

**CIENCIAS DE LA SALUD**

**“Influencia de los riesgos psicosociales en el Autoconcepto de adolescentes con y sin proceso terapéutico”**

**T E S I S**

Para obtener el título de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Presenta:

**ISMAEL JONAS SALAZAR VERDESOTO**

Director de tesis:

**MAGISTER CLAUDIA GABRIELA TERÁN LEDESMA**

**Quito, octubre de 2022**

## DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, ISMAEL JONAS SALAZAR VERDESOTO, con cédula de identidad # 1721350591, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría que no ha sido previamente presentado por ningún grado a calificación profesional y, que se ha consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo, a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente



Ismael Jonas Salazar Verdesoto

C.C.: 1721350591

## **DECLARATORIA**

El presente trabajo de investigación titulado:

“Influencia de los riesgos psicosociales en el Autoconcepto de adolescentes con y sin proceso terapéutico”

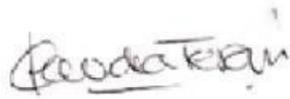
Realizado por:

**ISMAEL JONAS SALAZAR VERDESOTO**

Como requisito para la Obtención del Título de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Ha sido dirigido por el profesor



**M.SC. CLAUDIA GABRIELA TERÁN LEDESMA**

Quien considera que constituye un trabajo original de su autor

## PROFESORES INFORMANTES

Después de revisar el trabajo presentado. Lo ha calificado como apto para su defensa oral ante el tribunal examinador.



M.Sc. Jaime Eduardo Moscoso Salazar



M.Sc Roció Játiva Morillo

## **DEDICATORIA**

A mi familia y amigos quienes incondicionalmente apoyan mi proceso.

"Aquel que se ata a una alegría, la alada vida destruye; aquel que besa la alegría según  
vuela, vive en la aurora de la Eternidad" (William Blake)

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco profundamente a mi familia y amigos por siempre acompañar mi camino, su apoyo incondicional, su afecto y amor, son el motor que impulsa mi presente y motiva el futuro, los amo.

Agradezco a todo el personal docente de la Universidad Internacional SEK quienes desde el primer día confiaron en mi potencial, guiaron mi proceso y me enseñaron a creer en mí y a luchar por mis metas y objetivos

De igual forma, quiero agradecer a mi tutora de tesis Mag Claudia Terán quien durante toda la carrera motivó e impulsó mis habilidades, siempre desde la amabilidad, el carisma y la buena actitud.

Por otra parte, me gustaría hacer mención especial a mi guía y mentor en la vida profesional, Mag. Esteban Ricaurte, quien siempre estuvo presente en mi proceso, impulsándome a explotar mis capacidades, confiando plenamente en mí y enseñándome a construir y hacer realidad mi futuro

## RESUMEN

La presente investigación de enfoque cuantitativo realizada en Quito-Ecuador, tiene como objetivo medir la influencia de los riesgos psicosociales en el autoconcepto de adolescentes que se encuentran cursando un proceso terapéutico y generar una comparativa con aquellos que no lo siguen, mediante la aplicación de herramientas psicométricas que permitan recopilar datos estadísticos que evidencien las necesidades de esta población.

La investigación aplicó en primera instancia, una herramienta psicométrica denominada **AF-5 (Auto concepto forma 5)** la cual permite evaluar diferentes aspectos del auto concepto en adolescentes, tales como: el área social, Académico/profesional, emocional, familiar y físico. En segunda instancia se aplicó herramienta **QPAD (Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes)** la cual permite obtener puntuaciones en nueve escalas: Ansiedad, Depresión, Problemas interpersonales, Problemas familiares, Insatisfacción corporal, In-certidumbre sobre el futuro, Abuso de sustancias, Riesgo psicosocial y Autoestima y bienestar.

Al obtener los resultados de las dos herramientas se generó una comparativa entre las puntuaciones de ambos índices para determinar cuales son los elementos del auto concepto que están siendo afectados por los altos índices de riesgos psicosocial.

Finalmente, la comparativa permitió evidenciar que las dimensiones mayormente afectadas en relación a los participantes con y sin terapia son las siguientes:

- Académico laboral con un estadístico  $U=65.00$ , asociado a un valor  $p<.05$ , con un rango promedio superior en las personas que están siguiendo un proceso terapéutico.
- Emocional, presenta una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de personas ( $U=48.00$ ;  $p<.05$ ), con la característica que el rango superior es obtenido por las personas sin terapia en comparación a los que si se encuentran en la misma.
- Problemas interpersonales presenta una diferencia  $U=65.50$  y un valor  $p<.05$ , donde destaca que mayores puntajes de rango promedio presentan las personas que no se encuentran en un proceso terapéutico en comparación a las que si.

Esto nos permite evidenciar que estas tres áreas son las que tiene relación significativa en la influencia del riesgo psicosocial y el auto concepto de adolescentes, evidenciando la necesidad de intervención en dichas áreas para la mejora de la calidad de vida de los adolescentes en las diferentes áreas que conforman su individualidad y autoconcepto.

**Palabras clave:** Autoconcepto, Riesgo psicosocial, Adolescente, Psicoterapia

## ABSTRACT

This quantitative research conducted in Quito-Ecuador, aims to measure the influence of psychosocial risks on the self-concept of adolescents who are undergoing a therapeutic process and to generate a comparison with those who are not, through the application of psychometric tools to collect statistical data that show the needs of this population.

The research applied in the first instance, a psychometric tool called AF-5 (Self Concept Form 5) which allows to evaluate different aspects of self-concept in adolescents, such as: social, academic/professional, emotional, family and physical areas. Secondly, the QPAD tool (Questionnaire for the Evaluation of Problems in Adolescents) was applied to obtain scores on nine scales: Anxiety, Depression, Interpersonal Problems, Family Problems, Body Dissatisfaction, Uncertainty about the Future, Substance Abuse, Psychosocial Risk and Self-esteem and Well-being.

By obtaining the results of the two tools, a comparison was generated between the scores of both indexes to determine which elements of the self-concept are being affected by the high indexes of psychosocial risk.

Finally, the comparison showed that the dimensions most affected in relation to the participants with and without therapy were the following:

- Academic labor with a statistic  $U=65.00$ , associated to a  $p\text{-value}<.05$ , with a higher average range in people who are following a therapeutic process.
- Emotional, presents a statistically significant difference between the two groups of people ( $U=48.00$ ;  $p<.05$ ), with the characteristic that the higher rank is obtained by people without therapy compared to those who are in therapy.
- Interpersonal problems presents a difference  $U=65.50$  and a value  $p<.05$ , where it stands out that higher average rank scores are obtained by people who are not in a therapeutic process compared to those who are.

This allows us to demonstrate that these three areas have a significant relationship in the influence of psychosocial risk and self-concept of adolescents, showing the need for intervention in these areas to improve the quality of life of adolescents in the different areas that make up their individuality and self-concept.

**Key words:** Self-concept, Psychosocial risk, Adolescent, Psychotherapy.

# ÍNDICE//TABLA DE CONTENIDO

<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>12</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>12</b>
Problema de investigación .....	12
Justificación: .....	14
Pregunta de investigación: .....	14
Objetivo general:.....	14
Objetivos específicos:.....	14
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>14</b>
Marco teórico: .....	14
Etapas evolutivas/desarrollo evolutivo .....	14
Adolescencia .....	17
Características fundamentales del desarrollo psicológico en la adolescencia .....	18
La adolescencia desde una perspectiva actualizada .....	20
La pubertad.....	22
Riesgos psicosociales.....	24
Adultez.....	26
Autoconcepto .....	28
Multidimensionalidad del autoconcepto. ....	29
Estabilidad del autoconcepto frente a la maleabilidad.....	30
Dimensiones del Af-5 .....	30
Enfoque cognitivo conductual .....	32
Psicoterapia .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>37</b>
Metodología .....	37
Enfoque de tipo de estudio .....	37
Corte.....	38
Diseño.....	38
Muestra .....	38
Hipótesis .....	39
<b>CAPITULO IV</b> .....	<b>40</b>
Resultados .....	40
Discusión .....	45
<b>CAPITULO V</b> .....	<b>47</b>

Limitaciones del estudio.....	47
Tamaño de la muestra.....	47
Falta de estudios previos de investigación sobre el tema.....	47
Medida de recolección de datos.....	47
<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>48</b>
Conclusiones y recomendaciones.....	48
<b>CAPITULO VII.....</b>	<b>49</b>
Anexos.....	49
<b>CAPITULO VIII.....</b>	<b>51</b>
Referencias.....	51
<b>Bibliografía.....</b>	<b>51</b>

# **CAPÍTULO I**

## **Introducción**

### **Problema de investigación**

El autoconcepto es un elemento que refleja la perspectiva individual que cada ser humano tiene sobre sí mismo, influyendo directamente en su desenvolvimiento en diferentes áreas interpersonales y sociales, configurando así una identidad personal y una identidad social. La identidad personal se conforma con elementos relacionados a los rasgos de personalidad y otras características individuales, los que hacen que cada persona sea única. La identidad social, por su parte, se relaciona con los diferentes grupos sociales de pertenencia o de interacción constante, como la comunidad, la religión, la universidad o la familia.

A partir de los años sesenta del siglo 20, todo lo relacionado al autoconcepto como tal es sometido a revisión, momento en el que se asume, de modo generalizado, una concepción jerárquica y multidimensional del mismo (Marsh y Shavelson, 1985). Según esta nueva perspectiva, el autoconcepto global estaría compuesto por varios dominios (el académico, el personal, el social y el físico), cada uno de los cuales se dividiría a su vez en subdominios, facetas, componentes o dimensiones de mayor especificidad (Zabala, 2008).

Estos elementos se van configurando según las etapas del desarrollo en las que se encuentra el individuo, por lo tanto se trata de un conocimiento que no está presente en el momento del nacimiento, sino que es el resultado de un proceso activo de construcción por parte del sujeto a lo largo de todo su desarrollo evolutivo, donde la interacción con el medio social es la fuente de aprendizaje principal. De esta forma el autoconcepto se construye y define a lo largo del desarrollo, tanto por influencia de personas significativas del medio familiar, escolar y social, como consecuencia de las propias experiencias de éxito y fracaso (Machargo, 1991, pp.33) (Zabala, s.f.).

Considerando esta descripción corta de los temas a tratar es importante evidenciar en qué medida el factor social, más específicamente los riesgos psicosociales, son un elemento incidente en la conformación del autoconcepto en los adolescentes. Por lo tanto, esta investigación estará enfocada en trabajar con dos tipos de población: los adolescentes que se encuentran cursando un proceso terapéutico, donde la importancia no radica en la

patología sino en su estructura de significado en relación al medio social; y la población adolescente que no se encuentra en proceso terapéutico.

El conocimiento de ambas perspectivas permitirá realizar un análisis comparativo utilizando el enfoque de investigación cuantitativo y herramientas psicométricas, como el test AFA-5. Este mide el autoconcepto de la persona evaluada en sus vertientes social, académica/profesional, emocional, familiar y física, brindando puntuaciones en cada una de estas áreas y complementando la recopilación de datos con la herramienta psicométrica Q-PAD, que a su vez mide distintas variables: ansiedad, depresión, insatisfacción corporal, problemas en las relaciones con los demás, problemas familiares, incertidumbre sobre su futuro, riesgo psicosocial, abuso de sustancias, autoestima y bienestar. Ambas herramientas facilitan la obtención de datos para el posterior análisis cuantitativo, el cual reflejará un panorama más completo en elementos clave que permitan comprender el desarrollo y las necesidades de los individuos.

Por medio de los datos recopilados a través de la herramienta psicométrica es posible evidenciar la influencia de los riesgos psicosociales en ambas poblaciones y analizar su impacto en el desencadenante de problemáticas de índole psicológica.

