cumplir con lo que se nos impone o no poder afrontar lo que nos causa peligro. Ya que en palabras de Shafii y Lee (1885) estas dos principales emociones son de desarrollo y supervivencia en los seres humanos por ejemplo, la ansiedad para el organismo emite las señales de peligro, mientras la depresión es reacción frecuente ante dichas experiencias.

Por otro lado, como lo menciona Villa (1997) a su vez, dichos problemas emocionales pueden causar conductas aparentemente distorsionadas que son observadas con preocupación y que hacen creer que se tratan de intensos problemas patológicos. Sin considerar que algunos cambios emocionales son el resultado de las reacciones de ajuste o alteraciones reaccionales de los adolescentes que incluso se encuentran en las clasificaciones de los trastornos psiquiátricos del adolescente.

Ante esto la misma autora menciona que en la adolescencia las alteraciones normales con relación a los problemas emocionales están caracterizadas por

alteraciones socioemocionales o de comportamiento que se expresan como un conflicto entre las pulsiones y sentimientos del joven involucrando su medio social. Con base en los anterior, se podría decir que los problemas emocionales en los adolescentes son el resultado del cómo el individuo que atraviesa por esa etapa de transición percibe e interpreta su existencia. Es decir, el ¿cómo debe de ser? ¿Cómo quieres ser? y ¿cómo en realidad es?. Sin olvidar que están inmersos dentro de un contexto que estipula una cultura, estatus sociales, costumbres y estructuras sociales que en ocasiones el propio adolescente no puede cumplir con todos estos requisitos causando malestares internos en el individuo que le causan daño al no cumplir con las demandas que su medio le exige.

Que incluso pueden convertirse en desórdenes emocionales, ya que si el adolescente no cuenta con los recursos necesarios para afrontar la crisis con respecto la demanda del medio exterior, simplemente el individuo se queda estancado en su desarrollo tanto personal y social. Provocando inseguridades, sentimientos negativos hacia su propia persona.

De acuerdo con el Centro Nacional de Diseminación de Información para Niños con Discapacidad (2010), los problemas emocionales se caracterizan por:

- a. Inhabilidad de aprender que no puede ser explicado por factores intelectuales, sensoriales o de salud.
- b. Inhabilidad de formar o mantener relaciones interpersonales con sus pares.
- c. Sentimientos o conductas inapropiados bajo situaciones normales.
- d. Un humor general de tristeza o depresión.
- e. Una tendencia de desarrollar síntomas físicos o temores asociados con problemas personales.
- f.

Entre los principales problemas emocionales que se presentan en niños y adolescentes está la depresión que se refiere a manifestar sentirse solo, rechazado y sentirse mal. También dentro de este dominio se encuentra la

ansiedad que manifiesta la preocupación y nerviosismo ante un acontecimiento y la cual es manifestada a través reacciones fisiológicas, endocrinas y motoras (Romero, 2015).

3.2 Problemas Conductuales o Externalizados.

Con relación a los problemas conductuales o externalizados que se presentan en niños y adolescentes, en algunas ocasiones suelen presentarse desde una gama de problemas conductuales no patológicos hasta serias patologías como trastorno disocial, negativista, desafiante y antisocial de la personalidad (Paquentin, 2009). Incluso este tipo de problemáticas son más fáciles de ser identificados por maestros, padres y cuidadores, ya que se ha encontrado la asociación de la externalización de los daños al medio ambiente, pues de una forma resumida estos se derivan de los conflictos que tiene el niño y adolescente con su entorno provocando un desajuste conductual (Valdivia, 2014).

Los problemas conductuales o externalizados de acuerdo con Romero (2015) son definidos como comportamientos y alteraciones psicológicas del ámbito conductual, cuyas manifestaciones causan conflicto o daño al entorno y otros, implicando indiferencia de las normas sociales.

Entre los principales problemas conductuales de acuerdo con este mismo autor en adolescentes y niños se encuentran:

- Comportamiento disruptivo: que se refiera a problemas como juego en el salón de clase y corro aunque no esté permitido.
- Conductas de agresión física: se refiere a problemas como, le pego a los otros cuando se me da la gana, le he pegado a la maestra entre otros.
- Conductas de autoagresión: son conductas en las que el propio sujeto se hace daño, por ejemplo, me he mordido, me rasco hasta sacarme sangre.

Sin embargo, Gómez, Santelices, Gómez, Rivera y Farkas (2014) menciona que en algunos casos este tipo de problemáticas de conducta, suelen ser normales para la edad del individuo y que son esperables en ciertas etapas del desarrollo pero que la importancia radica en identificar la frecuencia e intensidad del comportamiento.

Por lo que detectar sintomatología conductual tales como: agresividad verbal, violencia física, explosiones de comportamientos, hurtos, no atacar ordenes, amenazas e insultos desde esta perspectiva ayudara a el diagnóstico eficaz de trastornos de la conducta tales como: trastorno disocial, negativista, desafiante y antisocial de la personalidad.

Por su parte Aken (1999; en Aguilar 2012) menciona que los problemas externalizados crean dificultades en el medio externo de la persona y que algunos ejemplos de ellos son:

- La delincuencia.
- Las peleas.
- La drogadicción.
- Conducir arriesgadamente.
- El tener sexo sin protección.

Incluso este autor señala que los problemas externalizados se pueden presentar de forma conjunta, ya que aquellos jóvenes que tienen relaciones sexuales sin protección tienen mayor probabilidad de consumir drogas y alcohol. Afirmación que es similar a la de Gómez, Santelices, Gómez, Rivera y Farkas (2014), el cual reporta que este tipo de problemáticas puede tener otros tipos de diagnósticos que estén produciendo la sintomatología conductual tales como una depresión o un déficit de atención con hiperactividad.

Cabe destacar que los problemas conductuales en las diferentes poblaciones son de manera distinta en cada sociedad determinada.

CAPÍTULO 4. CLASIFICACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA DE ADOLESCENTES Y NIÑOS.

Deménech y Ezpeleta (1998) mencionan que el interés por clasificar las enfermedades en los niños y los adolescentes es un fenómeno reciente que ha permitido la consolidación de una psicopatología científica. Esto a raíz de la clasificación que se ha realizado en adultos. No obstante estas mismas autoras mencionan que el clasificar la psicopatología infantil aun presenta limitaciones, ya que aún sigue siendo muy dependiente de las nosologías pensadas para los adultos, etapa en la que ellas consideran los síndromes están más delimitados y fijos que en niños y adolescentes.

De igual forma estas autoras mencionan que el tener una clasificación de la psicopatología tanto en adultos como en otras poblaciones, es decir en infantiles y adolescentes permite el avance científico. Ya que algunos criterios diagnósticos operativos y un sistema clasificatorio promueven estudios epidemiológicos, evaluar resultados de un tratamiento con psicofármacos y técnicas psicológicas, facilita la comunicación entre profesionistas, desarrollo de nuevas teorías científicas, determinar el status legal de un sujeto y hacer investigación que ayudan a crear recursos necesarios en la intervención y servicios a prestar.

Lo anterior ha provocado que existan diferentes taxonomías para los trastornos infantiles, los cuales se pueden dividir en las nosologías hechas para adultos y en las cuales se basan para poblaciones menores, por otro lado están las que han sido creadas específicamente para niños.

Dentro de las taxonomías que dependen de las nosologías de los adultos están las establecidas en el DSM y el CIE. Con respecto a las creadas para niños en la actualidad se han subdividido en cuantitativas, categoriales y psicopatología evolutiva.

Cruz, Maganto y Ávila (1997) por su parte mencionan que dichas clasificaciones permiten una descripción sistemática de los objetos de interés, como el establecimiento de leyes generales o teorías que permitan eventos particulares. Sin embargo mencionan que la versatilidad y la complejidad de la conducta humana, es sometida a una multitud de determinantes debido a las diferentes posiciones teóricas y la falta de unificación de constructos en la psicopatología. Para efectos del presente estudio, nos centraremos en la clasificación de la psicopatología en adolescentes y niño denominado psicométrico-dimensional, que utiliza procedimientos cuantitativos para determinar empíricamente que características deben de ocurrir en las diferentes formas de síndromes. Cuyo objetivo en sí, es la cuantificación de la conducta patológica y la variación del grado de intensidad del problema.

Recordando que este tipo de clasificación de la psicopatología infantil utiliza técnicas estadísticas, como el análisis factorial a diferentes grupos de síntomas (Romero, 2015). Entre los modelos más importantes con relación a esta clasificación se encuentra la plateada por Achenbach (1966) y con la que elaboró el Sistema de Evaluación Basado Empíricamente de Achenbach. Con el cual en las últimas cuatro décadas el propio autor y sus colaboradores, han trabajado sobre la propuesta de las diferentes clasificaciones que figuran la psicopatología en adolescentes y niños.

4.1 Sistema de Evaluación Basado Empíricamente de Achenbach.

La investigación de los problemas emocionales y conductuales en la población de adolescentes, niños y adultos, ha sido desarrollada con gran interés por Achenbach desde 1960. Esto gracias al desarrollo de su sistema de evaluación que ofrece un enfoque integral para evaluar el funcionamiento adaptativo y desadaptativo en este tipo de poblaciones (Andrade, Betancourt y Vallejo, 2010). Dicho sistema lleva por nombre ASEBA (Sistema de Evaluación Basado Empíricamente de Achenbach) por sus siglas en inglés y el cual ha sido el

resultado de décadas de investigación y experiencia práctica para identificar patrones reales de funcionamiento. A través del Youth Self Report (YSR), Child behavior Checklist (CBCL) y el Teacher's Report Form (TRF), convirtiendo al ASEBA en un sistema multiaxial, pues incluye información de diferentes fuentes (padres de familia, maestro y el propio sujeto), para la evaluación de la psicopatología en las diferentes poblaciones (Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002). Lo anterior, ha provocado que el sistema ASEBA sea traducido a más de 100 idiomas y ofrezca sus diversas aplicaciones alrededor del mundo. Que ha dado como resultado una evaluación multi-informante para edades de 1 ½-90 y por ende puntuaciones multiculturales para las edades de 1 ½-59.

Colocándolo, en uno de los mejores sistemas de evaluación a nivel internacional para su uso en los servicios de salud mental, centros médico, escuelas, servicios infantiles/familiares y organismos de salud pública para tener un seguimiento de las necesidades, problemas y competencias de cada una de estas instituciones con relación al diagnóstico, prevalencia, efecto de tratamientos y epidemiología de los problemas adaptativos y desadaptativos de determinadas sociedades (ASEBA, 2016).

