



Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años

Maite Garaigordobil

Ainhoa Durá

José Ignacio Pérez

*Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco (España)*

RESUMEN

El estudio tiene 3 objetivos: 1) analizar la existencia de diferencias de género en el autoconcepto-autoestima, 2) estudiar las relaciones de concomitancia entre síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoestima-autoconcepto, e 3) identificar variables predictoras de alto autoconcepto y autoestima. La muestra está constituida por 322 adolescentes de 14 a 17 años (53.4 % varones, 45.3 % mujeres). El estudio utiliza una metodología correlacional. Para medir los síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, depresión melancólica), problemas de conducta (escolares, conducta antisocial, timidez-retraimiento, psicopatológicos, ansiedad, psicósomáticos, adaptación social), y autoconcepto-autoestima se aplica: el cuestionario SCL-90-R, la escala de problemas de conducta EPC, la escala de autoconcepto AF-5 y la escala de Rosenberg de autoestima. Los ANOVAs muestran puntuaciones superiores de los varones en autoestima, sin embargo, no se encuentran diferencias de género en autoconcepto global. Los coeficientes de Pearson sugieren que los adolescentes con alto autoconcepto y alta autoestima tienen bajo nivel de síntomas psicopatológicos y de problemas de conducta. El análisis de regresión múltiple permite identificar como variables predictoras de alto autoconcepto-autoestima: pocos síntomas de depresión, pocos problemas escolares y pocos síntomas de sensibilidad interpersonal. La discusión plantea el papel que pueden tener los programas de intervención que fomentan el autoconcepto y la autoestima en la prevención de problemas psicopatológicos y de conducta.

Palabras Clave: síntomas psicopatológicos, problemas de conducta, autoconcepto, autoestima, adolescencia

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la investigación del autoconcepto y la autoestima está cobrando gran relevancia dentro del contexto de la identificación de factores protectores de problemas psicopatológicos. Para prevenir problemas psicopatológicos durante la adolescencia es necesario identificar variables objeto de intervención con las que configurar programas para ser aplicados durante la infancia y la adolescencia. Con esa perspectiva, este estudio se propone identificar factores que desempeñen un papel preventivo de la psicopatología y de los problemas de conducta durante la adoles-

cencia. El trabajo analiza las relaciones entre un componente clave en el estudio de la personalidad, el autoconcepto-autoestima con síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, depresión melancólica), y con problemas de conducta (problemas escolares, conducta antisocial, problemas de timidez-retraimiento, problemas psicopatológicos, problemas de ansiedad, problemas psicósomáticos, adaptación social).

Definición de autoconcepto-autoestima y diferencias de género

A pesar de que son muchos los trabajos de investigación que han surgido, como consecuencia del interés despertado por el autoconcepto, se observa cierta confusión conceptual, ya que utilizan de un modo intercambiable las denominaciones autoconcepto, autoimagen, autoestima, autoaceptación... Aunque los términos más utilizados son autoconcepto y autoestima, en un intento por distinguir estos conceptos algunos autores asocian el término autoconcepto a los aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo, y utilizan la

Maite Garaigordobil y José Ignacio Pérez son profesores del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco. Ainhoa Durá es becaria predoctoral y miembro del equipo investigador. El estudio que se expone ha sido financiado por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad del País Vasco (1/UPV 00006.231-H-15910/2004).

Dirección de contacto:

Dra Maite Garaigordobil. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa 70. 20018 Donostia-San Sebastián (España). E-mail: ptgalam@ss.ehu.es
<http://www.sc.ehu.es/garaigordobil>

denominación de autoestima para los aspectos evaluativo-afectivos.

En esta dirección Fierro (1990) considera que el "concepto de sí mismo" equivale a autoconocimiento, entrando en éste toda clase de actividades y de contenidos cognitivos (no sólo conceptos, sino también perceptos, imágenes, juicios, razonamientos, esquemas mnésicos...). Los juicios acerca de uno mismo constituyen probablemente la organización cardinal de todo ese sistema de autoconocimiento. En ellos cabe diferenciar cuanto menos, dos clases de juicios: descriptivos y evaluativos. Los descriptivos se refieren a cómo somos de hecho, tomando en consideración nuestra edad, sexo, profesión, características físicas, modos de comportamiento... Los juicios evaluativos conciernen al aprecio o valoración que nos merece cada una de nuestras características. La autoestima constituye la porción valorativa del autoconcepto, del autoconocimiento.

La relación entre autoconcepto (descriptivo) y autoestima (valorativa) es de naturaleza jerárquica, la autodescripción sirve a la autoevaluación positiva y ésta, a su vez, cumple funciones de protección del sistema de la persona. No obstante, seguramente todos los juicios autodescriptivos van siempre acompañados de juicios evaluativos, puesto que todos los enunciados relativos a nosotros mismos implican en mayor o menor medida connotaciones de valor. En este sentido, ya que las dimensiones cognitiva y afectiva no son fácilmente separables, por regla general se acepta el término autoconcepto en un sentido amplio que abarca ambas dimensiones. Recientemente, Cardenal y Fierro (2003) definen el autoconcepto como un conjunto de juicios tanto descriptivos como evaluativos acerca de uno mismo, consideran que el autoconcepto expresa el modo en que la persona se representa, conoce y valora a ella misma, matizando que aunque a menudo se usan de manera equivalente autoconcepto y autoestima, ésta en rigor constituye el elemento valorativo dentro del autoconcepto y del autoconocimiento.

