



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Evidencias psicométricas del cuestionario de detección de  
trastornos del comportamiento en adolescentes de secundaria de  
Nuevo Chimbote.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN  
PSICOLOGÍA

**AUTORA:**

Daiana Carola Corpus Huamancusi  
(ORCID: 0000-0002-2232-778X)

**ASESORES:**

Mgtr. Manuel Alva Olivos  
(ORCID: 0000-0001-7623-1401)

Dr. Martín Noe Grijalva  
(ORCID: 0000-0003-2224-8528)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicométrica

Chimbote – Perú

2020

## DEDICATORIA

Por sobre todas las cosas, a Dios, por las herramientas que me otorgó para poder afrontar los obstáculos que trajo consigo la pandemia y culminar mi ciclo con éxito.

A mi familia, quienes han sido parte de mi trayecto profesional, siempre han estado orientándome y brindándome su apoyo incondicional, pero a mis padres especialmente, por sus sacrificios realizados para poder ayudarme a culminar mi carrera, sé que algún día podré compensar todo lo que han hecho por mí.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradecer a mis asesores, Manuel Alva y Martín Noé, por sus enseñanzas compartidas para los cumplimientos de las actividades propuestas tanto para el proyecto como para el desarrollo de la tesis, así mismo por la empatía mostrada, para escuchar y entender las dificultades presentadas.

Un agradecimiento especial a mi familia que se encuentra dentro (Román, Giovanna, Jaime y Julio) y fuera del país (Nora y Ruben), por el soporte emocional y económico brindado, para llevar a cabo estos ciclos académicos. De no ser por mi mamá Gloria y mi papá Lorenzo, no lo hubiera logrado, ellos son todo para mí. De igual manera a mi hermana Johanna, quien a pesar de su corta edad siempre se interesó en ayudarme cuando tenía días muy pesados. Los quiero familia, ya estoy con ansias de que vean el resultado de mi trabajo.

A mis amistades cercanas, pertenecientes al coro, Belén, Karen y Armando, los admiro mucho por todo el talento que tienen y por sus palabras de gran aliento, gracias por ser de esas amistades que te acercan a Dios. Muchas gracias también a la pastoral juvenil (coro “Jesús Amigo”, “Ángeles de Dios” y el grupo de confirmación), por sus enseñanzas y experiencias que me brindaron para poder explayarme y compartir mis conocimientos, aprendí el dominio escénico e improvisación, que fueron herramientas esenciales para el campo laboral. Sobre todo agradecer a esas amistades que son para toda la vida, Fernanda, Daniela y Jhoselyn, mantenemos una amistad de casi 16 años, cada reencuentro tenemos largas pláticas, donde nos escuchamos y apoyamos mutuamente, gracias por su lealtad. Y a Michel, quiero que sepas amigo que te agradezco infinitamente por haberme acompañado en todo momento, por enseñarme, cuidarme y hacerme sentir muy bien sin buscar algo a cambio, sencillamente gracias por creer en mí.

Un último agradecimiento para los estudiantes que accedieron a formar parte de ésta investigación de manera voluntaria, esa acción permitirá formar un cambio en nuestros futuros jóvenes, así que su aporte es una valiosa contribución para nuestra sociedad.

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada “Evidencias psicométricas del cuestionario de detección de trastornos del comportamiento en adolescentes de secundaria de Nuevo Chimbote”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

La Autora

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTO .....	3
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD .....	
PRESENTACIÓN .....	5
ÍNDICE .....	6
RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	9
I. INTRODUCCIÓN .....	10
II. MARCO TEÓRICO .....	13
III. METODOLOGÍA .....	20
3.1. Tipo de investigación .....	20
3.2. Operacionalización de variables .....	20
3.3. Población, muestra y muestreo .....	22
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	23
3.5. Procedimiento .....	24
3.6. Métodos de análisis de datos .....	24
3.7. Aspectos éticos .....	24
IV. RESULTADOS .....	25
V. DISCUSIÓN .....	28
VI. CONCLUSIONES .....	31
VII. RECOMENDACIONES .....	32
REFERENCIAS .....	33
ANEXOS .....	38

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable.....	18
Tabla 2. Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación R.....	22
Tabla 3. Estadísticos de fiabilidad de consistencia interna del Cuestionario ESPERI.....	24
Tabla 4. Prueba de normalidad.....	34

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar las evidencias psicométricas del Cuestionario de Detección de Trastornos del Comportamiento (ESPERI) en adolescentes de secundaria de Nuevo Chimbote. El tipo de estudio fue instrumental y el diseño de investigación psicométrico. La muestra estuvo conformada por 150 estudiantes del nivel secundario. La evidencia de validez fundamentada por la estructura interna, basada en la correlación ítem-test, donde el nivel de discriminación de todos los ítems es aceptable ( $>.30$ ), lo cual hace al instrumento, válido. La confiabilidad se hizo a través del método de consistencia interna, del coeficiente alfa de cronbach con un valor de  $.70$ , lo cual indica un valor aceptable.

**Palabras Claves:** trastornos del comportamiento, evidencias psicométricas, validez y confiabilidad.

## **ABSTRACT**

The research aimed to determine the psychometric evidence of the Behavioral Disorders Detection Questionnaire (ESPERI) in secondary school adolescents from Nuevo Chimbote. The type of study was instrumental and the research design was psychometric. The sample was made up of 150 high school students. The evidence of validity based on the internal structure, based on the item – test correlation, where the level of discrimination of all items is acceptable ( $> .30$ ), which makes the instrument valid. Reliability was made through the internal consistency method, Cronbach's alpha coefficient with a value of  $.70$ , which indicates an acceptable value.

**Keywords:** behavioral disorders, psychometric evidence, validity and reliability.



## I. INTRODUCCIÓN

En el desarrollo del adolescente existe una variación individual que hace difícil determinar lo normal debido a su evolución. Dentro de ello pueden surgir varios tipos de comportamientos emocionales o trastornos, como la depresión, la ansiedad, etc. Sin embargo, se requiere una relación sólida y de confianza entre el especialista y el evaluado para apreciar las luchas internas que muchos adolescentes sufren. (Hazen, Schlozman y Beresin, 2008).

El trastorno de la conducta es un importante problema de salud mental por varias razones. Primero porque a menudo implica agresión, está muy relacionado con el comportamiento delictivo, problemas emocionales y académicos. Por ejemplo, los comportamientos asociados con el TC a menudo llevan al menor a ser rechazado por sus compañeros y ser suspendido o expulsado de la escuela (Frick, 2012).

Si éstos trastornos se mantienen en la infancia es muy probable que en la adolescencia o juventud presenten problemas legales (por ejemplo, riesgo de arresto), problemas educativos (por ejemplo, deserción escolar), problemas sociales (p. ej., mal ajuste marital), problemas ocupacionales (p. ej., bajo rendimiento laboral) y problemas físicos problemas de salud (p. ej., mala función respiratoria) (Odgers, et al., 2008).

Para Escudero (2012) los trastornos del comportamiento abarcan conductas desajustadas que implican gravedad según la edad y los factores que lo desencadenen. Estos alcanzan la cifra de 40 a 50% en los motivos de consulta más frecuente del área de Pediatría. Además en sus síntomas conductuales, persisten patrones de comportamiento tales como la falta de integración y conductas desafiantes hacia las figuras de autoridad.

Los problemas de comportamiento, usualmente están presentes en esta etapa, y son los comportamientos disruptivos, Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno negativista – desafiante, son los principales problemas en la etapa escolar. (Ogundele, 2018). Siendo un caso frecuente en los

establecimientos de salud y centros educativos y tal como manifiestan Allen, First y Pincus (1994), en vez que desaparezca con el trascurso del tiempo, ésta evoluciona. Pues están encadenados a una serie de factores, ya sean por hechos estresantes, problemas en el entorno familiar, enfermedades médicas y/o genéticas, por ello se reincide en su detección y atención temprana.

El trastorno del comportamiento se posiciona en el 4º lugar de prevalencia en la adolescencia y adultez a nivel mundial, ya que las estadísticas refieren que alrededor del 10% y 20% de la población infantil, tiene problemas mentales o del comportamiento, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). A lo largo del año, los trastornos neuropsiquiátricos se han elevado a un 50%, convirtiéndose en la mayor causa de mortalidad en menores.