4.2 Características del Youth Seft Report.

El Young Self Report es un instrumento que forma parte del Sistema de Evaluación Basado Empíricamente de Achenbach (ASEBA). Este ha sido traducido a más de 59 idiomas y utilizado en diferentes países del mundo entre ellos: Australia, China, Israel, Jamaica, Holanda, Turquía y Estados Unidos para evaluar y compara los problemas reportados por los adolescentes, la práctica clínica e investigación de psicopatologías.

Dicho instrumento consta de dos apartados, en donde la primera evalúa las habilidades y competencias deportivas, sociales y académicas. Mientras la segunda parte está compuesta de 112 ítems, que exploran la frecuencia de

conductas adaptativas, prosociales y conductas problema a través de un conjunto de síndromes de primer orden y segundo orden.

Con relación a las versiones en el idioma español podemos encontrar la realizada por Lemos, Vallejo y Sandoval (2002), en la cual se encontró en población española nueve síndromes centrales y dos de segundo orden los cuales no corresponden a los reportados por el autor intelectual del instrumento original. Sin embargo los autores de esta investigación hacen un aporte importante al dar una correspondencia de dichos síndromes con relación al DSM-IV y el CIE-10.

Posteriormente fue hasta el 2005 que Valencia y Andrade, realizaron la traducción y adaptación del YSR en población mexicana de 9 a 15 años (M=10 y 11 años), en la cual además de los 112 reactivos que conforman el instrumento original se agregaron seis reactivos más; resultado de investigaciones anteriores sobre problemas de conducta reportados por padres de familia, maestros, psicólogos y los propios niños quedando el YSR con un total de 118 ítems.

Sin embargo, al hacer la aplicación del instrumento a los niños para saber si lo comprendía ese eliminaron 22 reactivos al no ser entendidos por los mismos niños mexicanos, ya sea en el significado de las palabras o su contenido quedando un total de 96 ítems.

Más tarde, los mismos autores, realizaron la aplicación del instrumento obtenido con 96 reactivos a 671 niños entre una edad de 9 a 15 años para hacer el análisis factorial, en el cual obtuvieron 6 factores de primer orden diferentes a los reportados por Achenbach: problemas de conductas, depresión, problemas somáticos, problemas de pensamiento, problemas afectivos y problemas de ansiedad.

Fue hasta el 2010 que Betancourt y Andrade validaron el instrumento en una muestra más grande de edad (11- 16 años), dicha investigación se basó en

estudios anteriores hechas por la propia Betancourt en 2007, que dieron como resultado una escala de 58 ítems. Con la investigación de Betancourt y Andrade se pudo observar la dimensionalidad del constructo quedando de la siguiente forma: depresión, rompimiento de reglas, consumo de alcohol y tabaco, problemas somáticos, conducta agresiva, problemas de pensamiento y lesiones auto infligidas.

Finalmente, Andrade y Betancourt (2010) determinaron la estructura factorial y la confiabilidad del mismo instrumento ampliando la edad de los adolescentes para su aplicación (12 a 18 años) obteniendo la escala de problemas emocionales y conductuales en adolescentes, la cual se utilizara en la presente investigación. Dicha escala cuenta con un alfa de Cronbach que va de .70 a .89 por factor.

Consta de 38 reactivos y siete síndromes: 1) Depresión (8 reactivos, $\alpha = 0.89$); 2) Rompimiento de reglas (7 reactivos, $\alpha = 0.83$); 3) Consumo de alcohol y tabaco (4 reactivos, $\alpha = 0.76$); 4) Problemas somáticos (5 reactivos, $\alpha = 0.77$); 5) Conducta agresiva (8 reactivos, $\alpha = 0.82$); 6) Problemas de pensamiento (3 reactivos, $\alpha = 0.72$) y 7) Lesiones auto infringidas (3 reactivos, $\alpha = 0.70$). En una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta que va de nunca a siempre.

Dicha escala también cuenta con dos subfactores que evalúan problemas internalizados y externalizados que se componen de la siguiente manera:

Problemas internalizados: compuesta por los factores de Depresión, Problemas Somáticos, Lesiones Autoinfligidas y Problemas de Pensamiento.

Problemas externalizados: compuesto por los factores de Rompimiento de Reglas, Conducta Agresiva y Consumo de Alcohol y Tabaco.

4.3 Situación actual de la investigación utilizando el Youth Self Report.

Después de la creación del Sistema de Evaluación Basado Empíricamente de Achenbach (ASEBA), la línea de investigación acerca de los problemas emocionales y conductuales tuvo un incremento notable, el cual se puede observar en nuestros días con más de 6000 publicaciones en todo el mundo utilizando los diferentes instrumentos que conforman el sistema ASEBA.

Entre las investigaciones más recientes que podemos encontrar esta la realizada por Alarcón y Bárrig (2015), cuyo estudio tenía como objetivo conocer las conductas internalizantes y externalizantes en una muestra de 298 estudiantes de secundaria entre 12 y 18 años de la zona metropolitana de Lima, Perú a través del Youth Self Report. Dicha investigación reportó que los síndromes que presentan la media más alta para esta población son: Conducta agresiva (8.18 con E.D=4.43), Ansiedad/depresión (7.48 con D.E= 3.79).

Por otra parte se encontraron diferencias estadísticas significativas por sexo, siendo las mujeres las que puntúan más alto en problemas emocionales (18.01 con D.E =6.51) a diferencia de los hombres que tienen una puntuación más baja (15.95 con D.E=7.25). No obstante en los problemas conductuales los hombres encabezan con una media de 13.67 y una D.E de 6.48, mientras las mujeres puntúan una media de 11.22 con una D.E de 6.51. Ante esto los autores manifiestan la importancia de tomar en cuenta ante dicha variabilidad los factores biológicos y ambientales.

Fernández, M.P. y Fernández, A. (2013) utilizando el mismo instrumento analizaron las conductas problema en una muestra de preadolescentes y adolescentes españoles, la muestra de estudio estuvo conformada por 222 sujetos de los cuales estaban divididos en dos grupos: adolescentes institucionalizados (111 sujetos) y un grupo control (111 sujetos). Los autores encontraron que los adolescentes institucionalizados puntuaban más alto en todas las conductas

problema a comparación del grupo control, existiendo diferencias estadísticas significativas.

De igual forma los resultados muestran que los síndromes de ruptura de reglas y conductas agresivas son las que tienen la media más alta para ambos grupos, también agregan los autores que en relación a los factores de segundo orden, los adolescentes de grupo control son los que puntúan menor en ambos factores de segundo orden.

Es importante señalar que en este estudio también se utilizó el CBCL 6/18, que es un cuestionario de informe del comportamiento de niños y adolescentes para padres, el cual al hacer un análisis entre los resultados obtenidos entre el YSR y el CBCL, se observa que los adolescentes señalan más la presencia de los síndromes que evalúa el instrumento que lo reportado por los padres o tutores.

Navarro y García (2012) analizaron la relación del rendimiento académico con la prevalencia de los síndromes patológicos que evalúa el YSR, estos autores encontraron que existe una fuerte relación entre la existencia de sintomatología externalizante y el bajo rendimiento académico. También añaden que estos resultados son para ambos sexos, ya que no se encuentran diferencias estadísticas significativas.

Zubeidat, Fernández, Ortega, Vallego y Sierra (2009) examinaron a través del YSR, las características psicosociales y psicopatológicas de acuerdo con este mismo instrumento en función de variables sociodemográficas como son, el sexo, la edad, curso escolar, tener pareja y trabajo. Los resultados que se encontraron señalan una diferencia estadística significativa en todas estas variables de acuerdo a las conductas problema, es decir los hombres tienen la media más alta a comparación que las mujeres, por otro lado que te tiene pareja presentan menos conductas problema que los que carecen de esta y entre mayor edad de los sujetos mayor es la media de conductas problemas.

También los mismos autores, aportan al desglosar el estudio por síndromes patológicos, que los varones muestran una media significativa superior que las mujeres en conductas delictivas y conducta agresiva. No obstante las mujeres obtienen puntuaciones superiores en depresión/ansiedad, quejas somáticas y problemas de atención. Lo que da a entender la mayor prevalencia de problemas internalizados en mujeres y de problemas externalizados en hombres.

Ceria y Daset (2007) en una muestra de 215 adolescentes uruguayos de nivel secundaria, cuya edad oscilaba entre los 12 y 18. Realizaron un estudio en el cual utilizaron el YSR, en dicha investigación con un 44,847% de la varianza de la población en general se encontraron los siguientes síndromes: retraimiento social-depresión, prosocial, quejas somáticas-impulsivo ansioso, DHA-oposicionista desafiante, inmaduro-autoagresivo, antisocial-delictivo, quejas somáticas-problemas de pensamiento, disocial, retraimiento, inmaduro ansioso y llamados de atención.

En tanto en el análisis factorial para sexo los varones, con una varianza total acumulada de 54,356%, los síndromes encontrados fueron: Prosocial, Depresivo-Disruptivo, Quejas somáticas-Inmadurez, Problemas con el cuerpo-Quejas somáticas, Antisocial Delictivo, Hostigamiento- Llamados de Atención, Comportamiento Agresivo Disocial, Ansioso-Disruptivo e Inmadurez (en dos factores).

Con relación al sexo femenino, con una varianza total acumulada de 44,140%, los síndromes hallados fueron: Inmadurez- Dificultad en el Control de Impulsos, Quejas somáticas-Depresivo Ansioso, Problemas de Pensamiento-Comportamientos delictivos, Retraimiento Social, Prosocial, Agresividad-Búsqueda de Atención, Agresividad- Problemas de Identificación Sexual, Oposicionista Desafiante, Consumo de sustancias y Problemas motores.

Por su parte Zanini y Forns (2004) en su investigación, cuyo objetivo fue comparar el uso de estrategias de afrontamiento en una población general con puntuaciones normales y sub-clínicas del YSR. Los resultados obtenidos señalaban que las mujeres presentan puntajes mayores en las escalas de aislamiento, quejas somáticas y ansiedad/depresión, lo que hace que el síndrome de banda ancha internalizante perfilara con mayor puntaje ($M=15.50$; $D.E=8.13$) a diferencia de los hombres ($M=12.22$; $D.E=7.78$), lo que denota una diferencia estadística significativa ($p=.000$).