En la actualidad es importante visibilizar el malestar provocado por la sociedad en la conformación de la identidad de los adolescentes, ya que ahora el mundo vive una realidad completamente distinta a la observada década atrás. El mundo atraviesa por una etapa compleja, pues muchos adolescentes han tenido un mínimo contacto social y experiencial debido al aislamiento ocasionado por la pandemia del covid-19. En este mundo globalizado, donde las redes sociales y la comunicación digital ocupan un lugar fundamental, es importante identificar cómo esta “nueva normalidad” presenta desafíos y riesgos que pueden estar afectando directa o indirectamente al autoconcepto y desarrollo de los adolescentes, quienes están expuestos constantemente a contenidos e informaciones que condicionan positiva o negativamente su construcción de la realidad y su autopercepción. Esto porque el relacionamiento social y la interacción con el medio más cercano son elementos que, aunque a simple vista no tengan un impacto relevante en los adolescentes, sin embargo, sí condicionan el desarrollo y la conformación de su identidad.

Por lo aquí expuesto, resulta importante generar un estudio que compare la incidencia del factor social y sus riesgos en la confrontación de malestares de índole psicológica en adolescentes, ya que se desconoce cuál es el área de la individualidad más afectada en la

actualidad. Esto permitirá evidenciar cuáles son las necesidades que deben ser solventadas para ayudar al correcto desarrollo de esta población.

### **Justificación:**

#### **Pregunta de investigación:**

- ¿Cuál es la relación entre el riesgo psicosocial y el auto concepto EN ADOLESCENTES que se encuentran cursando un proceso terapéutico y aquellos que no'

#### **Objetivo general:**

Medir la influencia de los riesgos psicosociales en el autoconcepto de los adolescentes que se encuentran cursando un proceso terapéutico y generar una comparativa con aquellos que no lo siguen, mediante la aplicación de herramientas psicométricas que permitan recopilar datos estadísticos que evidencien las necesidades de esta población según las áreas de afectación.

#### **Objetivos específicos:**

- Evaluar el autoconcepto en adolescentes que se encuentran cursando un proceso terapéutico mediante la aplicación del test AF-5.
- Evaluar el autoconcepto en los adolescentes que no se encuentren en un proceso terapéutico mediante la aplicación del test AF-5.
- Medir los riesgos psicosociales en adolescentes cursando un proceso terapéutico mediante la aplicación del test Q- PAD.
- Evaluar los riesgos psicosociales en adolescentes que no se encuentren en un proceso terapéutico mediante la aplicación del test Q-PAD.
- Correlacionar y comparar los riesgos psicosociales con los niveles de autoconcepto en los adolescentes.

## **CAPÍTULO II**

### **Marco teórico:**

#### **Etapas evolutivas/desarrollo evolutivo**

Al abordar las etapas evolutivas del desarrollo humano es necesario precisar sobre varios autores que han conceptualizado el desarrollo y transición del ser humano por distintas fases que permiten entender su evolución.

Jean Piaget fue uno de los grandes autores que consiguió dividir en fases el desarrollo cognoscitivo estableciendo cuatro grandes etapas: sensoriomotora, preoperacional, de las

operaciones concretas y de las operaciones formales. Cada una de estas etapas representan una transición compleja y abstracta en el desarrollo y consolidación de la estructura interna de cada individuo. Piaget plantea que el desarrollo cognoscitivo no solo se mide en cambios cualitativos de hechos concretos u habilidades observables, sino en cambios radicales en la forma en que se estructura y organiza el conocimiento. Una vez que el infante entra en una nueva etapa, la conciencia no retrocede a una forma anterior de funcionamiento, sino que, al contrario, evoluciona e incorpora nuevos mecanismos de estructura y conformación de esquemas de significado. Piaget propuso que el desarrollo cognoscitivo sigue una secuencia invariable, es decir, todos los niños pasan por las cuatro etapas en el mismo orden. No es posible omitir ninguna de ellas.

El tiempo de duración de las etapas está generalmente relacionado con la edad, sin embargo, el lapso de cada etapa se ve influenciado por distintas variables que, podrían condicionar el desarrollo, como en el factor individual y cultural. Piaget menciona que todos, incluso los niños, estructuran el conocimiento por medio de lo que él denominó esquemas. Los esquemas son un conjunto de acciones físicas, operaciones cognitivas, conceptos o teorías por las cuales se adquiere información sobre el mundo. Los niños de corta edad receptan la información del mundo mediante la experiencia y el accionar físico; a medida que avanza en el proceso de desarrollo va generando la capacidad de realizar operaciones más complejas, Conforme el niño va pasando por las etapas, mejora su capacidad de emplear esquemas complejos y abstractos que le permitan organizar su conocimiento.

El desarrollo y evolución cognoscitivo no solo consiste en incorporar nuevos esquemas o estructuras de significado, sino en reorganizar y diferenciar aquellos ya instaurados, ya que los niños están en constante aprendizaje e incorporan conocimiento nuevo todo el tiempo, por lo tanto, sus esquemas se están reorganizando permanentemente.

Piaget propuso que existen principios del desarrollo que dan estructura y significado a la conformación de esquemas interpersonales. Primero se encuentra la organización y adaptación, que Piaget establece como dos principios básicos a los que denomina funciones invariables porque guían el desarrollo intelectual del niño. La organización, concebida por Piaget como un elemento innato en todas las especies, implica que conforme el niño se desarrolla y madura va integrando patrones físicos o comportamentales que refuerzan los esquemas mentales, complejizando su estructura. La adaptación, para Piaget, se refiere a la capacidad de todos los organismos de organizar y

ajustar sus propias estructuras mentales o conductas según las demandas del contexto o el ambiente.

#### Etapa sensoriomotora

Esta etapa va desde el nacimiento hasta los dos primeros años de edad, cuando los infantes aprenden a entender y coordinar las experiencias sensoriales junto a la actividad física y la motricidad. Los sentidos como el gusto, el olfato, el tacto y el oído son los mecanismos guías para el contacto con distintas propiedades, como el entendimiento espacial y la búsqueda de objetos que movilicen al cuerpo y activen las diversas funciones, como las relacionadas a la vista o el movimiento del cuello (Rice y Ortiz, 1997).

#### Etapa preoperacional

Se extiende entre los dos y los siete años de edad. Es el momento en el que el infante desarrolla el lenguaje y entiende que puede interpretar y utilizar los símbolos del ambiente para relacionarse, ya que es justamente por medio de estos recursos que el niño entiende el mundo. Sin embargo, pese a incorporar los símbolos, el infante aún es incapaz de generar operaciones mentales con reversibilidad (Rice y Ortiz, 1997).

#### Etapa de las operaciones concretas

Los niños que se encuentran en esta etapa tienen de siete a once años de edad y ya muestran un mayor desarrollo en sus capacidades de razonamiento lógico, aunque algo limitado a experiencias reales. Los niños pueden realizar diversas tareas mentales donde se van estructurando valores y herramientas cognitivas y conductuales para la adaptación y relacionamiento con el medio. En esta etapa se comprende el principio de conservación, el cual plantea que es posible pasar un líquido de un envase más alto a un envase plano sin alterar la cantidad total del líquido. (Rice y Ortiz, 1997).

#### Etapa de las operaciones formales

Los niños que se encuentran en esta etapa tienen de 11 años en adelante. Aquí se da un cambio de etapa del desarrollo, donde el niño transita a la adolescencia y las experiencias dejan de ser la única fuente de información que alimenta la estructura interna, ya que desarrolla la capacidad de realizar operaciones más abstractas y complejas, reforzando la capacidad de resolver conflictos hipotéticos por medio de la lógica propositiva (Rice y Ortiz, 1997).

## **Adolescencia.**

Con respecto a la adolescencia existen diversos planteamientos teóricos asociados a diversas corrientes psicológicas. Sin embargo, existe un punto central que unifica diversas teorías, dando paso al entendimiento de la adolescencia como una etapa de transición, de formación y cambios de tipo biopsicosocial, que influyen directamente en el desarrollo y conformación de la identidad de cada individuo. Un aporte relevante para contextualizar la adolescencia es el expuesto por Papalia, Wendkos y Duskin (2010), quienes definen el período de la adolescencia como el lapso que está entre los 11 y 20 años, donde se da una transición del desarrollo de la niñez a la adultez visibilizado en importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales, por lo que adopta distintas formas, según los diferentes territorios sociales, culturales y económicos.

Por otra parte, Cabezuelo y Frontera (2010, en Fuentes, 2013) mencionan que la etapa de la adolescencia es un período del desarrollo humano en el que surgen grandes e importantes cambios físicos y psíquicos en un lapso de tiempo corto. Se agrega que durante la adolescencia no solo se empiezan a conformar características corporales definitivas de adulto, sino que también comienza un proceso de independencia que influye en la conformación final de la personalidad del individuo. Esto, debido a la maduración psicosocial del adolescente, tiene un impacto significativo en las diversas áreas interpersonales del adolescente, como la familia, el colegio y los amigos. Por otra parte, desde otros autores también se considera que la adolescencia es una etapa marcada principalmente por cambios abruptos en los ámbitos biológico, psicológico, sexual y social, que principalmente se caracteriza por la inestabilidad y reestructuración constante. (Fierro, 1985; González, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002 citado en Orantes, 2011)

Se afirma que esta etapa es una de las más importantes en el desarrollo, ya que es el momento en el que el sujeto empieza a concebir su realidad desde un punto de vista individual, diferenciando entre las figuras parentales y su propio criterio. Esta fractura permite que el adolescente empiece a construir su propia identidad y se vaya conformando su autoconcepto. Es por esto que la influencia de los factores familiares y sociales empiezan a ser determinantes en los esquemas del individuo.

Según Vygotsky:

El hecho de que las funciones psíquicas superiores no fueran una simple continuación de las funciones elementales, ni tampoco su

conjunción mecánica, sino una formación psíquica cualitativamente nueva que se atiene en su desarrollo a leyes especiales, a regulaciones totalmente distintas, no ha llegado aún a ser patrimonio de la psicología infantil. (Vygotski, 1931 – 1996, p. 53)

La cita anterior busca generar una crítica sobre el desarrollo cognoscitivo en los adolescentes. El desarrollo orgánico es un factor que siempre debe considerarse, sin embargo, se presta mayor atención al desarrollo histórico cultural y se contemplan dos funciones psíquicas superiores resultantes del desarrollo histórico de los seres humanos. Es así que el desarrollo individual es una unidad inseparable de la estructura y la función, donde cada contenido es integrado en base a este sistema, provocando que se incorporen nuevos mecanismos de conducta que permiten abrir las puertas a niveles superiores de operaciones mentales (Faroh,2007).

Al desarrollarse cada vez más el pensamiento y estructurarse en conceptos, este va adquiriendo a su vez un significado central que influye decisivamente en todas las funciones básicas y procesos cognitivos. Dichos procesos se encuentran en constante reestructuración debido a la etapa del desarrollo en la que se encuentran, influenciando de forma categórica en la personalidad y la construcción de la realidad del individuo.

### **Características fundamentales del desarrollo psicológico en la adolescencia**

La adolescencia es una etapa compuesta por diversos factores que inciden en el desarrollo y conformación de la identidad del individuo. Por lo tanto, en este apartado se abordará la temática desde la perspectiva cognitiva, social, emocional y psicosexual.

En cuanto al desarrollo cognoscitivo, diversos autores establecen que durante la adolescencia se producen grandes cambios, siendo Piaget el principal exponente de este enfoque. El autor mencionado sostiene que entre los 12 y 13 años se genera una transición de etapas de las operaciones concretas a las operaciones formales, donde se produce una modificación significativa en la construcción de la realidad de cada individuo y donde el pensamiento ya no depende de la realidad actual y concreta, sino que suelen jugar con posibilidades, manejan analogías y metáforas, reflexionan sobre su propio pensamiento y efectúan combinaciones y permutaciones (Piaget e Inhelder, 1993, en Hernández, 2010).

Por otra parte está el desarrollo social, donde se entiende a la socialización del adolescente desde espacios que contribuyen a su desarrollo individual, como la familia, el colegio, la universidad, las redes sociales, el contexto socio cultural o los grupos sociales de

pertenencia. Es relevante entender que la familia es un importante centro de aprendizaje y núcleo de gestación de habilidades y características que componen al individuo. Muchos de los elementos del comportamiento, como las creencias, las normas sociales, los valores y las intenciones son aprendidas desde el núcleo de casa. (Hernández, 2010)

Otro de los elementos importantes que componen la subjetividad de los adolescentes es el factor emocional, el cual adquiere intensidad y se modifica drásticamente y constantemente en esta etapa.