En la población chimbotana existe una creciente preocupación por el comportamiento de los adolescentes. Con mayor frecuencia, aparecen comportamientos agresivos tales como la violencia física y verbal entre pares, la falta de respeto a la figura de autoridad y el vandalismo, presentes a diario en reportajes de nuestra localidad. El Sistema penal juvenil (2012) registró un 22% en Chimbote sobre la conducta disocial en adolescentes. Por eso es importante poder tener un instrumento capaz de detectar este tipo de comportamiento para una futura intervención con el propósito de disminuir las cifras que hasta ahora conocemos.

Mash (1998) determina que algunos de los trastornos comportamentales son efectos de trastornos clínicos, no obstante para un diagnóstico preciso es necesario que dentro de la evaluación inicial se conozcan las características que lo componen como el entorno familiar, fracaso escolar, etc., para efectuar la atención personalizada al menor. Igualmente, Lipsey y Derson (1998), agregan que también la edad es un factor a tomar en consideración puesto de 6 a 11 años, se dan los hechos delictivos, comportamiento agresivo y consumo de sustancias alucinógenas.

Se consideró trabajar con el Cuestionario ESPERI, pues a pesar de la amplia variedad de instrumentos como el BASC, el IADA (Inventario Autodescriptivo del

Adolescente) y el SENA; éste permite la detección temprana de trastornos a través de su esquema multifactorial: inatención-impulsividad, oposicionismo desafiante, la conducta predisocial, disocial y psicopatía, subrayando la facilidad que tiene para su administración en los colegios. (Servera, 2002).

Para abordar dicha problemática, se tomó como referencia estudiantes que oscilan entre los 12 y 17 años de los centros educativos públicos del distrito de Nuevo Chimbote, donde se han venido presentando eventos tales como actos delictivos, situaciones de violencia y deserción escolar, incrementando su incidencia hace 3 años, lo cual se dio a conocer por los diversos medios de comunicación, siendo etiquetados los alumnos como imagen del vandalismo y pandillaje en nuestra sociedad.

Para la presente investigación se han tomado en cuenta diversos antecedentes donde se haya trabajado con el Cuestionario ESPERI, en primer lugar, Martínez (2012) llevó a cabo una investigación titulada “Propiedades psicométricas del cuestionario ESPERI en España”, para ello utilizó a 1206 estudiantes, en la validez obtuvo un .931, siendo significativo y un .93 de confiabilidad por consistencia interna. A su vez, Lázaro (2016) en su estudio “Propiedades psicométricas del Cuestionario ESPERI” aplicada a 319 menores de las I.E.E. de Cascas, a través del método de Consistencia interna de alpha de Cronbach, tuvo un puntaje de .883 de confiabilidad y utilizó el análisis factorial confirmatorio obteniendo un .763 a .894 de validez, encontrándose una evidencia satisfactoria. Vásquez (2017) también investigó sobre las “Propiedades psicométricas del Cuestionario ESPERI” con una muestra de 467 estudiantes del Distrito del Porvenir Centro, donde encontró un índice de .925 en la confiabilidad por consistencia interna y por medio del análisis factorial confirmatorio obtuvo un índice de .950 en cuanto a validez. Díaz (2017) en su estudio “Propiedades psicométricas del Cuestionario ESPERI”, trabajó con 625 con niños de 8 a 11 años, se basó en la estructura interna, logrando un buen nivel, su confiabilidad fue satisfactorio para los factores. Por último, Vásquez (2017) trabajó las “Propiedades psicométricas del Cuestionario ESPERI de I.E.E. de Chiclayo”; con una muestra de 621 alumnos, determinó buena confiabilidad para el cuestionario en mención.

## II. MARCO TEÓRICO

Estos antecedentes son explicados por el la teoría del desarrollo del adolescente y el modelo cognitivo conductual. Con respecto a la primera teoría, Ponce (2015) expresa que es la fase transitoria de la niñez a la adultez con modificaciones a nivel biológico, cognitivo y emocional: a nivel biológico, la maduración física temprana está asociada con el aumento de conductas problemáticas más en niñas que en niños. Williams y Dunlop (1999) sugirieron que estar "fuera de tiempo" en el desarrollo puberal, se asocia con desviaciones en el estado social y, por lo tanto, contribuye al comportamiento antisocial. Entre los niños con inicio puberal tardío, la administración de estrógeno para las niñas y testosterona para los niños, fue asociado con una mayor agresión, aunque en el desarrollo normal del adolescente existe parece ser solo una relación débil entre gonadal hormonas y comportamiento. A nivel emocional, Pintor y Pecharromás (2010) manifiestan que los adolescentes están sometidos a múltiples cambios, muchos de ellos pueden afectar su vida social y/o profesional. Para ello es importante entender que dentro de este proceso se incluye los cambios a los que los púberes se enfrentan. A nivel cognitivo, surgen los pensamientos críticos y empieza a cuestionar a la figura de autoridad. Por último, está la adolescencia tardía, en la que descubren la parte amorosa y laboral, y van moldeando su imagen hasta forjar su identidad.

Para el modelo cognitivo y conductual, la OMS (2013) ha catalogado los trastornos del comportamiento en dos ramas: el desarrollo evolutivo y el desarrollo natural como la rebeldía y la dificultad Psicológica. La conducta rebelde se da en el proceso evolutivo de los jóvenes, por ello es vital establecer la etapa en la que resulta de interés clínico y diferenciar las conductas propias del adolescente. Es decir, que no todas las conductas son parte de alguna patología o requieren un tratamiento psiquiátrico. Por ello es importante especificar las conductas de riesgo que conformen un trastorno específico (Ibáñez et al., 2015). De igual manera Parellada (2013) expone que no todo comportamiento antisocial requiere atención psicopatológica. Así es que se considera evaluar los problemas de comportamiento y especificar si integran un conjunto de síntomas que apunten a un trastorno como tal.

Los adolescentes reflejan respuestas de actitudes que responden a estímulos internos o externos, los cuales permiten identificar si son problemas de comportamiento, sobre todo la impulsividad y el comportamiento oposicionista. Algunos predictores son el entorno familiar y social. Parellada et al. (2009) exponen que los factores predictores más importantes de la conducta antisocial grave en adolescentes de 12 a 14 años, son la falta de lazos sociales, fracaso escolar e impulsividad. Las conductas trasgresoras no son solo homotípicas, es decir que se mantienen en el tiempo sino también heterotípicas, ya que pueden convertirse en otro tipo de conducta disocial.

Para enriquecer la investigación, también se ha tenido en cuenta la teoría del apego, donde Bowlby (1953) describe al apego como la dinámica entre las relaciones entre pares, éste primer momento surge en el nacimiento, donde se busca desarrollar una relación del bebé con su cuidador para un buen desarrollo emocional y social a futuro. El comportamiento está asociado cuando el infante busca la proximidad con una figura de apego. La conducta parental está ligada al apego entre padre e hijo, del cual hereda afecto, empatía y aprobación. El conjunto de conductas precursoras son estrategias de apego que impulsa al acercamiento de la figura de apego si es que ésta ha sido indiferente.

Ainsworth (1967) delimita tres tipos de apego: seguro, inseguro y desorganizado: el apego seguro se establece a través de la confianza de sus relaciones interpersonales, de ello depende la regulación emocional. Por otro lado, el apego inseguro desencadena la agresividad, tal como los niños con el trastorno negativista –desafiante. Finalmente el apego desorganizado genera un gran problema de regulación emocional asociado a problemas psicológicos, en esta categoría los niños presentan un conjunto de conductas agresivas y violencia sexual o abuso.

Reiss (1995) acota que el rechazo de los padres desencadena comportamientos antisociales en su hijo, muy aparte de la predisposición genética que pueda tener. Se ha descubierto anomalías en el apego que de la causa, desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta. Así pues, el trastorno de conducta expresa la necesidad mantener la situación bajo control. Greenberg (1991)

encontró cuatro dimensiones que predicen el trastorno: el temperamento, las estrategias parentales, la adversidad y el apego inseguro.