Por otro lado, los varones puntuaban medias superiores en el síndrome de banda ancha externalizante ($M=14.40$; $D.E=8.59$), sin embargo no existe una diferencia estadística con las mujeres ($M=13.72$; $D.E=7.49$).

López y Freixinós (2001) investigaron utilizando el YSR la relación existente entre el consumo de alcohol y psicopatología asociada a dicho consumo en una muestra de 325 adolescentes murcianos, con edades comprendidas entre 12 y 17 años. Los investigadores encontraron que conforme va aumentando la edad, también se incrementa el consumo de alcohol; esto con relación a los adolescentes que manifestaron ser consumidores.

Con relación al factor de banda ancha de problemas internalizados, se pudo observar que los sujetos que mencionaban no consumían alcohol y los si consumidores, no se encontró diferencia estadística significativa entre ambos grupos. Sin embargo en el factor de problemas externalizados si se pudo ver una diferencia significativa. Ya que las medias más altas en este factor las presentaban los si consumidores. Es importante señalar que estas diferencias se encontraron en todos los subfactores que lo componen (Conductas antisocial, Búsqueda de atención, Consumo de drogas/trastorno disocial, Hiperactividad y delincuencia).

Capítulo 5. Método.

En este apartado se enuncian los puntos bajo los cuales ha sido diseñada la presente investigación. Los cuales se mencionan a continuación.

5.1 Objetivo General.

El objetivo de la presente investigación es hacer una comparación por sexo de la presencia de problemas emocionales y de comportamiento en adolescentes estudiantes de preparatoria de la Ciudad de Toluca.

5.2 Objetivos Específicos.

1. Obtener las puntuaciones promedio de la puntuación total de la escala de problemas emocionales y conductuales para la muestra en general de adolescentes.
2. Obtener las puntuaciones promedio de la escala de problemas emocionales y conductuales por factores para la muestra en general de adolescentes.
3. Obtener las puntuaciones promedio de la escala de problemas emocionales y conductuales por factores de acuerdo al sexo.
4. Obtener las puntuaciones promedio de los problemas internalizados y externalizados para la muestra en general.
5. Obtener las diferencias estadísticas de los problemas internalizados y externalizados de acuerdo al sexo.

5.3 Planteamiento del problema.

En los últimos años se ha observado a nivel nacional un incremento de problemas sociales, culturales, económicos, políticos inclusive hasta religiosos que perjudican a la mayoría de las poblaciones, en especial la de adolescentes y niños. Lo que ha hecho que la dinámica poblacional este en constantes cambios provocando que la salud mental y física de los individuos vaya en decremento debido a que el individuo no cuenta con los recursos necesarios para enfrentar las demandas de la vida, así como del contexto en el que se desarrolla. Provocando que su calidad de vida se vea mermada incluso hasta se podría decir que restringida (Guadarrama, Hernández, Veytia y Márquez, 2014).

Lo anterior hace que los seres humanos ante dichos problemas lleven a cabo diferentes conductas que perjudiquen su salud física y mental. Más aún si nos referimos a la población de adolescentes en la cual existen variados cambios físicos y emocionales que tiene como objetivo una adaptación psicosocial, en la cual se busca una aceptación social, una independencia, una autoafirmación y una identidad. Cuyo logro dependerá de las distintas formas en la que el individuo enfrenta las demandas de la vida de acuerdo con los recursos con los que cuenta. Esto hace que la adolescencia sea una población tan vulnerable pues durante esta transición el adolescente ejecuta conductas que perjudican su salud física como: tabaquismo, rompimiento de reglas, conductas agresivas y lesiones auto infringidas acompañadas de problemas emocionales como depresión, problemas de pensamiento y problemas somáticos que perjudican su salud mental que son el resultado de las distintas formas de afrontamiento ante las diferentes demandas de la vida durante esta etapa al estar inmersos con el ambiente, sus pares, la sociedad, su familia, la escuela, etc. En donde cada una de ellas tiene diferentes connotaciones en cómo debe ser el adolescente ante dichos grupos. Que corta con el ideal del adolescente de ¿cómo debe ser?, ¿Quién es? y ¿Cómo quiere

ser? provocando los distintos problemas conductuales y emocionales citados anteriormente.

Por ello el estudio de los problemas emocionales y conductuales se vuelve indispensable en el campo de la psicología, ya que ambos aspectos se encuentran estrechamente relacionados entre sí, aunque la forma de manifestarse es diferente en hombres y mujeres de acuerdo a la literatura e investigaciones realizadas. En las cuales demuestran que las mujeres presentan mayores problemas emocionales a comparación que los hombres que manifiestan en mayor medida problemas de comportamiento.

Sin embargo aunque se tengan estos registros, aun no se ha investigado cuales son los problemas emocionales y de comportamiento, que de alguna forma u otra ambos sexos manifiestan ya sea en igual o diferente medida. Ya que no debemos olvidar que durante esta etapa los individuos se encuentran inmersos con su pares con el objetivo de buscar su propia identidad.

Ante esto el hacer un estudio que compare los diferentes problemas de comportamiento y emocionales en hombre y mujeres ayudara a comprender en primer lugar los problemas por los que atraviesan los adolescentes durante esta etapa. Para que en un segundo momento se pueda intervenir eficazmente en problemáticas como son el suicidio, el pandillerismos, alcoholismo y drogadicción que son consideradas problemas de salud pública en la actualidad a través de programas de intervención que distinga las necesidades propias de cada sexo.

5.4 Pregunta de Investigación.

- De acuerdo al sexo ¿Existen diferencias estadísticas en los problemas emocionales y de comportamiento en los adolescentes?

5.5 Planteamiento de hipótesis.

Ho: Los adolescentes, de acuerdo al sexo no presentan diferencias estadísticas relacionadas con los problemas emocionales y de comportamiento.

H1: Los adolescentes del sexo masculino presentan mayores problemas de comportamiento en comparación de los adolescentes del sexo femenino que presentan mayores problemas emocionales.

5.6 Tipo de estudio o investigación.

La presente investigación cuantitativa se puede considerar de tipo comparativo, ya que pretende obtener los valores de problemas emocionales y conductuales por género a través de una escala validada en población de adolescentes mexicanos y de esta forma saber si existe diferencia estadísticamente significativa.

5.7 Definición de variables.

Conceptual

Adolescencia:

La adolescencia de acuerdo con Nieto (2013) es el periodo de adaptación psicosocial, ante los cambios físicos, anímicos y comportamentales, que tienen origen desde la pubertad, que representan la transición de la niñez a la etapa adulta. Cuyos factores que intervienen durante esta etapa del desarrollo de los seres humanos serán determinados por el contexto en donde se presenta el individuo y lo esperado por la sociedad ante dichos cambios.

Emociones:

Una emoción podría definirse como una experiencia afectiva, en cierta manera agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica

caracterizada y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo subjetivo, conductual expresivo y fisiológico adaptativo (Choliz, 2005).

Conductas:

Se define como movimiento muscular, visible, público y de manera complementaria del carácter mental de los procesos internos, privados, que actúan en presencia del estímulo a fin de elaborar la respuesta adecuada (Fleixa, 2003).

Problemas en los adolescentes:

Se refiere a todos aquellos factores que impiden un buen desarrollo psicológico, social, biológico del adolescente dentro del contexto donde ellos interactúan (Harry, 2000).

Definición operacional

De acuerdo a la escala de problemas emocionales y conductuales de Andrade y Betancourt (2010)

Depresión: de acuerdo con la OMS (2013) es un trastorno que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Rompimiento de reglas: se refiere al no llevar a cabo acciones o conductas que están establecidas por una sociedad en áreas como escuela, hogar, convivencia social, entre otros con el objetivo de tener un bienestar social y personal (Andrade, Betancourt y Vallejo, 2010).

Consumo de alcohol y tabaco: ingestas de sustancias psicoactivas (alcohol y tabaco) considerados factores de riesgo para la salud de los individuos. Su

consumo puede ser con una frecuencia baja pero con cantidades grandes de ingesta, hasta el punto de llegar a la embriaguez en el caso de alcohol (Herrera, Wagner, Velasco, Borges y Lazcano, 2004).

Problemas somáticos: relación de la percepción de síntomas, con las variables psicosociales en el proceso de salud enfermedad en relación al nivel de estrés. Los cuales determinan el grado de conducta ante dicha situación (Orejudo y Frójan, 2005).

Conductas agresivas: inclinación que siente una persona o grupo a realizar actos violentos a otros en aspectos físicos como golpes de forma directa, cuya génesis puede ser el miedo, el salvaguardarse o el dominio del otro (Gil, Pastor, De Paz, Barbosa, Macías, Maniega, Rami, Boget y Picornell, 2002).

Problemas de pensamiento: se refiere a manifestar pensamientos y llevarlos a cabo que son vistos por los demás como raros (Andrade, Betancourt y Vallejo, 2010)

Conductas auto infringidas: conductas en las cuales se atentan contra sí mismo, cuyas consecuencias pueden o no ser fatales para el individuo, en donde el objetivo de dichas conductas es el de morir o dejar de vivir (González, Romero y Jiménez, 2009).

5.8 Participantes.

La presente investigación se llevó a cabo con la participación voluntaria de un total de 653 estudiantes de preparatoria del valle de Toluca, Estado de México. Del total de los participantes 279 (42.7%) son hombres y 374 (57.3%) son mujeres, ambos sexos presentaron una media de edad de 15.3216 con un D.E= .5489.

La muestra de estudio fue de tipo no probabilística intencional obtenida de 4 diferentes preparatorias de la Universidad Autónoma del Estado de México, cuya distribución fue de la siguiente manera: 128 alumnos de la preparatoria “Adolfo López Mateos”, 126 alumnos de la preparatoria “Nezahualcóyotl”, 239 alumnos de la preparatoria “Cuauhtémoc” y 160 alumnos de la preparatoria “Ignacio Ramírez”.

Los criterios de inclusión fueron que al momento de la investigación los alumnos participantes cursaran el segundo semestre de preparatoria con un rango de edad de entre 15 a 18 años y por último que presentaran en forma física el formato original de la carta de consentimiento informado y asentimiento informado debidamente firmada por ellos mismo y sus padres de familia o tutores.