Además de todos los cambios emocionales que surgen en esta etapa, también se empieza a generar un proceso de aprendizaje en cuanto a la gestión y comunicación de las emociones. Durante la infancia el mecanismo de relacionamiento social era diferente y en la adolescencia este se modifica, por lo tanto, la forma en la que se expresan las emociones también cambia debido a factores sociales que inciden en el pensamiento y que retraen la conducta (Guía Juvenil.com, 2008).

Desde la perspectiva emocional afectiva, la adolescencia es una etapa donde se produce una integración social más significativa con el círculo relacional más cercano, como pueden ser los amigos o compañeros de colegio, en donde la seguridad afectiva también se traslada a los pares, quienes generan una zona de seguridad que nutre el desarrollo de los adolescentes. Esta etapa también representa una oleada emotiva que invade al individuo secando la racionalidad, lo que es un factor que incide directamente en la conducta de los adolescentes debido a que el factor experiencial va de la mano con el desarrollo afectivo, complementando ambos elementos. Esto quiere decir que él o la adolescente irá desarrollando una mejor gestión emocional, siempre y cuando también entienda y maneje las diversas problemáticas que vayan surgiendo circunstancialmente (Álvarez, 2010).

Con respecto al desarrollo sexual del adolescente en esta fase tardía, se produce la aceptación de los cambios corporales y la autoimagen, pues el individuo completa su crecimiento y desarrollo. También es un momento de construcción de la identidad sexual, ya que con frecuencia se inician las relaciones sexuales y aumenta el interés por vínculos de pareja más seguros y estables.

Esto permite identificar que el medio social influye significativamente en el desarrollo afectivo de los adolescentes y condiciona su accionar, ya que dependerá de la capacidad de resolución de conflictos el que el adolescente gestione de mejor forma sus emociones,

desarrollar resiliencia y reversibilidad, lo que en muchas ocasiones es difícil debido a contextos socio culturales limitantes (Álvarez, 2010).

### **La adolescencia desde una perspectiva actualizada**

En la actualidad se entiende que la adolescencia no tiene un esquema único de desarrollo psicosocial pre-establecido y que aplica a todos los individuos, pues esta etapa se caracteriza por la amplia variabilidad de crecimiento y desarrollo biopsicosocial de los individuos. Además de diferencias como la edad y el contexto de desarrollo, existen variaciones individuales en la progresión de las etapas que componen la adolescencia, ya que cada individuo experimenta de diferente forma el desarrollo, tanto en lo psicológico como en lo emocional y en lo relacional.

Por ello se plantean tres subfases, las cuales comprenden el proceso evolutivo de la adolescencia. Estas son: adolescencia temprana, adolescencia intermedia y adolescencia tardía (Gaete, Verónica, 2015).

La adolescencia temprana es una fase que va desde los 10 hasta los 14 años, la característica principal se relaciona con el rápido desarrollo de caracteres sexuales secundarios. Sin embargo, cabe destacar que esta fase gira en torno al egocentrismo del adolescente, que convierte al individuo en el centro de su propia realidad. Esto abarca su conducta, su autoconcepto y la autoestima. En este momento el adolescente considera que su perspectiva se aplica para todos y que él es el centro de gravedad de quienes lo rodean. Así se inician los primeros intentos para establecer límites tanto individuales como colectivos, ya que, en el ámbito del desarrollo social, se inicia un proceso de separación de la familia para encontrar su propio círculo relacional. Adicionalmente, aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares. El adolescente empieza a poner a prueba la autoridad, evidencia más resistencia a los límites y empieza a buscar las formas de externalizar sus necesidades y su mundo interior (Gaete, Verónica, 2015).

En cuanto a la adolescencia media, esta se extiende entre los 14 y los 17 años. Casas y Ceñal (2005) sostienen que esta subetapa de la adolescencia tiene una característica principal relacionada con el crecimiento y la maduración sexual del adolescente, desarrollada en un 95% respecto a la adultez. El elemento central en este período es el distanciamiento afectivo a nivel familiar y la búsqueda de pertenencia a nuevos círculos relacionales, en donde se encuentren individuos a los cuales se considera como pares.

Esto implica una importante reestructuración en las relaciones interpersonales del adolescente, con consecuencias en los planos individual y familiar. Su desarrollo psicológico sigue en marcha y en esta etapa continúa su búsqueda del sentido de individualidad, siendo el autoconcepto un factor muy dependiente de la opinión e influencia del medio social y de terceros. Existen constantes conductas de aislamiento donde el adolescente prefiere pasar solo y en donde adquiere herramientas de gestión emocional que le permiten reforzar la empatía, tanto individualmente como con los demás. Esto provoca que el adolescente esté en constante actitud de ayuda hacia los demás (Gaete, Verónica, 2015).

Por otra parte, estos autores establecen que el adolescente se ha desarrollado cognitivamente y ahora gusta de otros intereses, fortaleciendo la capacidad de ir generando un discurso propio, lo cual incide en la construcción de su identidad. Por esta razón, esta fase suele ser, en muchos casos, un momento de conflicto a nivel familiar, ya que el adolescente cuestiona constantemente a la autoridad y busca afirmar su criterio por sobre el de sus figuras de autoridad, con el objetivo de ir encontrando su independencia y su autonomía (Casas y señal, 2005).

Por último, está la adolescencia tardía, que es una etapa que va desde los 17 y 18 años de edad en adelante. Es la última etapa del recorrido del adolescente para encontrar su identidad y su autonomía. Para la gran mayoría de adolescentes, este es un momento de mucha tranquilidad y refuerzo de la personalidad.

Si todas las etapas previas fueron sorteadas con asertividad y el joven logra construir una red de apoyo estable y positiva, el individuo se encuentra en un buen camino para manejar de mejor forma los desafíos que presenta la adultez (Casas y señal, 2005).

Ilustración 1 Adquisición de objetivos psicosociales durante la adolescencia

	Adolescencia inicial	Adolescencia media	Adolescencia tardía
Independencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; Interés por padres vacío emocional</li> <li>Comportamiento/humor inestables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Conflicto con los padres, más tiempo amigos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Receptación consejos/ valores paternos</li> <li>Dudas para aceptarla</li> </ul>
Imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preocupación por el cuerpo, ¿soy normal?</li> <li>Inseguridad</li> <li>Comparación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aceptación del cuerpo</li> <li>Hacerle atractivo (TCA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aceptación cambios</li> <li>Imagen preocupa si anomalía</li> </ul>
Amigos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relaciones con amigos = sexo (+ ó -).</li> <li>Sentimientos ternura, miedos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Integración amigos, Conformidad reglas, valores... separar familia</li> <li>R. heterosexuales...C.R.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; Importancia grupo</li> <li>&lt; Experimentación</li> <li>&gt; Relaciones íntimas</li> </ul>
Identidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Capacidad cognitiva</li> <li>Autointerés y fantasías</li> <li>objetivos idealistas</li> <li>Intimidación</li> <li>Sentimientos sexuales</li> <li>No control impulsos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Capacidad intelectual</li> <li>&gt; Sentimientos (otros) notan sus limitaciones</li> <li>Omnipotencia ...</li> <li>Conductas de riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P. Abstracto establecido</li> <li>Objetivos realistas</li> <li>Valores morales, religiosos, sexuales</li> <li>Comprometerse y establecer límites</li> </ul>

Nota: Por Hidalgo, M, et al., (2017). Pubertad y adolescencia. Madrid: Departamento de endocrinología.

### La pubertad.

Desde una mirada fisiológica, se puede entender a la pubertad como “el resultado de la interacción de variables genéticas (70-80%) y factores reguladores -señales endógenas y ambientales- (20-30%): alimentación, disruptores, endocrinos, ciclos luz-oscuridad, lugar geográfico, estímulos psíquicos y sociales” (Hidalgo, 2017, p. 8). Además, el mismo autor nos menciona que, los cambios hormonales se dan por la interacción constante entre el sistema nervioso central, hipotálamo, hipófisis, gónadas y suprarrenales.

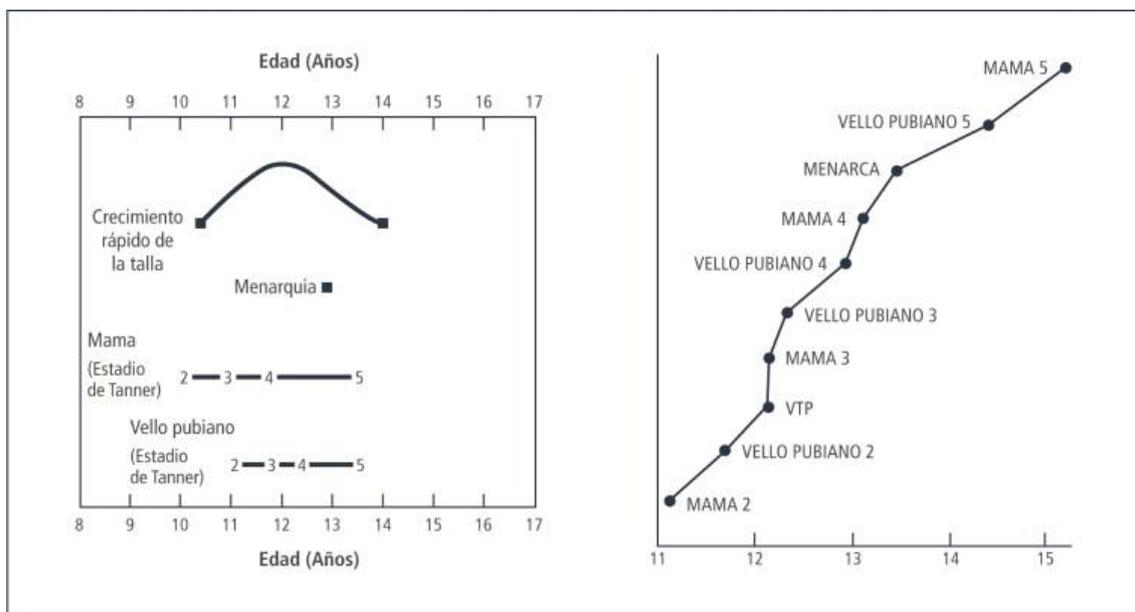
Uno de los cambios más importantes observados en la pubertad, están relacionados con el ámbito de la sexualidad. Esta etapa se caracteriza por el inicio de la vida fértil de las personas. Durante la pubertad hay muchas variables que impiden determinar una correlación confiable entre la edad cronológica y la maduración sexual y el crecimiento. Por lo tanto, se han determinado herramientas como el índice de la maduración sexual basados en el desarrollo de órganos genitales y los caracteres sexuales secundarios. La

importancia de este tipo de herramientas radica en que permite diferenciar la pubertad normal de la patológica (Hidalgo, 2017).

El desarrollo puberal normal puede definirse gracias a los estudios históricos realizados por Marshall y Taner. Lo que permitió definir el desarrollo puberal normal en aspectos netamente estadísticos, mediante intervalos. Así, si la aparición de caracteres sexuales secundarios debe darse en el intervalo  $\pm 2.5$  SDS dentro del sexo y la población usada como marco de referencia. Por ello, en la actualidad se considera como pubertad normal a aquellas niñas que viven este proceso entre los 8 y 13 años y los niños entre los 9 y 14 años (Guillen, 2017, p.6).