Entonces teniendo clara las teorías expuestas anteriormente, podemos explicar mejor el trastorno del comportamiento, que es una conducta que repercute, persiste y viola las normas de su edad e incluso derechos de los demás. Sus síntomas se dividen en las siguientes categorías: agresión, daños del bien material, reglas infringidas (como por ejemplo, absentismo escolar, huir de casa). Refiere la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2017) en su Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, como los "Trastornos de conducta, de control de impulsos y disruptivos", que implican problemas en el autocontrol de emociones y comportamientos. Considera que existen tres tipos de trastornos de comportamiento: Trastorno disocial, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno opositor desafiante. Asimismo, se consideran dos descripciones para el diagnóstico: la edad de origen, inicio temprano o luego de los 10 años hasta la adolescencia; y la gravedad, donde se determina el nivel de malestar producido en el entorno.

Para poder evaluar dicho trastorno, Parellada, San Sebastián y Martínez (2009) crean el Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento (ESPERI), donde definen al déficit del comportamiento como un conjunto de síntomas insurgentes y violentos; que al incrementarse puede llegar a romper normas, llegando a concurrir en crímenes. De igual manera Fernández y Olmedo (1999) sostienen que los trastornos del comportamiento en menores, abarcan ciertas conductas como resistencia a las reglas de las figuras de autoridad, produciendo desconcierto en su entorno familiar y/o social. Éste trastorno suele ser inestable a lo largo de su evolución; dando cabida a que puedan desaparecer en la edad adulta o por el contrario, volverse crónico, como un trastorno de la personalidad, la deserción escolar, caer en la drogadicción o infringir normas de la ley.

En los factores que pertenecen al cuestionario ESPERI, según Parellada et al. (2009) está el primer lugar el factor predisocial, que incluye conductas observables

y acciones encriptadas que pueden subyacer a un trastorno disocial. El factor disocial, es donde se transgrede las reglas propias y del resto. En cuanto al factor oposicionismo-desafiante, se caracteriza por ser una persona egocentrista, con falta de empatía y ausencia de culpabilidad o remordimiento. El factor hiperactividad, otro elemento del TDHA, estipulado por una conducta inapropiada y excesiva actividad sin un fin a cabo, es decir, pasando de una tarea a otra sin culminarla. Y por último, el factor psicopatía que está caracterizado por tener rasgos similares al trastorno disocial, donde está presente la falta de empatía y sentimientos de culpabilidad.

El trastorno disocial es una alteración donde se infringen reglas de su propia edad, con una manifestación mínima de 6 meses a un año. No obstante, Caballo (2004) sustenta que para llevar a cabo un diagnóstico del Trastorno antisocial, el sujeto debe tener antecedentes de éste trastorno antes de los 15 años. Parellada et al. (2009) determina que hay que considerar que las conductas disociales, son características que van a depender de la edad y las circunstancias, y es éste mismo factor el que puede modificar un diagnóstico. Las estadísticas afirman que el trastorno se encuentra relacionado con una mala crianza, familias disfuncionales y problemas académicos, que es importante tomarlo en consideración a la hora de realizar el abordaje.

Así también, se encuentra el trastorno con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que según Parellada (2013) se inicia cuando tienen cinco años de vida y está caracterizado por una movilidad excesiva sin un fin a cabo, dificultades en la atención sostenida como pasar a otra tarea sin haber culminado la primera, y no poder concebir la calma cuando es oportuno. Choo (2014) a su vez refiere que las personas con TDAH tienen déficits cognitivos en la autorregulación general, dificultades para la resolución de problemas y mala adaptación del comportamiento social. Aunque las investigaciones muestran que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede ser eficaz para moderar impulsividad, no hay un impacto para la inquietud y la distracción.

El trastorno negativista – desafiante es definido por Martínez (2010) como un tipo de déficit donde los menores irrumpen las reglas de sus mayores, son tentativos, manipuladores, impulsivos y cargan consigo mucho resentimiento por lo que siempre buscan culpables de sus propias acciones. Estas conductas son reflejadas en las relaciones con su medio social. Para efectuar un diagnóstico, se deben incluir éstos patrones con frecuencia. De igual modo, Vásquez y Palacios (2010) manifiestan que tal trastorno se caracteriza porque la persona tiene un comportamiento rebelde, no respeta las normas que se le imponen y no puede contener sus impulsos. Pero aquí no se infringen las leyes sociales.

El factor predisocial por su parte, es otro de los factores que se caracteriza por la carencia de sentimientos que conllevan a la violencia con transgresiones menos severas que las del factor disocial, no siguen las reglas y manipulan a su antojo siguiendo solo sus ideas, éstas personas no tienen la capacidad para sentir cómo sus actos afectarían a los demás. (Becerra, 2013).

La psicopatía según Becerra (2013) se caracteriza por la carencia del arrepentimiento y vergüenza por llevar a cabo acciones sin pensar en las consecuencias, así mismo, estas personas no reflejan la capacidad de afecto o empatía por el sufrimiento de los demás.

Como el Cuestionario tiene la finalidad de realizar una temprana detección y una futura intervención, se debe tener en cuenta en primera instancia que la detección temprana permite la derivación de pacientes a diferentes profesionales, cuando sea necesario, para una intervención temprana que podrían cambiar el curso de la enfermedad. La educación de los padres sobre el pronóstico a largo plazo da como resultado expectativas más apropiadas sobre las habilidades de sus hijos. (Grillo y Silva, 2004)

Ante esto Turgay (2004) refiere que los docentes no son las únicas personas responsables de brindar información del comportamiento del menor, como se suele pensar. Por ello, las entrevistas estructuradas y las escalas de calificación deben ser complementadas por padres, médicos, amigos, quienes pueden ayudar al



diagnóstico y tratamiento. Así entonces permitirá una valiosa información para poder validar, ampliar y hacer un seguimiento del menor y poder compartírselo a la familia. Rodríguez (2010) añade que la integración de medicamentos, asesoramiento individual y familiar, intervenciones educativas y psicosociales, incluyendo la escuela y la comunidad, puede aumentar la efectividad de las intervenciones.

Vermeulen, Jansen, Buskends, Knorth y Reijneveld (2017) expresan que el comportamiento disruptivo y agresivo en la primera infancia puede conducir en el futuro a trayectorias de desarrollo desfavorables, abandono de escuela, actividades delictivas, trastornos psicológicos y bajo rendimiento laboral, si no es detectado y tratado a tiempo.

Todo ello hace necesario su intervención por eso, el Comité de Pediatría de la Sociedad Uruguaya (2002) expone que el enfoque cognitivo conductual describe un híbrido de estrategias para facilitar el cambio cognitivo, conductual, emocional y social. Usa intervenciones cognitivas para producir cambios en el pensamiento, sentimiento y comportamiento. Éstas examinan las creencias sobre eventos para encontrar alternativas, con el objetivo de alterar el resultado del sentimiento y comportamiento. Por ejemplo, incluyen la enseñanza de habilidades sociales a través del juego de roles, técnicas de resolución de problemas, habilidades de afrontamiento y participación en el autocontrol.

Baker y Scarth (2002) sostienen que el tratamiento conductual cognitivo con niños y jóvenes tiene como objetivo disminuir los comportamientos problemáticos (por ejemplo, agresión, impulsividad) al tiempo que aumenta los comportamientos que mejoran el funcionamiento (por ejemplo, habilidades sociales). Este enfoque se basa en enfoques conductuales al agregar un elemento cognitivo. Asegura que los pensamientos y sentimientos de los jóvenes se conviertan en el foco del tratamiento, junto con sus comportamientos. La terapia CC se basa en la teoría de que nuestros pensamientos y nuestro aprendizaje comprenden cómo afectan los sentimientos y los comportamientos. Les enseña a cómo identificar los

pensamientos y creencias disfuncionales, y sustituirlos por otros más realistas y adaptativos.

Con respecto a lo expuesto anteriormente, surge la siguiente problemática, ¿Cuáles son las evidencias psicométricas del Cuestionario de Detección de Trastornos del Comportamiento en adolescentes de secundaria de Nuevo Chimbote?

Se investigó éste tópico porque los adolescentes de secundaria de Nuevo Chimbote, presentan conductas disruptivas, y no se cuentan con instrumentos que permitan un diagnóstico preciso para detectar e intervenir el trastorno de comportamiento en adolescentes. Siendo necesario validar el cuestionario ESPERI a dicha población. Para ello se esperan resultados significativos de validez y confiabilidad, y así los especialistas acojan un instrumento que les permita diagnosticar el comportamiento de los adolescentes y puedan llevar a cabo programas de promoción y prevención. Asimismo por el aporte que genere para futuras investigaciones enfocadas en la construcción de nuevos test que permitan detectar los trastornos de comportamiento.