5.9 Instrumento.

Para la presente investigación se utilizó la Escala de problemas emocionales y conductuales de Andrade y Betancourt (2010). Dicha escala ha sido el resultado de las validaciones y adaptaciones que se han hecho del instrumento original que lleva por nombre Young Self Report (YSR), instrumento que forma parte del Sistema de Evaluación Basado Empíricamente de Achenbach (ASEBA).

Dicho instrumento consta de dos apartados, en donde la primera evalúa las habilidades y competencias deportivas, sociales y académicas. Mientras la segunda parte está compuesta de 112 ítems, que exploran la frecuencia de conductas adaptativas, prosociales y conductas problema a través de un conjunto de síndromes de primer orden y segundo orden.

Sin embargo Valencia y Andrade (2005), realizaron la traducción y adaptación del YSR en población mexicana de 9 a 15 años ($M=10$ y 11 años), en la cual además de los 112 reactivos que conforman el instrumento original se agregaron seis reactivos más; resultado de investigaciones anteriores sobre problemas de

conducta reportados por padres de familia, maestros, psicólogos y los propios niños quedado el YSR con un total de 118 ítems.

No obstante, al hacer la aplicación del instrumento a los niños para saber si lo comprendían se eliminaron 22 reactivos al no ser entendidos por los mismos niños mexicanos, ya sea en el significado de las palabras o su contenido quedando un total de 96 ítems de los cuales se obtienen 6 factores de primer orden diferentes a los reportados por Achenbach: problemas de conductas, depresión, problemas somáticos, problemas de pensamiento, problemas afectivos y problemas de ansiedad.

Fue hasta el 2010 que Betancourt y Andrade validaron el instrumento en una muestra más grande de edad (11- 16 años), dicha investigación se basó en estudios anteriores hechas por la propia Betancourt en 2007, que dieron como resultado una escala de 58 ítems. Con la investigación de Betancourt y Andrade se pudo observar la dimensionalidad del constructo quedando de la siguiente forma: depresión, rompimiento de reglas, consumo de alcohol y tabaco, problemas somáticos, conducta agresiva, problemas de pensamiento y lesiones auto infligidas.

Finalmente, Andrade y Betancourt (2010) determinaron la estructura factorial y la confiabilidad del mismo instrumento ampliando la edad de los adolescentes para su aplicación (12 a 18 años) obteniendo la escala de problemas emocionales y conductuales en adolescentes, la cual se utilizara en la presente investigación.

Dicha escala cuenta con un Alfa de Crombach que va de .70 a .89 por factor.

Consta de 38 reactivos y siete síndromes: 1) Depresión (8 reactivos, $\alpha = 0.89$); 2) Rompimiento de reglas (7 reactivos, $\alpha = 0.83$); 3) Consumo de alcohol y tabaco (4 reactivos, $\alpha = 0.76$); 4) Problemas somáticos (5 reactivos, $\alpha = 0.77$); 5) Conducta agresiva (8 reactivos, $\alpha = 0.82$); 6) Problemas de pensamiento (3 reactivos, $\alpha =$

0.72) y 7) Lesiones auto infringidas (3 reactivos, $a= 0.70$). En una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta que va de nunca a siempre.

Dicha escala también cuenta con dos subfactores que evalúan problemas internalizados y externalizados que se componen de la siguiente manera:

Problemas internalizados: compuesta por los factores de Depresión, Problemas Somáticos, Lesiones Autoinfligidas y Problemas de Pensamiento.

Problemas externalizados: compuesto por los factores de Rompimiento de Reglas, Conducta Agresiva y Consumo de Alcohol y Tabaco.

Los puntos de corte para el instrumento son: puntuaciones menores de 51 puntos es una presencia de problemáticas baja, puntuaciones entre 52 y 62 puntos la presencia de conductas problemas es moderada y por último las puntuaciones mayores a 63 puntos la presencia de conductas problema son alta.

5.10 Diseño de investigación.

La presente investigación es de tipo no experimental comparativo transeccional, ya que la recolección de los datos fue en un solo momento y tiempo único. También tiene como propósito comparar y describir variables entre hombres y mujeres, así como analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

5.11 Procedimiento.

En un primer momento se acudió a las instalaciones de las preparatorias de la Universidad Autónoma del estado de México con el objetivo de hablar con las autoridades de dichas instituciones para expresarles los objetivos de la investigación que se deseaba realizar, así como comentarles cuáles serán los alcances y beneficios académicos.

Al obtener una respuesta satisfactoria por parte de las autoridades, se pasó a un segundo momento, que en este caso fue pedir la información administrativa sobre el número de estudiantes inscritos en el segundo semestre con el objetivo de obtener una muestra no probabilística de tipo intencional.

Después de esto, se comenzó a contactar a los orientadores de los grupos de segundo semestres de ambos turnos (matutinos y vespertinos) para comenzar a hacer sesiones informativas con los alumnos en las cuales se les comentaron los objetivos de la investigación que se pretendía realizar, así como los alcances y beneficios que tendrá dicha investigación.

De igual forma se les mencionó que la participación en la investigación era de forma voluntaria, que no existían riesgos físicos y psicológicos al participar en la investigación y la confidencialidad de sus datos los cuales solo serían para uso científico y utilizados por los integrantes del equipo de investigación.

Lo anterior quedó expresado en un asentimiento informado el cual se les entregó a los alumnos que deseaban participar en la investigación, el cual lo llevaron a sus padres para que sea firmado por ellos, ya que al ser menores de edad los padres de familia deberían dar su consentimiento para que su hijo o hija participara en la investigación como evidencia de conformidad y medio de información.

Al obtener el asentimiento informado firmado por los padres de familia o tutor y el propio alumno se continuó con la aplicación de la escala de Betancourt y Andrade (2010) de manera individual y grupal dentro de las instalaciones de las diferentes preparatorias de la UAEMéx.

5.12 Procesamiento de los datos.

Todos los instrumentos contestados, se capturaron uno por uno en el programa estadístico de las ciencias sociales (SPSS) versión 17. Con el objetivo de procesar la información.

En esta investigación se obtuvo en primera instancia puntuaciones de manera general de la escala aplicada, para después pasar a un segundo análisis estadístico por factores de manera general y después por sexo. Por último se realizó una comparación por género a través de la prueba t de Student, al nivel de significancia de $\leq .05$.

RESULTADOS.

En esta sección se exponen los resultados arrojados al hacer la aplicación de la Escala de Problemas Emocionales y Conductuales en Adolescentes (2010) validada por Betancourt y Andrade.

Recordemos que los datos brutos obtenidos de dicha escala fueron de acuerdo las opciones de respuesta tipo Likert propuestas por Betancourt y Andrade (2010), de igual forma las puntuaciones por factor de obtuvieron conforme a los ítems que los componen de acuerdo con las autoras antes mencionadas. De la misma manera al obtener las subescalas de problemas internalizados y externalizados.

Con base en lo anterior como se puede observar en la tabla 1, al obtener las puntuaciones totales de la escala en general, existe una puntuación mínima de 38 puntos y una máxima de 128 puntos que consiguen los adolescentes al contestar la Escala de Problemas Emocionales y Conductuales en Adolescentes, recordando que la puntuación máxima de dicha escala es de 158 puntos. En donde entre mayor puntaje, mayor es la presencia de problemas emocionales y conductuales.

Por otro lado la media que obtienen es de 63.74 con una D.E de 15.84, lo cual representa que la mayoría de los adolescentes se encuentra en un nivel alto en la presencia de problemas emocionales y conductuales de acuerdo a los puntos de corte del instrumento. Mientras que para las opciones de respuestas la media fue de 1.67 con una D.E de 0.41, lo que significa que la mayoría de los adolescentes contestaron nunca o pocas veces la presencia de algunos de los problemas emocionales o conductuales que evalúa la escala valida en población mexicana (ver tabla 1).

Tabla 1.

Promedio de la puntuación total de la escala de problemas emocionales y conductuales en adolescentes.

	Mínimo	Máximo	Media (M)	D.E
Puntuación total	38	128	63.74	15.84
Puntuación de acuerdo a las opciones de respuesta.	1	3.36	1.67	0.41

Como se puede observar en la tabla 2, la puntuación promedio más alta de acuerdo a los factores que evalúa el instrumento, en la muestra en general de adolescentes es la de Rompimiento de Reglas, lo cual significa que en mayor medida los adolescentes juegan en clase o en lugares en los que no deben, son desordenados, trabajan poco en la clase, son flojos, irresponsables, se distraen fácilmente.

Seguido de los problemas de pensamiento como: tener comportamientos e ideas que otras personas piensan que son raras y repetir conductas una y otra vez. Continuando con los factores de Problemas Somáticos, Depresión, y Conducta Agresiva.

Del otro lado extremo, la media más baja fue la del factor de lesiones auto infligidas, en las cuales los adolescentes manifiestan en menor medida el intentar suicidarse y pensar en suicidarse o arañarse la piel u otras partes de su cuerpo.

Siguiéndole por arriba el factor de consumo de alcohol y tabaco en el cual los adolescentes mencionan ser vagos, consumir bebidas alcohólicas con o sin el permiso de sus padres y fumar, masticar o inhalar tabaco (ver tabla 2).

Tabla 2.

Promedios de la puntuación por factor de la Escala de Problemas Emocionales y Conductuales en Adolescentes.

Factores	Mínimo	Máximo	Media	D.E
Depresión	1	4	1.68	0.63
Rompimiento de Reglas	1	4	1.88	0.54
Consumo de Alcohol y Tabaco	1	4	1.39	0.53
Problemas Somáticos	1	4	1.76	0.60
Problemas de Pensamiento	1	4	1.84	0.74
Lesiones Autoinfligidas	1	4	1.22	0.48
Conducta Agresiva	1	4	1.68	0.53

Con base a los resultados anteriores se decidió hacer una comparación de medias por sexo y observar si existen diferencias estadísticas significativas en los diferentes factores que evalúa el instrumento entre hombres y mujeres.

Como se puede observar en la tabla 3, de acuerdo al sexo en el caso de las mujeres la media más alta la ocupa el factor de problemas de pensamiento, seguido de los factores de Rompimiento de Reglas, Problemas Somáticos, Depresión y Conducta Agresiva. Por otro lado su media más baja la presentó el factor de lesiones Autoinfligidas y consumo de alcohol y tabaco.