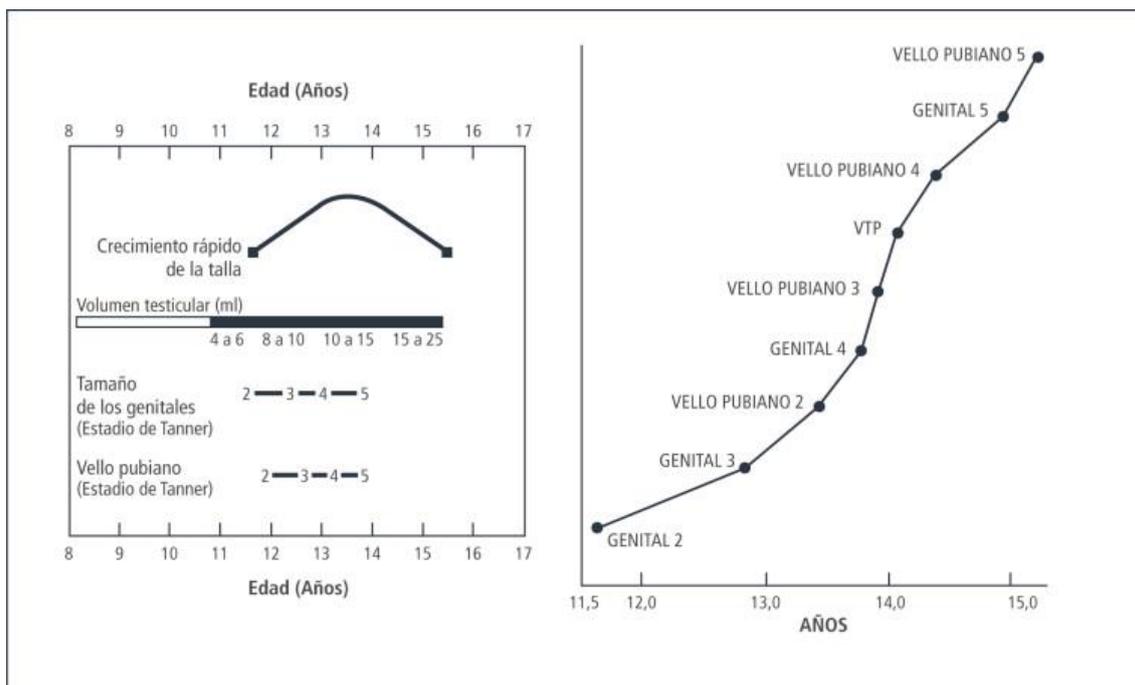
Para lograr definir la patología puberal, se debe arrancar comprendiendo el desarrollo puberal normal, explicado anteriormente. De esta manera, se considera patología puberal a todo lo que sale de los límites establecidos en este índice. Dentro de esta patología encontramos a la pubertad precoz, que se refiere a la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 en el caso de niñas y de 9 en el caso de niños. La pubertad retrasada hace referencia a la aparición de los mismos caracteres de los que se habló anteriormente, después de los 13 años en casos de niñas y los 14 en el caso de niños. (Guillen, 2017, p.7).

Ilustración 2 Desarrollo puberal femenino



Nota: Marshall, W, (1969). Tanner JM Arco Dis Niño 1969.

Ilustración 3 Desarrollo puberal masculino



Nota: Marshall, W, (1969). Tanner JM Arco Dis Niño 1969.

### Riesgos psicosociales.

En la etapa de la adolescencia, se pueden identificar unos factores de riesgo que pueden influir o no en la categorización social de este grupo de personas como grupo o población vulnerable. En primer lugar, factores de riesgo son “las características o cualidades de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud” (Herrera, 1999). Como se ha visto en lo recorrido en este marco teórico, la adolescencia es una etapa de aparición o cambios de aspectos relacionados al desarrollo psíquico, físico y social; aspectos que sumados al ambiente familiar y escolar pueden establecer las bases para la aparición de síntomas y enfermedades.

La importancia de definir, los factores de riesgo en una población vulnerable, está relacionada principalmente con la posibilidad de posicionar en el ojo de la salud pública prioritaria. Para comprender los factores de riesgo psicosociales, es necesario referirse a aquellos sugeridos por Patricia Herrera (1999), en el texto *Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente*, los cuales se enlistarán a continuación:

- Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas. Dentro de ellas podemos destacar la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima personal y la aceptación por parte del grupo.
- Patrones inadecuados de educación y crianza. Estos pueden ser:

- Sobreprotección: Se puede manifestar de una manera ansiosa (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).
  - Autoritarismo: Limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, para provocar como respuesta en la mayoría de los casos, rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres.
  - Agresión: Tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.
  - Permisividad: Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros.
  - Autoridad dividida: Este tipo de educación no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, y provoca la desmoralización de las figuras familiares responsables de su educación.
- Ambiente frustrante. Cuando el adolescente no encuentra adecuadas manifestaciones de afecto, cuando hay censura inmotivada y frecuente hacia su persona, cuando se reciben constantes amenazas, castigos e intromisiones en su vida privada y cuando se aprecia un desentendimiento y alejamiento de las problemáticas que presenta.<sup>5</sup>
  - Sexualidad mal orientada. Cuando por la presencia de prejuicios en relación con los temas sexuales, la comunicación en esta esfera queda restringida y el adolescente busca por otros medios, no siempre los idóneos, sus propias respuestas e informaciones o en muchos casos mantiene grandes lagunas que le acarrearán grandes problemas por el desconocimiento, la desinformación y la formación de juicios erróneos en relación con la sexualidad. (s, p)

En cuanto a los factores sociales que podrían provocar consecuencias negativas en los adolescentes, están el inadecuado ambiente familiar, referido a que la familia no cumple las funciones básicas y no se establecen de forma clara y consensuada las reglas y roles de la casa. La pertenencia a grupos antisociales, que aparece bajo la necesidad de busca de autoafirmación y seguimiento de los códigos grupales. La promiscuidad, acompañada de los deficientes sistemas de educación sexual, que podrían provocar embarazos adolescentes o enfermedades de transmisión sexual; este aspecto en muchas ocasiones

está relacionada a la autovaloración y autoestima negativa del adolescente. El abandono escolar, en el sentido de que implica una separación o desvinculación del medio social inmediato (Herrera, 1999, s, p).

### **Adultez**

¿Qué es el desarrollo adulto? Se ha hablado de desarrollo, pero ¿qué significa precisamente este término? El cambio hace referencia al movimiento de algo, de alguien o de un momento. Los cambios que el ser humano experimenta a lo largo de su desarrollo son significativos y marcan las pautas del accionar del individuo. En la vida adulta los seres humanos experimentan una serie de cambios, variados y numerosos. El desarrollo es un proceso sistemático que tiene por objetivo la adaptación al medio interno y externo, generando herramientas para dar respuestas a situaciones que puedan ser amenazantes o problemáticas para el individuo. El desarrollo se evidencia en elementos sencillos que van evolucionando y adquiriendo complejidad. Un ejemplo claro es el lenguaje, el cual se va enriqueciendo con el tiempo y ayuda a la estructuración del pensamiento por medio de la sinterización de la información de la experiencia.

Las etapas del desarrollo son parte de un proceso secuencial que se encuentra interconectado y que influye directa e indirectamente en la estructura y conformación de cada etapa. Por lo tanto, cada elemento cumple un papel fundamental. De esta forma el niño que da forma al adulto y el adulto que es hoy dará forma al adulto mayor en que se convertirá mañana (Papalia,2009). Para definir lo que es una persona adulta, se pueden utilizar distintos sistemas de referencia, por ejemplo, a nivel civil, muchos países confieren la adultez basados en la edad, situando esta entre los 18-21 años, otorgándole facultades políticas y judiciales como el sufragio o la autoridad para firmar contratos. Por otro lado, si se mira desde una postura socio-cultural, se puede decir que una persona se convierte en adulta cuando realiza acciones como: elegir una carrera, independizarse de sus padres, formar una familia o establecer una relación amorosa significativa, sostenerse económicamente, etc.

Se pueden encontrar dos tipos de adultez, la emergente y la temprana. Ambas presentan como característica que se evidencia un desfase entre la dependencia familiar y la madurez biológica, entre aquella “capacidad” subjetiva y la sensación de independencia y la demora que tiene el individuo para asumir responsabilidades (Uriarte, 2005, p. 151). En esta transición, la persona tiende a sentir una sensación de plenitud, otorgado por su la autonomía de toma decisiones sobre lo que hace, piensa, cómo establece sus relaciones,

qué rumbo le da a su vida laboral y académica, etc. La diferencia entre los tipos de adultez, están marcados por lo tanto por las condiciones económicas y sociales que puede ofrecer un país o ciudad. Aspectos que pueden determinar, en qué momento de la vida una persona reúne las condiciones y medios para lograr la independencia de sus padres.

Para definir la adultez emergente, se pueden recoger las palabras de Arnett, (2006), quien menciona que:

(...) es la etapa de transición entre la adolescencia y la edad adulta temprana en las sociedades industrializadas avanzadas, cuyos límites cronológicos estarían entre los 18 y los 25 años de edad, aunque pueden extenderse hasta los 30 años. Son los jóvenes que han dejado la dependencia de la niñez y la adolescencia, pero aún no han asumido las responsabilidades propias de la adultez. (p. 150)

Ya que este tipo de adultez no está definido por los procesos de la independización financiera, el mismo autor menciona que la madurez psicológica que experimentan estas personas no es definida por factores psicosociales, es decir las normas sociales y culturales que las sociedades establecen. Sino que más bien está delimitada por algunos marcadores del inicio de la adultez, entre lo que se puede encontrar:

- Finalización de la edad biológica.
- Mayoría de edad/derecho al voto.
- Comportamientos de independencia como obtener una licencia de conducir, viajar con amigos, etc.
- Criterios psicológicos o cualidades de carácter.

Por otro lado, la edad adulta temprana está basada en aspectos relacionados a la edad cronológica o la edad social. A diferencia de la edad emergente, la temprana puede analizarse comprendiendo que “La identidad personal de los jóvenes y la comunicación con los demás tiene relación con la edad y el estatus social de la edad” (Arnett, 2006, p. 149). Es decir, para aquellos adultos emergentes influye de forma interpersonal, las percepciones que tienen sobre sí mismos, y las percepciones de otras personas contemporáneas a su edad, o que se encuentren dentro del espectro de adultos. Por esta razón no se puede determinar una edad cronológica determinada, sino más bien una validación social. Es decir, que el sujeto se sienta percibido y tratado por su medio (amigos, familiares, compañeros) como un adulto.

## **Autoconcepto**

El autoconcepto ha sido objeto de estudio desde distintos campos del saber: filosófico, psicológico, sociológico o clínico. Las raíces remotas de la investigación psicológica acerca de cómo se produce el propio autoconocimiento y cómo tal conocimiento afecta a la conducta, se encuentran en las especulaciones filosóficas de muchos autores. Los primeros psicólogos aceptaron su estudio como un legado de la filosofía. Precisamente, la elaboración por parte de la psicología del constructo "autoconcepto", término acuñado en este siglo, que representa un modo de acercamiento a la antigua cuestión filosófica de ¿quién soy yo? (González, Turón, 1992, p. 27).

Se considera el elemento central que da forma a la personalidad y un indicador de satisfacción personal y psicología del bienestar. El autoconcepto ha sido ampliamente estudiado en el campo de la psicología debido a su directa participación en la autorregulación individual del comportamiento presente y futuro (Et al, 2013, p.18). Hay que tener presente que, actualmente se trabaja en definir una delimitación más clara, a nivel conceptual, entre el autoconcepto y la autoestima. Esta necesidad surge debido a que nivel social, estos términos se usan indistintamente haciendo alusión a lo que cada ser humano podría conocer de sí mismo. Un aspecto importante a mencionar, es que existen autores de acuerdo con la diferenciación y autores en desacuerdo.

Si embargo, por la naturaleza de este trabajo de investigación, se utilizará la perspectiva de correlación entre autoestima y autoconcepto planteada por García y Musitu. En primer lugar “el término autoestima expresa el concepto que uno tiene de sí mismo según unas cualidades que son susceptibles de valoración y subjetivación” (Musitu, Román y García, 1988). Este “concepto” que menciona el autor en la cita, es autovalorado por cada persona observado desde las cualidades, calificadas como positivas o negativas, y que el individuo ha adquirido y aprendido a través de la experiencia. Y lo más importante que menciona el autor, es que la autoestima es el resultado del proceso de autoevaluación de cada individuo. Es decir, luego de que una persona genera un concepto de sí misma, este pasa por el proceso de autoevaluación, que a su vez la oportunidad de integrar valores que le permitirá infra o sobrevalorarse (Musitu, Román y García, 1988).

El punto de correlación entre autoestima y autoconcepto es que el segundo es un producto de toda la actividad reflexiva mencionada anteriormente. Por lo tanto, con este término se hace referencia al concepto que tiene cada persona de sí mismo, dentro de un espectro físico, social, individual, político, etc. De manera más concreta el autoconcepto “es la

totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto” (Rosenberg, 1979, como se cita en Musitu, Román y García, 1988).

