



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**VALIDACIÓN DEL CBCL/6-18 EN PADRES DE
ADOLESCENTES DE LA ZONA
METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
GLADYS AMERICA AVILA GARCIA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. BLANCA ESTELA BARCELTA EGUIARTE
COMITÉ: MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA
LIC. JESÚS BARROSO OCHOA
DR. RAFAEL PEÑALOZA GÓMEZ
DRA. MARÍA ELENA MÁRQUEZ CARAVEO

PROYECTO PAPIIT IN 305917



CIUDAD DE MÉXICO

ABRIL 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO** por permitirme pertenecer a esta gran institución y ofrecerme bases de calidad para mi preparación académica y profesional.

A la **FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA** por ser mi segunda casa y brindarme este espacio de conocimientos, experiencias y anécdotas que llevaré marcadas en mi vida, por siempre Zaragozana.

Esta investigación fue gracias al apoyo dado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica **PAPIIT IN305917** *“Análisis ecológico multifactorial de la adaptación adolescente en entornos vulnerables y de adversidad para la promoción de un desarrollo positivo”*.

A la **Dra. BLANCA E. BARCELTA EGUIARTE** por creer en mí e impulsarme a enfrentar mis miedos y algunos obstáculos para la realización de este proceso. Gracias Dra., su guía, orientación y paciencia incondicional fueron fundamentales para culminar este trabajo, ¡lo logramos!

A mi comité conformado por el **Dr. RAFAEL PEÑALOZA GÓMEZ**, la **Dra. MARIA ELENA MÁRQUEZ CARAVEO**, el **Mtro. EDGAR PÉREZ ORTEGA** y el **Lic. JESÚS BARROSO OCHOA** por su atención prestada en cada una de las páginas de esta investigación.

A mis padres, **PATRICIA GARCÍA LÓPEZ** y **ARTURO AVILA AGUIRRE** por sus sabios consejos y palabras de aliento, los cuales impulsaron el inicio y culminación de este gran camino académico que dará paso a mi crecimiento profesional.

A **Ricardo Montes Felipe** por procurar que cada tropiezo a través de este proceso resultará menos doloroso y saliera adelante de todos. Gracias por tu tiempo y por cada palabra que ayudó a levantarme. Te quiero mucho

Al gran equipo **PAPIIT** que encontré en mí andar por este proyecto, con el cual compartí anécdotas maravillosas: **Daniel, Miguel, Vargas, Eli, Arely, Karina, Mariell, Gaby, Gustavo, José, Ana y Salma**. Así como a **David, Yeni, Vianey** y al **Dr. Arturo Granados** que me apoyaron en cada paso para la culminación de este proyecto. En especial a **Raquel Rodríguez Alcántara** por su apoyo, tiempo y dedicación desde el principio hasta el final de cada una de estas páginas, eres una gran amiga.

DEDICATORIAS

Hace algunos ayeres me preguntaba qué era lo que esperaba de la vida. Hubo desconcierto en mí al no encontrar la respuesta, hasta que leí en alguna parte la siguiente frase *“Dentro de veinte años estarás más decepcionado por las cosas que no hiciste que por las que hiciste. Así que suelta las amarras. Atrapa los vientos alisios en tus velas. Explora, sueña y descubre”* (Mark Twain). Así que lo hice y empecé este camino repleto de experiencias magnificas, disfrutando desde las alegrías hasta los tropiezos. Ahora culmina con este escrito que me deja un gran aprendizaje.

A mi familia le agradezco estar conmigo en todo momento. **Mamá**, fuiste, eres y serás un pilar enorme en vida y a pesar de los instantes complicados sé que siempre estarás para protegerme. **Papá** sin ti no estaría en el camino correcto, cada muestra de cariño me impulsa a continuar. Gracias a su apoyo logré concluir este proyecto, LOS AMO.

A **Guiuvanni**, hermanito aunque nos separen miles de kilómetros eso no impide que cada instante estés presente. Mil gracias por todo, te extraño muchísimo. **Abue** siempre recibo de ti palabras de aliento que me inspiran a alcanzar nuevos retos, gracias por estar. **Dayrita**, tía **Viole** y **Dul**, sus palabras y muestras de apoyo fueron de gran importancia.

En esta travesía de conocimientos y emociones descubrí a personas extraordinarias a las cuales tengo el placer de llamarlas mis mejores amigas: **Isa Muñiz**, **Paolita Cabrera**, **Marianita Avila**, **Andy Paz**, **Lu Vázquez**. Chicas hermosas encontrarlas en este camino de enseñanzas fue lo mejor que me paso. Gracias por cada minuto asombroso a su lado, las adoro. Jamás olvidaré aquel primer semestre que trajo consigo personas excepcionales: **Jordy**, **Jimmy**, **Cris**, **Liz**, **Les**, gracias por cada aventura. Sin olvidar a Julio, Ysa, Astrid, Chema, Diego y Ángel, espero encontrarlos en el trayecto.

A todos aquellos compañeros y amigos que me tope, Ale, Dani, Edgar, Cat, Raúl, Miguel, compartir con ustedes el salón de clases fue una delicia. Gracias

A ti, que estuviste en cada instante apoyándome, no permitiste que me cayera, muchas gracias. Te fuiste antes de lo previsto de mi vida, pero siempre recordaré aquella frase nuestra ¡lo mejor de mí, para ti! Te quiero mucho pingüinito.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA Y FAMILIA	5
1.1 Adolescencia	5
1.1.1 Conceptualización	7
1.1.1 Proceso de desarrollo adolescente	10
1.1.2 Conductas internalizadas y externalizadas	15
1.2 Familia	19
1.2.1 Conceptualización	20
1.2.2 Clasificación	22
1.2.3 Funcionamiento familiar	24
1.2.3.1 Relación padres-hijos.	26
CAPÍTULO 2. EVALUACIÓN DE LA ADAPTACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL ADOLESCENTE	31
2.1 Conceptualización de adaptación	32
2.2 Medición de la adaptación	36
2.3 Sistema dimensional de evaluación empírica (ASEBA)	39
2.3.1 Instrumentos del ASEBA	41
2.4 Hallazgos reciente con el CBCL/6-18	44
2.4.1 Propiedades psicométricas	47
CAPÍTULO 3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	55
3.1 Validez	55
3.1.1 Tipos de validez	56
3.1.1.1 Validez de contenido	57
3.1.1.2 Validez de criterio	60
3.1.1.3 Validez de constructo	61
3.2 Confiabilidad	62
CAPITULO 4. METODOLOGÍA	65
4.1 Justificación y planteamiento del problema	65
4.2 Pregunta de investigación	67
4.3 Objetivos	67
4.4 Variable	67
4.5 Método	68
4.5.1 Tipo de estudio y diseño	68
4.5.2 Participantes	69
4.5.3 Criterios de inclusión	69
4.5.4 Criterios de exclusión y eliminación	69
4.5.5 Instrumentos	69
4.5.6 Procedimiento de validación CBCL/6-18	70

CAPÍTULO 5. RESULTADOS	72
5.1 Descripción de la muestra	72
5.1.1 Características generales de los padres	72
5.2 Propiedades psicométricas	77
5.2.1 Análisis de reactivos	77
5.3 Validez de constructo	80
5.3.1 Análisis factorial exploratorio	80
5.3.2 Descripción de los factores	82
5.4 Análisis de confiabilidad	85
5.4.1 Análisis de consistencia interna	85
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	86
6.1 Discusión	86
6.2 Alcances y limitaciones	90
6.3 Conclusiones	91
REFERENCIAS	93
ANEXOS	104

RESUMEN

La adolescencia es una etapa de varios cambios que permiten desarrollar conductas adaptativas o desadaptativas manifestadas a causa de las exigencias propias de la etapa. A su vez, la familia es un sector vital en el desarrollo del adolescente, debido a que es la base del bienestar que deberá garantizar un sano crecimiento y equilibrio emocional, que permitirá enfrentar los retos de la vida. Un aspecto relevante para contrarrestar los efectos negativos que puede tener la adolescencia, es la adaptación, el cual es un proceso de ajuste interno y externo que puede reflejarse a través de la ausencia o presencia de conductas internalizadas y externalizadas (Achenbach & Rescorla, 2001). A partir de esto, conocer el comportamiento adolescente desde diferentes perspectivas, enriquece la información recopilada sobre los individuos que transcurren esta etapa. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue analizar las propiedades psicométricas del Child Behavior Checklist/6-18 de Achenbach & Rescorla (2001); a través de obtener confiabilidad y validez de constructo del instrumento por ende se realizó un análisis factorial e índice de fiabilidad alpha de Cronbach. Se utilizó un diseño de estudio instrumental, exploratorio de corte transversal. Participaron 170 padres de adolescentes entre los 28 y 68 años de edad (Medad= 40.45 años; $DE= 7.48$) de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. El instrumento presentó datos pertinentes para realizar el análisis factorial ($KMO=.842$; $X^2=6566.46$; $p<.001$). La escala se conformó por 62 reactivos divididos en 8 factores que explican el 50.299% de la varianza total con un coeficiente de fiabilidad global $\alpha=.943$. Estos valores permiten que el instrumento se útil en la detección de conductas internalizadas y externalizadas que presentan adolescentes de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, a partir de la perspectiva de los padres (DGAPA-PAPIIT IN305917).

Palabras Claves: Adolescencia, familia, adaptación, confiabilidad y validez de constructo.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016 informa que varios problemas de salud mental tienden a aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia. Según los estudios más recientes, los problemas de salud mental, en particular, la depresión, constituyen la principal causa de morbilidad en los jóvenes.

El padecimiento de trastornos de salud mental, que puede tener efectos importantes en la salud general y el desarrollo del adolescente, tiende a ir asociado a diversos problemas sanitarios y sociales, como un consumo más elevado de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, el embarazo adolescente, el abandono escolar y la asunción de conductas delictivas.

La adolescencia se considera como el periodo del ciclo vital que marca el final de la infancia y el inicio de la vida adulta. Esta etapa principia con la aparición de la pubertad y surge entre los 10 y los 19 años, momento en cual se ha completado el desarrollo del organismo. Se trata de la fase de transformación más importante en la vida del ser humano, que se identifica por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios, aquí la vida de los individuos se define en relación al lugar que ocupa en su entorno (OMS, 2016).

Algunos investigadores establecen que la etapa adolescente se puede percibir y vivir de diversas formas. En ciertas ocasiones, la adolescencia se percibe como una etapa vulnerable y complicada repleta de adversidades por los cambios físicos, biológicos y psicológicos que se suscitan a través de este periodo. Por el contrario, otros autores mencionan la posibilidad de vivirla como una fase colmada de oportunidades, así como de retos a los cuales lo jóvenes se enfrentan con ayuda de sus recursos y habilidades que desarrollan desde la infancia, por lo cual se deben fortalecer antes, durante y después de la adolescencia.

Ante esto, los ambientes en donde se desenvuelven los individuos, en especial los adolescentes, son relevantes para un desarrollo y crecimiento óptimo. Por esto, el contexto que tiene más relevancia en la etapa adolescente es la familia; el papel que

tiene es crucial para la construcción y progreso de ciertos aspectos como lo son las relaciones, roles, conductas etc. que influirán a través de la vida.

Los padres son un pilar transcendental a través de la vida y en la adolescencia más, como consecuencia de esto, los cambios que se suscitan en algunas ocasiones, los califican de extraños porque los hijo dejan el comportamiento de niño para saltar a una actitud de rebeldía, no obedecen reglas, las contestaciones son inadecuadas, etc., hasta presentar conductas de riesgo, por ejemplo, el uso de sustancias, realizar actos que atenten o perjudiquen su vida, etc.

Los adolescentes cuentan con la creencia que la actitud de sus padres hacia ellos debe modificarse por el hecho de su acercamiento a la edad adulta, requieren de libertad para la toma de decisiones, así como confianza para resolver sus conflictos. Las conductas internalizadas y externalizadas de los adolescentes están influidas por diversos aspectos biológicos, psicológicos, físicos y sociales como las experiencias vividas dentro de los contextos que los rodea, la familia, los amigos o compañeros, maestros, etc. El cómo, el por qué y el dónde del joven son parte importante en la forma de adaptarse a los eventos y contextos que lo rodean, esta adaptación interviene en el comportamiento que tendrán en la vida adulta.

Conocer la perspectiva que tienen los padres acerca de las conductas adaptativas o desadaptativas de sus hijos, es un punto relevante, con el objetivo de tener múltiples panoramas con el propósito de descubrir con exactitud el comportamiento adolescente, esto beneficia a el conocimiento extenso de esta etapa, además ayudará a observar la adolescencia como un periodo de oportunidades más que de complicaciones.

En consecuencia, en el capítulo 1 describe el concepto de adolescencia, así como, los cambios que se dan en este proceso, además de las conductas que manifiestan los adolescentes. Asimismo retoma la conceptualización y tipos de familia desde numerosas perspectivas, por último se describe los estilos parentales y el papel de los padres en la adolescencia.

A continuación, el capítulo 2 representa la evaluación multidimensional de la adaptación del adolescente, conceptualizando la adaptación, además, de la descripción de cada uno de los instrumentos que compone el Manual del Sistema de Achenbach de Evaluación Empíricamente Basada (ASEBA) por sus siglas en inglés, así como, de las investigaciones que se han realizado con el Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18) a través del tiempo.

Para complementar los temas anteriores y lograr el objetivo de este proyecto, en el capítulo 3 se explica el concepto y tipos de validación y el concepto de confiabilidad para entender el proceso que se llevara a cabo a través de esta investigación.

El capítulo 4 muestra la lógica de investigación, se expone el procedimiento que se realizó en este estudio. Como primer punto se expresa el planteamiento del problema, en el cual se explica la relevancia de este proyecto, en seguida se escribe la pregunta de investigación, los objetivos y las variables. Para continuar el apartado se describe el método, este contiene tipo y diseño de investigación, participantes, instrumentos y las fases de desarrollo.

Los resultados obtenidos se expresan en el capítulo 5, se empezó por describir a los participantes en términos de las variables sociodemográficas, seguido de la descripción de los reactivos del instrumento hasta las características psicométricas del instrumento, es decir, la validez de constructo y la consistencia interna.

Por último, el capítulo 6, se analizaron los hallazgos contrastándolos con la evidencia tanto teórica como empírica previas. Se culminó con los alcances y limitaciones de la investigación y algunos comentarios, además de sugerencias para futuras investigaciones.

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA Y FAMILIA

“Los hijos adolescentes parecen los más difíciles de educar, pero si lo consigues, tus enseñanzas durarán para toda la vida” (anónimo).

En la actualidad la adolescencia es un tema recurrente en numerosas sociedades que incita a un intenso intercambio de opiniones dentro del sistema social, escolar y familiar por mencionar algunos. Al mismo tiempo se busca entre las diversas explicaciones sustentadas, aquellas que ayuden a conseguir el entendimiento óptimo para esclarecer aspectos relevantes de esta etapa. Se indaga en las respuestas que explican ampliamente los diferentes aspectos de este fenómeno (Lozano, 2014).

Durante la adolescencia, la mayoría de los jóvenes conviven en diversos entornos que le permite interactuar con sus pares, así como con adultos que modelaran su forma de pensar, sentir y actuar. Explorando asiduamente su identidad lo cual los llevará a atravesar distintos modelos y roles que los conducirán a consolidar su personalidad (Barcelata & Hernández, 2015). En estas circunstancias, la familia se encuentra también ante un imponente desafío, por una parte, los padres deben responder a las demandas de mayor autonomía expresada por los hijos y por otra, debe de mantener cierto grado de cohesión y unidad. Por tanto, se trata de adquirir un delicado equilibrio entre ambos procesos con el objetivo de conseguir adaptación en todos los ámbitos (Musitu, 2013).

1.1 Adolescencia

La etapa adolescente se puede describir, en ocasiones, como una fase complicada en el desarrollo humano, debido a que conlleva una gran variedad de cambios físicos, biológicos y psicológicos. En los cuales se aprende a vivir con cada uno de estos, adquiriendo y desechando gustos e intereses (Abelleyra, 2017). También se aprecia como una de las etapas de mayor vulnerabilidad en la cual el joven se encuentra expuesto a diversos riesgos, junto con la búsqueda de la independencia que se articula con rebeldía propia de la etapa (Barcelata & Hernández, 2015). Se vive en un cúmulo de emociones y sentimientos inexplicables. Por esto, es importante enfocar y abordar los factores que permiten maximizar las habilidades en los jóvenes y las familias.

Asimismo, la American Psychological Association (APA) en el 2017 plantea que la adolescencia puede ser uno de los desafíos más difíciles para las familias. Es posible que los adolescentes que se enfrentan a los cambios propios de la etapa perciban que nadie puede entender sus pensamientos, sentimientos y comportamiento, en especial sus padres. Como resultado, el adolescente puede sentirse enojado, solo y confundido, específicamente cuando se afronta a problemas de identidad, presiones de sus compañeros, así como a la manifestación de su sexualidad y encarar la posibilidad del consumo de algunas sustancias nocivas para la salud (p. e. alcohol y/o drogas). Esto trae como consecuencia que los padres sientan frustración, enojo y/o miedo porque los hijos adolescentes parecen no responder a la autoridad, además existe la preocupación por las elecciones admitidas de los adolescentes. Es posible que los métodos de disciplina que funcionaron años atrás ya no tengan la misma eficacia (Águila, Díaz, Díaz & Cruz, 2016).

Día a día se incrementa el interés así como la preocupación por temas relacionados con la adolescencia, esto se debe a la conciencia que se tiene de las capacidades y potencialidades de los adolescentes. Además existe una comprensión amplia de las necesidades y/o dificultades que presentarán a través del desarrollo de esta etapa, esto trae como beneficio ayuda profesional en el incremento de habilidades en contra de los desafíos del futuro (Donas, 2001).

También, Donas (2001), postula que desde hace décadas los adolescentes son motivo de preocupación de profesionales quienes, a través de la investigación, la reflexión y la acción directa e indirecta, han acumulado conocimiento que debe analizarse, divulgarse y discutirse en todos los ámbitos posibles con el fin de lograr un entender compartido que conduzca a la realización de programas y acciones para obtener la participación activa de adolescentes, padres y maestros con el propósito de mejorar la situación de este sector de la humanidad.

Finalmente se establece que, en el ser humano las diferentes etapas de desarrollo son cruciales debido al conocimiento que se logra en cada una de estas. En la fase adolescente el individuo aspira y se esfuerza por saber quién es y quién quiere ser, desea

un conocimiento de sí mismo, así como proyectarlo en el entorno. Este periodo replantea la relación del individuo con la sociedad porque existe una búsqueda incesante de nuevas metas y objetivos que le permitan realizarse en un vaivén de posibilidades (Águila, Díaz, Díaz & Cruz, 2016).

1.1.1 Conceptualización

La adolescencia se define como la fase de crecimiento y desarrollo humano que se origina después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata del periodo de transformación más importante en la vida del ser humano, este se identifica por un ritmo acelerado de crecimiento, así como de cambios, en donde la vida de los individuos se define en relación al lugar que ocupa en su entorno (OMS, 2016; Uresti, 2008).

Desde la perspectiva de Weissman (2005), se piensa que la adolescencia comienza con la pubertad y se extiende durante el tiempo que demanda cada joven para la adquisición de ciertas habilidades que permiten lograr autonomía y responsabilidad de orientar su propia vida. La forma de adquirir estas habilidades lo determinan las características de la época en la cual vive, participan en esto, la familia, el género, el lugar y la clase social.

Asimismo, Silva (2007) establece que en el periodo de adolescencia ocurren cambios biopsicosociales, que se observan mediante modificaciones corporales, cognitivas y de adaptación al entorno social que juega un papel crucial para la vida adulta, este cambio se da entre la infancia y la adultez comprendido de los 10 a los 21 años.

Para Casas y Ceñal (2005), la adolescencia es un periodo de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales que convierten al niño en adulto. Los cambios físicos tienen una amplia variación de la normalidad. Por consiguiente, es necesario comprender y conocer los diversos cambios que se suscitan para diferenciar las variaciones normales de las anomalías en el crecimiento y desarrollo puberales. El rango de edad en el cual se da esta etapa es de 11 a 21 años.

Lo sustancial de la adolescencia es ser un proceso de transición entre la vida infantil y la vida adulta. Es un conjunto de variable de años que se inicia con la pubertad, esta etapa se manifiesta entre los 12 y 21 años (Madrid, 2007).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF por sus siglas en inglés (2016), define la adolescencia como un período de transformación entre la infancia y la edad adulta que puede segmentarse en tres etapas: adolescencia temprana de 10 a 13 años de edad, mediana que abarca de los 14 a 16 años, y tardía a la cual pertenecen los jóvenes de 17 a 19 años. Es una época muy importante en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en esta etapa tienen implicaciones relevantes para cada oportunidad presentada al individuo en la adultez.

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en el 2015 propone que los jóvenes son aquellos cuyas edades comprenden el rango entre los 15 y los 24 años de edad, que constituyen un grupo heterogéneo en constante evolución. Se considera que la experiencia de ser joven varía según las regiones del planeta e incluso dentro de un mismo país.

Las evidencias anteriores ayudan a entender la etapa adolescente como un conjunto variable de años que se inicia con la pubertad y finaliza al logra la inserción social en sentido amplio. Se puede partir de un primer periodo, la adolescencia en la que los procesos están más relacionados con los cambios físicos y de autopercepción y un segundo curso, centrado en los procesos de inserción social (Madrid, 2008). Un punto a destacar es la importancia que se le da a los contextos social, político y económico en el cual se desenvuelve el adolescente, debido a que estos intervienen en gran parte del cómo, por qué y dónde se vivirá esta etapa.

En concordancia, se han registrado durante el pasado siglo numerosos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y el progreso de las actitudes. Se puede establecer que los determinantes biológicos de la adolescencia son habitualmente universales. Sin embargo, la duración y

las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras esto depende de los contextos socioeconómicos (OMS, 2016).

Por lo que se refiere a investigaciones anteriores el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014), informa que existen aproximadamente 1,800 millones de jóvenes en la población mundial de 7300 millones de personas. En 1950, el número de personas de entre 10 y 24 años ascendía a 721 millones, en un tiempo en la cual la población era de 2500 millones.

Por su parte, la Asamblea General del Consejo Económico y Social (2005), menciona que entre 1995 y 2005, hubo un incremento de 1,025 millones a 1,153 millones. Si se evalúan a largo plazo algunos aspectos que interviene directamente en la reproducción de la población, por ejemplo, la fecundidad media, se puede mencionar que habrá un incremento a 2,000 millones de jóvenes a mediados del siglo XXI, no obstante, al producirse leves cambios en la tasa de mortalidad o natalidad previstas, con el tiempo, los resultados podrían verse fácilmente modificados.

Igualmente, el Centro de Información de las Naciones Unidas (2017), establece que la mayoría de los jóvenes en el mundo viven en países en vías de desarrollo, el porcentaje que representan es casi 85%, aproximadamente el 60% vive en Asia. El 23% restante se encuentra en las regiones de África, América Latina y el Caribe. Para el año 2025, el número de jóvenes crecerá a un 89.5%. Además, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015) indica que en México residen 30.6 millones de jóvenes de 15 a 29 años, que representan el 25.7% de la población total a nivel nacional. Del total de la población joven, 35.1% son adolescentes de 15 a 19 años, 34.8% son jóvenes que contempla de 20 a 24 años y por último los jóvenes de 25 a 29 años son el 30.1%.

Se debe agregar que la entidad con mayor número de jóvenes en el país es Quintana Roo con 28.5%, le sigue Querétaro (27.3%), Chiapas y Aguascalientes (26.9%). En tanto, Tamaulipas y Ciudad de México son las entidades con menor porcentaje de población joven con 24.4% y 23.7% respectivamente (INEGI, 2015).

La relación entre hombres y mujeres, conocido también como índice de masculinidad para la población de 15 a 29 años, fue de 95.6 hombres por cada 100 mujeres. Al interior del grupo de jóvenes, son los adolescentes (15 a 19 años), quienes presentan una porción mayor de población masculina respecto a la femenina, siendo 100.9 hombres por cada cien mujeres; para los jóvenes de 20 a 24 años (96.4 hombres por cada cien mujeres) y para el grupo de 25 a 29 (91.6 hombres por cada cien mujeres) la proporción es inversa, existen más mujeres que hombres, para esos dos grupos quinquenales de edad (INEGI, 2015).

En definitiva, al describir la adolescencia, se puede afirmar que esta fase es el momento de abandonar la identidad infantil para construir la identidad de adulto. Se establece que ha llegado el instante de asimilar de manera óptima los cambios recurrentes de esta faceta, los cuales son tanto físicos como emocionales, para obtener habilidades y recursos necesarios para el desempeño apropiado de la vida subsecuente que conlleva la separación familiar de origen.

1.1.2 Proceso de desarrollo adolescente

La adolescencia es el proceso mediante el cual el niño alcanza la madurez sexual y se convierte en un adulto. Se inicia con la pubertad, esto es, con los cambios físicos y el desarrollo de las características sexuales secundarias. Se debe agregar que el crecimiento y la maduración del ser humano son procesos que requieren tiempo, es decir, no se producen de forma brusca, aunque hay ciertas etapas y edades donde estos cambios ocurren con mayor velocidad, sobre todo los físicos (Casas & Ceñal, 2005).

Al lidiar con los problemas de la adolescencia, los miembros del núcleo familiar afectados se alertan, esto ocasiona ciertas dificultades dentro de este. No obstante, los padres y familiares cercanos suelen ayudar satisfactoriamente a los adolescentes a lograr los objetivos del desarrollo para la próxima etapa adulta (APA, 2017).

Se especifica que la adolescencia es un periodo de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto y le capacitan para los retos que se le presenten a través del tiempo. Es sustancial destacar que la biología sólo

especifica posibilidades o tendencias de los cambios que se obtienen durante la adolescencia, algunos de los cuales son subrayados por la formación que los rodean en la familia, la escuela y la sociedad en general; lo cual produce algunos modelos juveniles que pueden seguir en un futuro próximo (Casas & Ceñal, 2005; Silva, 2007).

De acuerdo con Casas y Ceñal (2005), la etapa adolescente se puede dividir en tres fases: temprana que comprende de los 11 a los 13 años, la media de 14 a 17 años y por último la tardía que va de los 17 hasta los 21 años

- Adolescencia temprana (11-13 años)

Es la primera etapa de desarrollo del niño. Se caracteriza porque comienza a experimentar cambios físicos a una gran velocidad. Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, sino que son consecuencias o se derivan de los cambios físicos. El adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, y esto provoca una gran curiosidad y una situación extraña para él. Las transformaciones acercan al adolescente a su grupo de amigos, que también experimentan los mismos cambios, por lo que existe una identificación grupal. Durante esta fase no se producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos, el adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento, no percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto.