En el caso de los hombres, el factor con la media más alta fue el de Rompimiento de Reglas, seguido de los factores problemas de pensamiento, Conductas Agresivas, Problemas Somáticos y Depresión. Siendo los factores de Lesiones Autoinfligidas y Consumo de Alcohol y Tabaco los que tienen el promedio más bajo.

De igual manera se puede observar diferencias estadísticas significativas entre hombres y mujeres en los factores Depresión, Problemas Somáticos, Problemas de Pensamiento y lesiones auto infligidas. Con respecto al factor de depresión, las mujeres presentan más síntomas como: sentir que nadie las quiere, sentirse inferior o creer no valer nada, sentirse solas/triste/deprimidas/ infelices, no comprendidas, culpables, confundidas y llorar mucho en comparación con los hombres.

Esto mismo se puede observar en los factores de Problemas Somáticos en donde las mujeres presentan en mayor medida los siguientes problemas: nauseas / vómito, dolor de cabeza, dolor de estómago y mareo a comparación del género masculino.

Con respecto a los factores de Problemas de Pensamiento y Lesiones Auto infligidas se observa el mismo fenómeno con respecto a la media, ya que las mujeres siguen puntuando más alto a comparación de los adolescentes hombres (ver tabla 3).

Tabla 3

Diferencias estadísticas, Medias, y D.E de los Problemas Emocionales y Conductuales en adolescentes de acuerdo al género (Prueba t de student)

Factor	Sig	t	Hombres		Mujeres	
			Media	D.E	Media	D.E
Depresión	.000	-7.885	1.47	0.47	1.83	0.68
Rompimiento de Reglas	.913	.109	1.88	0.54	1.88	0.55
Consumo de Alcohol y Tabaco	.256	1.137	1.42	0.54	1.37	0.51
Problemas Somáticos	.000	-5.691	1.61	0.56	1.87	0.60
Problemas de Pensamiento	.020	-2.339	1.76	0.70	1.90	0.75
Lesiones Auto-infligidas	.000	-5.510	1.12	0.33	1.30	0.56
Conductas Agresivas	.343	.949	1.70	0.54	1.66	0.53

Finalmente se obtuvieron las puntuaciones promedio de los factores que evalúan los problemas internalizados y externalizados de la presente escala de problemas emocionales y conductuales en adolescentes. De igual forma se procedió a obtener las diferencias estadísticas de las subescalas entre hombres y mujeres.

Como se puede observar en la tabla 4, las mujeres tienen la media más alta con relación a la subescala de problemas internalizados. De igual forma se observa una diferencia estadística significativa en esta subescala entre hombres y mujeres, ya que las mujeres presentan en mayor medida estrés interno o comportamientos dirigidos al interior que provocan inadaptabilidad y daños a unos mismo a comparación de los adolescentes hombres.

Por otra parte, en la subescala de problemas externalizados la media más alta la obtuvieron los hombres, Sin embargo no existe diferencia estadística significativa entre hombres y mujeres, lo que significa que ambos sexos manifiestan conductas que causan conflicto o daños con otras personas a través de comportamientos exteriores que manifiestan una mala adaptación a la sociedad (ver tabla 4).

Tabla 4.

Diferencias estadísticas, Medias y D.E de los problemas internalizados y externalizados en adolescentes de acuerdo al género (prueba t student)

	Sig.	t	Hombres		Mujeres	
			Media	D.E	Media	D.E
Internalizados	.000	-7.401	7.14	1.90	8.42	2.52
Externalizados	.420	.807	10.84	2.86	10.66	2.85

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Antes de continuar con este apartado, es indispensable replantear lo que señalan Rojas (1982) y Zorrilla (2001), al mencionar que las investigaciones que utilizan un método no probabilístico al elegir su muestra, los resultados de dichos estudios no pueden ser generalizados a la población en general de los que fueron extraídos. Por ello, es importante referir que el análisis que se hace en esta investigación es exactamente para la muestra que se utilizó en la presente investigación. Pues el método que se utilizó fue no probabilístico intencional.

Con relación a los resultados obtenidos se pudo observar que la muestra de adolescentes que participaron en la investigación obtuvieron en el puntaje total del instrumento una media de 63.74 con una desviación estándar de 15.84, es decir el 68% de los adolescentes puntúan entre 47.89 a 79.59 al hacer la suma de todos los ítems.

Dicho resultado coloca a la mayoría de los adolescentes en un nivel alto con relación a la presencia de problemas emocionales y conductuales de acuerdo a la escala validada en población mexicana por Andrade y Betancourt (2010). Lo que acentúa la necesidad de realizar esfuerzos para atender los diferentes problemas internalizados y externalizados por los que atraviesan los adolescentes, ya que si es verdad tal como lo menciona Calzada (2013) que durante la adolescencia la prevalencia de dichos problemas es más certera, no debemos de perder de vista que la duración e intensidad son clave para el diagnóstico de una posible patología.

No obstante de acuerdo a las opciones de respuesta que presentan el instrumento, las cuales son: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre, la media que se obtuvo fue de 1.67 con una D.E de 0.41 colocando a la mayoría de las respuestas de los adolescentes de acuerdo a cada ítems y síndromes en las

opciones de nunca y pocas veces en la prevalencia de los problemas emocionales y de conductuales que evalúa en instrumento.

Lo cual da a entender que si bien la prevalencia de estos problemas no se presenta siempre, si existe una frecuencia menor de la presencia de dichos problemas por parte de los adolescentes y los cuales son auto reportados por ellos mismos.

Ante esto se vuelve indispensable y una prioridad que instituciones y organizaciones que velan por el bienestar tanto físico como mental de esta población den paso a la realización de programas de intervención, promoción, prevención para debilitar la prevalencia de estos problemas y los cuales restringen la calidad de vida de los adolescentes (Guadarrama, Hernández, Veytia y Márquez, 2014).

Por otra parte, en relación a cada uno de los síndromes que evalúa el instrumento utilizado se observa que para la muestra general el síndrome de rompimiento de reglas es aquel que obtiene la media más alta con un valor de 1.88 y una D.E= 0.54, resultado que pone de manifiesto una problemática en los adolescentes en una mala convivencia social y el rompimiento de reglas establecidas por esta misma, provocando una disfuncionalidad social que perjudica a terceros y por ende al propio sujeto.

Es decir, los adolescentes reportan en mayor medida de acuerdo al instrumento sacar malas calificaciones, ser irresponsables, flojos, trabajar muy poco en la escuela, ser desordenado y jugar en lugares que no se debe. Dichos comportamientos como la menciona Romero (2015) son alteraciones del ámbito conductual, cuyas manifestaciones causan conflicto o daño al entorno y otros, implicando indiferencia de las normas sociales.

Ante esto, es indiscutible que las conductas antes mencionadas son las más reportadas por los adolescentes. Ya que el propio ambiente y contexto va determinando que conducta es apta a cada situación. En donde dichas conductas son corregidas y reprendidas por la propia sociedad.

Continuando con el orden de los síndromes, el que sigue es el de problemas de pensamiento ya que presentan una media de 1.84 con una D.E=0.74. Lo anterior permite vislumbrar que los problemas que afectan en segundo punto son el tener comportamientos que las demás piensan que son raros, al igual que tener ideas que parecen raras y el repetir conductas una u otra vez. Esto podría ser explicado por lo mencionado por la literatura, en la cual se señala que en la adolescencia el individuo rompe con la seguridad de lo infantil (UNICEF, 2013), es decir corta los comportamientos de la niñez para crear nuevos que le servirán para la vida adulta, pues se encuentra en una transición en la cual el objetivo es llegar a una adaptación psicosocial (Coleman y et al, 2003: Nieto, 2013).

Aunado a esto, es importante remarcar que la presencia de dichos comportamiento en cierto grado es normal en los adolescentes, pues como se menciona en el párrafo anterior los individuos al estar en esta transición tiene que dejar conductas y comportamientos que llevaban a cabo en la niñez y que para ellos era normal, no obstante dichas conductas en etapas posteriores van cambiando, no de una forma vertiginosa, sino se lleva acabo todo un proceso en el cual el contexto en el que se desarrolla el individuo determinara lo que significa ser adulto y niño, incluidas sus conductas de acuerdo a sus valores y cultura (Lozano, 2014). Provocando en mayor o menor medida problemas de pensamiento para el propio individuo al preguntarse cómo debe actuar y comportarse que en cierta forma hacen que individuo ejecute conductas no deseables.

Posteriormente, el síndrome que se encuentra por debajo del de problemas de pensamiento, es el nombrado de problemas somático (M=1.74) los cuales son definidos por Orejudo y Frójan (2005) como la percepción de síntomas, con las

variables psicosociales en el proceso de salud enfermedad en relación al nivel de estrés los cuales determinan el grado de conducta ante dicha situación.

En este caso en tercer lugar los adolescentes reportan presentar problemas como náuseas, ganas de vomitar, el propio vómito, dolor de cabeza, dolor de estómago y mareo. Dando a entender que son el resultado ante las demandas y exigencias del contexto y el ambiente en el cual el sujeto se desenvuelve (Coleman y et al, 2003; Nieto, 2013; Lozano, 2014).

Lo cual tiene coherencia al ser un síndrome con una media por debajo del síndrome de problemas de pensamiento, pues al estar el adolescente en esta transición se halla con exigencias y normas que provocan una falta de comprensión ante el fenómeno mismo y las cuales son difíciles de verbalizar causando consternación (Alejandría, 2008), cuya manifestación pueden ser a través de somatizaciones.

En cuarto lugar el síndrome que aparece es el de depresión ($M=1.68$) el cual evalúa problemas como sentir que nadie me quiere, sentirse inferior o no valer nada, sentirse solo, sentirse infeliz/triste/ deprimido, sentirse incomprendido, llorar mucho, sentirse culpable y confundido. Existiendo nuevamente coherencia al orden de los síndromes, pues si el adolescente presenta en mayor medida rompimiento de reglas que le causan problemas de pensamiento ante los cambios físicos, anímicos y comportamentales los cuales son difíciles de verbalizar aunado a las nuevas exigencias que la sociedad le impone. Esto hace que el adolescente pierda seguridad de sí mismo, comience a desvalorizarse, auto culpase y sentirse desprotegido, pues las habilidades, recursos con los que contaba en la niñez han sido aniquiladas, provocando problemas en su salud mental.

Colocando a la depresión, ya lo mencionaba Loranca (2002) como un síndrome característico de una adolescencia sana, incluso en palabras de Shafii y Lee (1885), esta es la reacción ante las experiencias negativas que se tiene en esta

transición. Debido a que existe un conflicto entre las pulsiones y sentimientos del individuo involucrando con su medio social (Villa, 1997).