### **Multidimensionalidad del autoconcepto.**

En la actualidad, existe un debate sobre la percepción del autoconcepto. Para algunos autores, como por ejemplo Marx y Wynne, el autoconcepto es estático, plantea una única dimensión y solo se la puede abordar desde las generalidades. Por otro lado, autores como Musitu, García, Gutiérrez o Hubner comprenden al autoconcepto como toda una estructura multidimensional, que además se organiza jerárquicamente. Debido a la naturaleza de las herramientas de muestreo utilizada en esta investigación, se comprenderá al autoconcepto como un sistema multidimensional.

Uno de los autores a tomar en cuenta en el desarrollo del autoconcepto desde lo multidisciplinario es Fitts (1965), el cual es citado en Musitu, Román y García (1988) para explicar los componentes internos y externos, quedando de la siguiente manera:

<b>Componentes internos</b>	<b>Componentes externos</b>
Identidad	Físico
Autosatisfacción	Moral
Conducta	Personal
	Familiar
	Social

Además, es necesario ahondar en el modelo jerárquico multifacético de Shavelson, Hubner y Stanton postulado en 1976. Estos autores, siguen mantienen las concepciones del autoconocimiento que se han explorado anteriormente. Para este modelo, se plantea una división entre autoconocimiento académico y no-académico, y en el no-académico se exploran componentes emocionales internos basados en lo social y lo físico (relacionado a la apariencia). Shavelson, Hubner y Stanton (1976), plantearon siete características básicas del autoconocimiento, las cuales recoge Musitu, Román y García, (1988):

1. Está organizado: es decir que está estructurado, lo que le permite al individuo un ejercicio constante de categorización de significados y experiencias.

2. Es multifacético: lo que implica que está presente en los distintos ámbitos internos o externos al sujeto, tales como: la aceptación social, el atractivo físico o habilidades sociales y físicas.
3. La estructura puede ser jerárquica: dimensiones con significados e importancias que permitirían la categorización en función de los valores o la etapa de desarrollo de cada persona.
4. El autoconcepto global es relativamente estable: Su variabilidad depende de la categorización, lo que implica que las posiciones más bajas tienen más tendencia a la variabilidad.
5. Es experimental: lo que quiere decir que cada persona lo va configurando desde sus experiencias a lo largo de todo su ciclo vital.
6. Tiene carácter evaluativo: la dimensión evaluativa puede ser variable y está relacionada a la categorización de cada individuo. La valoración diferencial está sujeta a la experiencia del individuo basada en la cultura, familia, religión, etc.
7. Es diferenciable de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado: por ejemplo, la autovaloración, autocontrol, habilidades socioemocionales, etc. (p. 11).

### **Estabilidad del autoconcepto frente a la maleabilidad**

La estabilidad del autoconcepto frente a la maleabilidad es una característica importante, la cual se refiere a la capacidad de mantenerse estable y cambiante al mismo tiempo. Esta relación entre lo estático y lo cambiante hace referencia a que logra conservarse en sus aspectos más nucleares y profundos, sin embargo, tiene la posibilidad de cambiar en aspectos relacionados al contexto inmediato. A pesar de que el aspecto de la variabilidad ha estado constantemente en el plano de la discusión, podemos encontrar que “en numerosas investigaciones se constata que los seres humanos buscan denodadamente la consistencia y la estabilidad y se resisten activamente a cualquier información que desafíe o amenace su autoconcepto” (Musitu, Román y García, 1988, p. 12).

### **Dimensiones del Af-5**

Puesto que la herramienta de muestreo a utilizar es el cuestionario AF-5 a continuación se desarrolla algunas aproximaciones a los tipos de autoconcepto que este trabaja:

Autoconcepto académico/laboral

Este está relacionado a la percepción que tiene cada individuo sobre su desempeño como estudiante o trabajador. Los ejes que podemos encontrar son por un lado el sentimiento de desempeño sobre su rol como estudiante o trabajador que depende de la aceptación de sus inmediatos en el entorno, es decir maestros o compañeros. Por otro lado, están las cualidades que los individuos valoran en el medio, es decir que una persona sea inteligente, buen estudiante/trabajador, etc. (Musitu, Román y García, 1988, p. 12).

#### Autoconcepto social

Esta dimensión está relacionada a la percepción y reflexiones que tiene el individuo sobre su desempeño en las relaciones sociales. En este ámbito se pueden encontrar dos ejes. El primer eje está referido a la capacidad de construir una red social y mantenerla; y la segunda se refiere a las cualidades que presenta el individuo en la red social. El autoconcepto social se encuentra correlacionado con aspectos como el ajuste psicosocial, el bienestar psicosocial, el rendimiento académico y laboral, etc. (Musitu, Román y García, 1988, p. 12).

#### Autoconcepto emocional

La referencia en esta dimensión está referida a la percepción de la persona con sobre su estado emocional y su capacidad de respuesta ante los distintos estímulos que encuentra o que detona en el contexto. Las fuentes de significado de este ámbito, es por un lado las percepciones generales de los estados emocionales, es decir si el individuo se autopercibe como nervioso, asustadizo, etc. La otra fuente está vinculada con respuestas a situaciones específicas donde además hay la presencia de otro individuo concebido como de un rango superior, como por ejemplo padres, profesores, jefes, etc. (Musitu, Román y García, 1988, p. 12).

#### Autoconcepto Familiar

La dimensión familiar se basa en la percepción de los aspectos integración, participación e integración en el núcleo familiar. Los dos ejes de esta dimensión están vinculados con el afecto y cariño que el individuo siente de sus padres. En el segundo eje se encuentran cuatro variables que el individuo percibe en su núcleo familia, los cuales son: felicidad, apoyo, sentimiento de estar o no implicado y el sentimiento de ser o no aceptado. (Musitu, Román y García, 1988, p. 12).

#### Autoconcepto físico

La dimensión física, como su nombre lo dice se relaciona con la percepción del aspecto, bienes o condición física. Los dos ejes que complementan su significado son la práctica deportiva en su vertiente social, es decir si es bueno y aceptado en el mundo deportivo. El segundo eje tiene que ver con el aspecto físico. Un autoconcepto alto recoge las concepciones positivas de estos dos ejes, es decir, el individuo se percibe como físicamente agradable y capaz de practicar algún deporte; el negativo implicaría lo contrario (Musitu, Román y García, 1988, p. 12).

### **Enfoque cognitivo conductual**

Para la investigación es importante brindar un enfoque que permita orientar el entendimiento de los conceptos desde una perspectiva que pueda ser aplicada para la intervención en psicoterapia, es debido a esto que el enfoque cognitivo conductual permite el entendimiento de la cognición y conducta el individuo, evidenciando la relación entre el aprendizaje externo y la estructura interna de cada ser humano. Por lo cual, es relevante asociar este enfoque con la influencia de los riesgos psicosociales debido a que el entendimiento cuales son los factores externos que inciden de forma subjetiva en el auto concepto, nos permitirá tener un panorama claro para poder generar intervenciones que ayuden a esta población la cual cada vez más evidencia la necesidad de escucha y cambio frente al malestar que experimentan.

Desde el la TCC es importante entender el auto concepto desde el análisis funcional de su estructura, ya que la problemática radica en que el auto concepto de los adolescentes se ve directamente relacionado con su funcionalidad en la vida cotidiana y el desempeño personal social y académico, en investigaciones recientes se evidencia que en los últimos 30 años sigue en incremento los trastornos comportamentales de los adolescentes, afectando un 20% de la población mundial, esto se atribuye a diversos factores de riesgo, como; problemáticas en al área familiar, desempleo, consumo de sustancias, entornos de vulnerabilidad y violencia, además del factor sociocultural el cual es determinante en la consolidación y estructura del auto concepto de todo individuo que se desarrolla en un espacio en particular. Dichos elementos producen distorsiones cognitivas que son el resultado de factores de riesgo que se asocian al maltrato intrafamiliar en la infancia, abandono, abuso, violencia psicológica y física, pobreza entre otros. Lo antes mencionado contribuye en la conformación de esquemas interpersonales propensos al desarrollo de malestar emocional, generando afectaciones en la auto estima, la creatividad y en la

motivación personal para construir metas y objetivos para el crecimiento individual.  
(Castro, 2016)

Aunque a lo largo de la historia se han desarrollado distintos enfoques terapéuticos, son las cognitivas aquellas que se han desarrollado con más fuerza. Estas terapias surgieron de pensadores independientes como Beck, Ellis o Kelly, y han logrado establecer un punto de correlación o convergencia con la terapia conductual, dando así paso al denominado enfoque conductivo conductual. En el contexto de la psicología, Feixas y Miró (s, f) mencionan que los factores que dieron paso a las terapias cognitivas son:

- La aparición del conductismo mediacional o covariante: “el conductismo covariante de Homme (1965) sugirió que los contenidos mentales o sucesos privados deben considerarse conductas encubiertas que siguen los mismos ‘principios del aprendizaje que operan en la conducta manifiesta” (Feixas y Miró, 1993).
- El descontento existente con los tratamientos: existía un descontento tanto a tratamientos conductuales como psicoanalíticos, sobretodo referido a su efectividad en tratamientos a trastornos con notables correlatos conductuales (Feixas y Miró, 1993).
- La emergencia de la psicología cognitiva: esto visto como un paradigma, en conjunto con el progreso de los modelos clínicos referidos al procesamiento de información (Feixas y Miró, 1993).

En las terapias cognitivas no se puede especificar un marco teórico que cumpla la función de unificar. Tampoco se puede afirmar que exista un gran exponente, que al igual que Freud pueda marcar el inicio de un modelo. Por los aspectos antes mencionados, no es posible definir conceptos elementales para la psicoterapia cognitiva, sin tener en cuenta el panorama plural y de posibilidades. Algunos autores han seguido la tendencia de plantear una formulación de conceptos sobre los modelos terapéuticos cognitivos basados en los postulados de la psicología cognitiva. Basados en los trabajos de Ingram y Kendall se propone un modelo un sistema taxonómico de los aspectos cognitivos, los cuales dan paso a los conceptos básicos de los modelos cognitivos (Feixas y Miró, 1993).

Figura 2. Constructos representativos de cada categoría de los componentes del sistema cognitivo (tomado de Ingram y Kendall, 1986)

Estructura	Proposiciones	Operaciones	Productos
• Memoria a corto plazo	• Conocimiento episódico	• Propagación de la activación • Atención	• Atribuciones
• Memoria a largo plazo	• Conocimiento semántico	• Elaboración Cognitiva	• Imágenes
• Almacenamiento sensorial/iónico	• Información internamente generada	• Codificación	• Pensamientos
• Red cognitiva/redes asociativas	• Creencias (almacenadas)	• Recuperación • Velocidad de traslado de la información	• Creencias (que acceden)
• Nodos de memoria			• Reconocimiento/detección de estímulos

Nota: Por Feixas y Miró, (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. ASEPCO.

### Esquemas

El primer concepto básico a desarrollar es esquemas: estructuras y proposiciones cognitivas. Como antecedente a los esquemas, tenemos la definición de Barlett, quien menciona que es la organización de activa de las reacciones y experiencias pasadas. Sin embargo, una definición más contemporánea menciona que es una estructura cognitiva, fruto de la abstracción de la experiencia previa. Para Neisser (1967), lo esencial del esquema es que el responsable de los mecanismos de atención selectiva y percepción. Al existir muchos esquemas que coexisten con funciones diferentes, el procesamiento de la información depende del esquema activado. En cuanto a la estructura cognitiva, se puede concebir como el elemento que organiza la información y las proposiciones cognitivas se refieren al contenido de tal información (Feixas y Miró, 1993).

Las estructuras cognitivas sirven para delimitar aquellas prioridades del procesamiento de información, teniendo en cuenta los límites del sistema perceptivo. Los esquemas permiten que el perceptor pueda identificar los estímulos, categorizar acontecimientos y

selección nuevas estrategias de recolección de información. Cada individuo cuenta con esquemas específicos que le sirven para distintas áreas.