- Adolescencia media (14-17 años)

A partir de este momento, los cambios físicos se ralentizan sobremanera, lo que le permite al adolescente fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo. En esta fase adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales. Durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras, aunque en circunstancias conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones. La capacidad de percibir en abstracto provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con

otras personas, grupos e ideologías. El adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta etapa. El narcisismo y la sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos del adolescente. Proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de acaparar atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser más agresivo en ciertas circunstancias y puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

- Adolescencia tardía (17-21 años)

El adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción. El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona. A partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales.

Por su parte, Madrid (2008), menciona que la adolescencia se puede dividir en tres fases de desarrollo psicosocial: 1) primera adolescencia: edad aproximada de 12 a 14 años; 2) adolescencia media: comprende de los 15 a 17 años; y por último 3) adolescencia tardía: que es de los 18 hasta los 21 años. Igualmente expresa que al finalizar esta etapa la mayoría de los adolescentes deberán cumplir con los siguientes objetivos; establecer la identidad con respecto a la sexualidad, vocacional, moral y del yo; adoptar claves de estilos de vida; asignar importancia a la imagen corporal y aceptación del propio cuerpo y adquirir una independencia respecto a los padres.

Además, Silva (2006), sugiere que existen distintas representaciones de ser y de vivir la adolescencia, por ello se dice que las formas de expresar la adolescencia son tan variadas. Se plantea socialmente la adolescencia como un nuevo ciclo vital universal conlleva a definir y aceptar el replantear nuevas formas de interrelación con los y las adolescentes en los diferentes ámbitos de la vida.

Dicho lo anterior, Weissman (2005), reflexiona que los adolescentes desafían las teorías que intentan sistematizar sus peculiaridades para comprenderlos. Cada individuo es distinto, tiene su historia particular, sin embargo, la experiencia permite afirmar que hay ciertos procesos, así como, determinadas características y situaciones que suelen reiterarse una y otra vez que a quién se proponga investigar a los adolescentes es conveniente considerar.

Silva (2007), expresa que al hablar de los y las adolescentes se hace referencia a diferentes semblantes, se aprecian como personas que viven en contextos socio-histórico que cambian a través del tiempo y en el espacio, también son seres humanos que desarrollan algunas potencialidades que ayudan al crecimiento óptimo, así como, capaces de realizar una acción simbólica, en función de imágenes del mundo y de ellos mismos, obviamente son individuos que se encuentran en construcción, en relación con otros, la historia personal de vida con un significado y valor únicos.

Al sintetizar los principales eventos que caracterizan a la adolescencia se menciona los siguientes. De acuerdo con Silva (2007) están:

- Aspectos biológicos: ocurre el crecimiento corporal por aumento de peso y estatura, lo cual lleva al cambio de la anatomía. Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto ocurre de manera discrepante, lo cual repercute en el bienestar del adolescente y provoca algunos trastornos como son torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

- Aspectos psicológicos: acontece la búsqueda de sí mismo, así como, la necesidad de independencia. Evoluciona el pensamiento concreto dan paso al abstracto, se vuelven más analíticos; se exteriorizan manifestaciones y conductas sexuales lo que lleva al desarrollo de la identidad sexual. Existe una tendencia a las contradicciones en manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico, lo que puede suscitar en una relación conflictiva con los padres.

Es fundamental considerar que la biología tiene un valor relativo en cuanto a predisposición, pero que debe tenerse en cuenta siempre la interrelación con los niveles psicosociales.

Madrid (2008), establece que los fenómenos biológicos más importantes son, el crecimiento y desarrollo corporal además está la aparición de los caracteres sexuales secundarios, asimismo, menciona que la pubertad empieza con números cambios biológicos que determinaran las conductas del individuo, sin embargo, es el significado psicológico y social el que decreta la experiencia adolescente. A través de la investigación se encontró que el comienzo de la maduración física se acompaña de ciertos cambios de interacción familiar, así como en el rendimiento escolar.

Un punto crucial de la adolescencia es la adquisición de la identidad, Madrid (2008), sugiere que el adolescente ya tiene desarrollado el sentido de sí mismo, no obstante, esta concepción es puesta en cuestión a causa de las transformaciones que están presentes y de las nuevas capacidades intelectuales además de las características físicas.

Los cambios físicos, intelectuales y sociales suscitan en el adolescente una crisis de identidad, que el individuo resuelve con la construcción de tres aspectos (Madrid, 2008):

- Identidad sexual. Adquirida con anterioridad, exige una buena concepción del rol sexual y una cierta comprensión de la propia sexualidad.

- Identidad vocacional. Un cierto juicio de lo que él o la adolescente considera que desea ser de adulto.
- Identidad ideológica. Revela un sistema de creencias, de valores y de ideas, el adolescente debe imaginar el papel que tendrá que jugar en la edad adulta.

Para Gómez (2008), la adolescencia es una etapa central en el proceso de construcción de la identidad, la cual se ve influenciada por los factores de riesgos y protección que la rodean. Muchos de estos factores se presentan dentro del ámbito familiar, que es determinante en la vida del adolescente para el posterior avance hacia la edad adulta.

Se establece que el desarrollo del adolescente atraviesa por un sin número de cambios correspondientes a la edad cronológica que atraviesa, esto pueden ser súbitos o no. La construcción de la identidad es de suma importancia por las implicaciones que tiene en el desenvolvimiento de los individuos, una vez que la identidad está constituida, el joven adulto deberá enfrentarse a nuevas exigencias sociales que le demandaran la utilización de las herramientas y actitudes desarrolladas para esta nueva etapa.

1.1.3 Conductas internalizadas y externalizadas

La OMS (2016), sugiere que la prevalencia de los problemas psicológicos en la población infantil y adolescente son objeto de numerosos estudios en países desarrollados y en vías de desarrollo. La investigación llevada a cabo a través de las décadas arroja evidencia de que tanto en países desarrollados como en desarrollo existen dificultades psicológicas en su población infantil y juvenil lo que presenta un cambio es el porcentaje de esta población.

Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen problemas psicológicos, cerca de la mitad de los trastornos psíquicos se manifiestan antes de los 14 años. En todas las culturas se observan tipos de trastornos similares, sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos de salud mental;

la mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuentan con un solo psiquiatra o psicólogo infantil por cada millón a cuatro millones de personas (OMS, 2016).

Aunado a lo mencionado con anterioridad se establece que la escasez de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos que impiden ofrecer un tratamiento y atención en los países de ingresos bajos y medios. Los países de ingresos bajos cuentan con 0,05 psiquiatras o psicólogos y 0,42 enfermeras psiquiátricas por cada 100 mil habitantes, mientras que en los países de ingresos altos la tasa de los psiquiatras es 170 veces mayor y de las enfermeras es 70 más (OMS, 2016).

La APA (2017), determina que existen numerosas condiciones en la adolescencia, que conducen a la reducción de dependencia de los adolescentes hacia los padres. Lo cual trae consigo más responsabilidad para ellos, esto tiene como consecuencia, un importante desafío para las dos partes involucradas. Además se presentarán diversas situaciones comunes de esta etapa, sin embargo, hay diversos signos de advertencia que pueden conducir a que la familia a buscar ayuda externa. Estos incluyen conductas agresivas o violencia por parte del adolescente, abuso de drogas o alcohol, ausentismo escolar, roces con la ley o conducta desenfrenada. Del mismo modo, será un fuerte signo de peligro si un padre recurre a los golpes a su hijo o a otra conducta violenta en un intento por mantener la disciplina.

De acuerdo con Verdugo, Arguelles, Guzmán, Márquez, Montes y Uribe (2014), los adolescentes son vulnerables a las influencias de los modelos sociales y a los entornos de vida que frecuentan; poco a poco se van separando del primer soporte, que son los padres, para plegarse a nuevos ideales y consolidar nuevas identificaciones con el fin de definir las maneras en la que participará dentro de su cultura.

Además el proceso de transformación en la adolescencia representa en algunas ocasiones un periodo difícil, debido a los cambios que se suscita en esta etapa. Por lo que provocan desconcierto, miedo e inseguridad (Verdugo, Arguelles, Guzmán, Márquez, Montes & Uribe, 2014). El adolescente suele presentar algunas

manifestaciones preocupantes desde el punto de vista de los adultos cercanos. Estas revelaciones pueden abarcar, desde desprolijidad en su aspecto físico, desafío de la autoridad, provocación directa de los adultos, bajo rendimiento escolar, abandono de la escuela y conductas que lo colocan en franca situación de riesgo. Por ejemplo, el ejercicio prematuro de la sexualidad, fugas del hogar, consumo excesivo del alcohol y/o drogas, actos delictivos e intentos de suicidio que lamentablemente en algunos casos son exitosos (Moreno & Chauta, 2012; Weissman, 2005).

Entonces, la adolescencia se percibe como un estilo de vida turbulento, en el cual se presentan presiones por parte de los círculos a los que pertenece el joven. Por ejemplo encajar con los pares y obedecer a los padres resulta complicado. A esto se agrega la presencia de múltiples conductas; aumento de ansiedad, desafío a la autoridad y reglas, conductas violentas, consumo de sustancias adictivas, por decir algunas. Comportamientos que los padres consideran como desadaptativos, sin percatarse que es la forma en que los jóvenes se van adaptando a cambios psicosociales (Moreno & Chauta, 2012).

Asimismo, Weissman (2005), sugiere que en la adolescencia los padres dejan de ser los consejeros principales del adolescente, porque estos han dejado de representar el lugar de conocimiento. A su vez, antes de adoptar un rol de adulto, el joven se prepara para el futuro mediante expectativas de fantasía que surgen dentro de los contextos donde se desenvuelve.

A causa de esto, vivir la etapa adolescente es complejo para toda la familia por la búsqueda de respuestas a ciertos comportamientos que surgen con la transición de niño a adolescente. La incertidumbre en la que se encuentran los padres ocasiona desestabilidad en el ámbito familiar, el cual genera un círculo vicioso de cogniciones y conductas que producen daño o malestar a sí mismo y/o a otros. Este conjunto de síntomas son considerados internalizados o externalizados dependiendo hacia qué dirección (interna o externa) está dirigido el comportamiento (Achenbach & Rescorla, 2001).

En consecuencia, los comportamientos internalizados y externalizados constituyen un conjunto de síntomas, no obstante, estos se diferencian unos de otros según dichas conductas. En el caso de las primeras, es difícil detectar la presencia de alguna dificultad, debido a que aparentemente son adolescentes tranquilos y adaptados a su entorno, sin embargo, son personas que interiormente están enfrentando preocupaciones y pensamientos poco adecuadas (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001).

Al describir cada una de estas categorías se encuentra que las conductas externalizantes se caracterizan por comportamientos de agresividad y ruptura de normas, que son dirigidos hacia el exterior y afectan a otras personas. Asimismo, se encuentran clasificados en dos grupos de síndromes, el primero de ellos llamado conductas o comportamiento de ruptura de reglas o normas, y el segundo, denominado conductas o comportamientos agresivos. De igual manera, se plantea un grupo de comportamientos presentes dentro de estas conductas tales como exigir mucha atención, agredir, chillar, amenazar, fastidiar, ser irritable, envidioso, desobediente y tirano entre otros. Por su parte las conductas internalizantes implican la vivencia de tensión psicológica en el propio sujeto, síntomas de angustia, depresión y estados alterados de ánimo y agruparía los síndromes depresión/retraimiento, quejas somáticas y depresión/ansiedad (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001).

Por otra parte, Achenbach y Rescorla (2001), en diversos estudios han identificado ocho escalas denominadas de banda estrecha o síndromes de primer orden y tres dimensiones de segundo orden o banda ancha. Los síndromes de primer orden son depresión/retraimiento, quejas somáticas, depresión/ansiedad, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta agresiva y conducta delictiva. Las dimensiones de segundo orden hacen referencia a una dimensión internalizante, una externalizante y otra mixta.

A causa de esto, los padres desean disminuir la probabilidad de ciertas conductas aversivas y lo hacen mostrando su desaprobación frente a este tipo de comportamiento. Sin embargo, cuando desean aumentar la probabilidad de conductas deseables suelen,

premiarlos o demostrar explícitamente una conformidad con la misma (Mestre, Samper, Tur-Porcar, Richaud & Mesurado, 2012).

Es relevante la implementación de planes integrales sobre la salud adolescente en América Latina, específicamente México, que cuente con información y datos actuales en iniciativa basándose en planes de acción existentes a nivel mundial los cuales contenga datos medibles que tengan en consideración los contextos nacionales, esto sería un instrumento útil para ayudar a los países a ejecutar intervenciones y estrategias que mejoren y preserven la salud de los adolescentes (Águila, Díaz, Díaz & Cruz, 2016).

En definitiva, es crucial conocer el papel de la familia en el desarrollo adolescente, para saber el cómo y por qué de las conductas adoptadas por los jóvenes. Se sabe que las familias han ido cambiando a través del tiempo y estas modificaciones influyen en el desenvolvimiento de los hijos en otros ámbitos como el social y sobre todo escolar en los cuales se observa las repercusiones de ciertos comportamientos.

1.2 Familia

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad, esta tiene derecho a la protección de la sociedad y el estado. En muchos países occidentales, el concepto de familia y la composición ha cambiado considerablemente en los últimos años, sobre todo, por los avances de los derechos humanos. Se considera un sistema compuesto por subsistemas que son los miembros de estas, en el cual existen características distintas o similares a otras (Estrada, 2003; Moreno & Chauta, 2012).

Para Águila, Díaz, Díaz y Cruz (2016), es el núcleo familiar donde se causan los procesos básicos como la expresión de sentimientos adecuados o inadecuados, la formación de la personalidad del individuo y los patrones de conducta; todo esto se aprende en la dinámica familiar con la actividad y comunicación implementada por los miembros que la integran. Además estos autores mencionan que las formas de parentalidad que se establecen contienen aspectos biológicos, cognitivos, emocionales y sociales dentro de un contexto cambiante que tiene impacto sobre los hijos, así como sobre la actuación parental (Estrada, 2003). Las tareas de la familia se caracterizan por

tener que responder tanto a los cambios en el desarrollo de los hijos, además a las demandas cambiantes del ciclo vital y del contexto social.

La comunidad científica se ha interesado por el estudio de las posibles repercusiones que dicha transformación puede acarrear para el desarrollo psicológico infantil y adolescente. Los cambios en la estructura familiar se han asociado tradicionalmente a la presencia de problemas de conducta y/o conductas delictivas así como a problemas en las relaciones paterno-filiales (Ibabe, 2015).

1.2.1 Conceptualización

Para Moreno y Chauta (2012), la familia es una unidad biopsicosocial y una de las funciones más importantes es contribuir a la salud de todos los miembros, por medio de la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, así como el apoyo brindado. Así los niños adquieren nuevas experiencias con el paso del tiempo, esto permite desarrollarse adecuadamente mientras avanzan hacia la etapa adolescente. Al alcanzar a esta, algunos presentan dificultades en el comportamiento, cambios a nivel cognitivo, físico y psicológico, lo cual convierte al adolescente en un integrante que genera inestabilidad al interior de la estructura familiar y genera malestar en la funcionalidad debido a los cambios tanto emocionales como comportamentales que está experimentando el joven (Pino, 2012).

Hacer referencia de la familia es describir a muchos y variados significados, desde una perspectiva psicológica se debe tener en cuenta el mundo de significados ligados a la experiencia de cada sujeto en concreto. Desde este punto de vista, lo importante es la percepción que se tiene de ella, es decir, a quienes se considera familia en sentido próximo, con quien se comparte vínculos de afecto e intimidad y en quienes se confía más allá de la distancia y los lazos de sangre (Pino, 2012; Sánchez, 2012).

El concepto de familia no es un concepto único para toda época o cultura, de manera tal que es posible apreciar diferencias transculturales sustanciales en los miembros que se consideran parte de una familia, así como los roles y funciones que

debe cumplir cada uno de ellos y es un conjunto (Docca, Clavijo, Barajas & Cortés, 2016).

Existen tres ejes de análisis que permiten conceptualizar de manera general a la familia, de acuerdo con Arés (2000).

- La consanguinidad, es decir, se entiende como familia a todas aquellas personas que son de misma sangre o tienen un nexo legal conyugal o de adopción.
- La convivencia, este criterio comprende todas aquellas personas que viven bajo un mismo techo. A ese grupo se le denomina familia de convivencia u hogar, la convivencia determina que la familia coexista bajo un mismo techo y que tenga un presupuesto común de gasto.
- El afectivo, trasciende los límites de los vínculos consanguíneos y de convivencia. bajo este eje de análisis es posible definir a la familia en cuanto a los aspectos relacionales, quedando conformada por las personas a las cuales se quiere y con las que se puede contar.

La diversidad de los modelos familiares a través del tiempo, y en las diferentes culturas, hace difícil consensuar una definición única de familia. Además, la familia en el mundo y principalmente en el área occidental constituye las expresiones más relevantes del cambio social actual. En pocas décadas el modelo constante de la familia que se reforzó en la antigüedad con el nombre de “familia nuclear” sufrió cambios en las formas y los estilos de vida en familia. Por tanto las consecuencias que trajeron consigo los cambios en la formación o disolución de las familias fueron seriamente cuestionadas. Uno de los cambios más significativos fue el ingreso de la mujer en el mundo laboral, lo cual condujo a la resignificación del modelo de familia (Arés, 2000; UNICEF, 2003).

Se propone que el modelo de familia nuclear tradicional dejó de ser predominante, así que existió un incremento numérico y social de las familias monoparentales, así como de las familias reconstruidas o ensambladas. Conjuntamente a este cambio, concurrió un aumento en la desinstitucionalización de la familia con lo cual los vínculos familiares ganaron terreno a los lazos legales. Estas transformaciones empezaron en Europa y

Estados Unidos a mediados del siglo pasado y se extendieron a la gran mayoría de los países occidentales en los últimos años del siglo XX. Es decir, desde los grupos tribales a los modelos de familia tradicional, y de estos a los actuales nucleares, monoparentales y ensambladas, las familias han transitado un recorrido histórico que acompañó el desarrollo paralelo de los países y de la misma humanidad (UNICEF, 2003; Palacios & Andrade, 2008).

1.2.2 Clasificación

En los últimos años del siglo XX, la familia nuclear formada por vínculos conyugales y una división estricta de tareas basada en el género, le ha cedido el terreno a una multiplicidad de tipos de relaciones de parentesco. Los cambios suscitados en la familia en décadas anteriores a este nuevo siglo han sido impresionantes. Se hace referencia con cierto fundamento que ningún periodo es comparable, en la primera década del siglo XXI se han visto cambios tan rápidos en la conformación de los hogares y el comportamiento de las familias en comparación con años pasados (UNICEF, 2003).

Algunos autores establecen que la familia nuclear es aquella en la cual los miembros pertenecen a un solo sistema familiar que tiene límites bien definidos, se sabe a quienes incluyen y a quienes excluyen, las fronteras son biológicas, legales y geográficamente evidentes. Alude a una familia en donde todos viven en el hogar, los roles son claros y definidos, el ciclo de la dinámica de la pareja resulta lineal: desde el matrimonio, seguido por la llegada de los hijos e hijas, llegando a la viudez y con ella el hogar uniparental. En este tipo de familia está claro a quien corresponde las obligaciones conyugales y parentales (Jiménez, Musito & Murgui, 2005; Montagna, 2016).

En cambio, la familia ensamblada, se constituye cuando el padre o la madre vuelve a casarse, o a conformar una nueva pareja, y trae a la nueva unión a por lo menos un hijo o hija de su matrimonio o relación anterior; una de las características fundamentales es que son familias en transición, es decir, tienen que asumir un número importante de cambios en breve lapso temporal, al menos más corto que lo habitual en

las familias convencionales, y por lo tanto no figuran en la expectativa vital de sus miembros (Arias, 2013; Pérez, Pérez, Martínez, Leal, Mesa & Jiménez, 2007).

Para entender los sistemas es importante conocer acerca del ámbito familiar en el cual existen diversas reglas que restringen el comportamiento de cada persona respecto al entorno que habita. Un factor relevante a considerar es el espacio o lugar donde se encuentra ubicada la residencia, la ocupación de los miembros de la familia, las formas en la cual se encuentra integrada, entre otras, de igual manera existen otras características que son indispensables de conocer, las cuales son útiles para determinar el grado de funcionamiento familiar (Moreno & Chauta, 2012).

Para Minuchin (1986), la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones. Los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. Las etapas, reconocidas como el ciclo de vida, son:

1. Formación de la pareja.
2. La pareja con hijos pequeños.
3. La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes.
4. La familia con hijos adultos.

Minuchin (1986), también señalaba que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema. Sin embargo, hay familias que pueden permanecer atoradas en una etapa, a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación ante nuevas situaciones, por ejemplo, el nacimiento de un hijo (a) y su crecimiento, el ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela o el alejamiento del hogar por cuestiones de trabajo, por estudios, matrimonio, entre otros. Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar y manifestaciones sintomáticas.

Por otra parte, con las transformaciones en la estructura familiar Minuchin y Fishman (2004), establecen:

- Familia nuclear: estructurada por padre-madre e hijos.
- Familia monoparental: acomodada por alguno de los progenitores y los hijos.
- Familia de tres generaciones o extensa: compuesta por vínculos de sangre y generaciones, incluyendo a otros miembros de la familia.
- Familia Pas de Deux: compuestas únicamente por dos personas, cuya integración puede ser un padre y un hijo, o la pareja en situación de nido vacío.
- Familia reconstruida: conformada por alguno de los padres, los hijos y la nueva pareja del progenitor.

La UNICEF (2003), consideró que el estudio de los cambios en la familia en países desarrollados ha sido extenso, mientras que en Latinoamérica la investigación de este tema es aún efímero, debido a que es escasamente priorizado en relación con otros temas de investigación, en parte por las fuentes de información que resultan escasas y poco idóneas. En América Latina, la mayoría de las investigaciones están limitados a cuantificar y estudiar las nuevas formas de familia a partir del análisis de datos proporcionados por los censos, encuestas de hogares y estadística vitales, cuyas limitaciones se hacen cada vez más evidentes a medida que los comportamientos familiares tienden a diversificarse.

En definitiva, el debate en torno a las modificaciones de la familia y su eventual convergencia respecto a los cambios ocurridos ha empezado a cobrar relevancia en todo el mundo por ser un tema de relevante para la explicación de numerosos fenómenos sociales, económicos, políticos.

1.2.3 Funcionamiento familiar

La familia es la base del bienestar de los y las adolescentes en tanto garantice el crecimiento, desarrollo y equilibrio emocional normal lo cual facilitara el enfrentamiento a los hechos de la vida. En el conjunto familiar se dan las condiciones para que esta sea una unidad de análisis de los procesos de salud mental, por cuanto evidencia en la

organización, estructura y funcionamiento del estilo de vida individual y grupal, las costumbres, los hábitos, la posición social y la dinámica de interacciones (Moreno, Echeverría, Prado & Quiñones, 2014).

Por tanto, un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada. Al hablar de dinámica familiar apropiada, se refiere al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los integrantes entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto (Leyva, Hernández, Nava & López, 2006).

Asimismo, el funcionamiento familiar saludable posibilita a la familia cumplir exitosamente con las funciones que le están histórica y socialmente asignadas, para lo cual es necesario el desarrollo de una dinámica familiar apropiada. Por familia funcional se concibe como aquella que es capaz de propiciar el desarrollo integral de sus miembros y promueve el crecimiento tanto individual como grupal de los mismos. De tal forma que sus interacciones y relaciones le permiten desafiar adecuadamente las situaciones de crisis, manteniendo la armonía familiar (Leyva, Hernández, Nava & López, 2006; Jiménez, Musito & Murgui, 2008).

El clima familiar positivo hace referencia a las prácticas de socialización de la familia que fomentan la confianza, la autonomía, la iniciativa y los lazos afectivos para el desarrollo de hijas e hijos estables y competentes. Existe evidencia de que el clima familiar positivo es un factor protector de la violencia filio-parental evaluado a través de la cohesión familiar, relaciones paternofiliales positivas y conductas prosociales (Ibabe, 2015).

Por otra parte, cuando una familia no cumple o no logra las tareas antes descritas surge el concepto de disfuncionalidad. La disfuncionalidad hace referencia a el funcionamiento relacional deficiente a través del tiempo, el cual evita el desarrollo de las pautas culturalmente establecidas, afectando significativamente tanto al grupo familiar como al desarrollo individual de sus miembros (Jiménez, Musito & Murgui, 2008).

Entonces, clima familiar negativo es uno de los factores de riesgo más conocidos de la violencia filio-parental y está caracterizado por un elevado nivel de conflicto familiar, bajo nivel de cohesión y presencia de violencia familiar. Los adolescentes agresivos describen a sus progenitores como personas que les rechazan, son sobreprotectoras y/o menos cálidas emocionalmente (Aluja, Del Barrio y García, 2005).

También se ha comprobado empíricamente que el conflicto familiar es un predictor tanto de las conductas violentas hacia las figuras de autoridad como de las conductas antisociales (Jaureguizar e Ibabe, 2012). En esta misma línea, las hijas e hijos que viven en familias con más aspectos disfuncionales presentan menores niveles de conductas pro-sociales.

Dentro de la familia, se puede evidenciar tanto factores de riesgo como de protección hacia el adolescente. Los factores de riesgo hacen referencia a las características internas y/o externas del individuo, que aumentan la probabilidad o predisposición de que se produzca un determinado fenómeno. Además, la falta de apoyo, el trato violento, la deserción escolar y la poca estancia en el hogar que experimentan los adolescentes, forman parte de dichos factores, mientras que las relaciones familiares basadas en la comunicación se convierten en un factor protector y pueden disminuir la influencia adversa que se presentan en el contexto social (Moreno & Chauta, 2012).

1.2.3.1 Relación padres-hijos

El principal objeto sobre el cual es necesario actuar profesionalmente es la familia y fundamentalmente los padres principales responsables del manejo adecuado de los cambios que se producen en los primeros años de la adolescencia, tiempo ideal para brindar el apoyo necesario que contribuya a la promoción de salud efectiva basada en el conocimiento de las necesidades reales existentes. Al responder a necesidades establecidas existen garantías de implicación e interés por parte de los involucrados (Águila, Díaz, Díaz & Cruz, 2016).

Los padres son identificados como una de las influencias más significativas en el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños y adolescentes. La expectativa

parental hacia el desempeño del adolescente juega un importante rol en la manera en que padres e hijos interactúan, afectando el comportamiento de los hijos (Mestre, Samper, Tur-Porcar, Richaud, & Mesurado, 2012)

Se manifiesta que las características de personalidad de los adolescentes con algún tipo de rechazo difieren significativamente de las de aquellos cuyas relaciones con sus padres no exhiben características disfuncionales (Moreno & Chauta, 2012). Los jóvenes rechazados por un lado sufren desajuste psicológico, tienden a reaccionar con manifestaciones hostiles y agresivas, y por otro presentan poca confianza hacia otras personas fuentes de seguridad, así como en sus propios sentimientos de estima, aceptación y competencia. Asimismo, son poco responsivos emocionalmente y tienen una percepción negativa del mundo, al que consideran como un lugar inseguro, amenazante y hostil (Jiménez, Musito & Murgui, 2008).