El objetivo principal fue determinar las evidencias psicométricas del Cuestionario de Detección de Trastornos del Comportamiento (ESPERI) en adolescentes de secundaria de Nuevo Chimbote. Se tuvieron como objetivos específicos, evidenciar la validez por medio de la estructura interna basada en la correlación ítem-test del Cuestionario ESPERI en adolescentes de secundaria de Nuevo Chimbote. Asimismo, estimar la confiabilidad por consistencia interna con el alpha de cronbach del Cuestionario ESPERI en adolescentes de secundaria de Nuevo Chimbote.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de investigación**

Ato, López y Benavente (2013) definen el tipo instrumental al análisis de las propiedades psicométricas con medida psicológica, tanto para el diseño o adaptación del test.

#### **3.2. Operacionalización de variables**

Hernández, Fernández y Baptista (2010) mencionan que las variables al relacionarse con otras, adquieren valor para la investigación ya que forman parte de una teoría.

Tabla 1

*Matriz de operacionalización*

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Medición</b>
Trastornos de comportamiento	Parellada, San Sebastián y Martínez (2009) definen al déficit del comportamiento como un término clínico que describe un conjunto de síntomas insurgentes y violentos; que al incrementarse puede llegar a romper normas, llegando a concurrir en crímenes.	El déficit de comportamiento será evaluado con el "Cuestionario de detección de trastornos del comportamiento en adolescentes"	<p><b>Factor Inatención – Impulsividad - Hiperactividad (IIH)</b> 4,6,8,11, 13, 22,23,26,28, 32,33,38, 40, 43, 47</p> <p><b>Factor Disocial (DS)</b> 2,7,12, 17,19,24,31,37, 41,44,49,52,55</p> <p><b>Factor Predisocial (PS)</b> 5, 15, 16, 29,35,36,42,45,50</p> <p><b>Factor Oposicionismo desafiante (OS)</b> 1, 18, 20</p> <p><b>Factor psicopatía</b> 3,9,27,51,54,56,57</p>	Ordinal

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

#### **Población**

Hernández, Fernández y Baptista (2014) manifiestan que la población es una agrupación de sujetos que encajan con determinadas características. El presente estudio está compuesto por estudiantes de 12 a 17 años de secundaria de Nuevo Chimbote.

#### **Muestra**

Por otra parte, Hernández et al. (2014) exponen que es un estrato de la población a estudiar donde se recopilan cifras que serán delimitados previamente y será representativo para dicha población. En ésta investigación la muestra está adscrita por 150 estudiantes entre las edades de 12 y 17, de diversas I.E. Públicas en Nuevo Chimbote.

$$n = 150$$

#### **Muestreo**

Para Hernández et al. (2014), el muestreo es no probabilístico por conveniencia, que es una técnica que se acopla al investigador, pues han sido seleccionadas de acuerdo a su disponibilidad. Asimismo porque son sencillas de recopilar, recalando que el investigador no ha considerado elegir una muestra representativa de toda la población.

Para la unidad de análisis se tendrá en consideración los criterios de inclusión y exclusión tales como:

#### **Criterios de Inclusión**

- Adolescentes de 12 a 17 años.
- Estudiantes del nivel secundario de I.E.E. de la localidad de Nuevo Chimbote.
- Estudiantes de ambos géneros.

### **Criterios de Exclusión**

- Estudiantes menores de 12 años o mayores de 18.
- Jóvenes que no hayan culminado el cuestionario en el tiempo límite.
- Estudiantes que han marcado de manera errónea el cuestionario.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

Se utilizó un cuestionario psicológico que según Alarcón (2008), reúne las propiedades psicométricas para desarrollar las normas y que resulten predictores de la conducta. Para alcanzar los objetivos propuestos anteriormente, se administró la evaluación previo consentimiento de cada miembro de la muestra. El instrumento que se empleó fue el Cuestionario de detección de los trastornos de comportamiento en adolescentes, que mide la frecuencia con la que se dan los comportamientos disruptivos y se administrará de forma colectiva a estudiantes entre 12 a 17 años. Parellada, San Sebastián y Martínez (2000) diseñaron esta prueba con el objetivo de detectar de manera prematura conductas problemáticas para poder realizar un preciso diagnóstico y por ende una adecuada intervención. En cuanto a la validez, se han determinado que las propiedades psicométricas del cuestionario presentan una validez adecuada, proporcionada por el método de análisis factorial exploratorio de 3 factores: Inatención-Impulsividad-Hiperactividad (IIH), muestra una saturación entre .341 y .685; Predisocial (Pr), tiene una saturación que de .349 y .634; y Disocial (Di), ocupa entre .395 y .674. La confiabilidad por método de consistencia interna del coeficiente Alfa de Cronbach, arrojó que en general su confiabilidad es 0.91, asimismo el factor Predisocial y Disocial, tenía una consistencia de .75, en el factor Oposicionismo, una puntuación de .79 y por último .81, que indica una confiabilidad de promedio a una aceptable. Las normas o los baremos que conforma este cuestionario son de puntuación percentilar de acuerdo a edad y género.

### **3.5. Procedimiento**

Se siguió con los criterios de inclusión y exclusión para captar a los participantes por medio de las redes sociales y hacerlos partícipes del cuestionario virtual (el cual fue diseñado acoplándose a las necesidades que dejaba la situación de emergencia y aislamiento, pues ya no podía ser aplicado de manera presencial), se les informó en qué consiste y cuáles son sus implicancias, también se adjuntó un consentimiento informado el cual primero debieron aceptar para proceder a participar, luego procedieron a llenar el protocolo para siguiendo las instrucciones expuestas, se agradeció su participación y comprensión de la modalidad administrada.

### **3.6. Métodos de análisis de datos**

En ésta investigación, se empleó la estadística descriptiva que como exponen Loret, Ferreres, Hernández y Tomás (2014) sirve para conocer la muestra, muestreo y distribución de frecuencias, con la finalidad de que por medio del procedimiento preliminar en el Statical Package for the Social Sciences (SPSS) mediante el análisis confirmatorio, se obtengan los índices de validez a través de la correlación ítem-test, y por medio de la consistencia interna del coeficiente alfa de Cronbach, la confiabilidad (Gorgas, Cardiel y Zamorano, 2011)

### **3.7. Aspectos éticos**

Con el permiso correspondiente de cada estudiante en el consentimiento informado, según como se describe en el Código de Ética Profesional de Psicólogo Peruano en el Título XI acerca de Actividades de investigación, en el cual el Art. 84º menciona que todo estudio moralmente aprobado inicia por un acuerdo entre el investigador y el participante, además, en base al Art. 20 del código de ética profesional del psicólogo, se protegió la información del total de individuos que participaron en la investigación, por lo que se usó el

anonimato, cabe resaltar que lo anterior expuesto no alteró ninguna respuesta (Colegio de Psicólogos de Perú, 2017).

#### IV. RESULTADOS

Tabla 1.

##### Análisis Descriptivo de los ítems

Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación R corregido del Cuestionario de Detección de Trastornos del Comportamiento (ESPERI).