### Operaciones cognitivas

Este término se refiere a la forma en el que los distintos elementos del sistema cognitivo operan de forma interactiva con el fin de procesar la información. Por este sistema pasan los datos sensaciones para ser procesadas. Para autores como Turk y Salovey es difícil no trabajar con las estructuras y los procesos cognitivos de forma paralela, ya que ambos están cobijados por las estructuras cognitivas que influyen a ambos a la vez. Por lo antes mencionado, lo relacionado con la depresión puede resultar paradigmático, pues según Beck (1979) “los pacientes depresivos se caracterizan por una forma particular de operaciones cognitivas a las que llaman pensamiento automático”. Con automático, es autor se refiere a pensamientos deliberados, es decir, que el individuo no necesariamente elige cierta información y pasar por alto otras. Esto es a lo que Bech menciona como errores cognitivos, es decir, formas de pensamiento que caracterizan a pacientes deprimidos (Feixas y Miró, 1993).

Los errores cognitivos presentados son:

- Pensamiento absolutista de tipo -todo o nada-.
- Sobregeneralización.
- Filtro mental.
- Descalificación de lo positivo.
- Sacar conclusiones precipitadas.
- Lectura del pensamiento.
- Rueda de la fortuna, asumir que algo va a salir mal antes de tener indicios.
- Engrandecer o minimizar.
- Deberes e imperativos.
- Personalización.

### Productos cognitivos

Los productos cognitivos están referidos a todos los pensamientos, autoafirmaciones, imágenes, atribuciones, etc., que surgen como resultado de las operaciones cognitivas. Ya que, si entendemos que las operaciones pasan por la regulación de las estructuras cognitivas, entonces podemos aseverar que los productos cognitivos son el resultado final de este proceso.

### Modelo conductual

El modelo conductual hace referencia a la aplicación de los postulados de la psicología experimental a la alteración de la conducta. El propósito de este modelo fue resolver los problemas tanto sociales como personales con el fin de optimizar o mejorar el funcionamiento humano en general. A ello se atribuyen unas características de los modelos conductuales propuestos por Berstein y Nietzel, los cuales se citan en el texto de Feixas y Miró, (1993), cuales se disponen de la siguiente manera:

- La conducta normal y la anormal, se considera como un producto del aprendizaje.
- Tiene menor importancia los factores innatos o heredados en el proceso de adquisición de la conducta, aunque si se han aceptado los factores genéticos y constitucionales.
- El objeto de estudio para la conducta, se entiende como una actividad cuantificable o evaluable, tanto en el plano motor, como en los relacionados a lo cognitivo y fisiológico.
- Tiene más relevancia el método experimental como elemento de descripción, predicción y control de la conducta.
- Es necesario comprobar todos los procedimientos, tanto en el plano de la evaluación como en el de tratamiento.
- La evaluación y tratamiento se consideran elementos con una fuerte relación y sirven para modificar conductas inadecuadas.
- El rigor científico no es incompatible con la responsabilidad profesional. (p. 179)

Como se menciona anteriormente la estructura cognitiva es aquel elemento que organiza la información para posteriormente y por medio de las operaciones cognitivas procesar la información y obtener productos cognitivos que generen significado a la experiencia

Dicho proceso es importante en la comprensión del funcionamiento de los esquemas cognitivos y estructuras internas de los seres humanos y en el caso de esta investigación, en los y las adolescentes estos procesos cognitivos son de suma importancia debido a su influencia en la percepción de ellos mismos ya que son las herramientas internas que por medio de las diferentes experiencias individuales van consolidando el autoconcepto y reforzando la identidad de cada individuo.

Debido a esto es importante reconocer los procesos cognitivos para poder comprender cuales son aquellas áreas del auto concepto de los y las adolescentes que están siendo afectadas por los diferentes riesgos psicosociales a los que se ven constantemente expuestos, para esto es importante no dejar atrás el modelo conductual el cual tiene como propósito resolver los problemas tanto sociales como personales con el fin de optimizar o mejorar el funcionamiento humano en general, por lo tanto el análisis de la influencia de los riesgos psicosociales en el auto concepto se puede abordar desde el entendimiento de la conducta y los procesos psíquicos por los que atraviesa el adolescente, de esta forma al ya tener los resultados de la aplicación de las herramientas psicométricas se podrán evidenciar las necesidades de intervención y estructurar un plan de tratamiento en psicoterapia para ayudar a los y las adolescentes

## **CAPÍTULO III**

### **Metodología**

#### **Enfoque de tipo de estudio**

El enfoque teórico seleccionado para la investigación será el Cognitivo conductual, ya que este permitirá medir el impacto de dichos riesgos desde una visión cognitiva, que comprenda los resultados obtenidos como elementos estructurales individuales.

Por otra parte, el paradigma de investigación que se utilizará para el estudio será de tipo positivista, ya que es el más acorde con el enfoque de investigación cuantitativo, ya que este tipo de enfoque se asocia con los experimentos y las encuestas, con preguntas cerradas o con estudios que emplean instrumentos de medición estandarizados (Grinnel,

1997). El enfoque cuantitativo se fundamenta en un esquema deductivo y lógico que: busca formular preguntas de investigación e hipótesis para posteriormente probarlas; confía en la medición estandarizada y numérica; utiliza el análisis estadístico; es reduccionista y pretende generalizar los resultados de sus estudios mediante muestras representativas. Los experimentos y las encuestas basadas en cuestionarios estructurados son ejemplos de investigaciones centradas en este enfoque. (Cuantitativo) (Villarreal, 2017).

Tomando en consideración estos elementos, el objetivo principal del estudio es la comprobación de la hipótesis, para lo cual se utilizarán herramientas que brinden resultados estadísticos que permitan obtener un panorama general y completo de la problemática planteada en la investigación.

### **Corte**

El corte de esta investigación es de tipo transversal.

### **Diseño**

Se realizó un estudio cuantitativo no experimental con un diseño descriptivo de diferencia de grupos de corte transversal, mediante la aplicación de herramientas psicométricas como el AF-5 (test de autoconcepto) y el Q-PAD (cuestionario para la evaluación de problemas en adolescentes), que permitieron comparar los riesgos psicosociales en el autoconcepto de adolescentes con y sin problemáticas de salud mental.

### **Muestra**

El estudio se realizará bajo los parámetros de un muestreo intencionado, lo que significa que la selección de los participantes se realizará sobre la base del juicio y las necesidades del autor.

Para esta investigación la muestra se dividirá de la siguiente manera:

En primer lugar, la variable general indica que los participantes son adolescentes de 13 a 18 años de edad. En segundo lugar, la muestra está dividida en 15 adolescentes, 7 hombres y 8 mujeres que se encuentran cursando por un proceso terapéutico y otros 15 adolescentes, 7 hombres y 8 mujeres que no. Esto da como resultado un total de 30 adolescentes evaluados, 14 hombres y 16 mujeres de diferentes edades que van de 13 a 18 años de edad.

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Adolescentes de 13 a 18 años.	Adolescentes que padecen de trastornos de personalidad.
Adolescentes que se encuentren cursando un proceso terapéutico.	Adolescentes con enfermedades mentales graves.
Adolescentes de ambos sexos.	
Adolescentes que no requieren de un proceso terapéutico.	

### **Hipótesis**

- Los adolescentes que se encuentran cursando un proceso terapéutico presentan índices más elevados de riesgo psicosocial.
- A mayor riesgo psicosocial en adolescentes, menor autoconcepto.
- Los adolescentes que no se encuentran cursando un proceso terapéutico presentan menores afectaciones en el autoconcepto debido al menor impacto de los riesgos psicosociales.

**Causalidad:** El medio social influye significativamente en el autoconcepto. Dependiendo de este factor el individuo será más o menos propenso a presentar problemáticas relacionadas a la salud mental. Por lo tanto, los factores psicosociales de riesgo son elementos que pueden influir significativamente en el autoconcepto de los adolescentes, condicionando su desenvolvimiento en las diversas áreas del individuo. Por otra parte, factores como el contexto familiar y el relacionamiento social serán los elementos de mayor impacto en la conformación del autoconcepto e identidad de los adolescentes, condicionando la mirada sobre sí mismos, deteriorando la autoestima e influyendo en el desarrollo y accionar del adolescente.

## CAPITULO IV

### Resultados

**Tabla 1.**

*Análisis descriptivo de los resultados del test AF-5 de los participantes que no se encuentran siguiendo un proceso terapéutico*

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>M</b>	<b>sd</b>
Académico / Laboral	15	5	99	45,1	38,2
Social	15	1	80	18,7	22,8
Emocional	15	10	99	57,9	30,7
Familiar	15	3	70	29,8	23,7
Físico	15	1	95	48,7	29,6

En la tabla 1, en cuanto a los resultados del test AF-5 que no siguen un proceso terapéutico, la dimensión que mayor puntaje obtuvo es “físico” con una media de  $M=48.7$  y una desviación estándar de  $sd=29.6$ . No obstante, el puntaje inferior es correspondiente a la dimensión “social” con una media de  $M=18.7$  y una desviación estándar de  $sd=22.8$

**Tabla 2.**

*Análisis descriptivo de los resultados del test AF-5 de los participantes que se encuentran siguiendo un proceso terapéutico*

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>M</b>	<b>sd</b>
Académico / Laboral	15	15	99	70,8	29,3
Social	15	1	70	19,9	25,1
Emocional	15	5	70	28,1	19,6
Familiar	15	1	99	41,4	34,5
Físico	15	5	90	41,5	26,2

Dentro de los resultados descriptivos del test AF-5 de los participantes que se encuentran en un proceso terapéutico se destaca la puntuación mayor en la dimensión “académico/laboral” con una media de  $M=70.8$  y una desviación estándar de  $sd=29.3$ . por otro lado, el menor puntaje es de “social” con ( $M=19.9$ ;  $sd=25.1$ )

**Tabla 3.**

*Análisis descriptivo de los resultados del test Q-PAD de los participantes que no se encuentran siguiendo un proceso terapéutico*

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>M</b>	<b>sd</b>
Insatisfacción corporal	15	17	97	63,3	25,9
Ansiedad	15	35	99	73,9	18,8
Depresión	15	7	99	79,5	23,2
Abuso de sustancias	15	20	99	72,5	23,6
Problemas interpersonales	15	67	99	89,1	8,27
Problemas familiares	15	40	96	78,5	18,7
Incertidumbre sobre el futuro	15	8	99	76,2	23,2
Riesgo psicosocial	15	10	99	81,3	22,9
Autoestima y bienestar	15	3	52	22,9	14,8

En el análisis descriptivo de los resultados de los participantes que no se encuentran en un proceso terapéutico en las diferentes dimensiones del test Q-PAD, se encuentra el mayor puntaje en “problemas interpersonales” (M=89.1; sd=8.27) y los menores niveles han sido obtenidos por “autoestima y bienestar” (M=22.9; sd=14.8)

**Tabla 4.**

*Análisis descriptivo de los resultados del test Q-PAD de los participantes que se encuentran siguiendo un proceso terapéutico*

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>M</b>	<b>sd</b>
Insatisfacción corporal	15	11	99	69,5	28,4
Ansiedad	15	19	99	72,9	28,3
Depresión	15	21	99	74,1	23,6
Abuso de sustancias	15	10	98	53,5	26,8
Problemas interpersonales	15	41	99	72,8	21,0
Problemas familiares	15	17	99	69,7	29,9
Incertidumbre sobre el futuro	15	25	99	81,2	20,1
Riesgo psicosocial	15	19	99	69,9	26
Autoestima y bienestar	15	1	50	20,7	17,4

En los participantes que si se encuentran siguiendo un proceso terapéutico en cuanto a los resultados del test Q-PAD, tenemos como mayor puntaje el de la dimensión “incertidumbre sobre el futuro” (M=81.2; sd=20.1) y el mínimo es obtenido por “autoestima y bienestar” (M=20.7, sd=17.4)