Los últimos tres síndromes reportados con anterioridad hacen que los problemas emocionales o internalizados se coloquen de manera general como aquellos que más sufren los adolescentes a pesar de que el síndrome de rompimiento de reglas presente la media más alta ya que de acuerdo con la validación hecha por Andrade y Betancourt (2010) en población mexicana, los síndromes que componen el factor de banda ancha llamado internalizante son Depresión, problemas de pensamiento, problemas somáticos y lesiones auto infligidas.

No obstante el síndrome de lesiones auto infligidas que es el más patológico de esta banda ancha en nuestra investigación fue el que tuvo la media más baja lo que significa que los adolescentes en menor medida han pensado en suicidarse, arañado o maltratado alguna parte de su cuerpo e incluso han llegado a un intento suicido. A pesar de esto no se debe de olvidar que se tiene una parte de la población que sus respuestas van desde haber pensado en suicidarse hasta llevar a cabo un intento suicido, volviendo un problema de salud mental.

Estos resultados de acuerdo al orden de los síndromes son similares a los reportados por Vallejo, Mazadiego, Betancout, et al (2008) en una muestra de adolescentes del estado de Veracruz, en donde los resultados de dicha investigación señalaba de manera variada la presencia de problemas emocionales y conductuales. Resultados similares a una investigación realizada en adolescentes hecha por Alarcón y Bárrig (2015) en adolescentes peruanos, ya que la media más alta la presentaron los síndromes de Conducta agresiva (8.18 con E.D=4.43) y Ansiedad/depresión (7.48 con D.E= 3.79).

Ante los resultados encontrados en esta investigación y los reportados en las investigaciones mencionadas en el párrafo anterior es importante señalar que la asociación entre problemas internalizados y externalizados es estrecha pues, a

pesar de que los segundos presentan puntuaciones mayores, se debe considerar que son el resultado de un conglomerado de problemas internalizados, los cuales son más difíciles de identificar a simple vista.

Con relación a la variable sexo, el orden o prevalencia de los problemas internalizados y externalizados cambia radicalmente, es decir mientras que para los hombres el síndrome que tiene la media más alta es el de rompimiento de reglas (M=1.88), para las mujeres el síndrome de problemas de pensamiento (M=1.90) es quien tiene la media más alta.

Como segundo factor para los hombres se encuentra el síndrome de problemas de pensamiento (M=1.76) y para las mujeres es el síndrome de rompimiento de reglas (M=1.88). Resultado que se da de forma inversa, el cual puede ser explicado debido al tipo de educación, manifestación de sentimiento y emociones con el que se inculca cada sexo.

En tercer lugar en el caso de los hombres lo ocupa el síndrome de conducta agresiva, mientras que para las mujeres en el mismo lugar está el síndrome de problemas somáticos (M=1.87).

Posteriormente, en cuarto lugar el síndrome de problemas somáticos (M=1.61) se encuentra para los hombres y el síndrome de depresión para las mujeres (M=1.83). En seguida en quinto lugar hablando de los varones se posiciona el síndrome de depresión (M=1.47), mientras que para las mujeres se posiciona el síndrome de conducta agresiva.

Es importante señalar que el sexto lugar para ambos sexos es ocupado por el síndrome de consumo de alcohol y tabaco. Este mismo fenómeno sucede con el séptimo lugar el cual lo ocupa el síndrome de lesiones autoinfligidas.

Estos resultados de acuerdo al orden de los síndromes por sexo, son completamente diferentes a los reportados por Andrade y Betancourt (2010) y Vallejo, Mazadiego, Betancourt y et al (2007). Sin embargo al hacer un análisis para conocer si existe diferencias estadísticas por sexo de acuerdo a cada síndrome, los resultados de la presente investigación concuerda con la mayoría de los síndromes que presentaron diferencias estadísticas en la investigación de las autoras anteriores, excepto el síndrome de conducta agresiva.

Es decir, de los 5 síndromes que mencionan las autoras en sus investigaciones, en esta investigación solo presentaron diferencia estadística los síndromes de depresión, problemas somáticos, problemas de pensamiento y lesiones autoinfligidas.

Por otra parte al hacer otro análisis para conocer si existen diferencias estadísticas de acuerdo a los síndromes de banda ancha (problemas internalizantes/ problemas externalizantes) conforme al sexo, los resultados demuestran una diferencia significativa en los problemas internalizados, siendo las mujeres quien presenta un puntaje mayor a comparación de los hombres. Con relación a los problemas externalizantes, no se encontró diferencia estadística significativa. Sin embargo en este síndrome de banda ancha, siguen los hombres puntuando por arriba de las mujeres.

Los resultados anteriores concuerdan con investigaciones anteriores hechas en México y a nivel internacional (Alarcón y Bárrig, 2015; Andrade y Betancourt, 2010; Vallejo, Mazadiego, Betancourt y et al, 2007; Zubeidat, Fernández, Ortega, Vallego y Sierra, 2009; Zanini y Forns, 2004).

Retomando todo lo que se ha mencionado en la presente investigación, es indispensable que se siga con esta línea de investigación en la población de adolescentes con otras variables sociodemográficas como son, el ingreso económico de las familias, la presencia de las figuras parentales, el número de

hermanos, orientación sexual, padecimiento de alguna enfermedad, con parejas sentimentales, entre otras que nos permitan una mejor comprensión de esta población y que a su vez nos dé la posibilidad de hacer una mejor intervención.

De igual forma se recomienda que ya que se sabe cuáles son los problemas emocionales y conductuales en los adolescentes, sería importante que se investigara ahora cuáles son sus estilos de afrontamiento ante dichos problemas, así como sus fortalezas que hacen que los adolescentes se protejan de conductas de riesgos.

CONCLUSIONES

En este apartado se hacen las conclusiones a las que se llegó, al hacer las indagaciones de los resultados encontrados y su relación con la literatura científica.

1. El problema que más reportan los adolescentes tener, es el de rompimiento de reglas. Este resultado es debido a que el individuo corta con reglas y valores que se tenían en la niñez y las cuales ya no encajan en edades posteriores, pues se adquieren más responsabilidades provocando un desequilibrio en el ámbito conductual.
2. Los adolescentes al estar en ese proceso de transición de la niñez a la edad adulta presentan en mayor medida problemas de pensamiento, es decir el cómo deben de comportarse, como deben ser y como en realidad quieren ser ellos, pues perciben que los integrantes de su grupo los catalogan como individuos en conflicto conductual y emocional.
3. El consumo de alcohol y tabaco tanto en hombres como mujeres se presenta de manera similar, sin embargo los hombres siguen encabezando con la media más alta, no obstante no existe diferencia estadística significativa.
4. Las mujeres son las que presentan más problemas de somatización a comparación que los hombres.
5. Con relación a conductas auto infligidas son las mujeres las que en mayor medida a comparación de los hombres presentan pensamientos como querer suicidarse o intentos suicidas.

6. La prevalencia de los problemas emocionales y conductuales en adolescentes, son a menudo debido a que es una etapa de transición en la cual el individuo busca una adaptación psicosocial al dejar ser un niño y convertirse en adulto.
7. La adolescencia no debe de confundirse con la pubertad, pues son episodios completamente diferentes, siendo la pubertad un episodio más biológico a comparación de la adolescencia que es más una adaptación psicosocial.
8. La adolescencia no debe ser catalogada como una etapa de grandes conflictos, más bien deber ser vista como aquella etapa en la que el sujeto está en constante aprendizaje con el objetivo adquirir recursos y desarrollar capacidades que en la edad adulta le servirán. Sin embargo al adquirir dicho aprendizaje el sujeto rompe con ciertas estructuras mentales que se tenían en la niñez provocando incertidumbre y angustia.
9. El concepto de adolescencia dependerá del contexto donde se desarrolla el individuo, la época histórica, cultura, estructuras de producción, factores políticos y económicos, inclusive educativos los cuales determinaran de acuerdo a sus valores y principios lo que signifique pasar de ser niño a un adulto.
10. Los problemas emocionales o internalizados son todos aquellos que causan malestar mental en los individuos, perjudicando su desarrollo tanto físico, mental y social, al ser una confrontación entre los recursos, capacidades con los que cuenta el sujeto y las exigencias que marca una sociedad, las cuales deben de ser cumplidas para formar parte de este. Este incluye las necesidades básicas, de seguridad, afiliación, reconocimiento y superación.

11. Los problemas conductuales o externalizados hacen referencia a todas esas conductas que perjudican a terceros y las cuales no van acorde con las establecidas por una sociedad o comunidad ya que causa una desorganización e inestabilidad en la convivencia social. Es indispensable mencionar que este tipo de problemas dependerán de cada sociedad determinada y el factor temporal de cada situación o acontecimiento.
12. Si bien los problemas externalizados son los que mayor reportan los adolescentes, estos son el resultado de un conglomerado de problemas emocionales. Esto es explicado al ser los problemas externalizados más fáciles de identificar a comparación de los problemas internalizados.
13. La prevalencia de los problemas emocionales se da en mayor medida en el sexo femenino. Sin embargo no es específico de este sexo, pues los hombres también puntúan en menor medida, convirtiéndose en una prioridad su estudio, investigación, diagnóstico y tratamiento para ambos sexos.
14. La implementación de instrumentos que utilicen una clasificación psicométrico-dimensional, permite evaluar la prevalencia de problemas emocionales y conductuales. Por lo que se vuelve prioridad su construcción y validación en las diferentes sociedades.
15. Finalmente se concluye que si es cierto que la adolescencia va acompañada de conflictos conductuales y emocionales se debe de poner suma atención en la duración e intensidad de estos, pues puede convertirse en una patología.

SUGERENCIAS

En este apartado se mencionan algunas sugerencias para quienes quieran replicar el presente estudio o seguir con esta línea de investigación.