Por su parte, los padres de adolescentes rechazados perciben a sus hijos con más problemas de ansiedad, depresión e incomunicación, más obsesivo-compulsivos, con más problemas somáticos, mayor retraimiento social. Es decir, problemas de conducta internalizados y con más problemas de conducta externalizantes, tales como hiperactividad, agresividad y delincuencia (Aragón & Bosques, 2012).

El monitoreo de los padres, definido como estar al tanto de las actividades de sus hijos adolescentes y conocer a sus amigos, pero sin intervenir para controlarlos, está asociado con indicadores de ajuste psicológico. Existe una fuerte asociación entre el monitoreo paterno y los indicadores de ajuste psicológico medidos a través de calificaciones escolares más altas y bajos niveles de depresión, actividad sexual y delincuencia (Aragón & Bosques, 2012).

Las relaciones positivas entre padres/madres e hijos/as se han asociado con un menor riesgo de abuso verbal o físico de las y los adolescentes hacia sus madres y/o padres (Jaureguizar e Ibabe, 2012; Pagani, Larocque, Vitaro & Tremblay, 2003) y con un mayor desarrollo de conductas prosociales en el ámbito familiar (Jaureguizar e Ibabe, 2012; Romano, Tremblay, Boulerice y Swisher, 2005).

El ejercicio de ciertas prácticas paternas contribuye a la aparición o no de conductas de ajuste. Los padres que monitorean las actividades de los jóvenes, que están pendientes de ellos y que no inducen culpabilidad, ni manipulaban sus sentimientos, reducen la aparición de conductas agresivas, el rompimiento de normas y contribuyen a que los adolescentes no desarrollen comportamientos ansiosos y depresivos (Jiménez, Musito & Murgui, 2008). El control psicológico y el trato áspero son prácticas paternas que se pueden asociar con conductas agresivas y con la ruptura de normas por parte de los adolescentes. También existe evidencia que cuando los padres inducen culpa en los hijos, los manipulan psicológicamente y los tratan con rudeza propician la aparición de conductas externalizantes (Aragón & Bosques, 2012).

Otra variable que se ha estudiado en la adaptación del adolescente es la comunicación familiar. Las adolescentes y los adolescentes de mayor edad tienen más problemas de comunicación con la madre y con el padre, en comparación con aquellos adolescentes más pequeños, en algunas ocasiones se presentan niveles de autoestima escolar mayor (Gallego, 2012). La comunicación abierta con los padres tiene correlación positiva y significativamente con la autoestima escolar de los hijos, la cual, a su vez, existe relación negativa y significativamente con el malestar psicológico (Carreón, Sauza, Martínez & Mejía, 2012).

Por lo tanto, la comunicación abierta y fluida ejerce un fuerte efecto protector ante los problemas de salud mental e influye positivamente en la autoestima escolar de los hijos y el bienestar psicológico en general del adolescente, lo que a su vez se relaciona negativamente con el malestar psicológico. Por otra parte, la comunicación negativa padre-adolescente se asoció a problemas de victimización, y estos, a su vez, con el malestar experimentado por el adolescente; lo anterior confirma que los problemas de comunicación en el contexto familiar pueden convertirse en problemas de ajuste en el contexto escolar, que ejerce por ende un efecto negativo en la salud mental del adolescente (Aragón & Bosques, 2012).

Asimismo, Gallego (2012), manifiesta que la comunicación permite que el ser humano se exprese como es, a la par que interactúa con sus semejantes; dicha

interacción potencia el desarrollo individual, cultural y social de las diferentes comunidades en tanto existe retroalimentación e intercambios en las ideas, sentimientos y deseos.

Por otra parte expone que, en la familia es necesario que la comunicación este atravesada por la claridad en lo relacionado con los límites, las jerarquías, los roles y los espacios que se habitan, porque si esto es confuso el vínculo comunicativo y la interacción familiar se pueden ver afectadas por los malos entendidos entre los miembros del grupo, lo que genera ruptura del vínculo afectivo-comunicativo y deriva en poca cohesión familiar (Gallego, 2012).

Además de una buena relación y comunicación con los padres, una variable que desempeña un importante papel en la adaptación del adolescente es el tipo de vínculos que establece con sus amigos (Gallego, 2012). Los adolescentes con alto apego son los mejores ajustados, esto es, menos agresivos o deprimidos y más empáticos, por otro lado, los peor adaptados son aquellos con bajo apego en ambos; se debe agregar, un dato interesante fue que los adolescentes con bajo apego paterno pero alto con amigos, están mejor adaptados que aquellos en que ocurre lo inverso, lo que sugiere que el vínculo de apego a los amigos puede influir relativamente mejor en el ajuste de los adolescentes que el apego a los padres (Aragón & Bosques, 2012).

Los padres se encuentran en la posición de influir profundamente en el bienestar de sus hijos, pero su capacidad para hacerlo se ve obstaculizada de inmediato por la información engañosa y poco útil con la que se encuentra en la búsqueda de entender los cambios a los cuales se enfrenta su hijo. Por tanto, existe una oportunidad significativa para mejorar la evolución de los adolescentes, aportando más y mejores recursos a través de los medios de fácil acceso, tanto para los padres de adolescentes como para aquellos que los apoyan (Águila, Díaz, Díaz & Cruz, 2016).

Los resultados del estudio de Jaureguizar e Ibabe (2012), ponen de relieve el impacto de la cohesión familiar y la expresión de sentimientos positivos en el desarrollo de conductas prosociales entre los miembros de la familia, y en la reducción de

conductas violentas hacia los progenitores. Además, en este estudio se encontró una relación inversa entre las conductas violentas y conductas prosociales de las hijas e hijos hacia los progenitores. Parece que las relaciones padres-hijos, basadas en el afecto y la comunicación, sirven para prevenir la violencia filio-parental y las conductas antisociales en general.

Es importante considerar que los padres manifiesten una supervisión firme en los adolescentes contemplando la flexibilidad y comprensión de sus hijos, con alta capacidad de respuesta frente a los problemas y necesidades de desarrollo de estos para evitar actuar en forma arbitraria e inconsistente (Águila, Díaz, Díaz & Cruz, 2016).

Se requiere trazar estrategias de educación familiar completas y efectivas, que compensen los eventos negativos y las complicaciones durante la adolescencia (Gallego, 2012). Esas estrategias deben estar encaminadas a las necesidades de conocimiento de los padres de adolescentes en la etapa temprana. A través de herramientas apropiadas como, instrumentos sustentados en los fundamentos teóricos del tema, que deben caracterizarse por ser aplicables a los padres de los adolescentes tempranos con independencia de su edad, nivel socioeconómico y educacional. Así como, fácilmente comprensibles para padres y maestros pertenecientes a diferentes localidades, tanto urbanas como rurales y que estén constituidos por los indicadores específicos acerca de aspectos cognitivos, afectivos, valorativos y conativos de la adolescencia (Águila, Díaz, Díaz & Cruz, 2016).

El siguiente capítulo tendrá el objetivo de ampliar el panorama acerca de la adolescencia, con la descripción de la adaptación el cual es un constructo significativo en esta etapa para el desarrollo recomendable de los adolescentes en términos de medición.

CAPÍTULO 2. EVALUACIÓN DE LA ADAPTACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL ADOLESCENTE

“La capacidad de adaptación no sólo permitirá al adolescente aclimatarse a situaciones novedosas, de mayor o menor riesgo, sino que le motivará a perseguir metas posibles y a recuperarse emocionalmente de las circunstancias más espinosas que viva” (Promoviendo la adaptación saludable de los adolescentes: Patricio Ruiz, p.35).

El conocimiento acerca de la etapa adolescente va en aumento a través de las décadas, esto se debe a las numerosas investigaciones que se elaboran en ciertas disciplinas tales como la psicología, psiquiatría, sociología, medicina, etc. Con esto se busca la explicación del cómo se vive esta etapa y qué representa para cada uno de los individuos, es decir, se interesa por las diferentes manifestaciones de la adolescencia (Gutiérrez & Expósito, 2015).

Es necesario recalcar que, la adolescencia es la etapa que se alcanza después de la niñez, y abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo, es decir, es la transformación del infante para llegar a la adultez. Se trata de un cambio de cuerpo y mente de la persona, en esta participa el entorno que la rodea (OMS, 2016; Silva, 2007).

En este sentido, algunas disciplinas conducen a una clasificación de los principales problemas que tienen lugar durante la adolescencia. Se determina que existen problemas de tipo sexual, emocionales, escolares, conductuales o de abuso de sustancias tóxicas. Todo esto se debe en gran medida al conjunto de cambios físicos y psicológicos que experimentan los jóvenes a los que se debe ir adaptando, pero en primera instancia cuesta asimilarlo. A causa de esto, la adaptación es un punto crucial para el desarrollo óptimo de los adolescentes a través del proceso de transiciones que vive (Gutiérrez & Expósito, 2015).

Tradicionalmente la adaptación o ajuste psicológico es definido como la ausencia de problemas internalizantes y externalizantes. Los problemas de carácter emocional o internalizante hacen referencia a las dificultades emocionales y del estado de ánimo, así

como a la presencia de quejas somáticas o aislamiento entre otros; los problemas comportamentales o externalizantes implicarían la agresividad y conductas antisociales (Achenbach & Rescorla, 2001; Grant & Compas, 2003).

2.1 Conceptualización de adaptación

Para sobrevivir en el vertiginoso mundo cambiante hoy en día y enfrentarse con éxito a los problemas de la vida cotidiana, es necesario e imprescindible saber adaptarse. En biología, la adaptación es el conjunto de cambios realizados por un organismo para sobrevivir y perpetuar su especie en un ambiente ecofísico dado. Se conoce que en la evolución filogenética de las especies aquellos individuos y especies que se adaptan al medio sobreviven y perpetúan la especie, por el contrario, aquellos individuos o especies que no logran adaptarse acaban extinguiéndose o desaparecen (Grant & Compas, 2003; Masten, 2001).

En psicología la adaptación es el conjunto de modificaciones de la conducta cuyo objetivo es asegurar el equilibrio de las relaciones entre el individuo y su medio de vida, personal, social y laboral. Los procesos de adaptación se ponen en marcha cada vez que una situación dada aparecen uno o varios elementos nuevos o desconocidos (Fuentes, García, García & Alarcón, 2015). Como consecuencia de esto se puede asimilar e integrar esos nuevos datos a los patrones de conducta ya existente, o bien, acomodar los nuevos elementos que desencadena la transformación del patrón de conducta ya existente, haciéndolo compatible con las demandas de la nueva situación (Gutiérrez & Expósito, 2015).

Esto hace referencia a que, una persona ajustada psicológicamente es aquella que posee un conocimiento adaptativo de sí mismo y de su ambiente, que le permite responder adecuadamente a las demandas ambientales, personales y sociales; por el contrario, el desajuste psicológico dificulta o impide a la persona adaptarse, ocasionándole un desmedido sufrimiento emocional (Fuentes, García, García & Alarcón, 2015).

De acuerdo con Siverio y García (2007), la adaptación en la etapa adolescente supone una etapa marcada por un cierto desequilibrio. El adolescente debe organizar su necesidad de independencia y dependencia, su búsqueda de autonomía y su apego a lo pares, su seguridad e inseguridad personal, por lo que se supone que su adaptación se verá, de algún modo, afectada. Sin embargo, los problemas de adaptación personal y social de los jóvenes, aunque no fáciles de enfrentar, suponen una oportunidad para construir experiencias que le ayuden al paso de la madurez y a encontrar herramientas para construir su bienestar socioemocional.

Se podría pensar que algunas de las descripciones en relación con el comportamiento adolescente pueden estar influidas por las percepciones y juicios que los adultos tienen acerca de la adolescencia (Siverio & García, 2007). En algunas ocasiones los jóvenes manifiestan sentirse inadaptados en la etapa adolescente, en comparación con la niñez y adultez, se percibe esta fase como un periodo crítico del desarrollo. Concretamente se caracteriza por sentir menor autoestima, autodesprecio y autocastigo, al mismo tiempo la idea de la muerte está presente en el pensamiento.

Además, Siverio y García (2007), consideran que para Holen-Hoeksema la adolescencia está caracterizada por una mayor inadaptación escolar, es decir, insatisfacción con la realidad, lo que viene a exceder en la idea de que la adolescencia es una etapa que produce cierto choque con las normas, así como, lo establecido por el sistema y el significado que el adolescente tiene del entorno.

Sin embargo, las mayores diferencias con respecto a la inadaptación se observan en los adolescentes en comparación con los niños. La adolescencia supone un cambio brusco en el desarrollo personal y social, que se va suavizando a medida que avanza la etapa y se integra en la madurez. Así, los adolescentes manifiestan sentirse más inseguros y con más miedo que los niños, se muestran más aprensivos y con mayor somatizaciones, preocupados por la enfermedad y, lógicamente, por los cambios corporales que de forma tan estrepitosa están produciéndose (Fuentes, García, García & Alarcón, 2015).

Los adolescentes, también, se muestran más desconfiados con la sociedad que los niños, apareciendo un sentimiento de hostilidad hacia los otros o sintiéndose víctimas de la hostilidad de éstos. Asimismo, los adolescentes se muestran más introvertidos, con tendencia a aislarse y relacionarse con poca gente, con mayor necesidad de replegarse en sí mismos, buscando intimidad Siverio y Garcia (2007).

En contraste, Fierro (1997), estipula que en la conducta adaptativa, el adolescente aparece no aislado, no contrapuesto al mundo, sino en relación básica con él. La adaptación es un concepto relacional, se refiere a dos direcciones de intercambio de energías del agente con el mundo exterior y viceversa que son las relaciones

- De estimulación
- De transformación de energía física en psíquica
- De conducta motriz y operante (conducta práctica, acción), consiste en convertir de energía psíquica en física

Un punto importante es que la adaptación no es solo pasiva, es decir, solo adaptación al entorno o a las circunstancias, o reactiva, sino activa e interactiva, en ella se incluye también adaptar el entorno a las propias necesidades y demandas, con eso hacerlo vivible y habitable (Fierro, 1997).

Además, Fierro (1997), hace referencia a las disposiciones de Piaget, sugiere que este último ha interpretado el conocimiento como hechos biológicos superior en la adaptación cognitiva y de los esquemas y, ha distinguido dos modalidades; la asimilación, que es incorporación e integración de experiencias nuevas a esquemas preexistentes; y la acomodación, existe la modificación de los esquemas para ajustarse, además de poder integrarse a nuevos objetos.

A su vez, Aragón y Bosques (2012), desenvuelve los estatutos de Davidoff, este autor acuerda que la adaptación es uno de los conceptos que permite tener un referente de la estabilidad emocional, así como, de la personalidad de los individuos, esto hace referencia a la exigencia que tiene el individuo de lograr un ajuste entre sus propias características personales, incluidas sus necesidades, y las demandas del medio donde

interactúa. Una persona bien adaptada tiene sentimientos positivos de sí misma; se considera competente y exitosa; muestra autonomía e independencia; es activa, laboriosa y enérgica en la consecución de sus intereses; se relaciona armónicamente con los demás, y se siente satisfecha de la vida, disfruta de ella y no la abruman los problemas (Fuentes, García, García & Alarcón, 2015).

Algunos autores afirman que la adaptación humana consiste en un doble proceso: ajuste de la conducta del individuo a sus propios deseos, gustos, preferencias y necesidades, así como al ajuste de tal conducta a las circunstancias del entorno en que vive, es decir a las normas, deseos, gustos, preferencias y necesidades de las personas con las que interactúa ocasional o habitualmente, en otras palabras, la adaptación es una clase de conducta que puede o no constituir un hábito y un estado emocional relacionado con parte de su entorno (Aragón & Bosques, 2012).

Respecto a Achenbach y Rescorla (2001), un adecuado ajuste debe haber bajos niveles tanto de conductas internalizantes, es decir, problemas de conducta interna, tales como ansiedad, depresión, sentimientos de soledad, temor, inferioridad, culpa, tristeza, desconfianza, angustia y neuroticismo, como de conductas externalizantes, en otras palabras, conductas que afectan a otros, como robar, huir de casa, meterse en problemas, hacer trampas, mentir, rechazar la autoridad y las normas sociales, agredir, mostrar conducta antisocial, discutir con vehemencia, exigir mucha atención, amenazar, fastidiar, ser irritable, envidioso, desobediente y tirano.

En cuanto a los adolescentes, la adaptación se tiene que considerar dentro de un entorno particular; así, se han llevado a cabo innumerables estudios que subrayan la importancia de los contextos familiar y escolar en el ajuste psicológico (Aragón & Bosques, 2012).

En el proceso de adaptación se distinguen varios aspectos, puede ser un proceso a) reactivo, en tanto que se responde de modo adaptado a la novedosa situación; también puede ser un proceso b) proactivo en cuanto se toma la iniciativa y se actúa para modificar o alterar el ambiente personal, social y físico, de tal modo que

sea más adaptativo y procure mayor probabilidad de conseguir una vida adaptada (O` Dougherty, Masten & Narayan, 2013).

En definitiva el proceso de adaptación es un proceso interactivo, debido a que los individuos poseen influencia sobre la vida, ambientes, así como a las experiencias y al mismo tiempo son influenciados por todos esos factores.

2.2 Medición de la adaptación

De acuerdo con Smith y Lazarus (1990), plantean que el concepto de ajuste se derivó en psicología de la concepción de adaptación en el terreno de la biología y enfatiza la lucha del sujeto por sobrevivir en su medio ambiente social y físico. Con el tiempo el término ajuste ha venido a incluir dos tipos de procesos. El ajuste de uno mismo dentro de las circunstancias dadas por el medio, por un lado, y por otro, el cambio de las circunstancias hacia las necesidades de uno mismo.

El ajuste representa una perspectiva funcional para ver y entender la conducta humana, debido a que la conducta tiene la función de dominar las demandas hechas por el medio ambiente sobre la persona y las acciones humanas pueden ser entendidas como un ajuste a tales demandas, es posible preguntarse cómo hace el sujeto para ajustarse bajo circunstancias diferentes y qué influye a este ajuste (Fierro, 1997).

Asimismo, se plantea que en el estudio psicológico del ajuste hay dos tipos de demandas: internas, que se refieren al mundo biológico del sujeto, y a las cuales podríamos añadir demandas de origen cognitivo- emocional, es decir, exigencias del autoconcepto, de origen moral o afectivo estas parten de la propia conciencia del sujeto como una estructura de demanda obligándolo a actuar o pensar de determinada manera, por otro lado están las externas, que corresponden al medio ambiente físico y social. Estas demandas pueden ser capaces de desarrollar una reacción de estrés (Smith & Lazaruz, 1990).

Estas dos esferas la interna y la externa en constante interacción con el sujeto, le plantea demandas a las que él debe responder a partir de los recursos que disponga.

Tales recursos puede ser internos, tales como cogniciones, por ejemplo, creencias, ideología o prejuicios, también puede presentar emociones, es decir, temores y afectos. Los recursos externos incluyen elementos tales como el soporte social de amigos y/o familiares, la autosuficiencia económica o la funcionalidad adecuada (Fierro, 1997).

Asociado a las capacidades de adaptación social de los adolescentes, se valoran de una manera importante dentro del clima familiar la dimensión de cohesión familiar, y de acuerdo al sexo del adolescente se observa que en el caso de los hombres esta mantiene una relación más fuerte con la variable adaptación social, en comparación con la correlación que presentan las mujeres (Aragón & Bosques, 2012). Esto puede interpretarse como mayor flexibilidad de adaptación en las mujeres en sus procesos de ajuste, mientras que los hombres dependerán más de la calidad de la cohesión familiar para lograrla (Fuentes, García, García & Alarcón, 2015).

Existen diversos instrumentos o pruebas que se utilizan para reconocer las capacidades de los individuos, uno de estos es el The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) o el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades, es un cuestionario breve de evaluación del comportamiento que pregunta acerca de 25 atributos, algunos positivos y otros negativos (Goodman & Scott, 1999). Los 25 reactivos están divididos entre cinco escalas de cinco elementos cada una, estas generan puntajes para problemas de conducta, inactividad e hiperactividad, síntomas emocionales, problemas entre pares y comportamiento prosocial. Todas las escalas del SDQ son simadas para generar un puntaje total de dificultades.

El cuestionario puede ser completado por los padres o maestros de niño y/o adolescentes de 4 a 16 años de edad. Existe una versión paralela de autoinforme para completar por jóvenes de 11 a 16 años de edad, con respecto a la versión extendida del SDQ, esta incluye un suplemento de impacto que pregunta si el encestado piensa que el joven tiene un problema, a partir de esto se indaga más sobre angustia, deterioro social y carga para los demás (Goodman & Scott, 1999). El SDQ está disponible en más de 30 idiomas, este cuestionario ha sido utilizado ampliamente en las áreas de epidemiología,

desarrollo e investigación clínica, así como en la clínica de rutina y práctica educativa. (Goodman, Lamping & Ploubidis, 2010).

Por otro lado, la elaboración de las Escala de Bienestar Personal (EBP) y Escala Adaptación Social (EAP) se produjo a comienzo de los años 90 con el propósito de identificar indicadores de los polos contrapuestos de una personalidad sana o madura frente a los trastornos sea de personalidad o de conducta (Cardenal & Fierro, 2001).

En relación con los hallazgos obtenidos, se ha propuesto un modelo dimensional de la contraposición salud/trastorno psicológico con dos dimensiones: bienestar subjetivo personal y adaptación social. Al servicio de la evaluación de las dimensiones referidas se han elaborado instrumentos: la EBP y la EAS, de 33 y 34 ítems de respuesta dicotómica respectivamente (Cardenal & Fierro, 2001).

La escala de bienestar personal (EBP) se refiere al elemento subjetivo de una experiencia grata y positiva de la vida. Respecto a la escala de adaptación social (EAS), ésta hace referencia a elementos observables de relación objetiva con el entorno de otras personas. Con posterioridad a la propuesta inicial de los autores, el modelo ha sido desarrollado y concretado (Cardenal & Fierro, 2001).

Por otra parte, Cardenal y Fierro (2001) mencionan que algunos autores como Fierro, Jiménez, Berrocal y Ramírez, han presentado hallazgos relevantes, en las dos escalas Bienestar personal y adaptación social. Se desprende que en la medición de Bienestar Personal y Apoyo Social, se manifiestan correlaciones negativas significativas y relativamente elevadas, con valores alrededor de -0.50 , con variables asociadas a trastorno psicológico (depresión, ansiedad, neuroticismo, psicoticismo).

Otro instrumento importante es el MMPI-A, es la primera forma del MMPI desarrollada de manera específica para adolescentes. Este instrumento conserva muchos de los rasgos de su antecesor, a la vez que introduce nuevas características que son apropiadas para los adolescentes actuales (Pérez, Durán & Gómez, 2003).

Se utiliza para la identificación, diagnóstico y elaboración de planes de tratamiento en diversidad de escenarios, hospitales, escuelas, centros de atención, etc. Consta de 478 reactivos, de los cuales 350 permiten la calificación de las escalas clínicas y tres de las de validez. Se elaboraron para esta versión escalas de contenido y suplementarias, las cuales permiten abordar problemas familiares, trastornos de la alimentación y farmacodependencia entre otras situaciones que son problemas comunes entre los adolescentes (Anderson, Sellbom, Ayearst, Quilty, Chmielewski & Bagby, 2015; Pérez, Durán & Gómez, 2003).

La conducta de los adolescentes debe considerarse dentro del contexto familiar. Los efectos del desarrollo cognitivo, social y moral sobre el funcionamiento psicológico dificultan el proceso de evaluación de la personalidad de los adolescentes, en algunas ocasiones los síntomas y problemas pueden ser exagerados o ignorados. El inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes (MMPI-A), tiene como objetivo identificar los principales problemas personales, sociales y conductuales, así como la psicopatología del adolescente (Anderson, Sellbom, Ayearst, Quilty, Chmielewski & Bagby, 2015; Pérez, Durán & Gómez, 2003)

La diversidad de instrumentos para la evaluación de la adaptación psicológica en los adolescentes pone de relieve la importancia de verificar cuál o cuáles están constituidos de forma amplia hacia el conocimiento extenso de los pensamientos y comportamientos que benefician o perjudican a los jóvenes en el afán de adaptarse al entorno, es por esto que se requiere una robusta investigación hacia los multinformes.

2.3 Sistema dimensional de evaluación empírica (ASEBA)

El enfoque Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) por sus siglas en inglés, se originó en la década de 1960 con los esfuerzos de Thomas Achenbach para desarrollar una imagen diferenciada de la psicopatología infantil y adolescente que la proporcionada por el sistema de diagnóstico prevaleciente. En ese momento, el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría facilitaba solo dos categorías de trastornos infantiles: reacción de ajuste de la infancia y

reacción esquizofrénica. En 1966, Achenbach estaba interesado en investigar la diversidad de síntomas que podrían llevar a los niños al tratamiento psiquiátrico. Como consecuencia, se recogieron datos sobre 1,000 pacientes psiquiátricos basados en casos documentados de salud mental y descripciones disponibles en la literatura, esto condujo a la producción de una lista preliminar de control del comportamiento infantil. Esta lista fue posteriormente adaptada para recabar información de los padres para servir de base en el desarrollo del Child Behavior Checklist (CBCL).

El ASEBA, es un sistema integral de evaluación basado en evidencias desarrollado a través de décadas de investigación y experiencia práctica, evalúa las competencias, fortalezas, funcionamiento adaptativo, así como, problemas conductuales, emocionales y sociales desde la edad de año y medio hasta más de noventa años (Achenbach, 2010).

De acuerdo con Achenbach (2010), los instrumentos del Sistema de Achenbach de Evaluación Empíricamente Basada documentan claramente el funcionamiento de los niños, adolescentes y adultos tanto de puntuaciones cuantitativas como de descripciones individualizadas en las propias palabras de las personas a las cuales se les aplica los cuestionarios. Las descripciones incluyen desde auto informes hasta multinformes, es decir, las perspectivas de los padres o maestros acerca de los niños y/o adolescentes, lo que más preocupa a y/o las mejores cosas de estos, además, de los detalles de las competencias y problemas que no son percibidos solo por los puntajes cuantificables.

Asimismo, se establece que los datos descriptivos son individualizados, exponen las diversas competencias, fortalezas, adaptación y puntuaciones de problemas, facilitan una evaluación exhaustiva y profunda. Además, una gran cantidad de estudios demuestran asociaciones significativas entre las puntuaciones del manual y las clasificaciones diagnósticas, además de educación especial Achenbach (2010).

Achenbach (2010), establece que el sistema involucra:

- La realización de análisis estadístico-multivariados de correlaciones entre las clasificaciones para identificar síndromes de problemas que tienden a ocurrir.

- El uso de clasificaciones de habilidades y participación en actividades, relaciones sociales, escuela y trabajo para evaluar las competencias y el funcionamiento adaptativo.
- La construcción de perfiles de escalas sobre los cuales se pueden mostrar edad, género y sociedades relevantes.