Dimensiones	Ítems	Media	DE	Asimetría	Curtosis	$r_{itc}$
Factor Inatención – Impulsividad - Hiperactividad (IIH)	4	2,99	1,395	,265	-1,277	,360
	6	2,33	1,156	,814	-,098	,473
	8	2,33	1,185	,723	-,327	,691
	11	2,42	1,342	,730	-,605	,603
	13	2,42	1,317	,774	-,523	,464
	22	2,61	1,345	,485	-,980	,590
	23	3,11	1,513	-,042	-1,522	,403
	26	2,62	1,459	,488	-1,133	,520
	32	2,43	1,343	,580	-,858	,651
	33	2,05	1,268	1,180	,356	,519
	38	2,35	1,254	,628	-,727	,485
	40	2,61	1,423	,326	-1,190	,534
	43	2,67	1,250	,245	-,974	,433
47	2,95	1,211	,159	-,817	,464	
Factor disocial	2	1,81	1,246	1,449	,936	,582
	7	1,57	1,045	1,911	2,803	,655
	12	1,63	1,218	1,812	1,867	,682
	17	1,89	1,232	1,165	,178	,537
	19	1,75	1,222	1,505	,975	,711
	24	1,71	1,051	1,441	1,292	,581
	31	2,01	1,316	1,014	-,321	,713
	37	1,28	,725	3,271	11,619	,528
	41	1,83	1,230	1,301	,466	,633
	44	2,05	1,387	,910	-,682	,657
	49	1,74	1,077	1,320	,450	,549
	52	1,43	1,045	2,626	5,818	,706
55	2,35	1,280	,649	-,751	,478	
Factor predisocial	5	1,78	1,080	1,422	1,265	,699
	15	1,84	1,216	1,471	1,146	,710
	16	1,89	1,188	1,158	,290	,738
	29	1,97	1,155	1,045	,239	,490
	35	1,75	1,082	1,359	,921	,677
	36	1,53	1,041	2,209	4,178	,715
42	1,97	1,198	,954	-,217	,551	



Dimensiones	Ítems	Medi a	DE	Asime tría	Curtos is	r <sub>itc</sub>
	45	1,76	1,151	1,607	1,730	,777
	50	1,92	1,229	1,100	-,006	,605
Factor	1	2,62	1,103	,435	-,205	,312
Oposicionismo	18	3,11	1,342	,022	-1,207	,376
desafiante	20	2,05	1,175	1,029	,177	,436
	3	2,19	1,185	,745	-,335	,444
	9	2,60	1,341	,274	-1,130	,704
Factor	27	1,99	1,303	,972	-,334	,591
psicopatía	51	1,85	1,085	1,236	,791	,554
	54	2,31	1,269	,782	-,385	,500
	56	2,23	1,195	,781	-,212	,609
	57	1,99	1,167	1,040	,257	,672

Nota: DE=desviación estándar; r<sub>itc</sub>=índice de correlación R corregido

En la tabla 1, se observa que la media aritmética de los puntajes en los ítems varía entre 1,28 y 3,11; el grado de dispersión de los puntajes de cada ítem con respecto a la media aritmética oscila entre ,725 y 1,513; solo el 21,7% de los ítems presentan valores de asimetría entre -,5 a ,5; es decir tienden a cero por lo tanto son simétricos, el resto de ítems mayormente presentan asimetría positiva, luego solo el 39,1% de los ítems presentan distribución simétrica (curtosis -,5 y ,5); y la mayor cantidad de ítems restantes presentan menor concentración en la región central de la distribución es decir tienen distribución platicúrtica (se intuye que de manera individual en la mayoría de ítems la puntuaciones no tienden a una distribución normal) y por último se observa que la correlación ítem-test varían entre ,312 y ,777 por lo que el nivel de discriminación de todos los ítems es aceptable (>.30) es decir, todos los ítems miden lo mismo que en todo el cuestionario.

Tabla 2.

Estadísticos de fiabilidad de consistencia interna del Cuestionario de Detección de Trastornos del Comportamiento (ESPERI).

Dimensiones	M	DE	Asimetría	Curtosis	N ítems	α	IC de Confianza (95%)	
							Lim. Inf.	Lim. Sup.
Factor Inatención – Impulsividad - Hiperactividad (IIH)	35,90	10,919	,113	-,531	14	,856	,819	,887
Factor disocial	23,04	10,344	1,071	,232	13	,903	,878	,924
Factor predisocial	16,41	7,662	,935	-,100	9	,897	,870	,920
Factor Oposicionismo desafiante	7,78	2,54	,387	-,415	3	,778	,703	,804
Factor psicopatía	15,17	6,05	,178	-1,194	7	,833	,788	,870

Nota: DE=desviación Estándar; α=coeficiente Alfa; M=Media; IC=Intervalos de Confianza; Lim. Inf.=Límite Inferior; Lim. Sup.= Límite Superior

### Descripción:

Los resultados de la tabla 2 indican que el promedio de las puntuaciones en las dimensiones del Cuestionario de Detección de Trastornos del Comportamiento (ESPERI) varía entre 7,78 y 35,90; siendo el grado de dispersión de los puntajes con respecto a su media aritmética en cada dimensión entre 2,54 y 10,919; además solo una dimensión (factor oposicionismo) las puntuaciones tienden a una distribución normal (asimetría y curtosis  $\pm,5$ ). El coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach en todas las dimensiones es mayor o igual a ,70 por lo que el cuestionario es confiable.

## V. DISCUSIÓN

El presente estudio de tipo psicométrico tuvo como objetivo general determinar las evidencias psicométricas del Cuestionario de Detección de Trastornos del Comportamiento (ESPERI), en una muestra no probabilística por conveniencia en 150 alumnos, de ambos géneros, entre los 12 a 17 años de edad, que cursaban el nivel secundario en Nuevo Chimbote.

La variable de estudio, trastornos del comportamiento, se define como “como un término clínico que describe un conjunto de síntomas insurgentes y violentos; que al incrementarse puede llegar a romper normas, llegando a concurrir en crímenes” (Parellada, et al., 2009, p.7), en su evaluación está compuesta por cinco factores; Hiperactividad, Predisocial, Disocial, Psicopatía y Oposicionista desafiante.

Se cumplieron los objetivos específicos, siendo el primero, evidenciar la validez por medio de la estructura interna basada en la correlación ítem-test, se encontró que la correlación ítem-test varían entre ,312 y ,777 es decir, el nivel de discriminación de los ítems es aceptable ( $>.30$ ), y todos los ítems miden lo mismo que en todo el cuestionario. Para Alarcón (2013), ésto constituiría una muestra representativa de los indicadores de la propiedad que se mide, siendo innecesario eliminar o agregar ítems. Al contrastar ésto con los antecedentes se encontró que a diferencia de Martínez (2012), Lázaro (2016), Díaz (2017) y Vásquez (2017), el coeficiente utilizado fue el índice de correlación ítem-test donde si coincide con la investigación de Vásquez (2017), llegando a concluir que los resultados obtenidos fueron adecuados, lo que permite afirmar la validez de constructo. No obstante, los estudios mencionados anteriormente son de aporte a la evidencia de validez basada en la estructura interna, con lo cual se precisa que el cuestionario ESPERI cuenta con respaldo científico como instrumento de medición de los trastornos del comportamiento.

El segundo objetivo, pretendía estimar la confiabilidad por consistencia interna con el alpha de cronbach, las evidencias permiten confirmar la correspondencia del modelo teórico y la matriz de datos de la investigación, tanto a nivel pentaafactorial (factores de 1° orden) como bifactorial (factores de 2° orden). El coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach en todas las dimensiones es mayor o igual a ,70 por lo que el cuestionario es confiable. El cual coincide con la investigación de Lázaro (2016), quien también trabajó mediante el método de consistencia interna de Alpha de Cronbach, obteniendo resultados confiables para la realidad en la que se aplicó. Del mismo modo, en la investigación de Martínez (2012), se encontró un nivel elevado en la confiabilidad por consistencia interna del coeficiente Alpha de Cronbach.

Por otro lado, en cuanto a las limitaciones, se aprecia que el muestreo realizado limita a que los resultados puedan ser generalizados de forma homogénea para toda la población, tal como menciona Alarcón (2013), por tanto, que la muestra utilizada fue de tipo no probabilístico por conveniencia, limitando los resultados del estudio como un aporte más inclinado a nivel metodológico. Es decir, el cuestionario no podrá utilizado en la población general como medida del constructo que estudia, a menos que se considere, a posteriori, una investigación con muestra representativa y que cumpla los criterios de aleatoriedad. Sin embargo, la evidencia encontrada posee propiedades métricas para la medida de los trastornos del comportamiento, aportando con una versión adaptada, para estudios posteriores. Por otra parte, el estudio cuenta con muchos antecedentes lo que permite generar mayores contrastes.

Así también, el ESPERI cuenta con las evidencias psicométricas que miden los trastornos del comportamiento en adolescentes de la muestra estudiada, siendo un aporte a la investigación, a nivel teórico, al tener una revisión actualizada del fundamento del instrumento y a nivel metodológico

conformante un antecedente relevante para próximos estudios basados en los trastornos del comportamiento.