**Tabla 5.***Correlación Spearman Brown entre las dimensiones del test AF-5 y Q-PAD*

		<b>Adémico</b>				
		<b>/ Laboral</b>	<b>Social</b>	<b>Emocional</b>	<b>Familiar</b>	<b>Físico</b>
<b>Insatisfacción corporal</b>	rho	,220	-,021	-,172	<b>-,411*</b>	-,101
	p	,243	,911	,364	,024	,595
<b>Ansiedad</b>	rho	,058	,216	-,341	<b>-,410*</b>	-,036
	p	,761	,251	,065	,023	,849
<b>Depresión</b>	rho	-,166	,200	-,130	<b>-,364*</b>	,015
	p	,380	,290	,495	,048	,937
<b>Abuso de sustancias</b>	rho	-,316	,193	,176	-,217	,129
	p	,088	,307	,354	,250	,498
<b>Problemas interpersonales</b>	rho	-,164	-,116	-,026	<b>-,403*</b>	-,153
	p	,386	,542	,891	,027	,419
<b>Problemas familiares</b>	rho	,044	-,092	-,147	<b>-,704**</b>	-,309
	p	,816	,629	,439	,000	,097
<b>Incertidumbre sobre el futuro</b>	rho	,128	,277	-,307	-,120	-,048
	p	,500	,139	,099	,529	,802
<b>Riesgo psicosocial</b>	rho	-,279	,032	-,275	<b>-,502**</b>	-,002
	p	,135	,867	,141	,005	,993
<b>Autoestima y bienestar</b>	rho	,099	,136	<b>,423*</b>	<b>,485**</b>	,344
	p	,603	,475	,020	,007	,063

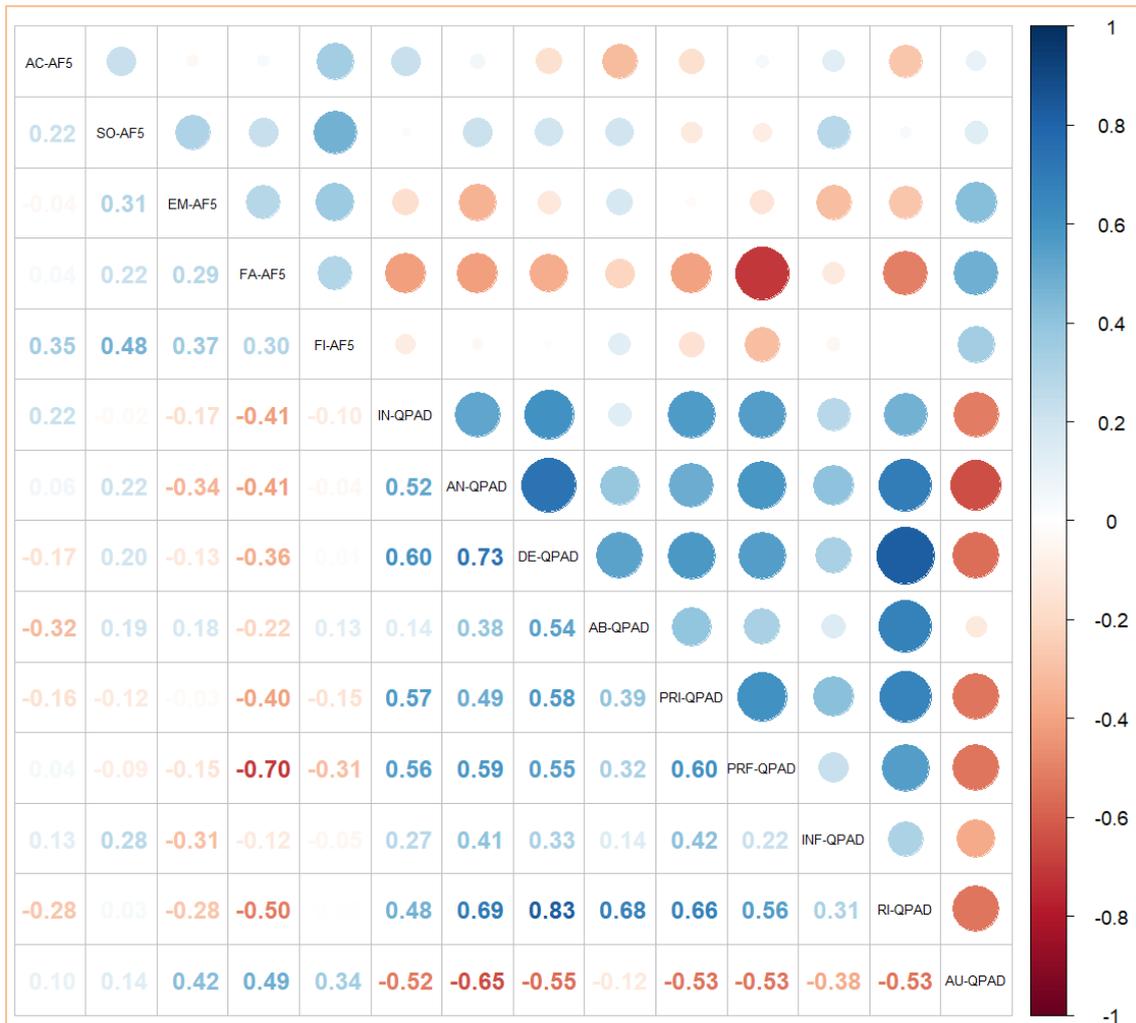
*p<.05\*; p<.01\*\**

Se realiza un análisis de correlación Spearman Brown, posterior a un análisis de distribución de los datos a través de la prueba Shapiro Wilk, donde se comprobó que los datos no siguen una distribución normal.

En la tabla 5, se observa correlación negativa y estadísticamente significativa entre insatisfacción corporal (rho=-,41; p<,05), ansiedad (rho=-,41; p<,05), depresión (rho=-,36; p<,05), problemas interpersonales (rho=-,40; p<,05), problemas familiares (rho=-,70; p<,001) y riesgo suicida psicosocial (rho=-,50; p<,01) con la dimensión familiar, es decir, a mayor puntaje en “familiar”, menor es el puntaje en las dimensiones mencionadas.

**Figura 1.**

Gráfico de correlaciones generado en RStudio, package:corrplot



Izquierda inferior: puntajes de correlación rho de Spearman Brown

Superior derecha: circunferencia de correlación (a mayor color y tamaño, mayor correlación; a menor color y tamaño, menor correlación)

Colores: azul=correlación positiva, rojo=correlación negativa, ausencia de color=sin correlación

**Tabla 6.**

*Comparación U de Mann Whitney entre las personas que se encuentran y no en un proceso terapéutico en cuanto a las dimensiones del test AF-5 y Q-PAD*

		N	Rango promedio	U	p
Académico / Laboral	Sin terapia	15	12,33	65,000	<b>,048*</b>
	Con terapia	15	18,67		
Social	Sin terapia	15	15,27	109,000	,883
	Con terapia	15	15,73		
Emocional	Sin terapia	15	19,80	48,000	<b>,007*</b>
	Con terapia	15	11,20		
Familiar	Sin terapia	15	14,30	94,500	,454
	Con terapia	15	16,70		
Físico	Sin terapia	15	16,67	95,000	,467
	Con terapia	15	14,33		
Insatisfacción corporal	Sin terapia	15	14,23	93,500	,430
	Con terapia	15	16,77		
Ansiedad	Sin terapia	15	14,87	103,000	,693
	Con terapia	15	16,13		
Depresión	Sin terapia	15	16,53	97,000	,520
	Con terapia	15	14,47		
Abuso de sustancias	Sin terapia	15	18,63	65,500	,051
	Con terapia	15	12,37		
Problemas interpersonales	Sin terapia	15	18,83	62,500	<b>,038*</b>
	Con terapia	15	12,17		
Problemas familiares	Sin terapia	15	16,47	98,000	,547
	Con terapia	15	14,53		
Incertidumbre sobre el futuro	Sin terapia	15	14,53	98,000	,547
	Con terapia	15	16,47		
Riesgo psicosocial	Sin terapia	15	17,53	82,000	,205
	Con terapia	15	13,47		
Autoestima y bienestar	Sin terapia	15	16,43	98,500	,561
	Con terapia	15	14,57		

*p* < .05\*

Existe evidencia de diferencia significativa entre participantes con y sin terapia en las siguientes dimensiones:

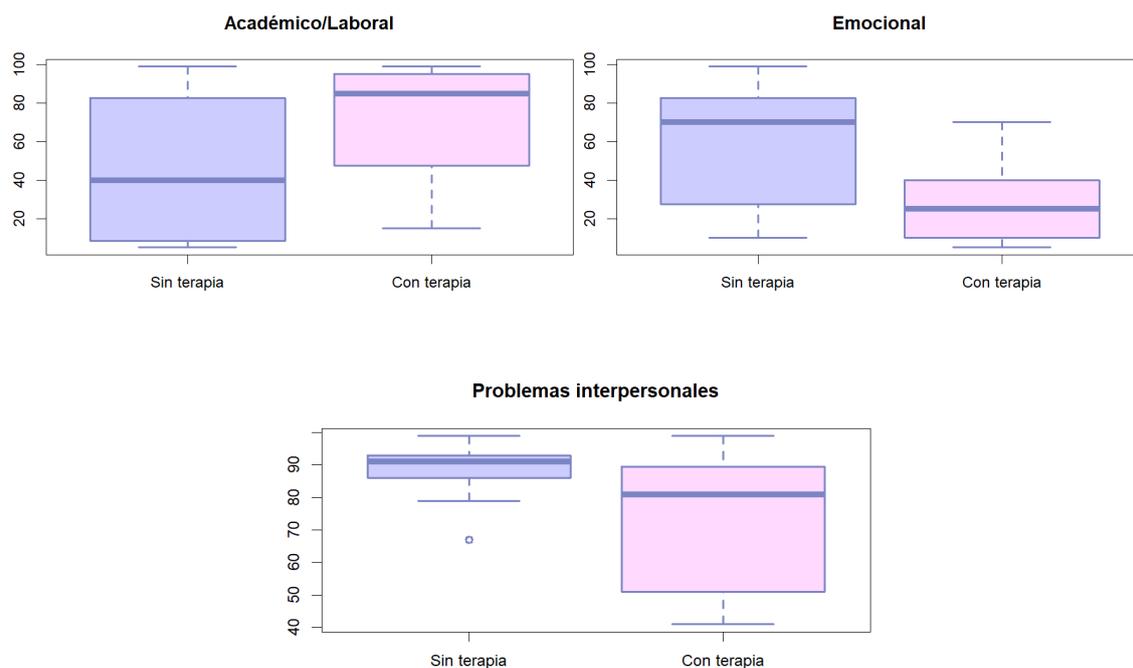
académico laboral con un estadístico  $U=65.00$ , asociado a un valor  $p < .05$ , con un rango promedio superior en las personas que están siguiendo un proceso terapéutico.

Emocional presenta una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de personas ( $U=48.00$ ;  $p < .05$ ), con la característica que el rango superior es obtenido por las personas sin terapia en comparación a los que si se encuentran en la misma.

Problemas interpersonales presenta una diferencia  $U=65.50$  y un valor  $p<.05$ , donde destaca que mayores puntajes de rango promedio presentan las personas que no se encuentran en un proceso terapéutico en comparación a las que sí.

## Figura 2.

*Gráficos de cajas representando la diferencia estadísticamente significativa entre las personas con y sin terapia*



## Discusión

Desde mi criterio personal considero que la investigación es de gran importancia debido a los importantes resultados que se pueden evidenciar, ya que estos demuestran que tras la toma de las dos herramientas psicométrías AF-5 Y Q- PAD los adolescentes de entre 13 y 18 años de edad se encuentran vulnerables en 3 áreas específicas que componen su individualidad y autoconcepto, siendo estas el área; académico laboral, Emocional y problemas interpersonales las cuales evidencian las necesidades más urgentes de dicha población.