2.3.1 Instrumentos del ASEBA

El sistema de evaluación empírico de Achenbach (ASEBA) contiene algunos instrumentos estandarizados para valorar problemas conductuales, emocionales y funcionamiento adaptativo. Está diseñado para una evaluación de diferentes perspectivas como son los padres/madres, cuidadores, maestros u otros empleados de la escuela, así como de la propia persona (Andrade, Betancourt & Vallejo, 2010).

Los instrumentos de la edad escolar de ASEBA incluyen la Lista de verificación del comportamiento del niño (CBCL), el autoevaluación del joven (YSR) y el Formulario de informe del maestro (TRF). Estos cuestionarios son medidas de detección estandarizadas de alta calidad de problemas emocionales y/o conductuales infantiles y adolescentes, además de competencias sociales desarrolladas por Achenbach utilizadas con padres, adolescentes y docentes, respectivamente. El ASEBA ofrece un enfoque integral para evaluar el funcionamiento adaptativo y desadaptativo de niños y adolescentes.

Es ampliamente utilizado en servicios de salud mental, escuelas, entornos médicos, servicios para niños y familias, agencias de salud pública, orientación infantil, capacitación e investigación. Hay traducciones de instrumentos de ASEBA en más de 80 idiomas y más de 7.000 publicaciones informan sobre el uso de materiales de ASEBA que involucran el trabajo de 9,000 autores de más de 80 grupos culturales y sociedades.

El ASEBA está constituido por ciertos formatos para obtener las diferentes perspectivas de algunos informantes tales como (Andrade, Betancourt & Vallejo, 2010):

- La lista de comportamiento de los niños de 1^{1/2} hasta cinco años (CBCL /1^{1/2}-5)

- La lista de chequeo de problemas de conducta de 6 a 18 años (CBCL /6-18)
- La lista de comportamiento de los adultos (ABCL)
- El Formulario de Informe del Cuidador-Maestro de niños de 1^{1/2} hasta cinco años (C-TFR)
- El Formulario de Informe del Maestro de niños y/o adolescentes de 6 a 18 años (TRF)
- El Autoinforme de jóvenes (YSR)
- El Autoinforme de adultos (ASR)

Los formularios preescolares de Achenbach (2010), comprenden edades entre 1^{1/2} y cinco años, estos dan información sobre 99 problemas de padres, cuidadores y maestros, además de descripciones de dificultades y/o discapacidades. Estos conciernen más a las personas (padre/madre, cuidadores y/o maestros) que rodean a los niños y/o adolescentes sobre aquellas mejoras de éstos.

Los síndromes empíricos basados en la Lista de Comportamiento del Niño (CBCL/1^{1/2}-5) y el Formulario de Informe del Cuidador-Maestro (C-TRF) reflejan patrones de problemas derivados de análisis de factores que fueron coordinados entre los dos instrumentos. El CBCL/ 1^{1/2}-5 también tiene un síndrome de problemas de sueño. Estos instrumentos tienen escalas paralelas de internalización, externalización y problemas totales, además de una escala de problemas de estrés (Achenbach, 2010).

Para Achenbach (2010), los instrumentos de evaluación de edad escolar son la Lista de Comportamiento (CBCL/6-18) completado por los padres o sustitutos, el Formulario de Informe del Maestro (TRF/ 6-18) contestado por los profesores y otro personal de la escuela y el Autoinforme de la Juventud (YSR 11-18) este lo responden los jóvenes. Las escalas de síndrome empírico basadas en CBCL/ 6-18, TRF y YSR se establecen en análisis de factores coordinados a través de las formas (ansioso/deprimido, retirado/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, comportamiento que rompe reglas y comportamiento agresivo).

Además, Achenbach (2010), menciona que el Autoinforme de Adultos (ASR) y a la Lista de comportamiento de Adultos (ABCL) contiene perfiles de escalas normadas que son para el funcionamiento adaptativo, fortalezas personales, síndromes empíricos, uso de sustancias, conductas internalizadas y externalizadas, además de problemas totales. También muestra escalas orientadas a DSM que consisten en elementos que expertos de muchas culturas hallaron como consistentes con las categorías del DSM-5. Por último, se encuentran puntuaciones de escala en relación con las normas para cada sexo a las edades de 18-35 y 36-59 sobre la base de muestras nacionales.

Finalmente, los cuestionarios para adultos mayores (OABCL y OASR), pueden mejorar la evaluación en una amplia gama de contextos, incluyendo evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, atención médica, evaluación después de un cambio significativo en la vida, como la pérdida de un ser querido o el traslado a un ambiente de vida asistida, igualmente cuando existe una evaluación antes y después de los cambios en una intervención (Achenbach, 2010).

La OASR obtiene autoinformes de adultos mayores de diversos aspectos del funcionamiento adaptativo y problemas, por otra parte, la OABCL es una forma paralela para obtener informes de personas que conocen bien al adulto. Se establece que las comparaciones entre informantes hacen que sea fácil observar similitudes y diferencias entre los informes de uno mismo y los informes de otras personas (Achenbach, 2010).

De acuerdo con la evaluación basada en evidencia, es necesario adaptar las intervenciones a las necesidades de las personas a evaluar el progreso y los resultados. Se hace de suma importancia contar con formularios estandarizados para obtener información sobre los problemas y las fortalezas son componentes para la evaluación basada en la evidencia. Estos formularios permiten a los investigadores obtener rápida e importante información sobre muchos más problemas y habilidades de lo que suele ser evaluados en entrevistas clínicas. Al examinar los datos obtenidos con instrumentos, pueden ampliar la información que se obtuvo con la entrevista inicial de los pacientes (Achenbach, 2015).

El ASEBA es utilizado ampliamente en servicios de salud mental, escuelas, instancias médicas, instituciones para niños y familias, agencias de salud pública, orientación infantil, también es aplicado para evaluaciones multiculturales, de formación e investigación, estos se debe a la adopción de prácticas basadas en la evidencia para servicios relacionados con el comportamiento, emocional y social problemas. Dicha evaluación documenta explícitamente los problemas y fortalezas con el fin de determinar si la ayuda es necesaria y, en caso afirmativo, lo que la ayuda debe lograr (Achenbach, 2015).

Por otra parte Albores y colaboradores (2007) mencionan que entre los instrumentos que mejor representan al diagnóstico dimensional se encuentra el Child Behavior Checklist (CBCL). Inicialmente se diseñó para evaluar la psicopatología más común en niños de 4 a 18 años de edad. Este instrumento es uno de los más usados internacionalmente. Según los autores se requiere una edad mental de al menos 10 años y un nivel de lectura de quinto año de primaria para completar el cuestionario.

2.4 Hallazgo recientes con el CBCL/6-18

El perfil de comportamiento infantil derivado del CBCL inicialmente se estandarizó para niños de 6 a 11 años, luego se amplió a ambos sexos en el rango de edad de seis a 16 años. En 1983, Achenbach y Edelbrock publicaron el Manual para el comportamiento infantil, Lista de verificación / 4-16, y en 1991 se publicó una versión revisada del CBCL para niños de 4 a 18 años sin cambios significativos en el contenido de los artículos en comparación con la versión de 1983. Los cambios más relevantes en la versión de 1991 involucraron el perfil de comportamiento infantil que incluyó el establecimiento de un rango límite para los puntajes T de escala y el desarrollo de los "síndromes de información cruzada" para combinar información de padres, jóvenes y docentes (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silveiras, 2013).

La Lista de verificación del comportamiento del niño CBCL, es una de las medidas de informe de los padres más ampliamente utilizadas sobre los problemas emocionales

y del comportamiento de los jóvenes, tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación. Desde el desarrollo de las escalas CBCL basadas empíricamente originales de Achenbach, Edelbrock y colegas agregaron escalas de síndrome de banda estrecha, competencias y escalas adaptativas, así como escalas de internalización, externalización y problemas totales de banda ancha para organizar mejor la información obtenida de los padres sobre las competencias y los problemas conductuales de sus hijos (Achenbach, 1991; 2010; Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silveiras, 2013).

Con datos normativos bien establecidos y límites clínicos estandarizados para sus diversas escalas de síndrome y banda ancha. Las escalas del CBCL son conductas internalizadas caracterizadas por cogniciones y/o sentimientos manifestados por el individuo en ciertas situaciones o contextos presentes en su desarrollo, conductas externalizadas determinadas por situaciones relevantes las cuales reflejan conflictos con otras personas y problemas totales. Estas escalas han demostrado fuertes propiedades psicométricas dentro de los entornos clínicos para discriminar entre poblaciones referidas y no referidas (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silveiras, 2013).

Por ejemplo, la escala de conductas internalizadas del CBCL ha demostrado la capacidad de discriminar entre los jóvenes con y sin ansiedad, así como entre los jóvenes con trastornos de ansiedad y los jóvenes con trastornos externos (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silveiras, 2013).

También se han establecido asociaciones significativas con grupos de diagnóstico tanto generales, por ejemplo, ansiedad y trastornos afectivos, o más específicos Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad y trastorno de la conducta, esto apoya la utilidad del instrumento CBCL y escalas de banda ancha en múltiples entornos (Achenbach, 1991; 2010; Achenbach & Rescorla, 2000; 2001)

Los CBCL /4-18, YSR/11-18 y TRF/ 5-18 fueron y son medidas estandarizadas de problemas emocionales y/o conductuales de los niños y adolescentes, además de las competencias sociales que completan los padres, los adolescentes y los docentes, respectivamente. Los ítems de competencia social del CBCL/4-18 2 y YSR/ 11-18 proporcionan puntajes para tres escalas de banda estrecha; 1. Actividades, 2. Social, 3. Escuela, y una escala de banda ancha para Competencia Social Total (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silveiras, 2013).

Los ítems del problema de conducta proporcionan puntajes para nueve escalas o síndromes de banda estrecha; 1. Reprimido, 2. Quejas somáticas, 3. Ansioso/ Deprimido, 4. Problemas sociales, 5. Problemas de pensamiento, 6. Problemas de atención, 7. Comportamiento delictivo, 8. Comportamiento agresivo y 9 .Problemas sexuales y tres escalas de banda ancha; 1. Internalización de problemas de conducta, que corresponde a la suma de subescalas retraído, quejas somáticas y ansiedad/ depresión; 2. Problemas de conducta de externalización, que corresponde a la suma de las subescalas Comportamiento delictivo y comportamiento agresivo, y 3. Problemas de conducta total (Achenbach, 1991; 2010; Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silveiras, 2013).

Los síndromes del uno al ocho son aplicables a niños de entre 4 y 18 años y se derivan de los tres cuestionarios, mientras que el síndrome nueve está restringido a niños de 4 a 11 años y se califica solo con CBCL/4-18. Los tres instrumentos tienen propiedades psicométricas adecuadas (Achenbach, 1991; 2010; Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silveiras, 2013).

Esto implica ocho síndromes de información cruzada; 1. Retraído, 2. Quejas somáticas, 3. Ansioso/ Deprimido, 4. Problemas sociales, 5. Problemas de pensamiento, 6. Problemas de atención, 7. Comportamiento delictivo y 8. Comportamiento agresivo se derivaron de los análisis de CBCL/4-18, YSR/11-18 y TRF/ 5-18. Los síndromes de información cruzada reflejan patrones de problemas que son comunes a las calificaciones de los diferentes tipos de informantes (padres, jóvenes y maestros). Los

ítems que constituyen cada síndrome de informantes cruzados son aquellos presentes en el síndrome respectivo de al menos dos de las tres formas de edad escolar del ASEBA (Achenbach, 1991; 2010; Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silvares, 2013).

En 2001, se revisó el CBCL/4-18 para que sea aplicable a ambos sexos en el rango de edad de seis a 18 años (CBCL/6-18). También se crearon escalas orientadas a DSM para ayudar a los usuarios a coordinar la evaluación empírica con las categorías de diagnóstico de DSM, y se introdujo el software ASEBA de Windows para facilitar el ingreso de datos, el cálculo del puntaje T y la impresión de perfiles (Achenbach & Rescorla; 2001).

2.4.1 Propiedades psicométricas

Los CBCL/6-18, YSR/11-18 y TRF/6-18 en las versiones en inglés tienen una buena confiabilidad test-retest y consistencia interna. Significa la confiabilidad test-retest para síndromes basados empíricamente para el CBCL/6-18, YSR/11-18 y TRF/6-18 fueron 0,90, 0,82 y 0,90, respectivamente. Para las escalas orientadas al DSM, las confiabilidades test-retest fueron de 0,88, 0,79 y 0,85, respectivamente (Achenbach, 1991; 2010; Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silvares, 2013).

Las confiabilidades medias de prueba-reprueba para las escalas de competencia de CBCL e YSR fueron de 0,90 y 0,88, respectivamente, mientras que la fiabilidad media de prueba-reprueba fue de 0,90 para los elementos de funcionamiento adaptativo de TRF. Las consistencias internas de las escalas de problemas medidas por los alfas de Cronbach variaron de 0,72 a 0,97 para el CBCL, de 0,67 a 0,95 para el YSR y de 0,72 a 0,97 para el TRF (Achenbach, 1991; 2010; Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silvares, 2013).

Las alfas más altas se encontraron generalmente para las tres escalas de banda ancha más las escalas de banda estrecha más largas, como el Comportamiento agresivo en las tres formas y los Problemas de atención y DSM-Problemas de hiperactividad con

déficit de atención en el TRF (Achenbach, 1991; 2010; Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silvaes, 2013).

El marco de tiempo para las respuestas CBCL/6-18 y YSR/11-18, suele ser los últimos seis meses, pero el período de tiempo puede variar según los diferentes objetivos del estudio. Los CBCL/6-18 y YSR/11-18 fueron diseñados para ser autoadministrados, pero pueden ser aplicados por un entrevistador entrenado si los padres no han completado la escuela primaria o si los adolescentes tienen deficiencias en lectura o comprensión de lectura (Achenbach, 1991; 2010; Achenbach & Rescorla, 2000; 2001; Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silvaes, 2013).

El CBCL/6-18 debe ser respondido por los padres biológicos o tutores, o cuidadores que conocen bien al niño y que preferiblemente han estado viviendo con él/ella durante al menos los últimos seis meses. Es importante recalcar que la evaluación integral requiere comparaciones de datos de múltiples fuentes para el completo conocimiento de las conductas que manifiestan lo niño y en especial los adolescentes (Achenbach, 1991; 2010; Achenbach & Rescorla, 2000; 2001).

El siguiente aspecto a tratar son las diversas validaciones internacionales y nacionales del CBCL/6-18 que existen a través de las décadas, así como a lo largo del mundo. Un punto importante es el que Andrade, Betancourt & Vallejo (2010) destacan, estos autores mencionan que las publicaciones iniciales de Achenbach sobre el ASEBA mostraron más síndromes que las dos categorías del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales.

Por esta razón, se hace referencia a las diferentes formas del ASEBA, todos los instrumentos pertenecientes a este sistema han sido traducidos a más de 70 lenguajes (Achenbach & Rescorla, 2010), además han sido aplicadas en diferentes culturas, para comparar los rangos de variación interculturales e identificar efectos asociados con el género y la edad. Estudios más recientes se han enfocado en comprobar la consistencia interna y la estructura factorial del CBCL, algunos ejemplos son los siguientes.

En el 2009 Nakamura, Ebsutani, Bernstein y Chorpita, realizaron un análisis psicométrico del comportamiento infantil de la lista de verificación DSM-Oriented Scales. Mencionaron que la lista de verificación de comportamiento infantil para edades 6-18 (CBCL/6-18) posee un desarrollo orientado a las escalas del DSM, construidas a través de juicio de expertos clínicos, para emparejar categorías seleccionadas para problemas de comportamiento y/o emocionales como se describe en el DSM-IV. Esta investigación examinó las propiedades psicométricas básicas para las seis escalas orientadas a DSM, es decir, afectivo, ansioso, somático, Déficit de atención/hiperactividad, oposición y problemas de conducta. Se realizó en una muestra clínica de 673 niños y adolescentes referidos del Centro de Conducta Cognitiva Terapia (CCBT), en la Universidad de Hawaii en Manoa. Los hallazgos del presente estudio proporcionaron evidencia sólida de fiabilidad, convergencia y validez discriminativa, de estas escalas. Parece que las escalas orientadas a DSM pueden proporcionar información suplementaria precisa que puede ser considerada al formular diagnósticos clínicos.

Por otra parte, Ebsutani, Bernstein, Nakamura, Chorpita, Higa-McMillan y Weisz en 2010 realizaron la validez concurrente de la lista de verificación de comportamiento infantil, escalas orientadas a DSM: correspondencia con DSM. En este estudio se utilizó la característica operativa del receptor (ROC) metodología y análisis discriminativos para examinar la correspondencia de la lista de verificación de comportamiento infantil (CBCL) las escalas orientadas al DSM racionalmente derivadas y escalas de síndrome derivadas empíricamente con diagnósticos clínicos en una muestra de 476 niños y adolescentes referida por el Centro de Terapia Conductual Cognitiva, en Honolulu, Hawaii; y Judge Baker's Children Hospital, en Boston, Massachusetts.

Los resultados demostraron que las escalas orientadas al DSM correspondieron significativamente con diagnósticos clínicos relacionados derivado de las entrevistas estructuradas basadas en los padres. Por otra parte, se concluyó que la escala de ansiedad orientada al DSM fue la única área que evidenció significativamente una mayor correspondencia con los diagnósticos por encima de su contraparte de la escala del

síndrome: la escala Ansioso/Deprimido, implicaciones de estos hallazgos son discutidos.

Para Albores y colaboradores (2007) mencionan que algunos autores como Rescorla, Achenbach, Ivanova, Dumenci, Almqvist, Bilenberg, probaron la consistencia interna de cada una de las escalas del CBCL en 31 sociedades y analizaron los efectos de la sociedad, género y edad en la versión 2001, que consta de 8 escalas, las cuales se agrupan en escalas de segundo orden, son problemas internalizados, problemas externalizados y problemas totales. Sus resultados muestran un apoyo considerable a través de las 31 sociedades en términos de consistencia interna, puntajes promedio de la escala y efectos significativos de género y edad.

Complementando este estudio, otros autores como Ivanova, Achenbach, Dumenci, Rescorla, Almqvist y Weintraub probaron la estructura de los ocho síndromes del CBCL en 30 sociedades, sin incluir a Estados Unidos. Sus resultados indicaron que la estructura se ajusta adecuadamente cuando se prueba de manera separada en las 30 sociedades, sin embargo, concluyen que esto no necesariamente implica una universalidad o una estructura exhaustiva de la psicopatología del niño y/o adolescente por lo que sugieren la posibilidad de incrementar reactivos que puedan reflejar síndromes particulares de una sociedad o incluso de varias (Albores, Lara, Esperón, Cárdenas, Pérez & Villaneva, 2007).

En años recientes, Ivanova y colaboradores probaron la validez del CBCL con la respuesta de los padres de 19,106 niños de 18 a 71 meses de edad provenientes de 23 países, incluidos tres países hispanoparlantes: España, Perú y Chile. El resultado de este estudio apoya la estructura factorial clásica de 8 subescalas (Albores, Lara, Esperón, Cárdenas, Pérez & Villaneva, 2007). Otras validaciones se muestran en la *Tabla 1* (Véase), se detalla cada una de los análisis que se realizaron con respecto al CBCL.

Tabla 1. Propiedades psicométricas del CBCL a través del mundo

Título / Autor(es)/Año País	Población	Objetivo	Descripción	Conclusión
Validez incremental de la Child Behavior Checklist (CBCL) y el cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ) en Vietnam Dang, Hoang-Minh Nguyen, Ha Weiss, Bahr 2017 Vietnam	Una muestra comunitaria de 1314 padres de niños de 6 a 16 años de 10 provincias vietnamitas y por padres de 208 niños reclutados de 3 centros psiquiátricos, en Hanói.	Evaluar la validez incremental de las versiones vietnamitas de la Child Behavior Checklist (CBCL) y el cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ) en Vietnam.	La consistencia interna estuvo en el rango CBCL (0.76-0.96)	El mayor efecto de estado de referencia para el CBCL fue reactivos 73 (Problemas sexuales), 84 (Comportamiento extraño) y 91 (Conversaciones sobre suicidio), 2 (bebidas alcohólicas), 99 (usa tabaco), 32 (tiene que ser perfecto) y 56A (dolores).
Validez convergente de los elementos del sueño de la lista de control del comportamiento infantil con medidas de sueño validadas y diagnósticos de trastornos del sueño en niños y adolescentes remitidos a un centro de trastornos del sueño Stephen P. Becker Rachelle R. Ramsey Kelly C. Byars 2015 Estados Unidos	Participantes: 383 jóvenes (edades 6-18 años, 52.5% hombres y 80% blancos no hispanos) evaluados en una clínica de medicina conductual del sueño.	Examinar la validez convergente, discriminante y externa de los elementos de sueño CBCL individuales y un compuesto de sueño CBCL con medidas validadas del funcionamiento del sueño y el ajuste de los jóvenes, así como los diagnósticos de trastornos del sueño.	Este estudio examina la validez convergente de los elementos para dormir de la Lista de comportamiento del niño (CBCL). Los elementos del sueño CBCL se correlacionan con escalas de sueño validadas; se correlacionan con los diagnósticos de trastornos del sueño, así como con correlatos externos, como problemas de atención, también pueden ser útiles en estudios de archivo/epidemiológicos.	Los artículos de sueño CBCL individuales generalmente se asociaron con escalas de sueño en medidas de sueño validadas y con diagnósticos de trastornos del sueño. El compuesto de sueño CBCL se asoció con puntajes totales en cada una de las medidas específicas del sueño, así como con las escalas de atención de CBCL, social, internalización y externalización de problemas.
Child Behavior Checklist-Mania Scale (CBCL-MS): Desarrollo y evaluación de una escala de cribado basada en la población para el trastorno bipolar Papachristou, E., Ormel J., Oldehinkel, AJ , Kyriakopoulos, M., Reinares, M., Reichenberg, A. & Frangou, S. 2013 Holanda	2230 jóvenes holandeses Evaluados con el CBCL a las edades de 11, 13 y 16. A los 19 años	Desarrollar y evaluar una nueva escala orientada al DSM para identificar jóvenes en riesgo basado en el (CBCL) para el Trastorno Bipolar (TB)	El CBCL-MS tenía una alta consistencia interna y una precisión satisfactoria (área bajo la curva = 0,64)	Los datos muestran que el CBCL-MS es un instrumento de evaluación prometedor para TB. La estructura del factor de el CBCL-MS mostró una notable estabilidad temporal entre la infancia tardía y la adultez temprana, sugiriendo que se asigna dimensiones significativas de desarrollo para TB

Tabla 1. Propiedades psicométricas del CBCL a través del mundo (Continuación)

Título / Autor(es)/Año	Población	Objetivo	Descripción	Conclusión
<p>Validez de las Escalas Orientadas por DSM de la Lista de Verificación del Comportamiento del Niño y autoevaluación de los jóvenes Montserrat Lacalle Sisteré, Josep Ma Doménech Massons, Roser Granero Pérez and Lourdes Ezpeleta Ascaso 2014 España</p>	<p>Se evaluó una muestra clínica de 420 niños y adolescentes (8-17 años) mediante el CBCL Españoles</p>	<p>Estudiar la validez incremental de las Escalas DSM de los inventarios ASEBA; Child Behavior Checklist - CBCL, contestado por padres de niños de 6-18 años</p>	<p>Las Escalas DSM suponen un incremento de la validez significativo en relación a las Escalas de Síndromes Empíricos para discriminar diagnósticos DSM-IV, y una considerable validez incremental con respecto a los diagnósticos Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV en la estimación del deterioro funcional.</p>	<p>Las Escalas DSM deben ser consideradas simultáneamente con las Escalas de Síndromes de ASEBA, puesto que proporcionan información adicional en el proceso clínico.</p>
<p>Análisis de la validez convergente y discriminante del CBCL, TRF e YSR en una muestra referida por la clínica Rapson Gomez Alasdair Vance Rashika Miranjani Gomez 2014 Australia</p>	<p>294 adolescentes entre 11 y 18 años Unidad Académica de Psiquiatría Infantil (ACPU) del Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia</p>	<p>Utilizar un modelo de indicador único CT-C (M-1) para examinar la validez convergente y discriminante del CBCL, TRF e YSR, según las calificaciones de los adolescentes remitidos por la clínica, con calificaciones de la madre como el método de referencia</p>	<p>De un total de 7,056 puntajes (8 escalas x 3 métodos x 294 participantes), faltaron 36 puntajes (es decir, alrededor del 0,051%). La máxima verosimilitud (ML directa) se utilizó para manejar datos faltantes. Confiabilidad CBCL 0.63</p>	<p>Los resultados (coeficientes de consistencia significativos) en el estudio indicaron algún apoyo para la validez convergente de CBCL y TRF, y CBCL e YSR para las ocho escalas. Para el CBCL y el TRF, hubo más apoyo (coeficientes de consistencia más altos que los coeficientes específicos del método) para la validez convergente de Ansiedad / Depresión, Retirada / Depresión y Comportamiento de ruptura de regla, y para el CBCL e YSR, hubo más apoyo (mayor coeficientes de consistencia que los coeficientes específicos del método) para la validez convergente del Comportamiento de ruptura de la regla.</p>

Tabla 1. Propiedades psicométricas del CBCL a través del mundo (Continuación)

Título / Autor(es)/Año País	Población	Objetivo	Descripción	Conclusión
Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM Albores, Lara, Esperón, Cárdenas, Pérez y Villanueva 2007 México	611 niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil y de escuelas oficiales	Determinar las propiedades psicométricas del CBCL/6-18 y desarrollar na version mexicana fiable y válida	Consistencia interna P.Internalizados=0.90 P.externalizados= 0.94 P.totales=0.97 Subescalas (0.69 a 0.93) Test-retes CCI=0.84 Curva ROC ≥ 61	La capacidad para discriminar entre niños de la población general y referida clínicamente que ha sido descrita en numerosos artículos quedó confirmada. El proceso de validación es largo y complejo; otros estudios deben realizarse para investigar las cualidades de las subescalas para discriminar a pacientes con distintos trastornos y comparar las diferentes subescalas entre sí
Adaptación del cuestionario sobre el comportamiento en niños de 1.5 a 5 años de Achenbach para niños de 4 a 5 años Laura Oliva Claudio Castro Guadalupe García 2009 México	535 niños de entre 4 y 5 años de veinte jardines infantiles de Xalapa, Veracruz	Realizar la adaptación del cuestionario del comportamiento para niños de año y medio a cinco	Consistencia interna fue de 0.920 a 0.936	La adaptación del instrumento, si bien sólo fue realizada en una ciudad dadas las características de su población, resulta factible y se recomienda aplicarlo en otras comunidades, especialmente en aquellas que tienen similitudes culturales y socioeconómicas con ésta, aunque bien valdría la pena realizar su propia adaptación, principalmente porque así se conocería el estado en que se encuentran los niños de diversas regiones del país y por si las preguntas que se eliminaron aluden a conductas que en otras regiones no son frecuentes
Consistencia interna y validez de criterio de version Mexicana del Child Behavior Checklist 1.5-5 Lilia Albores Lara Hernández Cecilia Hasfrua Enrique Navarro 2016 México	438 padres de 2 grupos clínico-psiquiátrico y comunitario de la Ciudad de México	Investigar la consistencia interna y la validez de la versión mexicana de la lista de síntomas de niños de 1,5 a 5 años de edad del CBCL/1.5-5	Consistencia interna Problemas totales= 0.95 Internalizados=0.89 Externalizados=0.91 Test-retes coeficiente de correlación intraclase >0.95 para las tres subescalas Curva ROC criterio de los grupos referidos-clínicamente vs no-referidos ≥ 24; área bajo la curva 0.77 Especificidad 0.73 Sensibilidad 0.70	El estatus de referido frente al no referido clónicamente, como criterio para calcular la sensibilidad y especificidad, tuvo el propósito de comprar los resultados con el estudio original de validación, sin embargo, los resultados se consideran subóptimos. La versión mexicana de las escala CBCL 1.5-5 es una herramienta válida y confiable para ell escrutinio de niños de 18 meses a cinco años, se puede usar incluso en niños mayores con atraso en el desarrollo.