- El sistema ASEBA, se ha convertido en uno de los más importantes sistemas de evaluación de los problemas internalizados y externalizados, sin embargo en México solo se ha validado una parte de YSR, lo cual es conveniente que en futuras investigaciones se validarán los diferentes cuestionarios que conforman el sistema ASEBA, con el objetivo de contar con instrumentos que ayuden a tener un diagnóstico más exacto de la situación de los adolescentes y otra poblaciones.
- Sería importante que la presente investigación fuese replicada en poblaciones de zona rural, ya que como se observa en la presente investigación los participantes son de zona urbana, lo cual son poblaciones totalmente diferente.
- En próximas investigaciones es importante que aparte de que se aplique el autoreporte de problemas internalizados y externalizados, también sería conveniente conocer la percepción de los cuidadores y tutores acerca del tópico.
- Con relación a síndrome de lesiones autoinfligidas, es una prioridad que se hagan estudios más completos, pues se encuentran un cierto porcentaje de los adolescentes que han pensado en suicidarse hasta el intentar suicidarse. Convirtiéndose en un problema de salud patológico debido al grado de duración e intensidad, lo cual provoca incapacidades en el funcionamiento del individuo.

- Igual sería importante que se amplié la investigación con relación al síndrome de consumo de alcohol y tabaco, con relación a los factores que inciden en el consumo similar entre hombres y mujeres.
- Ahora es importante que se investigue cuáles son los factores que hacen que las mujeres presentan mayores problemas de somatización a comparación de los hombres.
- Se sugiere a las instituciones gubernamentales, de salud y educativas, que la investigación en el área de la salud mental se vuelva una prioridad, ya que como se observa en los resultados de la presente investigación, estos tienen un gran peso en relación al bienestar físico, conductual de la población.
- Es importante que se replique esta investigación en adolescentes institucionalizados o que estén a cargo del estado con el objetivo de conocer su situación emocional y conductual y de esta forma encontrar diferencias entre adolescentes institucionalizados y no institucionalizados para intervenir de acuerdo a las necesidades de cada uno.
- Finalmente se sugiere que las investigaciones que se realicen en adolescentes contemplen como punto clave la edad, situación, contexto, y variables sociodemográficas en las que está inmerso el adolescente, pues la adolescencia no es uniforme.

REFERENCIAS

- Achenbach System of Empirically Based Assessment (2016). The ASEBA Approach. Recuperado el 30 de Diciembre de 2015 de <http://www.aseba.org/>
- Achenbach, T y Edelbrock, C. (1987). The manual for the Youth Self Report and profile. Burlington: University of Vermont.
- Aguilar, I. y Catalán A.M. (2005). Influencia del entorno social en el desarrollo de las capacidades de los y las adolescentes. Osorno.
- Alarcón, D. y Bárrig, P. (2015). Conductas Internalizantes y Externalizantes en adolescentes. LIBERABIT, 21(2), 253-259.
- Alejandrina, S. (2008). Ser adolescente hoy. Fermentum . Revista Venezolana de Sociología y antropología 18(52), 312-332. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517520005>
- Andrade, P., Betancourt, D. y Vallejo, A. (2010). Escala para evaluar problemas emocionales y conductuales en adolescentes. Ciencias Sociales y Humanidades,9(9), 37-44.
- Barber, B. K. (2002). Intrusive Parenting . How psychological control affects children and adolescents. Washington. American Psychological Association.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Publica de México, 52(4), 292-304.
- Brizuela, V., Abalos, E., Ramos, S. y Romero, M. (2014). El embarazo en la adolescencia. Observatorio de salud sexual y reproductiva, hoja informativa N. 10. Extraída de: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_10.pdf
- Buzzo, G. (2001). Vulnerabilidad Social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. CEPAL.
- Calleja, N. (2012). Susceptibilidad al consumo de tabaco y comportamiento tabáquico en las adolescentes. Universitas Psychologica, 11(4), 1227-1234.

- Recuperado de:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/1227/3352>
- Calzada, M. (2013). Trastornos psicopatológicos en la adolescencia y líneas de intervención en la familia. En C. Mingote y M. Requema (Ed) en el libro. El malestar de jóvenes (pp. 361-366). Ediciones Díaz de Santos, Madrid.
- Carretero, M., Palacios, J. y Marchesi, A. (1985). Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, Madurez y Senectud. Recuperado el 20 de Septiembre de 2015 de http://www.terras.edu.ar/biblioteca/6/6PE_Carretero_Unidad_4.pdf
- Centro Nacional de Diseminación de Información para Niños con Discapacidad (2010). Trastorno Emocional. Washington, DC. NICHCY.
- Ceria, M.L. y Daset, L. (2007). Autocontrol: un estudio exploratorio en adolescentes uruguayos. XIV jornadas de investigación y tercer encuentro de investigadores en psicología del Mercosur. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la Emoción. El proceso Emocional. Recuperado de: <http://www.uv.es/=choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Coleman J.C. & Hendry, L.B. (2003). Psicología de la Adolescencia. Madrid: Morata.
- Coleman, J. (2008). Salud y Bienestar emocional. En J. Coleman, L. Hendry y M. Kloep (Edi.) del libro. Adolescencia y Salud (pp. 52-74). México, Manual Moderno.
- CONAPO (2014). Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030 "Estado de México". Secretaria de Gobernación. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf el 17 de Septiembre de 2015.
- Congreso Mexicano de Psicología (XXIII, 2015, Cancún, Quintana Roo). "Alcances de la psicología en la construcción de políticas nacionales". México.
- Consejo Nacional de Población (2010). La situación actual de los jóvenes en México. Serie de documentos técnicos. Recuperado el 30 de diciembre de 2015 de: <http://www.conapo.gob.mx>.

- Cruz, S., Maganto, C. y Ávila, A. (1997) Sistemas de objetivación del diagnóstico psicopatológico en la infancia y adolescencia. En J. Ávila en el libro. Evaluación en psicología clínica (vol. 2., pp. 119-159). AMARU, España.
- Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las Nociones a los abordajes. Última década, 21(1), 83-104.
- Díaz, B. y García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. Rev. Panam Salud pública, 24(4), 223-232. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n4/v24n4a01.pdf>
- Doménech, E. y Ezpeleta, L. (1998). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En J. Rodríguez (ed.) del libro, Psicopatología del Niño y del Adolescente (Vol., 1. pp. 121-142). Manuales Universitarios, España.
- Fernández, M.P. y Fernández, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. Universitas Psychologica, 12(3), 797-810.
- Fondo Internacional de emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (2013). Adolescencia y Juventud Panorama General. Recuperado el día 29 de Septiembre de 2015 de http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html
- Freixa, E. (2003). ¿Qué es Conducta?. International Journal of Clinical and health Psychology, 3(3), 596-613. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33730310.pdf>
- Fuentes, M.L (2014). México Social: alcoholismo un peligro creciente. Recuperado el 12 de Abril de 2016 de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/07/01/968321>
- Funes, J. (2003). ¿Cómo trabajar con adolescentes sin empezar por considerarlos un problema?. Papeles del Psicólogo, 84(1), 1-8. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/imprimir.asp?id=1050>
- Gil, J.A., Pastor, J.F., De Paz, F., Barbosa, M., Macías, J.A., Maniega, M.A., Rami, L., Boget, T. y Picornell, I. (2002). Psicobiología de las conductas agresivas. Anales de Psicología, 18(2), 293-303.

- Gómez, A., Santelices, M., Gómez, D., Rivera, C. y Farkas, C. (2014). Problemas conductuales en preescolares chilenos: Percepción de las madres y del personal educativo. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 40(2), 174-187. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/estped/v40n2/art11.pdf>
- González, C., Romero, L. y Jiménez, R. (2009). Lesiones autoinfligidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, vol. 47, 41-46.
- González, R., Calvo, A., Benavides, G. y Sifre, S. (2000). Sistema de clasificación en psicopatología infantil. En Remedio, González, Barrón. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Ediciones pirámides. España.
- Guadarrama R. y Hernández J.C., Márquez, O. y Veytia, M. (2014) Significado psicológico del concepto calidad de vida en adolescentes mexicanos. *Pensando psicología* 10(17). Recuperado de: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/784>.
- Guajardo, N.J. (2013). Salud mental en estudiantes de la FESI. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guerri, M. (s/f). La salud mental, un problema de nuestros días. Recuperado el 8 de Febrero de 2015 de http://www.asiem.org/almacen/Noticia/archivos/42/Psicoactiva_articulo.pdf
- Hanssen, G. A. (s/f). Actividades físicas para adolescentes. Dirección corporativa de administración y Subdirección de Servicios de Salud. Recuperado de: <http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>
- Harry, A. y Doula, N. (2000). Problemas de la adolescencia “ guía practica para el profesorado y la familia”. Recuperado el 12 de Marzo de 2016 de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=KPCD8zqYwiAC&oi=fnd&pg=PA35&dq=problemas+en+los+adolescentes+harry+2000&ots=JeUK6iXjV4&sig=E_hkhzHMc
- Hernández, Z. (2016). Salud mental en atención primaria: Un análisis cualitativo a partir de la visión del profesional de enfermería. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Herrera, M., Wagner, F., Velasco, E., Borges, G. y Lazcano, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud pública de México*, 46(2), 132-140.
- Horlock, E.B. (1980). Factores biológicos del desarrollo del adolescente. En E. Horlock en el libro. *Psicología de la adolescencia* (pp. 45-63). Paidós, México.
- Iglesias, J.L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Recuperado el 12 de Febrero de 2016 de <https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adolescente,%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf>
- INEGI (2015). "Estadísticas al Propósito del Día Internacional de la Juventud (12 de Agosto). Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pd>, el 10 de agosto de 2015.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Anuario Estadístico y Geográfico de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 25 de diciembre de 2015 de: www.inegi.org.mx
- Instituto Nacional de las Mujeres (2006). Panorama de la salud mental en las mujeres y hombres mexicanos. Recuperado el 15 de Diciembre de 2016 de www.inmujeres.gob.mx
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Disponible en: www.inprf.gob.mx.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Disponible en: www.inprf.gob.mx.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de drogas. Disponible en: www.inprf.gob.mx.