Ahora bien, los datos estadísticos son una fuente de interés debido a los resultados obtenidos son realmente preocupantes, donde los estudiantes evaluados con mucha frecuencia manifiestan conductas impulsivas y desafiantes. Considerando que si los jóvenes no son atendidos oportunamente, es posible que evolucionen a adultos con trastornos de conductas antisociales. Parellada, et al. (2009), menciona que esto se da por muchas razones a nivel social de donde provienen los estudiantes y la negligencia de los padres por la conducta que sus hijos presentan en el colegio. Estos hallazgos se contrastan también con Fernandez y Olmedo (1999), quienes sostienen que éste trastorno suele ser inestable a lo largo de su evolución; dando cabida a que puedan desaparecer en la edad adulta si se trata o por el contrario, volverse crónico, como un trastorno de la personalidad, la deserción escolar, caer en la drogadicción o infringir normas de la ley. Por lo mismo, mi aporte además de la investigación sería seguir paso a paso las recomendaciones que se brindan posteriormente para reducir y/o trabajar con los casos detectados por el bienestar del estudiante, su familia y la comunidad en general.

## VI. CONCLUSIONES

Se concluye en función a los resultados:

- Se determinaron las evidencias psicométricas del Cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento en adolescentes de secundaria de Nuevo Chimbote con índices aceptables de discriminación en los ítems y niveles de confiabilidad aceptables para los factores el test en general.
- El cuestionario ESPERI presenta una adecuada estructura interna para la medición de los trastornos del comportamiento, donde el nivel de discriminación de todos los ítems es aceptable ( $>.30$ ) es decir, todos los ítems miden lo mismo que en todo el cuestionario.
- El cuestionario ESPERI estima confiabilidad, basada en la consistencia interna con el alpha de Cronbach, en todas las dimensiones donde es mayor o igual a ,70 por lo que el cuestionario es confiable.

## VII. RECOMENDACIONES

Al término de la presente investigación se sugiere lo siguiente:

- Siendo conocedores de la gran importancia de la detección precoz de los trastornos del comportamiento disruptivos en estudiantes de educación secundaria, sería necesario proveer de capacitaciones a los docentes en el manejo de instrumentos y desarrollo de programas de modificación de conductas con orientación y acompañamiento permanente de un especialista.
- Replicar en instituciones públicas el cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento para niños y adolescentes ESPERI.
- Desarrollar en las aulas programas específicos de modificación de conductas a partir de los resultados obtenidos de la detección de trastornos de inicio del comportamiento disruptivo u otros que atañen a los educandos.
- Concientizar a los padres de familia a través de talleres de escuela de padres sobre: Los estilos de crianza y las consecuencias que provoca en el futuro un trastorno de comportamiento crónico en un niño, pues se sabe que los trastornos de inicio del comportamiento disruptivos son los trastornos predictores de los trastornos antisociales.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Allen M., First M. y Pincus H. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2017). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental (5º ed.)*. Barcelona: Masson.
- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3); 1038-1059.
- Baker, L. y Scarth, K. (2002). *Cognitive behavioural approaches to treating children & adolescents with conduct disorder*. Toronto: Children's Mental Health Ontario.
- Becerra, D. (2013) *Propiedades psicométricas del cuestionario ESPERI de trastornos Del comportamiento en estudiantes de Víctor Larco*. (Tesis para optar el Título de Licenciado en psicología) Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Bowlby, J. (1953). *Child Care and the Growth of Love*. Londres: Penguin Books.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Choo, C. (2014). Adapting Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Complex Symptoms of Neurodevelopmental Disorders and Conduct Disorders. *J Psychol Abnorm Child*, 2014: 3; 124.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). *Código de ética y deontología*. Lima: Consejo directivo nacional.
- Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (2002). Trastornos de conducta en la adolescencia. *Arch. de Pediatr Urug*, 73(2); 78-79.



- Díaz, J. (2017). *Propiedades psicométricas del Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes en estudiantes de primaria de Pueblo Nuevo – La Libertad* (Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología) Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Escudero, A. (2012). Trastornos del comportamiento. *Form Act Pediatr Aten Prim.*; 5: 120-6.
- Fernández, E. y Olmedo, M. (1999). *Trastorno del comportamiento perturbador*. Madrid: UNED-FUE.
- Frick, P. (2012). Developmental pathways to conduct disorder: Implications for future directions in research, assessment, and treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 378–389.
- Greenberg, M. (1991). Attachment in preschoolers with disruptive behavior: A comparison of clinic-referred and nonproblem children. *Development and Psychopathology*; 2: 31 - 46.
- Grillo, E. & Silva, R. (2004). Behavioral disorder, early diagnosis, child, adolescent. *Jornal de Pediatria*; 80: 21-27.
- Gorgas, J., Cardiel, N. y Zamorano, J. (2011). *Estadística básica para estudiantes de ciencias*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Hazen, E., Schlozman, S. & Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: a review. *Pediatrics under review. American Academy of Pediatrics*. 2008: 29; 161-7.
- Hernández, A.; Tomás, I.; Ferreres, A. y Lloret, S. (2015). Tercera Evaluación de Tests editados en España. *Papeles del psicólogo*; 36. 3-13.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª. Ed.). México D.F.: Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo*. México: McGraw-Hill.
- Ibañez, M. Gallego, M., Camacho L., Mezquita, L., Viruela, A., Villa, H. y Ortet, G. (2015). *Relación de la personalidad y las conductas antinormativas de*

- los amigos en el consumo de alcohol de los adolescentes*. Castellón: Agora de Salut.
- Kish, L. (1965). *Survey sampling*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Lázaro, D. (2016). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de trastornos del comportamiento ESPERI en adolescentes de educación secundaria de instituciones públicas en la ciudad de Cascas*. (Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología), Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Lipsey, M. & Derzon, J. (1998). *Prediction of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks, CA: Sag.
- Martínez, R. (2010). *Cuestionario para la Detección de los trastornos del comportamiento en niños y Adolescentes*. Madrid: EOS.
- Martínez, R. (2012). *Validación del cuestionario ESPERI (12-18 años) para la detección de trastornos de comportamiento en los centros educativos*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Mash, E. (1998). Treatment of child and family disturbance: A Behavioral systems perspective. *Treatment of childhood disorders*. (2a ed.), pp. 3-54. New York: Gilford.
- Ogders, D., Moffitt, T., Broadbent, J., Dickson, N., Hancox, R., Harrington, H., y Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Developmental Psychopathology*, 20, 673–716.
- Ogundele, M. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 8; 7(1): 9-26.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Ginebra.

- Parellada, J. (2003). *Trastornos del Comportamiento desde una Perspectiva Psiquiátrica*. Madrid: Fundación O' Belén.
- Parellada, J. Sebastián, J. Martínez, R. y Martín, J. (2009). *Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: EOS.
- Pintor, M. & Pecharromán, I. (2010). *Adolescentes de hoy buscando sus valores*. Madrid: CCS.
- Ponce, M. (2015). *Desarrollo normal del adolescente*. Lima: Escuela del Ministerio Público.
- Reiss, J. (1995). Crime Prevention in Urban Communities. A Western Perspective. *Crime Prevention in the Urban Community*, 3-10.
- Rodríguez, M. (2010). Factores personales y familiares asociados a los problemas de comportamiento en niños. *Centro de Servicios de Psicología*, 27(4): 437-447.
- Servera, M. (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide.
- Sistema penal juvenil (2012). Serie de informes defensoriales. *Instituto de Ciencia Procesal Penal*; 13(1), 23-35.
- Turgay, A. (2004). Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4(4): 623-32.
- Vásquez J. y Palacios L. (2010). *Guía para el Trastorno Negativista Desafiante*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Vásquez, D. (2017). *Propiedades Psicométricas del cuestionario ESPERI de Trastornos del Comportamiento en niños de Instituciones Educativas Públicas de Chiclayo*. (Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología) Universidad César Vallejo, Chiclayo, Perú.
- Vásquez, E. (2017). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en adolescentes del Distrito El Porvenir* (Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología) Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.

- Vermeulen, K., Jansen, D., Buskends, E., Knorth, E. y Reijneveld, S. (2017). Serious child and adolescent behaviour disorders; a valuation study by professionals, youth and parents. *BMC Psychiatry*, 2017: 17; 208.
- Williams, J. & Dunlop, L. (1999). Pubertal timing and self-reported delinquency among male adolescents. *J Adolesc* 22:157–171.