En México, Oliva, Castro y García (2009), adaptaron el cuestionario sobre el comportamiento en niños de un año y medio a cinco años. La muestra fue de 535 niños de jardines infantiles de diversos estratos socioeconómicos de la Ciudad de Xalapa, Veracruz. El instrumento lo validaron a través del contenido. Por su parte Albores y colaboradores (2016) investigaron la consistencia interna y la validez de criterio en la versión de CBCL/1.5-5 años. Se trabajó con 438 padres de dos grupos (clínico-psiquiátrico y comunitario) de la Ciudad de México.

Para la versión del CBCL/6-18 se encontró que Albores, Lara, Esperón, Cárdenas, Pérez y Villanueva (2007) determinaron las propiedades psicométricas en términos de consistencia interna, confiabilidad test-retest, así como validez de una traducción y adaptación al lenguaje coloquial en una muestra de 611 niños y adolescentes de la Ciudad de México.

En resumen, las validaciones del CBCL a través del tiempo y del mundo son diversas debido a la amplia utilidad de este instrumento. Cada una de estas refleja valores similares y significativos en todos los países que se aplica, sin embargo existe la posibilidad de encontrar evidencia nueva y relevante para incrementar el conocimiento que arroja acerca de las conductas adaptativas o desadaptativas de los niños y adolescentes, específicamente en México.

El capítulo siguiente describe conceptos como validez, tipos de validez y confiabilidad con el objetivo de complementar la información recadaba a través de la búsqueda para esta investigación.

CAPÍTULO 3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

“Antes de que una prueba pueda utilizarse con cierta seguridad, debe obtenerse información de su confiabilidad y validez por lo que a sus propósitos específicos concierne” (Test psicológicos y evaluación: Lewis Aiken, p.85)

3.1 Validez

En la mayoría de las investigaciones se pretende recopilar información importante que ayude a elegir una opción conveniente de instrumento que mida el objeto de estudio fiablemente, entre toda la gama de posibilidades, esto permite la medición adecuada del constructo a observar. Es decir, el valor de un estudio depende de la información obtenida si esta refleja fidedignamente el evento investigado, lo cual proporcionará una base real para obtener un producto investigativo de calidad (Corral, 2009).

Asimismo, Argibay (2006), señala la importancia que tiene la elección correcta del instrumento, este debe medir de forma consistente lo que pretende evaluar, si ocurriera lo contrario, se estaría operacionalizando incorrectamente el atributo debido a que no existiría una correspondencia entre lo observado y lo que se pretende medir. Además, se debe reflexionar que toda medida tiende a poseer errores de medición, por esto, se tiene que tomar en cuenta en qué medida el instrumento utilizado es preciso en medir los valores verdaderos de la variable que se analiza y cuál es su grado de congruencia para calcular la variable en cuestión, lo antes mencionado se relaciona con el concepto de validez.

Para establecer un posible universo de reactivos se requiere tener adecuada conceptualización y operacionalización del constructo, es decir, el investigador debe especificar previamente las dimensiones a medir y sus indicadores, a partir de los cuales se realizarán los ítems. Los reactivos deben capturar las dimensiones que la prueba pretende medir (Escobar & Cuervo, 2008).

Una pregunta importante que surge cuando se intenta medir el comportamiento es qué tan válida y confiable es la medición (Escobar & Cuervo, 2008).

En términos generales se dice que al realizar la pregunta ¿los indicadores de un constructo realmente lo representan?, entonces se hace referencia a la validez de las medidas. Es decir, el grado de concordancia entre medidas cuyos métodos son distintos. Existen varios tipos de validez, aunque estrictamente hablando, se refiere cuando se logra el propósito con el cual fue elaborada la prueba (Cohen & Swerdlik, 2001; Prieto & Delgado, 2010).

3.1.1 Tipos de validez

El concepto de validez ha ido modificándose a través del tiempo. En un principio la validez de un test psicológico era evaluada por una diversidad de procedimientos, el tipo de evidencia utilizado para demostrar la validez del test variaba con el propósito del test, la orientación teórica y el tipo de datos disponible. En general, la validez se define como el grado en el que el test mide lo que pretende medir o sirve para el propósito por el que ha sido construido (Anastasi & Urbina, 1998; Gómez & Hidalgo, 2009).

Es fundamental recalcar que los instrumentos tienen como intención instrumentalizar constructos, es decir, medir definidos atributos. Si se retoma lo anterior, la validez va encaminada a comprobar si el instrumento está midiendo realmente el atributo que dice medir (Argibay, 2006).

La validez depende de factores tales como, la intención específica de la prueba, el procedimiento usado en su construcción, las condiciones de la colección de los datos y los procedimientos empleados y las características de las personas que proporciona los datos y la información (Leyva, 2011).

Corral (2009), establece que la validez se refiere al grado en que una prueba suministra información que es conveniente a la decisión que se toma; además, contesta a la pregunta ¿con qué fidelidad corresponde el universo o población al atributo que se va a medir?, asimismo, validez de un instrumento consiste en que mida lo que tiene que medir, incluyendo la autenticidad, comprobar el comportamiento y contrastar datos previos. Al calcular la validez es necesario saber con exactitud que rasgos o características se deben estudiar.

Algunos puntos a considerar de acuerdo con (Gómez & Hidalgo, 2009), son:

- Lo que se valida no es el test sino las puntuaciones del test, y por lo tanto la pregunta que se trata de responder es ¿es válido el uso o la interpretación de las puntuaciones de este test?
- La validez no se puede resumir en un solo indicador o índice numérico, al igual que ocurre con la fiabilidad, sino que la validez de las puntuaciones de un test se asegura mediante la acumulación de evidencia teórica, estadística, empírica y conceptual del uso de las puntuaciones.
- Una puntuación puede ser válida para un uso y no para otro.
- La validación es un proceso continuo y dinámico.
- La teoría juega un papel muy importante como guía tanto del desarrollo de un instrumento como de su proceso de validación

Establecer la validez de un test implica obtener evidencia de que el instrumento con el que se trabaja está libre de sesgo, es decir, los reactivos del test funcionan del mismo modo para distintos grupos en función de variables sociodemográficas, cognitivas o de cualquier otro tipo que pueda construir una fuente sistemática de variación ajena al constructo medido por el test (Gómez & Hidalgo, 2009).

3.1.1.1 Validez de contenido

En algunas ocasiones se desea saber qué tan representativas son las preguntas o ítems del dominio que se pretende medir, por ejemplo, se quiere elaborar una prueba para saber qué tan bien pueden resolver problemas de multiplicaciones de dos dígitos los estudiantes de primaria. Para diseñar una prueba de este tipo, lo suficientemente válida, se puede pedir a varios profesores de educación que determinen los problemas de multiplicación que mejor evalúen tal competencia en los alumnos.

Escobar y Cuervo (2008), menciona que la validez de contenido se aplica en diferentes situaciones, dos de las más frecuentes son: el diseño de una prueba y la validación de un instrumento que fue construido para una población diferente, pero se adaptó mediante un procedimiento de traducción, equivalencia semántica. Hyrkäs,

Appleqvist-Scmidlechener y Oksa (2003), plantean que es muy frecuente que instrumentos que ya han sido estandarizados en países de habla inglesa sean utilizados en países de habla no inglesa, por lo cual se debe realizar el proceso de traducción, adaptación y estandarización del instrumento para dichos países.

Estos procesos presentan dificultades importantes, debido a que la sola adaptación del instrumento no necesariamente genera equivalencia cultural, esto se debe a las barreras del idioma, a significados culturales, diferentes de un constructo particular o una variedad de interpretaciones de un comportamiento observado basado en normas culturales. Es por lo que surge la necesidad de validar dichos instrumentos en términos de su contenido, y aquí la evaluación realizada por expertos cobra especial relevancia, por el hecho de que son ellos quienes deben eliminar los reactivos irrelevantes y modificar (Escobar & Cuervo, 2008).

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, la importancia de la validez de un instrumento y/o prueba para conseguir de forma fiel datos que serán útiles para la exploración, descripción, relación o explicación de un fenómeno. Con base en esta relevancia algunos autores conceptualizan los tipos de validez que se describen a continuación.

Para Corral (2009), se refiere

Al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se quiere medir, se trata de determinar hasta qué punto los ítems o reactivos de una prueba y/o instrumento son representativos del universo de contenido de la característica o rasgo que se quiere cuantificar, responde a la pregunta cuán representativo es el comportamiento elegido como muestra del universo que intenta representar (p.230).

Escobar y Cuervo (2008), establecen que este tipo de validación consiste en qué tan adecuado es el muestreo que hace una prueba del universo de posibles conductas, de acuerdo con lo que se pretende medir, los miembros de dicho universo pueden denominarse reactivos o ítems, asimismo, insta que considere la validez de contenido

como un componente importante de la estimación de la validez de inferencias derivada de los puntajes de las pruebas, debido a que brindan evidencia acerca de la validez de constructo y provee una base para la construcción de formas paralelas de una prueba en la evaluación a gran escala.

Este tipo de validez se refiere al grado en que el instrumento representa la totalidad del fenómeno que se pretende medir. Este concepto pretende que la escala presente las siguientes características: induzca a un mínimo de respuestas sesgadas, sea fácil de entender e interpretar, se fácil de administrar o aplicar en el trabajo de campo y que posea la capacidad de discriminar (Cohen & Swerdlik, 2001). Esta validación se puede asociar con la llamada validez de fachada, debido a que está relacionada con las características de calidad aparente del instrumento. En esta no se realizan análisis empíricos, sino corresponde al juicio subjetivo de un panel de expertos en el área, que garantiza que la medición tiene sentido y es razonable (Prieto & Delgado, 2010).

Es importante tener presente que al realiza un análisis de instrumento en su mayoría se hace en términos de su contenido, sin embargo, es erróneo pensar de manera estrecha en el contenido porque se puede estar interesado no solo en este sino también en el proceso (Corral, 2009).

Asimismo, Corral (2009), establece que la validez de contenido no cuenta con una expresión cuantitativa, es más bien una cuestión de juicio, usualmente, el juicio de expertos. Se recurre a ella para conocer la probabilidad de error que se puede presentar en la configuración del instrumento.

Además, se recurre al juicio de expertos para obtener estimaciones apropiadas que pueden y deben ser confirmadas o modificadas a través del tiempo dependiendo de la información que se vaya recabando durante la investigación. El juicio de los expertos se puede obtener de manera grupal o individual y existen diferentes métodos que brindan la ayuda necesaria de acuerdo con las condiciones de la investigación (Corral, 2009).

La validez de contenido es la forma más débil, ya que en esta no se puede realizar un análisis profundo y exhaustivo de los reactivos que deben ser excluidos o incluidos

en la prueba final a utilizar. Se obtiene mediante una inspección por expertos, revisión de la literatura y presentación a pilotos de la población blanco o análisis cualitativo de las respuestas de los revisores (Aravena, Moraga, Velásquez & Manterola, 2014).

Por tanto, el constructo medido por el instrumento y el uso que se les dará a las puntuaciones obtenidas son aspectos fundamentales tanto para la estimación como para la conceptualización de la validez de contenido. En efecto, en la evaluación de un instrumento debe tenerse en cuenta su función, es decir, si será utilizado para el diagnóstico, la medición de habilidades o la medición de desempeño, entre otros, los índices de validez para una función de un instrumento no son necesariamente generalizadas a otras funciones del mismo (Escobar & Cuervo, 2008).

La validez de contenido no sólo puede variar de acuerdo con las poblaciones en las cuales será utilizado el instrumento, sino que puede estar condicionada por un dominio particular del constructo, diferentes autores pueden asignarles el mismo nombre a un constructo, pero poseer diferentes dimensiones y conceptualizaciones, por lo tanto, un instrumento puede tener una validez de contenido satisfactoria para una definición de un constructo pero no para otra (Escobar & Cuervo, 2008).

Un error de validez de contenido sería que la dimensión sintáctica sólo evaluara una parte de ésta, al contrastar con lo que se pretende evaluar en dicha dimensión. (Escobar & Cuervo, 2008).

3.1.1.2 Validez de criterio

Para Corral (2009), esta validez intenta “responder la pregunta ¿hasta dónde el instrumento mide realmente un rasgo determinado y con cuánta eficiencia lo hace?” (p.235).

La validez criterial o de criterio se entiende como la consistencia entre las decisiones que puedan derivarse a partir de la prueba y las de otros instrumentos o procesos alternativos externos a la prueba que sirva como criterio para la misma. Se establece mediante estudios de validez concurrente, relación con otras pruebas o forma

de evaluación con el mismo significado teórico, o validez predictiva, mediante la cual se analiza la capacidad de la prueba para cumplir los objetivos fijados en cuanto a su potencialidad para predecir acontecimientos. La evidencia obtenida mediante la relación con otras variables se orienta a determinar el grado en el cual estas relaciones son consistentes con el constructor de la prueba (Leyva, 2011).

De acuerdo con Sánchez y Echeverry, (2004) la validez de criterio pretende correlacionar las medidas de la escala con otra medición del atributo estudiado, idealmente un estándar de referencia. Como se mencionó anteriormente, este tipo de validez contiene la validez concurrente, es decir, se correlaciona la nueva escala con un criterio aceptado o estándar de referencia, para lo cual se realiza una medición al mismo tiempo con ambos instrumentos y se analiza su concordancia.

En el caso de la validez predictiva se mide o clasifica con el propósito de que ocurra un futuro evento con el cual se puedan establecer asociaciones. En el caso de que no exista un estándar de referencia con el cual correlacionar, no se contempla este tipo de validez para el estudio de validación de la escala (Sánchez & Echeverry, 2004)

3.1.1.3 Validez de constructo.

La validez de constructo corresponde al principal tipo de validez. Pretende hacer referencia a la obtención de evidencia empírica que garantice la existencia del constructo en cuestión. Su determinación puede ser realizada estadísticamente mediante: grupos extremos, matriz multirrasgos - multimétodo y análisis factorial (Aravena, Moraga, Velásquez & Manterola, 2014).

En la determinación de validez de constructo por grupos extremos el comportamiento de la escala se evalúa con sujetos con y sin el evento de interés, de esta forma el grupo que presenta el atributo obtendrá un alto nivel en la escala estudiada, mientras que el grupo que no posee el atributo puntuará muy bajo o cercano a cero (Aravena, Moraga, Velásquez & Manterola, 2014).

En el caso de la matriz multirrasgos – multimétodo se deben seguir tres pasos fundamentales: 1) seleccionar dos o más formas de medir el constructo, 2) dos o más constructos que puedan ser medidos por los mismos métodos y 3) se mide en la muestra todos los constructos con todos los métodos (Aravena, Moraga, Velásquez & Manterola, 2014).

De los pasos anteriores: coeficiente de fiabilidad, de validez convergente y de validez discriminante. (Aravena, Moraga, Velásquez & Manterola, 2014)

- Coeficiente de fiabilidad: Correlaciones entre las medidas de un solo constructo con el mismo método, estos valores deben ser elevados.
- Coeficiente de validez convergente: Correlaciones de un solo constructo con métodos diferentes, estos valores también deberían ser elevados.
- Coeficiente de validez discriminante: Correlaciones entre las medidas de diferentes constructos con el mismo método (coeficiente heterorrasgo – monométodo) o de diferentes constructos con diferentes métodos (coeficiente heterorrasgo – multimétodo), estos valores deberían ser los menores de los tres.

Otra forma de determinación es a través del análisis factorial, que corresponde a un análisis multivariado, el cual permite reducir datos y agruparlos en conjuntos homogéneos de variables que muestran un elevado índice de correlación entre sí (Aravena, Moraga, Velásquez & Manterola, 2014).

3.2 Confiabilidad

En el campo de la psicología, la educación y la investigación social, la confiabilidad es una propiedad psicométrica que hace referencia a la ausencia de errores de medida, o lo que es lo mismo, al grado de consistencia y estabilidad de las puntuaciones obtenidas a lo largo de sucesivos procesos de medición con un mismo instrumento. A partir de la variabilidad en las puntuaciones encontradas tras una serie de mediciones repetidas puede determinarse el índice de precisión, consistencia y estabilidad de un instrumento. En el supuesto de que el resto de condiciones se mantengan inalteradas, puede

concluirse que, a mayor variabilidad de resultados, menor fiabilidad del instrumento de medición (Prieto & Delgado, 2010).

La confiabilidad tiene que ver con la exactitud y precisión del procedimiento de medición. Los coeficientes de confiabilidad proporcionan una indicación de la extensión, en que una medida es consistente y reproducible. Expuesto de otra forma, la confiabilidad es el grado de coincidencia arrojado por varias medidas que son parecidas en procedimiento o método (Corral, 2009; Prieto & Delgado, 2010)).

Asimismo, se entiende como la diferencia de la calificación verdadera concebida como 1 menos el error de medición, lo cual da la precisión con la que se está midiendo el instrumento al atributo deseado. En este sentido, se puede definir a la confiabilidad de cualquier instrumento de medición como el porcentaje de la varianza del constructo debido a la calificación verdadera (Nunnally & Bernstein, 1995)

De acuerdo con Nunnally y Bernstein (1995) considera la confiabilidad como la razón o cociente resultante de la división entre la varianza de las calificaciones verdaderas y la varianza de las calificaciones reales u obtenidas de las pruebas.

También denominada precisión, corresponde al grado con que los puntajes de una medición se encuentran libre de error de medida, es decir al repetir la medición en condiciones constantes estas deberían ser similares. Este concepto se relaciona con la estabilidad del instrumento en sí mismo, independiente del individuo quien lo aplique, observador y del momento en que es aplicado, tiempo (Aravena, Moraga, Velásquez & Manterola, 2014).

Entre los tipos de confiabilidad del instrumento se puede nombrar confiabilidad interinstrumento, intrainstrumento, interobservador, intraobservador y según el tiempo (test-retest) (Aravena, Moraga, Velásquez & Manterola, 2014)

- Confiabilidad interinstrumento: Correlación de los resultados generados por diferentes instrumentos en mediciones repetidas en un grupo de sujetos.

- Confiabilidad intrainstrumento: Correlación de los resultados obtenidos por un mismo instrumento realizada en mediciones repetidas en un grupo de sujetos.
- Confiabilidad del observador: Establece la correcta medición obtenida del instrumento asociado al número de observadores que recopilan o responden el instrumento aplicado.
- Confiabilidad interobservador: Se evalúa correlacionando los puntajes obtenidos por distintos observadores en un mismo periodo de tiempo, indicando de esta forma el grado de acuerdo respecto de la medida observada corrigiendo por azar. Esto da cuenta del grado de reproducibilidad del instrumento de instrumento al ser aplicado por diferentes sujetos.
- Confiabilidad intraobservador: Se evalúa correlacionando los puntajes obtenidos por el mismo observador en dos momentos de tiempo, da cuenta de la estabilidad temporal que presenta el instrumento. Este tipo de confiabilidad puede verse afectada no solo por el azar, sino también por las condiciones del sujeto en estudio.
- Confiabilidad según el tiempo (test-retest): Otorga la seguridad del instrumento, que, al ser aplicado en momentos distintos en una misma condición, debería otorgar los mismos resultados. ¿Cómo se obtiene? Se aplica a la misma muestra la escala en dos momentos distintos, distanciados en un periodo de tiempo, con el fin de que el evaluador genere un sesgo en la respuesta. Estos resultados se comparan mediante el test de correlación de Pearson o el test de Correlación Interclase (CCI), el primero asume que toda la variabilidad de respuesta se debe al sujeto considera otras fuentes de variabilidad propio de los observadores

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1 Justificación y planteamiento del Problema

La adolescencia se puede definir como la fase de crecimiento y desarrollo humano que se origina después de la niñez y antes de la edad adulta. Esta se suscita de los 10 a los 19 años o se puede extender hasta los 21 años. Se trata del periodo de transformación más importante en el ciclo vital del ser humano, esta etapa se identifica por un ritmo acelerado de crecimiento, así como de ciertos cambios. Algunos autores hacen hincapié que el adolescente necesita diversos recursos que lo ayuden a enfrentar y superar numerosas dificultades de la pubertad, por lo que requiere apoyo de los adultos cercanos (Barcelata y Hernández, 2015; Musito, 2013; OMS, 2016; Silva, 2007; Uresti, 2008). Hoy en día uno de cada seis personas es adolescente, es decir, 1.2 billones de personas a nivel global (OMS, 2016); con respecto a México el 29.9 millones de personas son jóvenes entre 15 y 24 años de edad, esto representa la cuarta parte de la población total (INEGI, 2015).

Es importante resaltar la relevancia de los problemas psicológicos que se suscitan en estos tiempos en la etapa adolescentes debido a los cambios causados por la transición. La OMS (2016), sugiere que la prevalencia de problemas psicológicos en la población infantil y adolescente son objeto de numerosos estudios en países desarrollados y en vías de desarrollo. La investigación llevada a cabo a través de las décadas arroja que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen problemas psicológicos derivados de los acontecimientos que se presentan en la adolescencia, cerca de la mitad de estos problemas se manifiestan antes de los 14 años.

A causa de esto, la adaptación es transcendental para el desarrollo óptimo de los individuos. Es el proceso por el cual un individuo modifica sus patrones de comportamiento para ajustarse interna y externamente a las normas imperantes en el medio social en el que se mueve. Al adaptarse, una persona abandona hábitos o prácticas que forman parte de su comportamiento, pero que están negativamente evaluadas en el ámbito al que desea integrarse, y eventualmente adquiere otros en

consonancia con las expectativas que se tienen de su nuevo rol. En este sentido, es la capacidad de balancear y coordinar los recursos al alcance del adolescente que implican un equilibrio personal en función de las demandas del contexto (Achenbach & Rescorla, 2002; Barcelata, 2015; Luthar, 2006; Masten, Burt & Coastworth, 2006).

Es imperativo conocer cuáles son los patrones de conducta que se manifiestan en los adolescentes desde varias perspectivas con el objetivo de tener un panorama amplio de la situación. Achenbach (1991) resalta la necesidad de obtener datos del funcionamiento de los adolescentes desde múltiples perspectivas y menciona que es probable que el comportamiento observable de los jóvenes sea diferente de un contexto a otro. Se puede contar con distintas representaciones si existen diversos informantes, debido a que estos difieren en la percepción del adolescente y cómo juzgan e informan lo que observan.

A través de la búsqueda de información se encontró que el Child Behavior Checklist/6-18 de Achenbach y Rescorla (2001), es un instrumento óptimo para recabar información de los padres u otros cuidadores del niño y/o adolescente que puedan observar su comportamiento en un contexto familiar o escolar. La necesidad e importancia de conocer la perspectiva de los padres en nuestro contexto contribuye a ampliar los conocimientos ya establecidos.

En la investigación en México se encontró que Albores et. al., (2007), validaron el CBCL para niños de 6 a 18 en una muestra clínica y comunitaria presentando datos de consistencia interna, prueba test-retes y curva ROC. Por su parte Oliva (2009), realizó una adaptación y estudió la consistencia interna del CBCL/1,5-5 en una muestra comunitaria de niños entre 4 y 5 años de Veracruz. Mientras que, en el 2016, Albores et. al., obtuvieron la validez de contenido del CBCL/1,5-5 en los padres en muestra clínica y comunitaria, presentando datos de consistencia interna, prueba test-retest y curva ROC representando sensibilidad y especificidad de la muestra. Estas investigaciones presentan validaciones relevantes aunque ninguna manifiesta una validez de constructo la cual referencia a la obtención de evidencia empírica que avale la existencia del constructo en cuestión.

Se observa en las investigaciones consultadas el énfasis puesto en las muestras infantiles en comparación con la muestra adolescente. La evidencia sugiere que es importante conocer la perspectiva de los padres no solo cuando se trata de investigación con infantes sino también durante la adolescencia. Por tal motivo es necesario contar con herramientas válidas y confiables que permitan recabar esta información, así como la percepción de los padres acerca de las conductas de los hijos adolescentes.

4.2 Pregunta investigación

¿El Child Behavior Checklist/ 6-18 años es un instrumento válido y confiable para padres de adolescentes mexicanos?

4.3 Objetivos

General

Analizar las propiedades psicométricas, en términos de validez de constructo y confiabilidad, del Child Behavior Checklist/6-18 de Achenbach y Rescola (2001), versión castellana en padres de adolescentes de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México

Específicos

- Analizar la validez de constructo del Child Behavior Checklist/ 6-18 de Achenbach y Rescorla (2001), versión castellana
- Analizar la consistencia interna del Child Behavior Checklist/ 6-18 de Achenbach y Rescorla (2001), versión castellana

4.4 Variable

4.4.1 Definición conceptual

- **Conductas Internalizadas:** Cogniciones, sentimientos y conductas, que manifiesta el individuo en ciertas situaciones o contextos presentes en su desarrollo. Las reacciones cognitivas pueden mostrar: ansiedad, angustia, alteración en el estado de ánimo, retraimiento, timidez, baja autoestima, tristeza,

soledad, depresión y miedos que producen daño o malestar asimismo (Achenbach & Rescorla, 2001).

- **Conductas Externalizadas:** Cogniciones, sentimientos y conductas que manifiesta el individuo como consecuencia de situaciones o contextos presentes en su desarrollo, estas reflejan conflictos con otras personas, por ejemplo, agresión, conductas delictivas, impulsividad y desobediencia; tales conductas manifiestan desadaptación del individuo a su medio, lo cual puede causar daño a otros (Achenbach & Rescorla 2001).
- **Adaptación:** Ajuste interno y externo, el cual se puede medir a través de la ausencia o presencia de conductas internalizadas y externalizadas (Achenbach & Rescorla 2001).