En principio la investigación planteaba como hipótesis que aquellos adolescentes que se encontraban cursando un proceso terapéutico tendrían índices más elevados de riesgo psicosocial por lo tanto más áreas de su auto concepto se verían afectadas, sin embargo con los resultados podemos llegar a refutar esta hipótesis comprendiendo que la influencia

de los riesgos psicosociales no está determinado por el hecho de estar en un proceso terapéutico ya que socialmente se considera que aquellas personas que asisten a procesos de salud mental, se encuentran con un malestar significativo en comparación con el resto de las personas y por eso requieren intervención terapéutica, sin embargo gracias a los resultados podemos identificar que efectivamente existe diferencia entre ambas población pero no necesariamente como se planteaba en un inicio, al contrario, se puede evidenciar que los adolescentes en proceso terapéutico se ven influenciados positivamente en la nivelación del malestar ya que aquella población presentaba índices menores a aquellos que no se encuentran cursando un proceso, esto nos puede llevar a varias conclusiones una de ellas es la reafirmación de que la psicoterapia sigue generando resultados efectivos en el tratamiento de problemáticas de salud mental, lo cual refuerza la idea de que esta población requiere de atención a sus necesidades en cuanto a su salud mental.

Por otra parte y dando seguimientos a los resultados de la investigación también es importante recalcar que gracias a la Correlación Spearman Brown entre las dimensiones del test AF-5 y Q-PAD se puede evidenciar que la dimensión de mayor afectación es la que abarca el ámbito familiar, lo cual refleja la importante influencia del sistema familiar en la construcción del auto concepto de adolescentes, independientemente de si están o no en proceso terapéutico, esto nos permite entender que no solo la intervención por medio de un proceso terapéutico es necesaria, también se requiere ir generando un programa de atención integral que recoja las áreas en las que se necesite atención y pueda brindar tratamiento integral, para la mejoría y estabilidad de los adolescentes frente a la percepción de ellos mismos y de su entorno, ya que estos elementos inciden la construcción de la realidad de los adolescentes, en las acciones que realizan para resolver conflictos, en como afrontan e integran emocionalmente la experiencia en su cognición y en su conducta frente al malestar lo cual en muchos casos ocasiona problemáticas significativas para los adolescentes.

Finalmente es importante recalcar que el objetivo general de la investigación se cumplió en gran medida ya que los resultados obtenidos en el proceso fueron satisfactorios, permitiendo evidenciar las áreas del auto concepto que se ven afectadas por los diferentes riesgos psicosociales, lo cual evidencia las necesidades de la población en relación a la urgencia de intervención, además se pudo generar correctamente una comparación entre dos elementos que no son usualmente tomados en cuenta pero que interaccionan constantemente e influyen directamente, en el desarrollo de los y las adolescentes.

Por otra parte, los objetivos específicos también fueron cumplidos ya que se pudo evaluar a la población deseada con las herramientas que se plantaron como objetivos en un inicio, generando una comparativa y a su vez, resultados provechosos para la investigación. El obtener herramientas psicométricas que permitan realizar la investigación fue uno de los elementos que generó mayores dificultades en la realización del trabajo ya que fueron de alto costo y además se necesitó de arduo esfuerzo para la toma de muestra y la posterior obtención de resultados, sin embargo, es positivo ya que gracias a esto se pudieron cumplir los objetivos específicos de la investigación

A manera de reflexión final, es relevante entender que estos resultados son producto de las vivencias y experiencias de dichos adolescentes y nos muestran una realidad que a simple vista es difícil de evidenciar pero que pone sobre nuestras manos una responsabilidad importante de cambio, que debe ir orientada a la construcción de una sociedad mejor, que se interese por la salud mental de los y las adolescentes.

## **CAPITULO V**

### **Limitaciones del estudio**

#### **Tamaño de la muestra**

Este fue uno de los elementos limitantes en el estudio ya que, para encontrar relaciones o generalizaciones significativas a partir de los datos, se requiere de un tamaño grande de población que asegure una distribución representativa de la muestra

#### **Falta de estudios previos de investigación sobre el tema**

La información que relacione auto concepto y riesgo psicosocial en adolescentes es escasa y fue uno de los limitantes en la construcción de la investigación ya que al no tener muchas fuentes el generar un estudio desde un enfoque de la psicología, en este caso desde el cognitivo conductual fue un reto significativo.

#### **Medida de recolección de datos**

En retrospectiva es importante aclarar que la investigación requirió de una inversión monetaria de un costo elevado debido a la necesidad de conseguir herramientas psicométricas que permitan evaluar los parámetros planteados en los objetivos, de esta forma si se quisiera ampliar la muestra también se debe tomar en consideración que el capital de inversión también tendrá que aumentar

## **CAPITULO VI**

### **Conclusiones y recomendaciones**

Como conclusiones, la comparativa permitió evidenciar que las dimensiones mayormente afectadas con relación a los participantes con y sin terapia, son las siguientes:

- Académico laboral con un estadístico  $U=65.00$ , asociado a un valor  $p<.05$ , con un rango promedio superior en las personas que están siguiendo un proceso terapéutico.
- Emocional, presenta una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de personas ( $U=48.00$ ;  $p<.05$ ), con la característica que el rango superior es obtenido por las personas sin terapia en comparación a los que si se encuentran en la misma.
- Problemas interpersonales presenta una diferencia  $U=65.50$  y un valor  $p<.05$ , donde destaca que mayores puntajes de rango promedio presentan las personas que no se encuentran en un proceso terapéutico en comparación a las que si.
- Por otra parte y según la Correlación Spearman Brown entre las dimensiones del test AF-5 y Q-PAD se puede evidenciar que la dimensión de mayor afectación es el ámbito familiar, lo cual refleja la importante influencia del sistema familiar en la construcción del auto concepto en adolescentes y su influencia significativa en las otras dimensiones del mismo.

### **Recomendaciones**

Para futuras investigaciones relacionadas al auto concepto en adolescentes considero importante identificar que existen varios elementos que dificultan los estudios relacionados a la temática debido a la carencia de información desde un enfoque psicológico además de las dificultades en cuanto a la accesibilidad de la muestra y la obtención de recursos económicos que puedan financiar las diversas investigaciones. En el caso de este estudio en particular, se utilizaron dos herramientas psicológicas que mide específicamente el auto concepto de adolescentes y riesgos psicosociales, lo cual es una gran ventaja para la investigación y favorece a la confiabilidad de la misma, sin embargo, su alto costo de aplicación es un factor limitante en la aplicación y ampliación de la muestra. Considero que para futuras investigaciones se podrían buscar otras herramientas que permitan abaratar costos y ampliar muestra, sin perder la confiabilidad y efectividad de la investigación

## **CAPITULO VII**

### **Anexos**

### **Modelo de consentimiento informado para la aplicación de dos herramientas psicométricas**



### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Quito.....2022**

El presente consentimiento tiene como finalidad, proporcionar a cada uno de los participantes y sus representantes legales información clara sobre el proceso, la duración, las razones y los roles que tomarán durante la investigación

La participación en esta investigación es completamente voluntaria, la información recolectada será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación, las respuestas serán codificadas y agregadas con un número de

identificación, esto significa que el nombre no será publicado, es decir, aparecerá como anónimo, y solo se utilizarán los datos estadísticos recolectados. Si tiene alguna duda sobre esta investigación, el participante puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. El participante puede retirarse en el momento que así lo disponga, únicamente se le solicitará que informe las razones de su decisión, las cuales serán respetadas. A continuación, se detalla el proceso de recolección de datos.

Se solicita el consentimiento de parte de los representantes legales del o la adolescente para la aplicación de dos test psicológicos, que buscan recopilar información estadística sobre el estado de los y las adolescentes, en dos áreas de la individualidad, el primero es el auto concepto para el cual se aplicara el test Denominado AF-5 que busca evaluar el estado del individuo en sus vertientes Social, Académica/Profesional, Emocional, Familiar y Física. El segundo test, busca medir los índices de riesgo psicosocial en adolescentes, para lo cual se aplicara un test denominado Q-PAD, el cual está enfocado en la **detección y** evaluación de problemas en adolescentes, incluyendo las variables más relevantes: Ansiedad, Depresión, Insatisfacción corporal, Problemas en las relaciones con los demás, Problemas familiares, Incertidumbre sobre su futuro, Riesgo psicosocial, Abuso de sustancias, Autoestima y bienestar.

Manifiesto que se me fue notificado de forma clara y completa sobre el proceso de la recolección de datos y que el propósito de su realización es obtener información únicamente para la investigación. También se me comunicó que toda información recolectada será confidencial y con fines netamente académicos.

Hago constar que he comprendido en su totalidad la participación de mi hijo/hija/ adolescente dentro de esta investigación, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

**Por la presente yo ..... con número de  
cédula.....autorizo administrar las pruebas  
psicológicas AF-5 y Q-PAD a mi hija/o adolescente  
.....con número de cedula  
.....cuya información se utilizará para el estudio**

**“Influencia de los riesgos psicosociales en el autoconcepto de adolescentes con y sin proceso terapéutico”** autoría del estudiante **Ismael Salazar** de la **Universidad Internacional SEK** para la obtención de su título de **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**.

**Nombre:**  
**Firma de padre/madre o representante legal:**  
**Cl:**

**Nombre**  
**Firma del participante:**  
**Cl:**

## **CAPITULO VIII**

### **Referencias**

#### **Bibliografía**

Arteaga, H. U., Rodríguez, M. A. G., González, M. L. N., & Villarreal, S. L. G. (2017). Importancia de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa para la Educación. *EDUCATECONCIENCIA*, 16(17), 163-174.

Álvarez, J. (2010). Características del Desarrollo Psicológico de los Adolescentes. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, N° 28, Marzo. Recuperado de: [http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_28/JUANA\\_MARIA\\_ALVAREZ\\_JIMENEZ\\_01.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_28/JUANA_MARIA_ALVAREZ_JIMENEZ_01.pdf)

Arnett, J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*.

Coleman, J. C., & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Ediciones Morata.

Casas, J. J. y Ceñal, M. J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Revista Pediatría Integral* 2005. Madrid. Recuperado de: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo\\_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)

Castro, A. (2016). Reestructuración cognitiva conductual en el autoconcepto del adolescente. *Educación en Contexto*, 2, 98-114.

Edu.Pe. Retrieved June 14, 2022, from <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0764.%20Desarrollo%20del%20adulto%20y%20vejez.pdf>

Faroh, A. C. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski. ¿Dos caras de la misma moneda?. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 27(2), 148-166.

Feixas, G., Miró, M. (1993) Aproximaciones a la psicoterapia. Madrid: ASEPCO.

Fuentes, P. L. (2013). Resiliencia en los Adolescentes entre 15 y 17 años de edad que asisten al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia del Área Metropolitana. Tesis de Grado. Universidad Rafael Landívar, Guatemala de la Asunción. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Fuentes-Paola.pdf>

Gaete, Verónica. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

Guía Juvenil.com (2008). Los Cambios Emocionales en la Adolescencia. Recuperado de: <http://guiajuvenil.com/hijos/los-cambios-emocionales-en-la-adolescencia.html>

González-Arratia, N.; Valdez, J. y Zavala, Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29213104.pdf>

Guillen, L. (2017) Pubertad normal y variantes de la normalidad. *Pediatría Integral* ; XIX.

Grinnell, R. (1997). *Social work research & evaluation: Quantitative and qualitative approaches*. Illinois: Peacock publishers.

Hernández, H. (2010). Modelo de Creencias de Salud y Obesidad. Un estudio de los Adolescentes de la Provincia de Guadalajara. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá, España. Recuperado de: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9024/TESIS%20HELENA%20HERNANDEZ%20MARTINEZ.pdf?sequence=1>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. Ciudad de México. McGraw-Hill.

Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. Cuba: Revista Cubana de pediatría.

Hidalgo, M., Fierro, J., Hidalgo, M. (2017). Pubertad y Adolescencia. Madrid: Adollescere.

Laplanche J, Pontalis JB. (1967) Vocabulaire de la Psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France.

Musitu, G., García, F. (2014). Autoconcepto forma 5 – Manual. Madrid: Hogrefe.

Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2010). Desarrollo Humano. Ciudad de México: McGraw-Hill.

Uriarte, A. (2005). En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes. International Journal of Developmental and Educational Psychology. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832310013>

Sabaté, N. (s.f). La psicoterapia. Centre Londres 94.

Vygotski, L. S (1931 – 1996). Psicología del adolescente en Vygotski, L.S. Obras escogidas IV. Madrid: Aprendizaje. Visor.

Wolberg LR. (1977). The Technique of Psychotherapy. New York: Grune & Stratton.