## ANEXOS

Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ESCALA DE MEDICIÓN
Trastornos de comportamiento	Parellada, San Sebastián y Martínez (2009) definen al déficit del comportamiento como un término clínico que describe un conjunto de síntomas insurgentes y violentos; que al incrementarse puede llegar a romper normas, llegando a concurrir en crímenes.	El déficit de comportamiento será evaluado con el "Cuestionario de detección de trastornos del comportamiento en adolescentes"	<b>Factor Inatención - Impulsividad - Hiperactividad (IIH)</b> 4,6,8,11, 13, 22,23,26,28, 32,33,38, 40, 43, 47 <b>Factor Disocial (DS)</b> 2,7,12, 17,19,24,31,37, 41,44,49,52,55 <b>Factor Predisocial (PS)</b> 5, 15, 16, 29,35,36,42,45,50 <b>Factor Oposicionismo desafiante (OS)</b> 1, 18, 20 <b>Factor psicopatía</b> 3,9,27,51,54,56,57	Ordinal

## Anexo 2: Prueba de normalidad

*Prueba de normalidad multivariante de las puntuaciones del Cuestionario de Detección de Trastornos del Comportamiento (ESPERI).*

	Test de Mardia	
	Estadístico	p-valor
Detección de Trastornos del Comportamiento (ESPERI).	30,83	,000

La prueba de normalidad multivariante del test de Mardia tiene el p-valor (,000) menor a 0,05 por lo que las puntuaciones no tienden a una distribución normal multivariante.

### Anexo 3: Consentimiento informado

#### **FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, estudiante del \_\_\_\_ año de educación secundaria, de la I.E. \_\_\_\_\_, acepto voluntariamente participar en la investigación conducida por Daiana Corpus Huamancusi, estudiante del XI ciclo de la carrera profesional de Psicología, perteneciente a la Facultad de Humanidades de la Universidad César Vallejo.

La investigación consiste en determinar las evidencias psicométricas del cuestionario de detección de los trastornos del comportamiento en adolescentes de secundaria de Nuevo Chimbote. Su participación consiste en responder a dicho test, denominado "ESPERI". Este test se responderá de forma anónima en un tiempo de 15 minutos. La información recopilada será de uso confidencial. Finalmente, estos datos solo se usarán para fines de estudio y sin ningún otro propósito.

Se agradece por su colaboración.

---

**Firma del evaluado**

Anexo 3: Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento –  
ESPERI

**CUESTIONARIO ESPERI**

**Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento  
en adolescentes**

**INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA APLICACIÓN**

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

1	2	3	4	5
<b>NUNCA</b>	<b>MUY POCAS VECES</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>BASTANTES VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>

1. Soy desobediente	
2. He robado cosas en el colegio o en algún otro lugar	
3. Creo que nadie merece la pena.	
4. Hago cosas sin pensar de las que luego me arrepiento.	
5. Utilizo mi fuerza para pegar a otros niños/as	
6. Soy muy inquieto/a, me muevo mucho.	
7. He atracado a alguien amenazándole.	
8. Hago cosas sin pensar en las consecuencias.	
9. Hago lo que sea para conseguir lo que quiero.	
10. Tengo en cuenta las opiniones de los demás.	
11. Llevo la contraria por todo	
12. He vendido drogas o cosas robadas.	
13. Me canso enseguida de hacer lo mismo.	
14. Resuelvo los problemas dialogando.	
15. He hecho el vacío a alguien para hacerle daño.	
16. He contado mentiras de otras personas, para hacer daño.	
17. Cojo cosas que no son mías y me las quedo.	
18. Me distraigo con facilidad.	
19. Fumo cigarros.	
20. Me dicen que soy atolondrado/a.	
21. Puedo hablar de mis problemas con alguien.	
22. Me cuesta controlar mis impulsos.	
23. Me cuesta esperar.	
24. He destrozado o roto cosas en lugares públicos.	



25. Pienso que las normas son necesarias.	
26. Me cuesta estar quieto/a.	
27. Creo que los demás tienen la culpa de mis problemas.	
28. Hago las cosas según se me ocurren.	
29. Me peleo con otros.	
30. Me siento mal cuando hago algo incorrecto.	
31. He pasado noches fuera de casa sin permiso.	
32. Pierdo el control con frecuencia.	
33. Interrumpo a los demás o contexto antes de que terminen de preguntarme.	
34. Cuando alguien es apartado del grupo, me acerco y pretendo ayudarlo-	
35. Humillo a otras personas.	
36. Voy en pandilla a pelearme con otros.	
37. He utilizado armas para hacer daño a alguien.	
38. Dejo tareas sin completar o a medias.	
39. Tengo amigos/as.	
40. Me siento todo el tiempo acelerado/a, como una moto.	
41. He tenido problemas por consumir alcohol/drogas.	
42. Dejo en ridículo a otros.	
43. Pierdo muchas cosas.	
44. Me emborracho.	
45. Amenazo o provoco a otros.	
46. Escucho los consejos de los mayores.	
47. Cometo errores por no fijarme.	
48. Hay gente que me apoya.	
49. He prendido fuego a propósito.	
50. He hecho sufrir a compañeros/as en el colegio /instituto.	
51. El sufrimiento de los demás me da igual.	
52. He entrado en propiedades privadas para robar.	
53. Expreso mis sentimientos.	
54. Solo me interesan mis asuntos.	
55. Hago pellas o novillos.	
56. Todo me irrita.	
57. Puedo ser cruel sin inmutarme.	
58. He respondido a estas preguntas sinceramente.	

0= Nada sincero y 10= Muy sincero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He respondido a estas preguntas sinceramente.										

- Ficha técnica: Cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento

### **Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en los Niños y Adolescentes “ESPERI”**

(José Parellada, Javier San Sebastián y Rosario Martínez, 2003)

<b>NOMBRE Y SIGLA DE LA PRUEBA</b>	Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes “ESPERI”
<b>AUTORES</b>	<u>José Parellada, Javier San Sebastián y Rosario Martínez</u>
<b>AÑO DE CREACIÓN</b>	2003
<b>PROCEDENCIA</b>	Fundación O’ Belén, Madrid.
<b>FINALIDAD</b>	Detección precoz de los problemas de conducta para realizar una intervención más temprana y precisa.
<b>POBLACIÓN</b>	Niños de 8 a 17 años (existen 3 versiones por rangos de edad: 8-11, 12- 17 y docentes)
<b>TIEMPO PARA LA APLICACIÓN</b>	15 minutos aproximadamente
<b>MATERIAL</b>	Cuestionario y lápiz
<b>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</b>	Individual
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Explora 5 factores: Factor 1 Inatención – Impulsividad – Hiperactividad. Factor 2 Disocial Factor 3 Predisocial Factor 4 Oposicionismo desafiante Factor 5 Psicopatía
<b>ADAPTACIÓN</b>	Flora Baca Pacheco, Investigadora (2012)
<b>VALIDEZ</b>	De contenido, por criterio de expertos, con la técnica del coeficiente de validez por V de Aiken con una puntuación de 1,0
<b>CONFIABILIDAD</b>	Por consistencia interna (interrelación de reactivos) probada con el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo una puntuación de 0,84

- Manual del Instrumento: Cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento

## **MANUAL DEL INSTRUMENTO**

Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en adolescentes de 12 a 17 años ESPERI.

### **Autores:**

- María José Parellada
- Javier San Sebastián
- Rosario Martínez Arias.

### **Antecedentes de la prueba**

La mayoría de los adolescentes que se atienden en los Centros de Acogida o Centros Terapéuticos de la Fundación O' Belén presentan trastornos del comportamiento que se llevan gestando muchos años antes de que reciban una atención psiquiátrica y/o psicológica específica.

En este contexto surge el Proyecto ESPERI, pues se tuvo como primera intención de crear un instrumento de valoración aplicable en las escuelas para detectar, lo más tempranamente posible, a aquellos jóvenes que empiezan con problemas de comportamiento. En resumen, busca una detección precisa y tratamiento precoz.