4.4.2 Definición operacional

- **Conductas Internalizadas:** El promedio de los puntajes obtenidos en los factores depresión/retraimiento, quejas somáticas y depresión/ansiedad en Child Behavior Checklist/ 6-18 de Achenbach y Rescorla (2001)
- **Conductas Externalizadas:** El promedio de los puntajes obtenidos en los factores conducta delictiva y conducta agresiva Child Behavior Checklist/ 6-18 de Achenbach y Rescorla (2001).
- **Adaptación:** Puntaje obtenidos en Child Behavior Checklist/ 6-18 de Achenbach y Rescorla (2001)

4.5 Método

4.5.1 Tipo de estudio y Diseño

Para esta investigación se utilizó un estudio no experimental, con un diseño de corte transversal de tipo instrumental (Montero & León, 2007).

4.5.2 Participantes

Se trabajó con 170 padres con un rango de edad de 28 y 68 años ($M=40.45$; $DE=7.48$), 86% mujeres y 14% hombres, con hijos adolescentes que asisten a escuelas secundarias de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

4.5.3 Criterios de inclusión

- Hombres y Mujeres
- Padres de adolescentes de 12 a 18 años de edad
- Disposición de participar voluntariamente

4.5.4 Criterios de exclusión y eliminación

- Los participantes que se rehúsen a seguir con el instrumento
- Los instrumentos que tengan 10% o más de reactivos sin contestar

4.5.5 Instrumentos

-Cédula Sociodemográfica para el Adolescente y su Familia (Barcelata, 2016).

Está compuesta de 16 reactivos para identificar algunas condiciones sociodemográficas, como edad, escolaridad, estado civil, la configuración familiar así como ocupación, el ingreso mensual etc. de los padres.

-Child Behavior Checklist/6-18 de Achenbach y Rescorla (2001) versión castellana.

Se utilizó el Child Behavior Checklist (CBCL/6-18) en su versión castellana aprobada por ASEBA, elaborada por Achenbach y Rescorla (2001). Se realizaron adaptaciones lingüísticas para su aplicación. La cual será validada dentro del proyecto PAPIIT 305917

Recoge información de la conducta observada en los niños y jóvenes por parte de los padres durante los últimos seis meses. La versión utilizada corresponde al formulario para padres y madres de niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años, la cual tiene una confiabilidad test-retest de 0.84 y confiabilidad interna para el total de problemas de 0.97.

Consta de 112 reactivos, que constituyen un listado de conductas problemáticas que se valoran en una escala de tres puntos (0 –no es cierto ; 1 –algunas veces cierto y 2- cierto, muy a menudo) divididos en ocho factores o escalas de síndromes empíricos, las cuales son: ansiedad/depresión (Ans/Dep), aislamiento (Ais), quejas somáticas (QS), problemas sociales (PS), problemas de pensamientos (PP), problemas de atención (PA), quebranto de normas (QN) y conducta agresiva (Agr). Estos ocho factores, se agrupan a su vez para formar dos escalas: problemas internalizados (INT) y problemas externalizados (EXT).

Además contiene una escala con el total de problemas (Tot P). Este instrumento cuenta también con ocho escalas orientadas al DSM (afectivos, ansiedad, quejas somáticas, déficit de atención/hiperactividad, oposicionismo, conducta, obsesivo compulsivo y estrés postraumático).

4.5.6 Procedimiento de validación CBCL/6-18

Revisión y análisis de instrumento: se analizaron diferentes artículos que tuvieran como objetivo la validación de CBCL/6-18 en los numerosos países hasta conocer lo realizado en México.

Estudios Principales: Se realizó con 170 padres de adolescentes, con el objetivo de discriminar correctamente los reactivos que fueran el reflejo de la situación que se requiere.

Aplicación general: Se presentó un consentimiento bajo información para esclarecer en qué consistía el instrumento y las condiciones del manejo de datos, asimismo se aclaró la confidencialidad de cada uno de los datos proporcionados.

Se aplicó en grupos para agilizar el proceso, en una sesión de 60 minutos.

Análisis de datos: Este se llevó a cabo a través del paquete estadístico SPSS v. 21.0.

Se realizaron estadísticos descriptivos para conocer las características generales de los padres y su familia, como sexo, edad, escolaridad y ocupación.

Las propiedades de los reactivos se analizaron a través de tres criterios:

1. Sesgo: Se identificaron aquellos reactivos que presentaban el puntaje mayor a ± 1.5
2. Correlación de Pearson: Se tomó como criterio de exclusión que el valor de la correlación no fuera significativo, o que se tratara de una correlación muy baja menor a .20 o muy alta mayor a .80
3. La capacidad de discriminación de los reactivos a través de contraste entre grupos extremos mediante la prueba t de Student para muestras independientes.

Para determinar la validez de constructo se corrió un análisis factorial exploratorio (Anastasi & Urbina, 1998; Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2007) de máxima verosimilitud con rotación varimax. La confiabilidad de la escala se determinó mediante el coeficiente de consistencia interna de Cronbach.

5.1 Descripción de la muestra

5.1.1 Características generales de los padres

La muestra estuvo conformada por un total de 170 participantes entre madres y padres de estudiantes de secundaria. La *Figura 1* muestra la distribución por sexo de los participantes, se observa un número mayor de madres con 147 y 23 de padres.

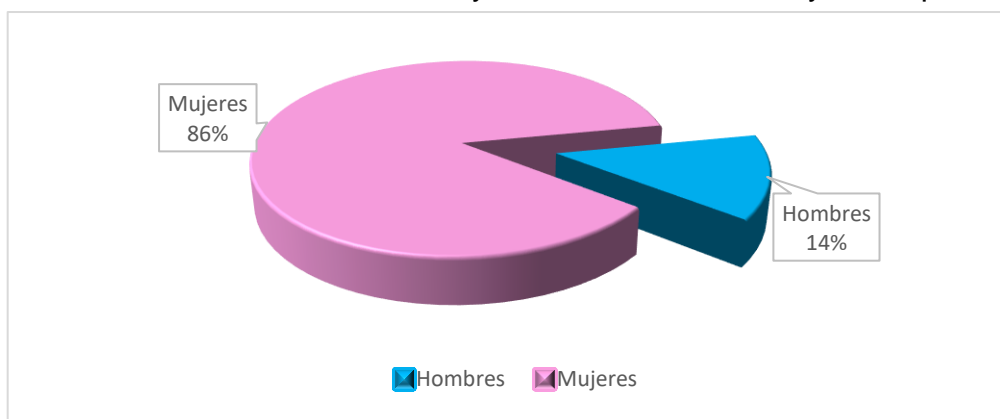


Figura 1. Distribución del sexo de los participantes

El rango de edad de toda la muestra fue entre 28 y 68 años ($M=40.45$; $DE=7.48$). Se muestra en la *Figura 2* que el caso de los papás el rango que prevaleció fue el de 41 a 50 años ($M_{edad}=44.04$; $DE=8.85$), en comparación con las mamás el rango que predominó fue el de 31 a 40 años ($M_{edad}=39.89$; $DE=7.08$).

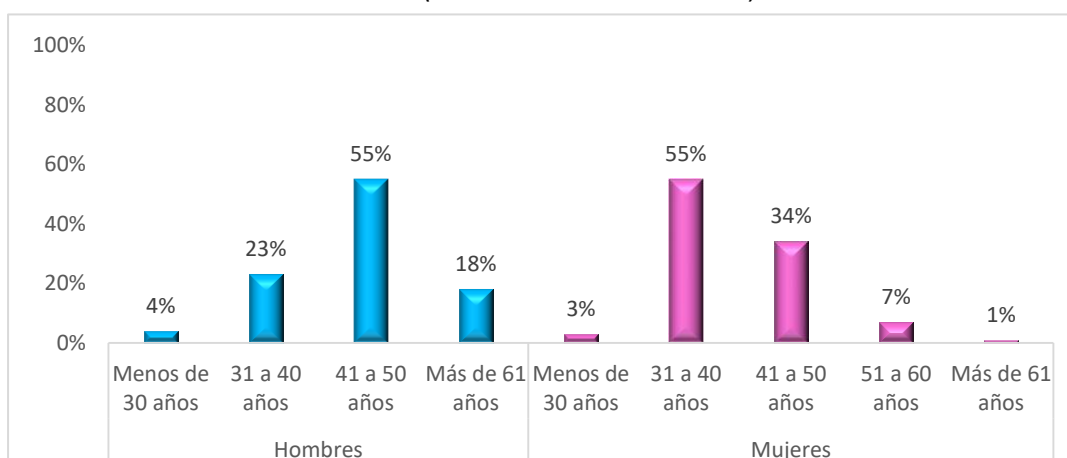


Figura2. Distribución de la edad de los participantes por sexo

La escolaridad de los padres se muestra en la *Figura 3*, se observa que en el caso de los hombres el nivel escolar que predominó fue Preparatoria o Bachillerato, en comparación con las mujeres que el nivel mayor fue Secundaria.

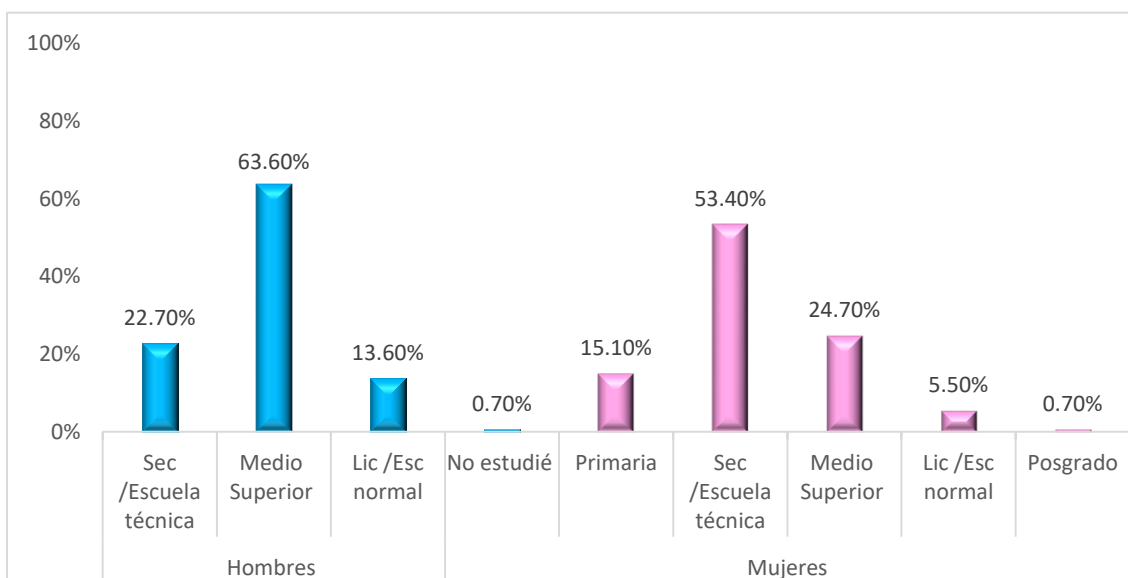


Figura 3. Escolaridad de los padres por sexo

El estado civil de la muestra se describe en la *Figura 4*, en la cual se observa que la mayoría de las madres y padres se encuentran casados; en el caso de los hombres el estado civil que sigue es Divorciado, con respecto a las mujeres el que sigue es Unión Libre.

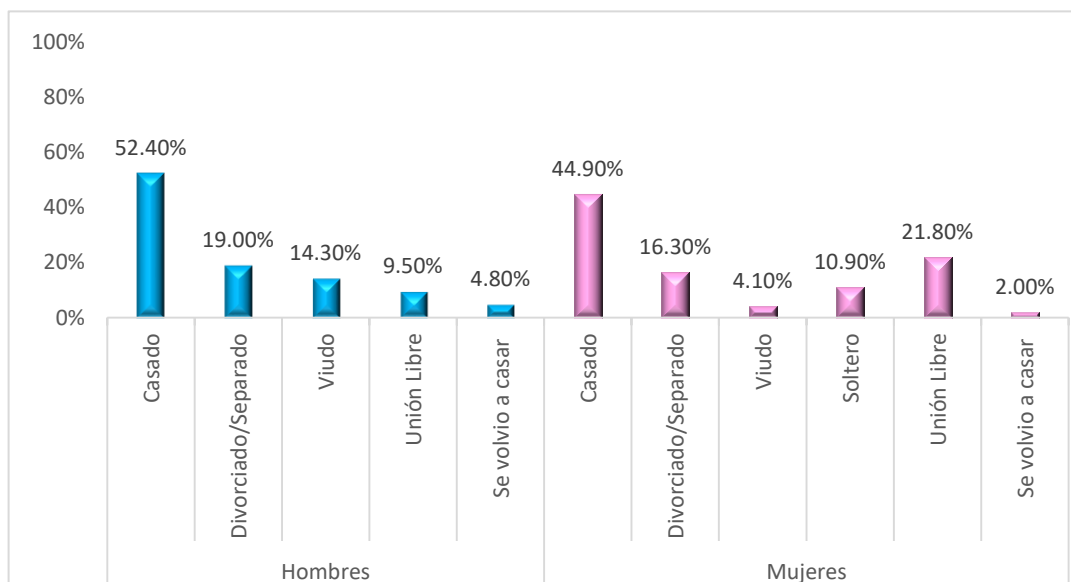


Figura 4. Estado civil de los participantes por sexo

La *Figura 5* muestra la ocupación de los padres por sexo. La mayoría de los padres mencionaron ser Empleados/Oficinistas o Comerciantes por su cuenta, por otra parte, un porcentaje pequeño se encuentra desempleado, mientras que una porción mayor de las madres reportaron dedicarse a las tareas del hogar, seguida por la ocupación de comerciantes por su cuenta.

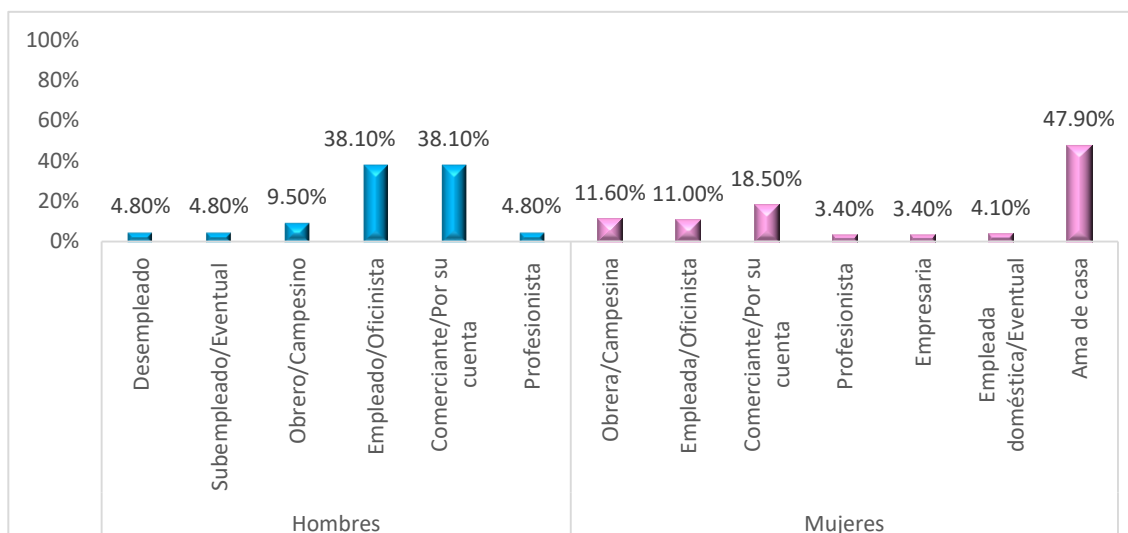


Figura 5. La ocupación de los participantes por sexo

La *Figura 6* muestra el tipo de familia que tienen los participantes, poco menos de la mitad vive en una Familia Nuclear, es decir, está constituida por papá, mamá e hijos, le sigue la Familia Monoparental (padre o madre e hijos) y Familia Extensa (padre, madre e hijos y otro familiar).

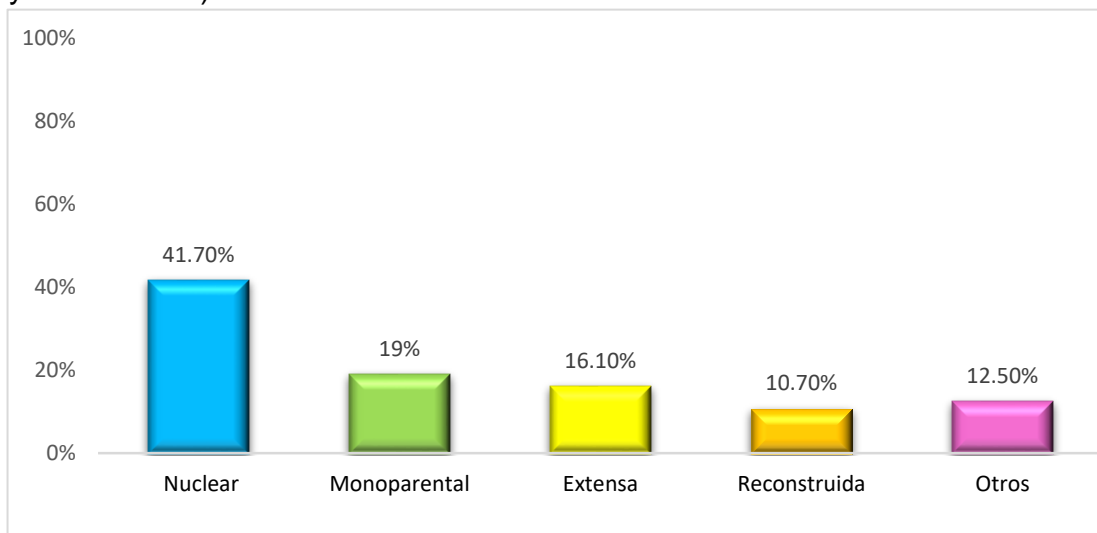


Figura 6. Tipo de familia

El número de hijos de los participantes se muestra en la *Figura 7*, se observa que la mayoría reportan tener entre dos y tres hijos.

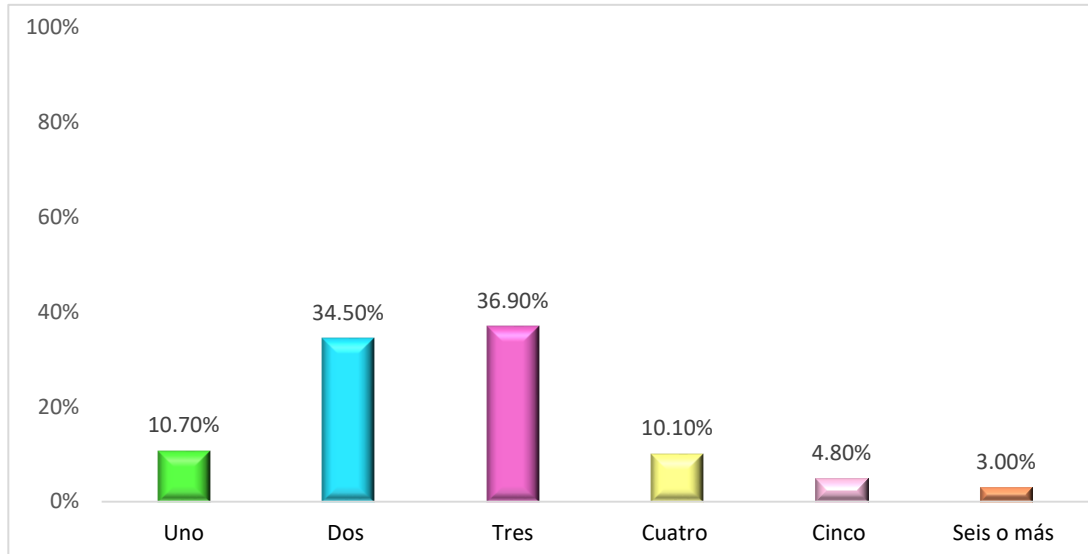


Figura 7. Número de hijos de los participantes

El proveedor principal de la familia que reportaron los padres se muestra en la *Figura 8*. Se observa que el proveedor principal es el padre con una porción mayor al 50%, seguido de la opción de ambos padres.

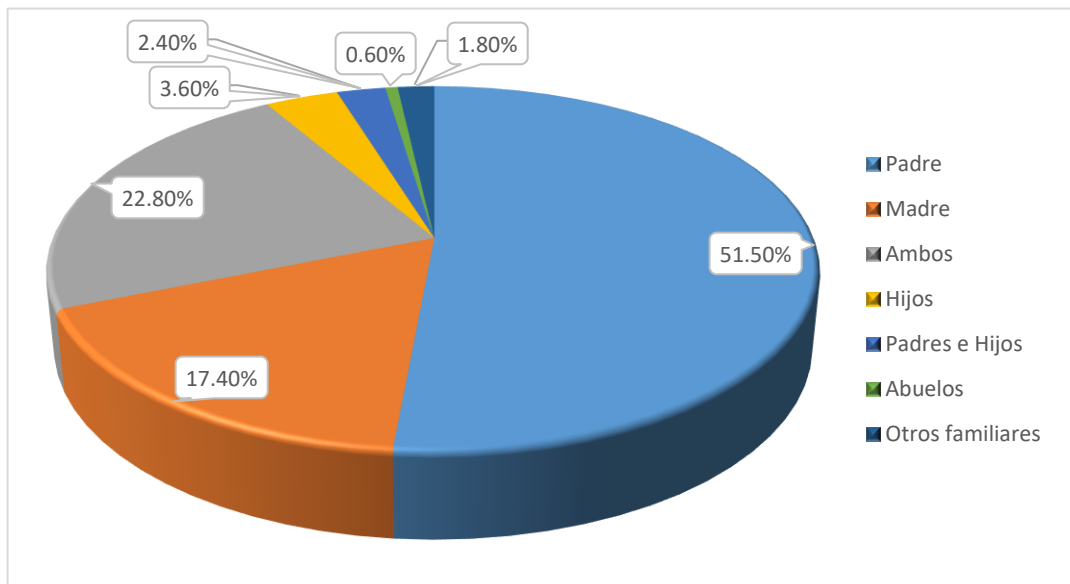


Figura 8. Proveedor principal de la familia

En la *Figura 9* muestra el ingreso mensual expuesto por los padres. Se observa que más de la mitad reportan que ganan de \$2, 500 a \$6, 500 pesos, seguido de la opción menos de \$2,500 pesos.

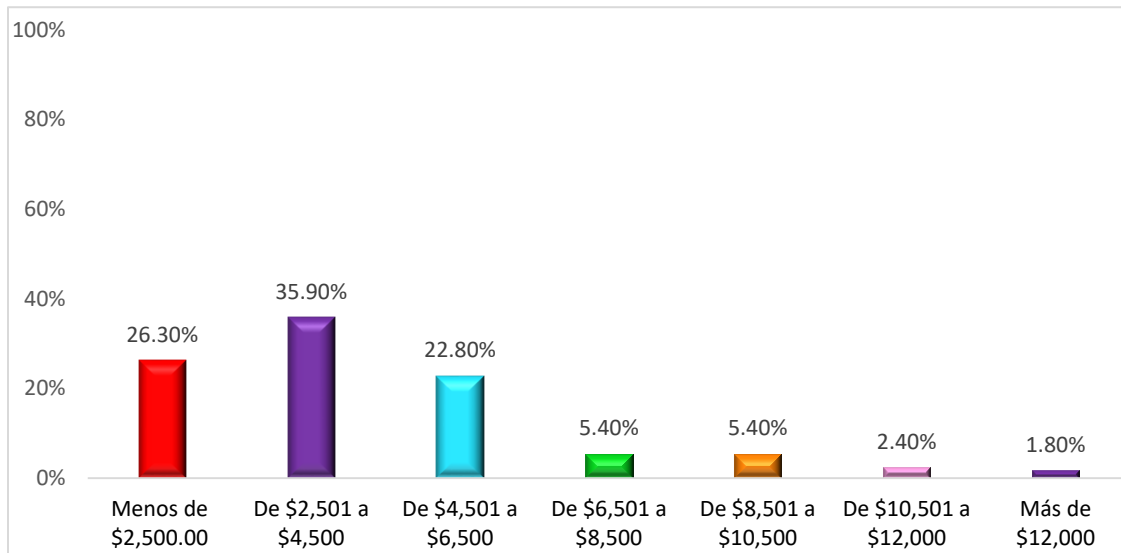


Figura 9. Ingreso mensual de los participantes

En la *Figura 10* se expone la percepción de los padres acerca del ingreso mensual. Estos perciben que el ingreso es poco o suficiente con un porcentaje mayor al 90%.