- Kapi, A., Veltsista, A., Kavadias, G., Lekea, V. y Bacoula, C. (2007). Social Determinants of self-report emotional and behavioral problems in Greek adolescents. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(1), 594-598.
- KRAUSKOPF, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1 (2). Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/1n2/0517.html>
- Lacalle, M. (2009). Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5475/mls1de1.pdf?sequence=1>
- Lemos, S., Vallejo, G. y Sandoval, M. (2002). Estructura Factorial del Youth Self-Report. *Psicothema*, 14(2), 816-822.
- López, C. y Freixinós, M.A. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de psicología*, 17(2), 177-188.
- Loranca, A. (2002). Trastornos Conductuales y Emocionales en Niños de Edad Escolar. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ppt2004/0331768/Index.html>
- Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última década*, 40 (1), 11-36.
- Marina, J.A., Rodríguez, M.T. y Lorente, M. (2015). El nuevo paradigma de la adolescencia. Recuperado el 15 de Enero de 2016 de file:///C:/Users/PACHON/Downloads/32994_Marina-et-al_Paradigma-adolescencia-2015.pdf
- Maya, P.R., Contreras, L. y Maya, F. (2015). La Sexualidad del Adolescente y Derechos Humanos. En Veytia, M., Márquez, O. y Guadarrama, R. La atención de la salud del adolescente en el siglo XXI. Congreso llevado a cabo en Toluca, Edo. México.
- Méndez, Ma. del Pilar. (2012). Diseño, implementación y evaluación de un programa de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Montecinos, G. (2008). Salud mental: Factores de riesgo y resiliencia. Recuperado el 10 de Enero de 2016 de <https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/1/MPSIQUI5/2/.../bajar?id>.
- Navarro, I. y García, D.A. (2012). Sintomatología externalizante y rendimiento académico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 657-666.
- Nieto, F.J. (2013). *Acercamiento a una Adolescencia Mediatizada. Adolescencia y Posmodernidad: Malestares, Vacilaciones y Objetivos*. Fontamara, México.
- OMS (2004). *Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Departamento de salud mental y abusos de sustancias. ISBN 92 4 159215 X.
- OMS (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. Departamento de salud mental y abusos de sustancias. ISBN 4567-1,27,272.
- OMS (2013). *Depresión. Temas de Salud*. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS (2013). *Salud del Adolescente*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
- OMS (2013). *Salud mental*. Recuperado el 10 de diciembre de diciembre de 2013 de http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Orejudo, S. y Froján, M.X. (2005). Síntomas Somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedad. *Anales de Psicología*, 21(2), 276-285.
- Palacios, J. R. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 20(19), 29-39. Recuperado de: http://www.uia.mx/psicologiaiberoamericana/pdf/PSIC_IBEROAMERICANA_20-1.pdf
- Paquentin, V. I. (2009). *Conductas parentales y problemas de conducta en la escuela secundaria: La perspectiva de los adolescentes*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Parra, J. y Pérez, R. (2010). Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(1), 7-9. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101b.pdf>
- Pérez, M. (2011). Adolescencia y sexualidad. Centro liber. Recuperado de http://www.centroliber.com/Boletines%20Liber/Sexologia/172.-Boletin_Semanal_Liber_11_de_Noviembre_2011_ADOLESCENCIA%20Y%20SEXUALIDAD.pdf
- Recinto Universitario de Mayaguez (2015). Trastornos Mentales o Emocionales. Recuperado el 17 de Octubre del 2015 de http://www.uprm.edu/p/sei/trastornos_mentales_o_emocionales
- Rojas, R. (1982). Guía para realizar investigaciones sociales (7ª edición). Distrito Federal, México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Romero, E. (2015). Propuesta de intervención para escolares con problemas emocionales y de comportamiento. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Santillano, I. (2009). La adolescencia: añejos debates y contemporáneas realidades. *Última década*, 1(1), 55-77. Recuperada el 22 de febrero de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19511968004>
- Shafii, M. y Lee, S. (1885). *Desarrollo Humano. Crecimiento Normal y Trastornos Emocionales en la Infancia, Niñez y adolescencia*. EL ATENEO, Buenos Aires, Argentina.
- Tapia, R., Medina, E., Sepúlveda, J., Fuente, R. y Kumate, J. (1990). La encuesta nacional de adicciones. *Salud pública de México*, 32(5), 507-522.
- UNFPA (2014). Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Recuperado de: <http://www.unfpa.org/co/?p=2871>
- UNICEF (2011). La salud mental del adolescente: un desafío urgente para la investigación e inversión. Recuperado el 27 de Enero de 2016 de <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-salud-mental-deladolescente.pdf>

- UNICEF (2013). La Adolescencia. Recuperado de: http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm
- Valencia, M. y Andrade, P. (2005). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 499-520.
- Vallejo, A., Mazadiego, T., Betancout, D., Vázquez, A., Sagahón, M., Méndez, M. y Reyes, C. et al (2008). Problemas externalizados e internalizados en una muestra de adolescentes de bachilleres veracruzanos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 9(1), 15-22.
- Vázquez, J., Feria, M., Palacios, L. y De Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno disocial. Recuperado el 21 de Diciembre de 2015 de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastorno_disocial.pdf
- Velázquez, C.E. (2012). Evolución de un programa dirigido a padres para la prevención de problemas emocionales y conductuales en niños. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Venegas, B.X. (2014). Violencia intrafamiliar y problemas de conducta internalizada – Externalizada en niños y niñas escolarizados de la Guajira – Colombia. *Cultura, Educación, Sociedad – CES*, 5(1), 137-148.
- Veytia, M., González, N.I, Andrade, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35, 37-43.
- Villa, P.M (1997). Autoestima en Adolescentes con Trastornos Afectivos y Trastornos de Conducta. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ppt2002/0252396/index.html>
- Virgen, R., Lara, A.C., Morales, G. y Villaseñor, S.J. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 2-4.
- Zanini, D.S. y Forns, M. (2004). Coping y psicopatología: comparación entre la muestra general y sub-clínica, *Psiquiatría.com*, 8(2).

- Zorrilla, S. (2001). Introducción a la metodología de la investigación (25ª edición). Distrito Federal, México: Aguilar León.
- Zubeidat, I., Fernández, A., Ortega, J., Vallejo, M.A. y Sierra, J.C. (2009). Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes españoles a partir del Youth Self Report /11-18. Anales de Psicología, 25(1), 60-60.

ANEXOS

ANEXO I

Escala de conductas y emociones en adolescentes (Andrade 2010)

Indica con una "X" la frecuencia con la que has tenido alguno de los siguientes pensamientos:

REACTIVOS	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Siento que nadie me quiere				
2. Me siento inferior o creo que no valgo nada				
3. Me siento solo(a)				
4. Me siento infeliz, triste o deprimido(a)				
5. Me siento incomprendido(a)				
6. Me siento culpable				
7. Llora mucho				
8. Me siento confundido(a) o como si estuviera en las nubes				
9. Saco malas calificaciones				
10. Soy irresponsable				
11. Soy flojo(a)				
12. Trabajo poco en la escuela				
13. Me distraigo fácilmente, no pongo atención				
14. Soy desordenado				
15. Juego en clase o casa cuando no debo				
16. Peleo mucho				
17. Discuto mucho				

18. Rompo las reglas en la casa, en la escuela o cualquier lugar				
19. Soy terco				
20. Soy inquieto				
21. Desobedezco en la escuela				
22. Actúo sin pensar				
23. Me junto con jóvenes que se meten en problemas				
24. He consumido bebidas alcohólicas				
25. Tomo alcohol sin el permiso de mis padres				
26. Fumo, mastico o inhalo tabaco				
27. Soy vago				
Has tenido alguno de los siguientes problemas:				
28. Nauseas, ganas de vomitar				
29. Vomito				
30. Dolor de cabeza				
31. Dolor de estomago				
32. Me mareo				
33. Tengo comportamientos que otras personas piensan que son raros				
34. Tengo ideas que otras personas piensan que son raras				
35. Repito ciertas conductas una u otra vez				
36. He intentado suicidarme				
37. He pensado en suicidarme				
38. Me arañó la piel u otras partes del cuerpo				

Anexo 2

Carta de consentimiento y Asentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO Y ASENTAMIENTO



Estimado Alumno
Presente:

Por medio de la presente y una vez que se cuenta con el consentimiento de las autoridades educativas, se te hace una atenta invitación, para que participes en el proyecto de investigación que desarrolla el Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED), de la Universidad Autónoma del Estado de México cuyo título es "ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES CON Y SIN INSATISFACCIÓN CORPORAL". Cuyo responsable es la Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama.

El objetivo del proyecto es comparar los estilos de afrontamiento y la salud mental de los adolescentes con y sin insatisfacción corporal, ya que, se ha señalado que la imagen corporal puede ser asumida por el joven como una serie de cambios que no representan conflicto, es decir, percibe, siente y se comporta de manera positiva con respecto a su cuerpo, lo que le permite una interacción positiva no sólo con sus pares sino con su entorno, convirtiéndose dicha satisfacción en un factor protector para su desarrollo, sin embargo no siempre es así, lo que repercute de manera negativa en su salud mental.

La investigación se realizará en estudiantes de nivel medio superior de la UAEM y consiste en dos etapas:
En la primera: responderás un cuestionario con los siguientes temas: estilos de afrontamiento, imagen corporal, problemas emocionales y conductuales y por último datos sociodemográficos. Dicha aplicación se realizará en las instalaciones de su escuela
En la segunda etapa – de ser seleccionado - se realizará una entrevista, en al menos tres sesiones. Dicha entrevista se realizará en las instalaciones del CICMED.

La participación en ambas etapas del estudio es voluntaria, confidencial y sin costo. Y podrás retirarte del estudio en el momento que así lo desees. Aún cuando no se consideran riesgos a la salud mental. Se tiene contemplado proporcionarte una lista de instituciones y de servicio particular a los cuales puedes acudir en caso de que lo consideres conveniente.

Una vez finalizada la primera etapa, si lo requieres, se te harán saber los resultados de tu cuestionario si lo solicitas. Para la segunda etapa, nuevamente recibirás orientación sobre los servicios a los que puede acudir.

Cabe aclarar que todos los resultados serán entregados exclusivamente de manera personal y que solamente el grupo de investigación podrá tener acceso a los datos, para ser tratados de forma estadística y analizados cuantitativamente. Por lo que las autoridades educativas no tendrán acceso a ellos, solo de manera grupal.

La información recabada será empleada con fines de generación de conocimiento, por lo que podrán ser empleados y difundidos en medios impresos y electrónicos y en eventos de índole académico.

Por lo que te solicitamos, dejes constancia de que he sido informado de las características de la investigación, que han sido aclaradas tus dudas y por lo tanto das tu consentimiento para participar en la primera etapa del proyecto.

Nombre y firma del alumno _____
fecha _____

así mismo autorizo para que de ser seleccionado por los investigadores, continúe participando en la segunda etapa del proyecto. Se me entrega copia de esta carta de consentimiento.

Nombre y firma del alumno _____
fecha _____