Si bien en el ámbito psicológico existen distintos instrumentos de evaluación de problemas del comportamiento y psicopatología en general, la decisión de crear un instrumento nuevo como medida inicial del proyecto ESPERI se basa en los siguientes argumentos:

- Los cuestionarios existentes se centran en síntomas conductuales, de inatención e hiperactividad, no incluyendo otras variables relevantes para el pronóstico y el tratamiento.
- Con el cuestionario ESPERI de cada valoración emergen cinco índices: conducta predisocial, conducta disocial, conducta impulsiva, hiperactividad/inatención y psicopatía.
- Se construye el cuestionario de manera que en su puntuación emerja un índice de gravedad, que oriente sobre la orientación terapéutica necesaria.
- Se construye un instrumento autoaplicado que permita la administración a grande grupos de jóvenes.

## **Factores del cuestionario ESPERI para jóvenes de 12 a 17 años**

- **Factores de primer orden**
- Factor disocial
- Factor inatención – impulsividad
- Factor predisocial: Conductas de agresión y exclusión hacia otras personas, incluye conductas observables o encubiertas que pueden estar subyaciendo a un trastorno disocial o evolucionar hacia él.
- Factor psicopatía: Ausencia de empatía o egocentrismo y culpabilidad
- Factor hiperactividad: Aparece separado en este cuestionario y es caracterizado por una actividad excesiva e inapropiada sin relación a tareas u objetivos.
  
- **Factores de segundo orden**
- Disocial: Compuesto por los factores de primer orden de disocial predisocial y psicopatía.
- Inatención/hiperactividad/impulsividad: Recoge los tres componentes del TDAH.

### **Corrección y normas de puntuación**

De los 58 elementos, solamente 48 intervienen en la obtención de las puntuaciones, ya que los 10 restantes son preguntas con contenidos positivos introducidas en el protocolo para evitar posibles tendencias de respuestas.

- A partir de los 48 elementos pueden obtenerse puntuaciones en cada uno de los cinco factores de primer orden, en los dos de segundo orden y en la puntuación total.
- Para obtener puntuaciones directas en cada uno de los factores se sumarán las que el sujeto ha dado (del 1 al 5) en cada uno de los ítems que los componen, tal como se indica a continuación.

### **Elementos que componen el factor disocial (13 elementos)**

- 19. Fumo porros.
- 44. Me emborracho.
- 12. He vendido drogas o cosas robadas.
- 31. He pasado noches fuera de casa sin permiso.
- 41. He tenido problemas por consumir alcohol o drogas.
- 52. He entrado en propiedades privadas para robar.
- 55. Hago pellas o novillos.
- 2. He robado en casa, tiendas o por la calle.
- 24. He destrozado o roto cosas en lugares públicos.
- 49. He prendido fuego a propósito.
- 17. Cojo cosas que no son mías y me las quedo.

- 37. He utilizado armas para hacer daño a alguien.
- 7. He atracado a alguien amenazándole.

### **Elementos que componen el factor 2: inatención/impulsividad**

- 4. Hago cosas sin pensar de las que luego me arrepiento
- 8. Hago cosas sin pensar en las consecuencias.
- 47. Cometo muchos errores por no fijarme.
- 18. Me distraigo con facilidad.
- 43. Pierdo muchas cosas.
- 38. Dejo muchas tareas sin completar a medias.
- 28. Hago las cosas según se me ocurran.
- 1. Soy desobediente.
- 33. Interrumpo a los demás o contesto antes de que terminen de preguntarme.
- 13. Me canso enseguida de hacer lo mismo.
- 11. Llevo la contraria por todo.
- 20. Me dicen que soy atolondrado.

### **Elementos que componen el factor 3: pre-disocial**

- 29. Me peleo con otros.
- 5. He pegado a otras personas.
- 35. Humillo a otras personas.
- 50. He hecho sufrir a compañeros en el colegio.
- 42. Dejo en ridículos a otros.
- 45. Amenazo o provoco a otros.
- 36. Voy en pandilla a pelearme con **otros**.
- 16. He contado mentiras de otras personas para hacer daño.
- 15. He hecho el vacío a alguien para hacerle daño.

### **Elementos que componen el factor 4: psicopatía**

- 54. Solo me interesan mis asuntos.
- 51. El sufrimiento de los demás me da igual.
- 56. Todo me irrita.
- 27. Creo que los demás tienen la culpa de mis problemas.
- 3. Creo que nadie merece la pena.
- 57. Puedo ser cruel sin inmutarme.
- 9. Hago lo que sea por conseguir lo quiero.

## Elementos que componen el factor 5: hiperactividad

- 26. Me cuesta mucho estar quieto.
- 6. Soy muy inquieto, me muevo mucho.
- 40. Me siento todo el tiempo acelerado, como una moto.
- 23. Me cuesta esperar.
- 22. Me cuesta controlar mis impulsos.
- 32. Pierdo el control con frecuencia.

## Factores de segundo orden

**Factor 1, disocial:** Puede obtenerse una puntuación directa sumando las puntuaciones de los factores de primer orden: **disocial + pre disocial + psicopatía**, o bien los 29 ítems que componen los factores de primer orden.

**Factor 2, inatención/impulsividad-hiperactividad:** puede obtenerse una puntuación total en este factor sumando las puntuaciones de los dos factores de primer orden que lo componen: **impulsividad-inatención + hiperactividad**, o bien los ítems que los componen.

### Puntuación total:

Puede calcularse una puntuación total sumando las respuestas de los 47 ítems, o bien los cinco factores de primer orden o los dos de segundo orden.

## Interpretación

Para la interpretación de las puntuaciones deben consultarse las tablas de rangos percentiles. Se presentan tablas con dichos rangos para los cuatro factores primarios y para la puntuación total.

- También se presentan rangos de puntuaciones que permiten clasificar a los sujetos en niveles de severidad: **normales, leves, moderados y severos.**
- Es conveniente considerar como **casos en riesgo de los trastornos** a los sujetos que se encuentran por encima del **percentil 85** en los diversos factores, especialmente en la puntuación total.
- De aquellos sujetos cuya puntuación centil sea inferior a 85, solo decimos que **no presenta trastorno en ese rasgo.**

## Artículo científico

**Planteamiento:** Realizar un análisis descriptivo de las distintas conductas antisociales durante la adolescencia.

**Participantes:** 136 adolescentes cuya edad ocupa el rango de 12 a 17 años. Del conjunta de la muestra, 69 mujeres (50,7%) y 67 varones (49,3%).

**Instrumento:** Autoinforme sobre el comportamiento de los jóvenes de 12-17 años del Proyecto Esperí, concedido por la Fundación Internacional O' Belén, para realizar un análisis meramente descriptivo de las conductas antisociales en la adolescencia.

**Procedimiento:** El autoinforme fue aplicado colectivamente por el tutor o profesor, una vez que se les entregaba el cuestionario a los jóvenes, se les ofrecían una serie de instrucciones para su cumplimiento.

**Conclusiones:** Los resultados del estudio ponen de relieve que los varones adolescentes, en todos los rangos de edad, muestran mayores índices de prevalencias en todas sus manifestaciones. Aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas en relación a las mujeres, por lo que se rechaza la segunda hipótesis que proponía la existencia de diferencias estadísticamente significativa en función del género. Se descartan los ítems pertenecientes al Factor 2: Impulsividad, donde las mujeres tienen una mayor puntuación. *Me distraigo con facilidad; Me cuesta estar quieto, me muevo mucho; Me cuesta esperar; Me canso enseguida de hacer lo mismo; Cometo errores por no fijarme, etc.* Los adolescentes de 12 y 13 años, independientemente del género, son los que comenten mayores conductas antisociales. Se obtuvieron altas puntuaciones en actitudes prosociales, tanto por parte de los hombres como de las mujeres, aunque los resultados de estas son más altos. En esta investigación los factores con menor puntuación pertenecen a la categoría primera, **la consideración de la propiedad privada y conductas infractoras**: Factor 1: Trastorno disocial y Factor 3: Trastorno predisocial. Y los factores cuyas conductas han sido más puntuadas pertenecen a la segunda categoría, **la conflictividad normativa y de consideración del otro**: Factor 2: Impulsividad, Factor 5: Hiperactividad y Factor 4: Psicopatía. Por tanto, muchas de las conductas que pertenecen a esta segunda categoría, podrían entenderse como propia del período del desarrollo de la adolescencia y sean causadas por o a falta de madurez unida a la falta de disciplina por parte de las familias.