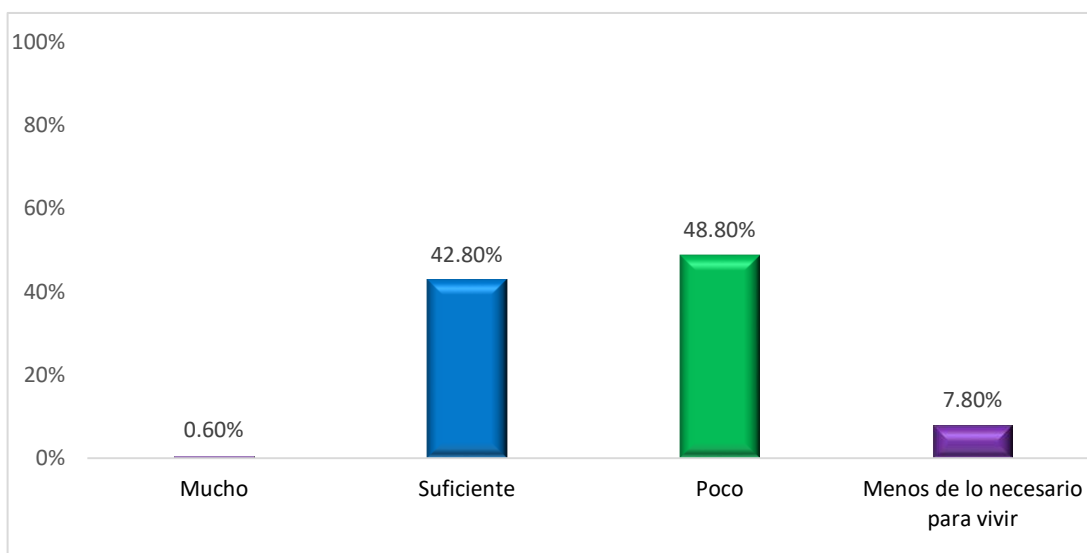


Figura 10. Ingreso mensual de los padres

5.2 Propiedades psicométricas

5.2.1 Análisis de reactivos

Se realizaron análisis de Sesgo, Curtosis, t de Student y correlación de Pearson para identificar aquellos reactivos con probabilidad de inclusión o exclusión, se tomó en cuenta como criterios de inclusión un sesgo y curtosis menor a ± 1.5 , así como el resultado de la prueba t y correlación de Pearson que fueran significativos los valores y/o se presentaran correlaciones mayores a 0.20 o menores a 0.80, para evitar la colinealidad de los reactivos. En la *Tabla 2* se presenta los 120 reactivos y las características de cada uno de ellos para la posible inclusión o exclusión

Tabla 2.
Análisis de las propiedades psicométricas de los reactivos

Reactivo CBCL/6-18	Criterios de posible inclusión o exclusión			
	Sesgo	Curtosis	r	t
1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad	.461	-.681	.358**	-4.16***
2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres	2.83	7.60	.135	-2.15*
3. Discute mucho	.004	-.440	.580**	-7.49***
4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza	-.043	-1.03	.563**	-8.98***
5. Disfruta de muy pocas cosas	.112	-.422	.489**	-6.65***
6. Se ensucia encima o en lugares inadecuados	.551	-1.20	.601**	-9.69***
7. Es engreído(a), presumido(a)	1.04	-.118	.513**	-5.08***
8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo	.070	-1.05	.481**	-6.32***
9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos	.404	-1.01	.475**	-6.49***
10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto (a) o hiperactivo (a)	.490	-1.02	.406**	-4.24***
11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos	.453	-.822	.374**	-4.67***
12. Se queja de que se siente solo (a)	.532	-.785	.562**	-7.94***
13. Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes	.476	-1.02	.651**	-10.92***
14. Llora mucho	1.21	.391	.438**	-6.36***
15. Es cruel con los animales	1.25	.105	.582*	-8.27***
16. Es cruel, abusador (a), y malo (a) con los demás	1.72	1.77	.672**	-7.56***
17. Sueña despierto(a), se pierde en sus propios pensamientos	.814	-.551	.553**	-6.74***
18. Se hace daño así mismo(a), deliberadamente o ha intentado suicidarse	1.84	2.24	.466**	-5.00***
19. Exige mucha atención	.565	-.774	.498**	-4.84***
20. Destruye sus propias cosas	1.85	2.53	.532**	-5.91***
21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas	1.94	2.73	.560**	-5.82***
22. Desobedece en casa	.048	-.258	.552**	-6.47***
23. Desobedece en la escuela	.407	-.843	.521**	-7.63***

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabla 2.*Análisis de las propiedades psicométricas de los reactivos (Continuación)*

Reactivo CBCL/6-18		Criterios de posible inclusión o exclusión			
		Sesgo	Curtosis	r	t
24.	No come bien	.565	-.747	.383**	-4.39***
25.	No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes	.517	-.625	.517**	-7.13***
26.	No parece sentirse culpable después de portarse mal	.469	-.664	.550**	-6.29***
27.	Se pone celoso(a) fácilmente	.257	-.935	.424**	-5.62***
28.	No respeta/rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar	.599	-.731	.611**	-8.09***
29.	Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela)	.548	-.808	.399**	-3.92***
30.	Le da miedo ir a la escuela	2.31	4.08	.454**	-5.07***
31.	Tiene miedo de que puedan pensar o hacer algo malo	.560	-.594	.432**	-4.86***
32.	Siente que tiene que ser perfecto	.776	-.592	.397**	-3.93***
33.	Siente o se queja de que nadie lo/la quiere	.703	-.508	.548**	-5.74***
34.	Siente que los demás lo/la quieren perjudicar	.841	-.345	.553**	-6.56***
35.	Se siente inferior o cree que no vale nada	1.14	.168	.576**	-6.32***
36.	Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso (a) a accidentes	2.23	4.01	.459**	-4.19***
37.	Se mete en muchas peleas	1.99	3.23	.437**	-5.29***
38.	Los demás se burlan de él/ella a menudo	1.02	.070	.532**	-8.18***
39.	Se junta niños(as), jóvenes que se meten en problemas	1.02	-.120	.494**	-5.50***
40.	Oye sonidos o voces que no existen	3.61	12.72	.312**	-3.11***
41.	Impulsivo(a); actúa sin pensar	.565	-.774	.592**	-7.97***
42.	Prefiere estar solo(a) que con otras personas	.318	-.891	.534**	-6.93***
43.	Dice mentiras o hace trampa	.563	-.721	.598**	-8.08***
44.	Se muerde las uñas	.807	-.769	.265**	-3.74***
45.	Nervioso (a), tenso (a)	.090	-1.09	.428**	-5.92***
46.	Movimientos involuntarios o tics	1.40	.940	.418**	-5.67***
47.	Pesadillas	1.08	.192	.380**	-4.93***
48.	No le cae bien a otros niños(as)/jóvenes	.493	-.701	.415**	-6.15***
49.	Padece estreñimiento	.779	-.531	.528**	-11.73***
50.	Es demasiado ansioso(a) o miedoso(a)	.585	-.639	.520**	-6.79***
51.	Se siente mareado(a)	1.17	.253	.408**	-4.64***
52.	Se siente demasiado culpable	1.33	.775	.524**	-6.20***
53.	Come demasiado	.686	-.675	.323**	-3.43**
54.	Se siente demasiado cansado(a) sin razón para estarlo	.555	-.676	.441**	-5.94***
55.	Tiene sobrepeso	1.59	1.20	171*	-1.84
56.	Problemas físicos sin causa medica conocida:	2.54	5.93	.400**	-2.81**
57.	Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)	.863	-.469	.320**	-4.53***
58.	Dolores de cabeza	.615	-.566	.374**	-5.02***
59.	Nauseas, ganas de vomitar	1.22	.519	.414**	-4.71***
60.	Problemas con los ojos (no incluya si corregido con lentes/espejuelos)	.816	-.731	.205**	-3.26**
61.	Salpullido o irritación en la piel	1.40	.837	.391**	-4.86***
62.	Dolores de estómago	.482	-.632	.468**	-7.89***
63.	Vómitos	2.61	6.34	.412**	-3.25**
64.	Otros problemas físicos	3.38	11.33	.208**	-2.67*

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabla 2.*Análisis de las propiedades psicométricas de los reactivos (Continuación)*

	Reactivo CBCL/6-18	Criterios de posible inclusión o exclusión			
		Sesgo	Curtosis	r	t
65.	Ataca/agrede físicamente a otras personas	2.47	5.55	.488**	-4.86***
66.	Mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo	2.75	7.26	.438**	-3.74***
67.	Se toca/juega con sus partes sexuales en publico	1.40	.407	.536**	-8.47***
68.	Se toca/juega con sus partes sexuales	1.37	.657	.578**	-7.87***
69.	Tiene bajo rendimiento en la escuela	.333	-1.29	.451**	-7.42***
70.	Mala coordinación o torpeza	1.32	.791	.474**	-5.39***
71.	Prefiere estar con niños(as) mayores que él/ella	.650	-.551	.494**	-5.08***
72.	Prefiere estar con niños(as) menores que él/ella	.799	-.334	.452**	-4.69***
73.	Se rehúsa a hablar	.939	-.263.	.498**	-6.46***
74.	Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones	1.39	.946	.559**	-6.30***
75.	Se fuga de casa	3.27	10.92	.384**	-3.77***
76.	Grita mucho	.622	-.617	.361**	-3.55**
77.	Reservado(a), se calla todo	.190	-.612	.328**	-3.94***
78.	Ve cosas que no existen	2.86	7.75	.379**	-3.75***
79.	Se cohíbe y se avergüenza con facilidad	5.66	53.55	.254**	-5.85***
80.	Quema cosas	2.18	3.78	.402**	-4.05***
81.	Tiene problemas sexuales	1.46	.997	.528**	-6.59***
82.	Le gusta llamar la atención o hacerse el/la payaso(a), gracioso(a)	.855	-.383	.477**	-6.69***
83.	Demasiado tímido(a)	.463	-.744	.302**	-3.57**
84.	Duerme menos que la mayoría de los niños(as)/jóvenes	1.02	-.061	.449**	-5.48***
85.	Duerme más que la mayoría de los niños(as)/jóvenes durante el día y/o la noche	.897	-.326	.403**	-3.42**
86.	No presta atención o se distrae fácilmente	.305	-1.00	.502**	-7.86***
87.	Problemas con el habla	1.74	2.05	.451**	-5.93***
88.	Se queda con la mirada fija, mirando el vacío	.910	-.430	.554**	-9.07***
89.	Roba en casa	2.67	6.76	.513**	-4.79***
90.	Roba fuera de casa	3.75	13.71	.418**	-3.51**
91.	Almacena demasiadas cosas que no necesita	1.13	.312	.347**	-3.53**
92.	Comportamiento raro	1.73	2.03	.548**	-5.20***
93.	Ideas raras	1.55	1.44	.619**	-8.04***
94.	Obstinado(a), malhumorado(a), irritable(a)	.452	-.850	.582**	-7.04***
95.	Súbitos cambios de humor o sentimientos	.326	-.742	.610**	-8.11***
96.	Queda contrariado(a), pone mala cara con frecuencia	.006	.071	.185*	-3.45**
97.	Desconfiado(a), receloso(a)	.468	-.795	.472**	-6.22***
98.	Dice groserías, usa lenguaje obsceno	.603	-.629	.508**	-6.02***
99.	Habla de querer matarse	2.42	5.08	.553**	-4.77***
100.	Habla o camina cuando está dormido	1.11	.047	.509**	-7.76***
101.	Habla demasiado	.548	-.808	.274**	-4.04***
102.	Se burla mucho de los demás	1.11	.232	.476**	-6.32***
103.	Le dan rabietas o tiene mal genio	.351	-.723	.484**	-6.46***
104.	Parece pensar demasiado sobre temas sexuales	1.99	3.23	.447**	-4.61***
105.	Amenaza a otros	2.70	7.01	.427**	-4.44***
106.	Se chupa el dedo	1.36	.382	.468**	-6.77***
107.	Fuma, masca o inhala tabaco	3.04	9.03	.402**	-3.73**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabla 2.*Análisis de las propiedades psicométricas de los reactivos (Continuación)*

Reactivo CBCL/6-18		Criterios de posible inclusión o exclusión			
		Sesgo	Curtosis	r	t
108.	No duerme bien	.824	-.294	.413**	-4.90***
109.	Falta a la escuela sin motivo	2.13	3.57	.436**	-4.29***
110.	Poco activo(a), lento(a), o le falta energía	.739	-.545	.518**	-7.77***
111.	Infeliz, triste o deprimido(a)	1.19	-.040	.669**	-9.87***
112.	Más ruidoso(a) de lo común	.971	-.046	.381**	-4.12**
113.	Usa drogas sin motivo medico (no incluya alcohol o tabaco)	3.64	13.27	.340**	-3.31**
114.	Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas	1.42	.370	.503**	-8.28***
115.	Se orina en la ropa durante el día	1.37	.367	.425**	-7.29***
116.	Se orina en la cama	1.46	.938	.533**	-7.94***
117.	Se queja mucho	1.00	-.158	.377**	-7.08***
118.	Desea ser del sexo opuesto	3.64	13.55	.355**	-2.90**
119.	Se aísla, no se relaciona con los demás	.978	-.065	.501**	-5.99***
120.	Se preocupa mucho	.305	-.794	.311**	-3.70***

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.000$

5.3 Validez de constructo

5.3.1 Análisis Factorial Exploratorio

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de, sesgo, curtosis, la prueba t de Student y correlación de Pearson para cada reactivo quedaron 100 reactivos del CBCL/ 6-18, con lo que se realizó el análisis factorial agrupado a ocho factores con Máxima Verosimilitud y rotación Varimax

La matriz se comprobó mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett, los valores obtenidos fueron (KMO=.842; $X^2=6566.46$; $p=.000$). En la *Tabla 3*, se observan los datos que se obtuvieron mediante el análisis factorial, seleccionando los reactivos con cargas factoriales mayores o igual a .40, criterio que agrupó 62 reactivos en ocho factores, lo cual explica el 50.299% de la varianza total.

Tabla 3.*Matriz factorial por máxima verosimilitud con rotación Varimax*

Reactivos	Componentes							
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
114. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas	.855							
115. Se orina en la ropa durante el día	.850							

Tabla 3.*Matriz factorial por máxima verosimilitud con rotación Varimax (Continación)*

Reactivos	Componentes							
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
116. Se orina en la cama	.828							
67. Se toca/juega con sus partes sexuales en publico	.799							
106. Se chupa el dedo	.729							
81. Tiene problemas sexuales	.720							
117. Se queja mucho	.717							
15. Es cruel con los animales	.708							
68. Se toca/juega con sus partes sexuales	.671							
100. Habla o camina cuando está dormido	.668							
88. Se queda con la mirada fija, mirando el vacío	.615							
6. Se ensucia encima o en lugares inadecuados	.614							
102. Se burla mucho de los demás		.642						
41. Impulsivo(a); actúa sin pensar		.591						
94. Obstinado(a), malhumorado(a), irritable(a)		.572						
98. Dice groserías, usa lenguaje obsceno		.569						
82. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la payaso(a), gracioso(a)		.568						
103. Le dan rabieta o tiene mal genio		.565						
95. Súbitos cambios de humor o sentimientos		.554						
3. Discute mucho		.546						
76. Grita mucho		.531						
10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto (a) o hiperactivo (a)		.514						
23. Desobedece en la escuela		.495						
43. Dice mentiras o hace trampa		.495						
26. No parece sentirse culpable después de portarse mal		.474						
112. Más ruidoso(a) de lo común		.459						
101. Habla demasiado		.404						
35. Se siente inferior o cree que no vale nada			.680					
34. Siente que los demás lo/la quieren perjudicar			.618					
33. Siente o se queja de que nadie lo/la quiere			.617					
14. Lloro mucho			.537					
16. Es cruel, abusador (a), y malo (a) con los demás			.531					
12. Se queja de que se siente solo (a)			.508					
31. Tiene miedo de que puedan pensar o hacer algo malo			.495					
19. Exige mucha atención			.479					
32. Siente que tiene que ser perfecto			.443					

Tabla 3.*Matriz factorial por máxima verosimilitud con rotación Varimax (Continación)*

Reactivos	Componentes							
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
29. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela)			.430					
52. Se siente demasiado culpable			.420					
11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos			.417					
107. Fuma, masca o inhala tabaco				.746				
113. Usa drogas sin motivo medico (no incluya) alcohol o tabaco				.663				
89. Roba en casa				.614				
90. Roba fuera de casa				.530				
119. Se aísla, no se relaciona con los demás					.665			
83. Demasiado tímido(a)					.623			
110. Poco activo(a), lento(a), o le falta energía					.608			
108. No duerme bien					.468			
84. Duerme menos que la mayoría de los niños(as)/jóvenes					.454			
50. Es demasiado ansioso(a) o miedoso(a)					.432			
111. Infeliz, triste o deprimido(a)					.424			
57. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)						.736		
51. Se siente mareado(a)						.697		
58. Dolores de cabeza						.607		
62. Dolores de estómago						.575		
59. Nauseas, ganas de vomitar						.536		
86. No presta atención o se distrae fácilmente							.875	
8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo							.488	
69. Tiene bajo rendimiento en la escuela							.464	
39. Se junta niños(as), jóvenes que se meten en problemas								.545
105. Amenaza a otros								.461
37. Se mete en muchas peleas								.439
28. No respeta/rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar								.436
%Varianza Explicada	11.88	10.14	7.88	4.85	4.65	4.55	3.38	2.93

5.3.2 Descripción de los factores

En la *Tabla 4*, se muestra la definición de los ocho factores derivados del análisis factorial exploratorio por máxima verosimilitud con rotación Varimax, así como los reactivos que contiene cada uno de estos factores.

Tabla 4.*Definición de cada factor obtenido en el Análisis Factorial Exploratorio*

FACTORES	DEFINICIÓN
<p>PROBLEMAS DE PENSAMIENTO</p> <p>6. Se ensucia encima o en lugares inadecuados</p> <p>15. Es cruel con los animales</p> <p>67. Se toca/juega con sus partes sexuales en publico</p> <p>68. Se toca/juega con sus partes sexuales</p> <p>81. Tiene problemas sexuales</p> <p>88. Se queda con la mirada fija, mirando el vacío</p> <p>100. Habla o camina cuando está dormido</p> <p>106. Se chupa el dedo</p> <p>114. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas</p> <p>115. Se orina en la ropa durante el día</p> <p>116. Se orina en la cama</p> <p>117. Se queja mucho</p> <p>CONDUCTA AGRESIVA</p> <p>3. Discute mucho</p> <p>10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto (a) o hiperactivo (a)</p> <p>23. Desobedece en la escuela</p> <p>26. No parece sentirse culpable después de portarse mal</p> <p>41. Impulsivo(a); actúa sin pensar</p> <p>43. Dice mentiras o hace trampa</p> <p>76. Grita mucho</p> <p>82. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la payaso(a), gracioso(a)</p> <p>94. Obstinado(a), malhumorado(a), irritable(a)</p> <p>95. Súbitos cambios de humor o sentimientos</p> <p>98. Dice groserías, usa lenguaje obsceno</p> <p>101. Habla demasiado</p> <p>102. Se burla mucho de los demás</p> <p>103. Le dan rabieta o tiene mal genio</p> <p>112. Más ruidoso(a) de lo común</p> <p>ANSIEDAD/DEPRESIÓN</p> <p>11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos</p> <p>12. Se queja de que se siente solo (a)</p> <p>14. Lloro mucho</p> <p>16. Es cruel, abusador (a), y malo (a) con los demás</p> <p>19. Exige mucha atención</p> <p>29. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares (no incluye la escuela)</p>	<p>Incluye la incapacidad para sacar ciertos pensamientos de la mente, hacerse daño, escuchar o ver cosas que los demás consideran que no existen, hacer cosas extrañas para los demás y problemas con el sueño</p> <p>Engloba conductas como discutir demasiado, ser malo (a) con los demás, demandar atención, destruir cosas tanto propias como de otras personas, desobedecer en casa y en la escuela, pelear mucho y atacar a la gente físicamente, ser testarudo, desconfiado o enfadarse con facilidad, así como amenazar a las personas con hacerles daño</p> <p>Evalúa la presencia de miedos, sentimientos de inferioridad, tristeza, nerviosísimo, ansiedad y preocupaciones</p>

Tabla 4.*Definición de cada factor obtenido en el Análisis Factorial Exploratorio (Continación)*

FACTORES	DEFINICIÓN
31. Tiene miedo de que puedan pensar o hacer algo malo 32. Siente que tiene que ser perfecto 33. Siente o se queja de que nadie lo/la quiere 34. Siente que los demás lo/la quieren perjudicar 35. Se siente inferior o cree que no vale nada 52. Se siente demasiado culpable	
RUPTURA DE REGLAS 89. Roba en casa 90. Roba fuera de casa 107. Fuma, masca o inhala tabaco 113. Usa drogas sin motivo medico (no incluya) alcohol o tabaco	Refleja la presencia de conductas como consumir alcohol, no sentir culpa después de haber hecho algo malo, ruptura de reglas en el hogar, la escuela y otros lugares. Frecuentar jóvenes que se meten en problemas, engañar o mentir a los demás, escaparse de casa o faltar a clases, robar tanto en casa como fuera de ella
RETRAIMIENTO 50. Es demasiado ansioso(a) o miedoso(a) 83. Demasiado tímido(a) 84. Duerme menos que la mayoría de los niños(as)/jóvenes 108. No duerme bien 110. Poco activo(a), lento(a), o le falta energía 111. Infeliz, triste o deprimido(a) 119. Se aísla, no se relaciona con los demás	Agrupa sentimientos de soledad, tendencia a estar solo (a), tendencia a evitar convivir con las personas y sentimientos de vergüenza
QUEJAS SOMÁTICAS 51. Se siente mareado(a) 57. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza) 58. Dolores de cabeza 59. Nauseas, ganas de vomitar 62. Dolores de estómago	Engloba sentimientos de agotamiento físico y problemas físicos sin una causa medica aparente
PROBLEMAS DE ATENCIÓN 8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo 69. Tiene bajo rendimiento en la escuela 86. No presta atención o se distrae fácilmente	Se refiere a conductas tales como dejar cosas sin terminar, problemas para mantener la concentración por tiempos prolongados, distraerse con facilidad, dificultad para mantenerse quieto, soñar despierto y tener desempeño académico bajo
PROBLEMAS SOCIALES 28. No respeta/rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar 37. Se mete en muchas peleas 39. Se junta niños(as), jóvenes que se meten en problemas 105. Amenaza a otros	Categoriza conductas como dependencia de los adultos, problemas para relacionarse con otros jóvenes, cierta tendencia a relacionarse con jóvenes de menor o mayor edad y sentimientos de torpeza o mantener conflicto con las personas.

5.4 Análisis de confiabilidad

5.4.1 Análisis de consistencia interna

La confiabilidad del CBCL/6-18 se consiguió a través del análisis de consistencia interna, el cual se elaboró con los reactivos agrupados en los ocho factores. Fueron en total 62 ítems que cumplieron con los estatutos establecidos. El alpha de Cronbach del instrumento es de .943, lo cual indica que el grado de confiabilidad es moderadamente alto (Anastasi & Urbina, 1998). En la *Tabla 5* se presentan los coeficientes de consistencia interna por factor, en esta se puede observar que los resultados fueron superiores a 0.60 (Prieto, 2010).

Tabla 5.
Coeficientes de consistencia interna de Cronbach por factor

Factor	Número de reactivos	Alpha de Cronbach α
Problemas de Pensamiento	12	$\alpha = .812$
Conducta Agresiva	15	$\alpha = .782$
Ansiedad/Depresión	12	$\alpha = .795$
Ruptura de Reglas	4	$\alpha = .814$
Retraimiento	7	$\alpha = .788$
Quejas Somáticas	5	$\alpha = .820$
Problemas de Atención	3	$\alpha = .818$
Problemas Sociales	4	$\alpha = .797$

En la *Tabla 6* se presenta la correlación entre factores, en la cual se observa que la mayoría de las correlaciones entre los puntajes de cada factor son moderadas y buenas.

Tabla 6.
Correlaciones por factor

Factores	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
F1. Problemas de Pensamiento	-	.433**	.375**	.329**	.426**	.256**	.333**	.315**
F2. Conducta Agresiva		-	.527**	.353**	.500**	.292**	.541**	.656**
F3. Ansiedad/Depresión			-	.377**	.569**	.401**	.322**	.437**
F4. Ruptura de Reglas				-	.392**	.263**	.224**	.403**
F5. Retraimiento					-	.420**	.443**	.399**
F6. Quejas Somáticas						-	.168*	.299**
F7. Problemas de Atención							-	.393**
F8. Problemas Sociales								-

* $p < .05$; ** $p < .01$

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 Discusión

El objetivo general del presente estudio fue analizar las propiedades psicométricas en términos de validez de constructo y consistencia interna del CBCL/ 6 a 18 años, debido a la importancia de conocer la perspectiva de los padres acerca de los hijos, tanto en investigación con infantes, así como con adolescentes.

Es relevante obtener pruebas o instrumentos que sean capaces de detectar los problemas psicológicos, ya que la OMS (2016), indica que la prevalencia de estos problemas en la población infante-adolescente es objeto de numerosos estudios a través del mundo. La investigación realizada desde hace décadas arroja evidencia sustancial que el 20% de los niños y adolescentes presentan problemas de tipo psicológico-conductual y se manifiestan antes de los 14 años.

La lista de verificación del comportamiento (CBCL), es una de las medidas de informe para padres más utilizada. Esta lista detecta los problemas emocionales y del comportamiento de niños y adolescentes, tanto en el ámbito clínico como en el de investigación (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001). Por esto, existen diversas validaciones a través del tiempo, las cuales son internacionales y nacionales que muestran resultados válidos y confiables con diversas metodologías, así como análisis estadísticos diferentes. Estas investigaciones resaltan la importancia de indagar los problemas psicológicos y de conducta de los adolescentes con el propósito de conocer ampliamente estos inconvenientes y el cómo las percibe los padres de acuerdo a las manifestaciones de los jóvenes en la adolescencia (Achenbach, 2015; Albores et. al., 2007; Albores et. al., 2016; Ivanova et al., 2007; Rescorla et. al., 2007; Oliva, Castro y García, 2009).

Desde el desarrollo de las escalas del CBCL, Achenbach y colaboradores (1991; 2001), agregaron escalas de síndrome de banda estrecha, competencias y/o conductas adaptativas, así como escalas de internalización, externalización y problemas totales. Es decir, de banda ancha para organizar en un segundo orden la información obtenida de

los padres sobre las capacidades y/o los problemas conductuales de los hijos. Los resultados obtenidos en esta investigación muestran evidencia de algunas semejanzas con el instrumento original en los factores de primer orden obtenidos.

En comparación con los resultados obtenidos en indagación internacional (Achenbach, 2015; Ivanova, et. al., 2007; Rescorla, et. al., 2007), se puede mencionar que la estructura se conservó en ocho subescalas, por ende, se ajusta adecuadamente a la población mexicana. Sin embargo, no necesariamente implica la universalidad de los problemas psicológicos y conductuales de los adolescentes, en consecuencia se estima la importancia de verificar la viabilidad de los reactivos que reflejen los problemas psíquicos y conductuales particulares de cada sociedad (Ivanova, et al., 2007).

En investigaciones anteriores, Albores et. al. (2007), llevó a cabo la validez del CBCL/6-18 como instrumento de detección de psicopatología por medio de una curva receiver operating characteristic (ROC), el criterio utilizado fue la condición de ser referido o no referido clínicamente. Las diferencias entre las medias de los grupos se determinaron mediante una prueba t de Student para muestras independientes. En comparación con este estudio en el cual se elaboró un análisis factorial exploratorio para comprobar la validez de constructo de este instrumento. Respecto a las averiguaciones de Oliva, Castro & García (2009) y Albores et. al. (2016), se refieren a datos psicométricos del CBCL. Realizaron adaptación y validez de criterio respectivamente, aunque la muestra fue de infantes.

Para este estudio, se aplicó la escala a una muestra de 170 padres de adolescentes. Los jóvenes asisten a escuelas públicas de la Zona Metropolitana de la CDMX, posteriormente se realizaron análisis estadísticos correspondientes con la finalidad de corroborar las propiedades de cada uno de los reactivos de la escala como son el sesgo y la curtosis con criterios de eliminación mayores de ± 1.5 para cada una.

Con el propósito de conocer ampliamente estas propiedades, se realizaron la prueba t de Student y correlación de Pearson. El criterio para considerarse significativas es obtener un valor menor a 0.05 y mayores a 0.20, así como menores a 0.80 (Anastasi

& Urbina, 1998). Respecto a esto, en el primer análisis se eliminaron reactivos pertenecientes a las escalas establecidas en el instrumento original. En todas las escalas hubo exclusión de ítems pero en las que más se observó esto fueron problemas sociales y ruptura de reglas. Los criterios evaluados para la supresión de cada ítem fueron en mayor medida curtosis y sesgo, así como los valores de t de Student.

Posteriormente se llevaron a cabo los análisis para evaluar la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio, el cual permite reducir datos y agruparlos en factores homogéneos (Aravena, Moraga, Velasquez & Manterola, 2014). La matriz se comprobó mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett, los valores obtenidos fueron KMO igual a 0.842, por su parte el valor de X^2 fue de 6566.46 y un nivel de significancia de $p=.001$, que son considerados valores adecuados (Corral, 2009; Nunally & Bernstein, 1995; Prieto & Delgado, 2010).

Del análisis factorial exploratorio se seleccionaron aquellos factores que agruparon al menos tres reactivos, cuyas carga factoriales fueron iguales o mayores a 0.40. Se efectuó con estimación por máxima verosimilitud, el cual es un método habitual para ajustar un modelo y estimar sus parámetros, es decir, es un procedimiento que permite estimar los parámetros de un modelo probabilístico, de tal manera que sean los más probables a partir de los datos obtenidos y rotación varimax.

Este análisis arrojó 62 reactivos congregados en ocho factores que son: 1. Problemas de pensamiento (VE=11.88%); 2. Conducta agresiva (VE=10.14%); 3. Ansiedad/depresión (VE=7.88%); 4. Ruptura de Reglas (VE=4.85); 5. Retraimiento (VE=4.65); 6. Quejas somáticas (VE=4.55); 7. Problemas de atención (VE=3.38) y 8. Problemas sociales (VE=2.98) con una varianza explicada total de 50.299%. A pesar de que ciertos reactivos de la escala no cumplieron con los criterios establecidos para la inclusión en el análisis factorial exploratorio, la estructura factorial original de primer orden se conserva.

Para la descripción de los factores obtenidos en el análisis factorial se retomó las definiciones de Achenbach y Rescorla (2001), a consecuencia de las similitudes en la estructura factorial obtenida, aunque el orden de los factores es diferente. Se puede considerar que los problemas de pensamiento, seguido de las conductas agresivas son representativos para esta muestra de padres.

- Problemas de Pensamiento: explora la incapacidad para mostrar pensamiento de la mente, hacerse daño y/o cosas extrañas para los demás (p.e. *“es cruel con los animales”*).
- Conducta Agresiva: engloba conductas como discutir, demandar atención, destruir cosas, entre otras (p. e. *“le gusta llamar la atención o hacerse el/la payasa”*; *“impulsivo, actúa sin pensar”*).
- Ansiedad/Depresión: evalúa la presencia de miedos, sentimientos de inferioridad, así como preocupaciones (p. e. *“exige mucha atención”*; *“tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares”*).
- Ruptura de Reglas: refleja la presencia de conductas como consumir alcohol, rompimiento de reglas en el hogar y escuela (p. e. *“roba fuera de casa”*).
- Retraimiento: agrupa sentimientos de soledad, tendencia a evitar la convivencia con las personas (p. e. *“se aísla, no se relaciona con los demás”*).
- Quejas Somáticas: incluye sentimientos de agotamiento físico y problemas sin una causa médica (p. e. *“dolores o molestias; sin que sean del estómago o dolores de cabeza”*).
- Problemas de Atención: se refiere a comportamientos tales como dejar cosas sin concluir, problemas para mantener la concentración por tiempos prolongados (p. e. *“no puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo”*).
- Problemas Sociales: categoriza conductas como dependencia hacia los adultos, así como mantener conflictos con las personas (p. e. *“se mete en muchas peleas”*).

Por otra parte, los valores de alpha de Cronbach que esta investigación muestra son similares y comparables con los resultados de las investigaciones internacionales

anteriores. En cotejo con (Dang, Nguyen y Weiss, 2017), estos autores obtuvieron una consistencia interna de las escalas en el rango de 0.76 a 0.96, al comparar con el rango obtenido en este estudio (0.78 - 0.81) se establece que fueron valores menores. Por su partes, (Gomez, Vance & Miranjani, 2014) reportó una confiabilidad total de 0.63, esta es menor en comparación con la lograda en esta investigación que fue de 0.94. Aunque al comparar la consistencia interna con el instrmento original de Achenbach y Rescorla (2001), es menor al valor 0.97 .

Al comparar con la investigación en población mexicana de (Albores, et al., 2007) se hace referencia que el rango de valores reportado de las subescalas es de 0.68 a 0.91, mientras que el rango de este estudio es de 0.78 a 0.81. Los valores obtenidos se consideran moderadamente altos, lo que indica que el CBCL/6-18 es un instrumento válido y confiable para un sector de la población mexicana de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

A pesar de que ciertos reactivos de la escala no cumplieron con los criterios establecidos para la inclusión en el análisis factorial exploratorio, además de los que obtuvieron valores de carga factorial menores a 0.40, la estructura factorial original se conservó. El esquema del instrumento puede considerarse óptimo para la evaluación de los problemas psicológicos y conductales. Por lo que se estima que tras el análisis de las propiedades psicométricas del CBCL/6-18 este se podría utilizar en evaluaciones posteriores de adolescentes mexicanos.

6.2 Alcances y limitaciones

Respecto a los alcances de esta investigación, aunque se trata de un análisis exploratorio, este estudio permitió brindar información complementaria sobre las propiedades psicométricas de este instrumento para la evaluación de padres de adolescentes, lo cual favorece la inclusión de esta herramienta para una evaluación integral, considerando que instrumentos como el Youth Self Report están disponibles para adolescentes mexicanos.

Dentro de las limitaciones que se encontraron, en primer lugar, el tamaño de la muestra fue pequeño por lo que se recomienda ampliar este para realizar análisis más robustos como lo sería un análisis factorial confirmatorio. En segundo lugar, la aplicación solo se realizó en un sector de la población esto conduce a exhortar a la ampliación del área geográfica de México para detectar las diferencias o similitudes de la población mexicana. Y por último, al ser población escolar son las mamás quienes siguen más involucradas en las cuestiones de los hijos, por ende representan mayor número en la muestra de esta investigación.

6.3 Conclusiones

En la adolescencia la mayoría de los jóvenes conviven en varios contextos que les permiten interactuar con sus pares, así como con adultos que los ayudarán a adquirir y desarrollar habilidades para enfrentar los cambios y retos suscitados a través de esta etapa. Un aspecto relevante en la adolescencia es la adaptación, esta beneficia la salud mental de los adolescentes considerada como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, logra trabajar de forma productiva y fructífera que lo conduce a una contribución a su comunidad.

Los problemas de salud mental más frecuentes en los niños y adolescentes son la depresión, la ansiedad, el trastorno de la conducta y el trastorno del déficit de atención e hiperactividad. Se calcula que la mitad de las personas que tienen una enfermedad mental desarrolla los primeros síntomas antes de los 14 años. Precisamente es en este periodo de la vida en el que puede tener consecuencias más importantes para toda la edad adulta. Se ha demostrado asociación entre distintas conductas de riesgo (sexuales, de alimentación, violencia, acoso escolar, consumo de tabaco, alcohol y drogas) y la depresión y otros estados de salud mental negativos. Además de ser la causa más frecuente de suicidio en esta etapa de la vida (OMS, 2016).

Por su parte, Achenbach (1991), exhibe la necesidad de conocer la perspectiva de los padres y maestros a través del mundo con el objetivo de ampliar los

conocimientos. Lo cual sirve para la implementación de planes integrales que beneficien la salud de los adolescentes.

Este estudio aportó una escala válida y confiable para detectar los problemas psicológicos y conductuales en adolescentes de 12 a 18 años, lo cual es de suma importancia debido al creciente aumento de estas problemáticas en los jóvenes mexicanos.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Dept. of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (2010). *Achenbach System of Empirically Based Assessment*. Burlington, USA: Centro de Investigacion para niños, jóvenes y familias. Recuperado de <http://www.aseba.org/>
- Achenbach, T.M. (2015). Multicultural evidence-based assessment using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for ages 1½-90+. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 13-23.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Abelleyra, I. (2017). *Propuesta de taller para la prevención de conductas antisociales en la adolescencia*. (Tesis de pregrado). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Águila, G., Díaz, J. A., Díaz, P. M. & Cruz, N. R. (2016). Instrumento para determinar necesidades de conocimiento de los padres acerca de la adolescencia y su manejo. *Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos*, 14(6), 748-759.
- Albores, L., Lara, C., Esperón, C., Cárdenas, J. A., Pérez, A. M., & Villanueva, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 393-399.
- Albores, L., Hernández, L., Hasfura, C. & Navarro, E. (2016). Consistencia interna y validez de criterio de la versión mexicana del Child Behavior Checklist 1.5-5 (CBCL/1.5-5). *Revista Chilena de Pediatría*, 87(6), 455-462.

- Aluja, A., Del Barrio, V., & García, L. F. (2005). Relationships between adolescents' memory of parental rearing styles, social values and socialization behavior traits. *Personality and Individual Differences*, 39, 903-912. Doi:10.1016/j.paid.2005.02.028
- American Psychological Association (2017). La adolescencia. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/adolescencia.aspx>
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Ayearst, L., Quilty, L. C., Chmielewski, M., & Bagby, R. M. (2015). Associations between DSM-5 section III personality traits and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2–Restructured Form (MMPI-2-RF) Scales in a Psychiatric Patient Sample. *Psychological Assessment*, 1-15 Doi: dx.doi.org/10.1037/pas0000096
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos* (7a ed.). México: Prentice Hall.
- Andrade, P., Betancourt, D. & Vallejo, A. (2010). Escala para evaluar problemas emocionales y conductas en adolescentes. *Ciencias Sociales y Humanidades. Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, (9), 37-44.
- Aragón, L. E., & Bosques, E. (2012). Adaptación familiar, escolar y personal de adolescentes de la Ciudad de México. *Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología*, 17(2), 263-282.
- Aravena, P. C., Moraga, J., Velásquez, R. & Manterola, C. Validez y confiabilidad en investigación odontológica. *International Journal Odontostomatology*, 8(1):69-75, 2014.
- Arés, P. (2000). Propuesta de un diseño teórico-metodológico para la intervención familiar en salud comunitaria. *Sociedad Interamericana de Psicología*, 34(2), 57-69.
- Arias, W. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia: la importancia de la familia. *Avances en Psicología*, 21(1), 23-34.

- Argibay, J. C. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y procesos cognitivos*, (8), 15-33.
- Asamblea General del Consejo Económico y Social (2005). *Informe sobre la juventud mundial 2005*. Recuperado de http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/docs/A_60_61.pdf
- Barcelata, B. E., & Hernández, C. M. (2015). *Estrategias de empoderamiento a padres de adolescentes. Padres resilientes, hijos resilientes*. México: UNAM, FES Zaragoza.
- Becker, S. P., Ramsey, R. R. & Byars, K. C. (2015). Convergent validity of the Child Behavior Checklist sleep items with validated sleep measures and sleep disorder diagnoses in children and adolescents referred to a sleep disorders center. *Sleep Medicine*, 16(1), 79-86. Doi: [dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2014.09.008](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.09.008)
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silveira, E. F. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saude Publica, Rio de Janeiro*, 29(1), 13-28.
- Cardenal, V., & Fierro, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar personal y adaptación social. *Psicothema*, 13(1), 118-126.
- Carreón, C. H., Sauza, R., Martínez, S., & Mejía, O. (2012). Síntomas depresivos y estructura familiar en adolescentes. *Revista Atención Primaria*, 19(1), 12-15.
- Casa, J. J. & Ceñal, M. J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 9(1), 20-24.
- Centro de Información de las Naciones Unidas. (2017). Preguntas frecuentes. Cuántos jóvenes hay actualmente [Mensaje en un blog]. Recuperado de http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/preguntas_frecuentes/

- Cohen, R. & Swerdlik, M. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición* (4ªed.). México: Mc Graw Hill.
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*, 19(33), 228-247.
- Dang, H. M., Nguyen, H. & Weiss, B. (2017). Regional update: Incremental validity of the Child Behavior Checklist (CBCL) and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Vietnam. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 96-100. Doi:doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.023
- Doccas, M., Clavijo, A., Barajas, G. y Cortés, L. (2016). Concepciones sobre familia en adolescentes escolarizados en instituciones educativas distritales en Bogotá, Colombia. *Cultura Educación y Sociedad*, 7(1), 23-38.
- Donas, S. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: Libro Universitario Regional (LUR)
- Ebesutani, C., Nakamura, B J., Corpita, B. F., Higa-McMillan, C. K., & Weisz, J. R. (2010). Concurrent Validity of the Child Behavior Checklist DSM-Oriented Scales: Correspondence with DSM Diagnoses and Comparison to Syndrome Scales. *Journal Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 373-384
- Escobar, J., & Cuervo, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación s su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36
- Estrada, L. (2003). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.
- Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. En M. I. Hombrados (comp). *Estrés y salud*. Valencia: Promolibros, pp. 9-38.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). *El poder de los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>

- Fuentes, M, C., García, F., García, E., & Alarcón, A. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista Psicodidáctica, 20*(1), 117-138.
- Gallego, A. M. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte, (35)*, 326-345.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 10*(2), 105-122.
- Gómez, J., & Hidalgo, M. D. (2009). La validez en los tests, escalas y cuestionarios. *Centros de Estudio de Opinión, 1-14*. Recuperado de <http://ceo.udea.edu.co>
- Gomez, R., Vance, A. & Miranjani, R. (2014). Analysis of the convergent and discriminant validity of the CBCL, TRF and YSR in Clinic-Referred Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*, 1413-1425.
- Goodman, A., Lamping, D.L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*(8), 1179-1191.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small Beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*(1), 17-24.
- Grant, K. E., & Compas, B. E. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin, 129*(3), 447-466.
- Gutiérrez, M., & Expósito, J. (2015). Autoconcepto, dificultades interpersonales, habilidades sociales y conductas asertivas en adolescentes. *Revista Española de Orientación y Pedagogía, 26*(2), 42-58.

- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 619 -625.
- Ibabe, I. (2015). Predictores familiares de la violencia filio-parental: el papel de la disciplina familiar. *Anales de Psicología*, 3(2), 615-625.
- Ibabe, I., & Jaureguizar, J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional? *Anales de Psicología*, 27, 265-277.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (15 a 29 años) 12 de agosto*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf
- Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. & Verhulst, FC (2007). The generalization of the structure of the juvenile self-report syndrome in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 729-738. Doi: [dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.729](https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.729)
- Jaureguizar, J., & Ibabe, I. (2012). Conductas violentas de los adolescentes hacia las figuras de autoridad: el papel mediador de las conductas antisociales. *Revista de Psicología Social*, 27, 7-24.
- Jiménez, T. I., Musitu, G. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de Psicología*, 36(2), 559-579.
- Jiménez, T. I., Musitu, G. y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139-151.

- Lacalle, M., Doménech, J. M., Granero R. & Ezpeleta L. (2014). Validity of the DSM-Oriented Scales of the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report. *Psicothema*, 26(3), 364-371.
- Leyva, R., Hernández, A. M., Nava, G., & López, V. (2006). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3). 225-232.
- Leyva, Y. E. (2011). Una reseña sobre la validez de constructo de pruebas referidas a criterio. *Perfiles Educativos*, 23(13), 131-154.
- Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última década. Proyecto Juventudes*. 40, 11-36.
- Madrid, J. (Abril, 2008). El adolescente normal: cambios psicosociales en los adolescentes y sus padres. En J. P. Valdés (coordinador). *VI Curso para padres de adolescentes*. Ponencias llevadas a cabo en el XIX congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), Alicante, España. Recuperado de <http://studylib.es/doc/8710305/vi-curso-de-formaci%C3%B3n-para-padres-de-adolescentes>
- Medina, C., Navarro, J. B., Martinera, P., Baños, I., Vicens-Vilanova, J., Barrantes-Vidal, N., Subirá, S. & Obiols, J. E. (2007). Evaluación de la conducta adolescente con las escalas de Achenbach: ¿Existe concordancia entre diferentes informantes? *Medigraphic*, 30(5), 33-39.
- Masten, A. S. (2001). Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Mestre, V., Samper, P., Tur-Porcar, A. M., Richaud, M. C., & Mesurado, B. (2012). Emociones, estilo de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1263-1275.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

- Minuchin, S. & Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar* (1ra ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Montagna, P. (2016). Parentalidad socio-afectiva y las familias actuales. *Revista de la Facultad de Psicología*, (77), 219-233.
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Moreno, J. H., & Chauta, L. C. (2012). Funcionamiento familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la Ciudad de Bogotá. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 6(1), 155-166.
- Moreno, J. H., Echavarría, K. L., Pardo, A., & Quiñones, Y. (2014). Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 8(2), 37-46.
- Musitu, G. (2013). *Adolescencia y familia. Nuevos retos en el siglo XXI*. México: Trillas, S.A.
- Nakamura, B. J., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. F. (2009). A Psychometric Analysis of the Child Behavior Checklist DSM-Oriented Scales. *Journal Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 178-189.
- Nunally, J., & Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw Hill.
- O'Dougherty, M., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: for waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (eds). *Handbook of resilience in children*. New York: Springer, pp. 15- 37.
- Oliva, L., Castro, C. & García, G. (2009). Adaptación del cuestionario sobre el comportamiento en niños de 1-5 a 5 años de Achenbach para niños de 4 a 5 años. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 179-191.

- OMS. (2016). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Pagani, L. S., Larocque, D., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2003). Verbal and physical abuse toward mothers: The role of family configuration, environment, and coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 215-223.
- Palacios, J. R., & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Ciencias Sociales y Humanidades*, (7), 7-18.
- Papchristou, E., Ormel, J., Oldehinkel, A. J., Kyriakopoulos, M., Reinares, M. & Frangou, S. (2013). Child Behavior Checklist- Mania Scale (CBCL-MS): Development and Evaluation of a Population-Based Screening Scale for Bipolar Disorder. *PlosOne*, 8(8), 1-9.
- Pérez, A., Pérez, R., Martínez, M. L., Leal, F. J., Mesa, I., & Jiménez, I. (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 39(2), 61-65.
- Pérez, J. M., Durán, C., & Gómez, E. L. (2003). Un estudio sobre la estabilidad temporal del MMPI-A con un diseño test-retest en estudiantes mexicanos. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 26(2), 59-66.
- Pino, J. W. (2012). Los conflictos y la dinámica interna familiar. *Revista Nacional de Investigaciones*, 10(18), 159-170.
- Prieto, G., & Delgado, A. R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papel del Psicólogo*, 31(1), 67-74

- Romano, E., Tremblay, R. E., Boulerice, B., & Swisher, R. (2005). Multilevel correlates of childhood physical aggression and prosocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 565-578. Doi: 10.1007/s10802-005-6738-3
- Sánchez, C. (2012). Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 18-28.
- Sánchez, R. & Echeverry, J. (2004). Validación de Escalas de Medición en Salud. *Revista de Salud Pública*, 6(3), 302-18.
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E. & Zechmeister, J. (2007). *Métodos de investigación en psicología* (7a ed.). México: McGraw Hill
- Silva, I (2006). Aportaciones a los y a las profesionales que trabajan con adolescentes. Perspectiva intergeneracional, intercultural y de género. *Revista de Estudios de Juventud, Adolescencia y Comportamiento de Género (INJUVE)*, (73), 25-37.
- Silva, I (2007). *La adolescencia y su entorno interrelación con el entorno*. España: Instituto de la Juventud.
- Siverio, M. A., & García, M. D. (2007). Autoconcepto de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de Psicología*, 23(1), 41-48.
- Smith, C. A., & Lazarus, R. S. (1990). Emotion and adaptation. In L. A. Pervin (Ed). *Handbook of personality: theory and research*. New York: Guilford.
- UNESCO (2015). *Foro de la juventud*. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/youth/about-youth/>
- UNICEF. (2003). *Nuevas formas de familia: perspectivas nacionales e internacionales*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la república.
- UNICEF. (2016). *Adolescencia y juventud: Panorama General*. Recuperado de http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html

Urresti, M. (2008). Nuevos procesos culturales, subjetividades adolescentes emergentes y experiencia escolar. En E. Tenti (comp). *Nuevos temas en la agenda de política educativa*. (pp. 9-72). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Verdugo, J. C., Arguelles, J., Guzmán, J., Márquez, C., Montes, R., & Uribe, I. (2014). Influencia del clima familiar en el proceso de adaptación social del adolescente. *Psicología desde el Caribe. Universidad de Norte*, 31(2), 207-222.

Weissmann, P. (2005). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educacion*, 6 (35), 1-8.

World Health Organization. (2016). *Adolescents: health risk and solutions*. Recovered from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**



EVALUACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ADOLESCENTE PARA PADRES

CBCL

**PROYECTO PAPIIT
IN305917**

Responsable

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Diseño: Blanca Barcelata Eguiarte y Gladys Ávila García
v. 2017

UNAM-DGAPA-PAPIIT IN305917

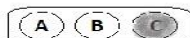
INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una lista de frases que describen los comportamientos de los hijos ahora y durante los últimos seis meses. Deberá elegir la opción que mejor describa su caso, es decir, si la frase **NO** lo describe en los últimos seis meses elija la opción **A**; si solo lo describe en cierta manera o Algunas Veces elija **B**; y si la frase lo describe ahora o durante los últimos seis meses de forma recurrente, elija **C**. Asegúrese de contestar todas las preguntas en la **HOJA DE RESPUESTAS** de acuerdo a la siguiente escala.

A	B	C
No es cierto 0	En cierta manera Algunas veces 1	Muy cierto A Menudo 2

Por ejemplo:

Se comporta como si fuera mucho más pequeño



En este caso, el padreo tutor consideró que **muy cierto** o que **a menudo** su hijo actúa como si fuera mucho más pequeño de la edad que tiene.

		A No es cierto 0	B En cierta manera Algunas veces 1	C Muy cierto A Menudo 2
1.	Actúa como si fuera mucho menor que su edad			
2.	Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres			
3.	Discute mucho			
4.	Deja sin terminar lo que él/ella empieza			
5.	Disfruta de muy pocas cosas			
6.	Se ensucia encima o en lugares inadecuados			
7.	Es engreído(a), presumido(a)			
8.	No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo			
9.	Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos			
10.	No puede quedarse quieto(a); es inquieto (a) o hiperactivo (a)			
11.	Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos			
12.	Se queja de que se siente solo (a)			
13.	Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes			
14.	Llora mucho			
15.	Es cruel con los animales			
16.	Es cruel, abusador (a), y malo (a) con los demás			
17.	Sueña despierto(a), se pierde en sus propios pensamientos			
18.	Se hace daño así mismo(a), deliberadamente o ha intentado suicidarse			
19.	Exige mucha atención			
20.	Destruye sus propias cosas			
21.	Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas			
22.	Desobedece en casa			
23.	Desobedece en la escuela			
24.	No come bien			
25.	No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes			

		A No es cierto 0	B En cierta manera Algunas veces 1	C Muy cierto A Menudo 2
26.	No parece sentirse culpable después de portarse mal			
27.	Se pone celoso(a) fácilmente			
28.	No respeta/rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar			
29.	Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela)			
30.	Le da miedo ir a la escuela			
31.	Tiene miedo de que puedan pensar o hacer algo malo			
32.	Siente que tiene que ser perfecto			
33.	Siente o se queja de que nadie lo/la quiere			
34.	Siente que los demás lo/la quieren perjudicar			
35.	Se siente inferior o cree que no vale nada			
36.	Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso (a) a accidentes			
37.	Se mete en muchas peleas			
38.	Los demás se burlan de él/ella a menudo			
39.	Se junta niños(as), jóvenes que se meten en problemas			
40.	Oye sonidos o voces que no existen			
41.	Impulsivo(a); actúa sin pensar			
42.	Prefiere estar solo(a) que con otras personas			
43.	Dice mentiras o hace trampa			
44.	Se muerde las uñas			
45.	Nervioso (a), tenso (a)			
46.	Movimientos involuntarios o tics			
47.	Pesadillas			
48.	No le cae bien a otros niños(as)/jóvenes			
49.	Padece estreñimiento			
50.	Es demasiado ansioso(a) o miedoso(a)			
51.	Se siente mareado(a)			
52.	Se siente demasiado culpable			
53.	Come demasiado			
54.	Se siente demasiado cansado(a) sin razón para estarlo			
55.	Tiene sobrepeso			
56.	Problemas físicos sin causa medica conocida:			
57.	Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)			
58.	Dolores de cabeza			
59.	Nauseas, ganas de vomitar			
60.	Problemas con los ojos (no incluya si corregido con lentes/espejuelos)			
61.	Salpullido o irritación en la piel			
62.	Dolores de estómago			
63.	Vómitos			
64.	Otros problemas físicos			
65.	Ataca/agrede físicamente a otras personas			
66.	Mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo			
67.	Se toca/juega con sus partes sexuales en publico			
68.	Se toca/juega con sus partes sexuales			
69.	Tiene bajo rendimiento en la escuela			
70.	Mala coordinación o torpeza			
71.	Prefiere estar con niños(as) mayores que él/ella			
72.	Prefiere estar con niños(as) menores que él/ella			
73.	Se rehúsa a hablar			
74.	Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones			

		A No es cierto 0	B En cierta manera Algunas veces 1	C Muy cierto A Menudo 2
75.	Se fuga de casa			
76.	Grita mucho			
77.	Reservado(a), se calla todo			
78.	Ve cosas que no existen			
79.	Se cohibe y se avergüenza con facilidad			
80.	Quema cosas			
81.	Tiene problemas sexuales			
82.	Le gusta llamar la atención o hacerse el/la payaso(a), gracioso(a)			
83.	Demasiado tímido(a)			
84.	Duerme menos que la mayoría de los niños(as)/jóvenes			
85.	Duerme más que la mayoría de los niños(as)/jóvenes durante el día y/o la noche			
86.	No presta atención o se distrae fácilmente			
87.	Problemas con el hablar			
88.	Se queda con la mirada fija, mirando el vacío			
89.	Roba en casa			
90.	Roba fuera de casa			
91.	Almacena demasiadas cosas que no necesita			
92.	Comportamiento raro			
93.	Ideas raras			
94.	Obstinado(a), malhumorado(a), irritable(a)			
95.	Súbitos cambios de humor o sentimientos			
96.	Queda contrariado(a), pone mala cara con frecuencia			
97.	Desconfiado(a), receloso(a)			
98.	Dice groserías, usa lenguaje obsceno			
99.	Habla de querer matarse			
100.	Habla o camina cuando está dormido			
101.	Habla demasiado			
102.	Se burla mucho de los demás			
103.	Le dan rabietas o tiene mal genio			
104.	Parece pensar demasiado sobre temas sexuales			
105.	Amenaza a otros			
106.	Se chupa el dedo			
107.	Fuma, masca o inhala tabaco			
108.	No duerme bien			
109.	Falta a la escuela sin motivo			
110.	Poco activo(a), lento(a), o le falta energía			
111.	Infeliz, triste o deprimido(a)			
112.	Más ruidoso(a) de lo común			
113.	Usa drogas sin motivo medico (no incluya alcohol o tabaco)			
114.	Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas			
115.	Se orina en la ropa durante el día			
116.	Se orina en la cama			
117.	Se queja mucho			
118.	Desea ser del sexo opuesto			
119.	Se aísla, no se relaciona con los demás			
120.	Se preocupa mucho			