Los resultados de los estudios que han analizado las diferencias de género en el autoconcepto y la autoestima muestran resultados discrepantes. Algunas investigaciones encuentran diferencias entre sexos, observando en las mujeres peor autoconcepto global (Amezcuza y Pichardo, 2000; Wilgenbush y Merrel, 1999), peor autoconcepto físico y académico (Nelson, 1996), así como mejor autoconcepto social y familiar (Amezcuza y Pichardo, 2000). Sin embargo, otros trabajos no han encontrado diferencias significativas ni en el autoconcepto (Garaigordobil, Cruz y Pérez, 2003) ni en la autoestima (Lameiras y Rodríguez, 2003).

Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima

Los estudios que han analizado las conexiones del autoconcepto-autoestima con síntomas psicopatológicos y con problemas de conducta muestran relaciones inversas entre ambas variables. El estudio de Watson (1998) pone de relieve que la baja autoestima se muestra como un fuerte predictor de trastornos de personalidad y de síntomas psicopatológicos (Erol, Toprak y Yazici, 2002). Además, otros estudios evidencian una relación positiva entre autoestima personal, social y salud mental (Montt y Chavez, 1996). Complementariamente, Fan y Fu (2001)

han encontrado correlaciones positivas entre autoconcepto y salud mental. Tomando como referencia las escalas psicopatológicas del SCL-90-R, así como los problemas de conducta de la EPC, se han analizado los estudios que han explorado las conexiones de estas variables con el autoconcepto y la autoestima, cuyos resultados se exponen a continuación.

Problemas psicósomáticos: El estudio de Varni, Rapoff, Waldron y Gragg (1996) mostró que los sujetos con más elevada percepción de la intensidad del dolor, presentaban más síntomas ansioso-depresivos, baja autoestima y mayor cantidad de problemas de conducta. También el trabajo de Garrick, Ostrov y Offer (1988) sugiere que los sujetos con autoconcepto normal estaban significativamente libres de síntomas físicos, y Dowd (2002), encuentra en los adolescentes una relación inversa entre autoconcepto y síntomas somáticos.

Obsesión-Compulsión: Biby (1998) relaciona la baja autoestima con altas tendencias obsesivo-compulsivas. La imagen corporal o estima del cuerpo, correlacionó negativamente con síntomas obsesivo-compulsivos en el estudio realizado por Bohne, Keuthen, Wilhelm, Deckersback y Jenike (2002). En la misma dirección Watson (1998) encontró que la baja autoestima era un fuerte predictor de trastornos de personalidad obsesivo-compulsivos.

Sensibilidad interpersonal: Kim (2003) o Fan y Fu (2001) han hallado una relación negativa entre autoestima y sensibilidad interpersonal, igual que Jackson y Cochran (1991) para los que sensibilidad interpersonal equivale a baja autoestima.

Depresión: Diferentes estudios encuentran correlaciones negativas entre autoconcepto-autoestima y depresión (Alfeld y Sigelman, 1998; Fan y Fu, 2001; Hoffmann, Baldwin y Cerbone, 2003; Kim, 2003; Valentine, 2001). Otros estudios, demuestran que la alta autoestima es un factor protector de síntomas depresivos (Takakura y Sakihara, 2001), y un factor predictivo de depresión (Dowd, 2002) y de ideación del suicidio (Jin y Zhang, 1998). El autoconcepto físico también ha correlacionado negativamente con depresión en algunos estudios (Bohne *et al.*, 2002; Erkolahiti, Ilonen, Saarijarvi y Terho, 2003).

Ansiedad: Algunos estudios confirman relaciones inversas entre autoestima y ansiedad, sugiriendo que los adolescentes con alta autoestima muestran bajos niveles de ansiedad estado-rasgo (Fickova, 1999; Garaigordobil *et al.*, 2003; Newbegin y Owens, 1996; Yang, 2002). La ansiedad ha sido considerada como un factor predictor de bajo autoconcepto (Dowd, 2002) y Bohne *et al.*, (2002) encontraron una correlación inversa entre estima del cuerpo y ansiedad.

Ideación paranoide: Ellett, Lopes y Chadwick (2003) hallaron una relación entre ideación paranoide y baja autoestima, al igual que se observa en el estudio de Martín y Penn (2001).

Neuroticismo-Psoticismo: Se han encontrado correlaciones negativas del autoconcepto con neuroticismo (García Torres, 1983) y con psoticismo (Fan y Fu, 2001; Fierro y Cardenal, 1996; Heaven, 1991).

Problemas académicos: Los estudios que han analizado las relaciones entre problemas académicos y autoconcepto encuentran resultados discrepantes, ya que mientras algunos concluyen que bajo autoconcepto académico se asocia con bajo rendimiento académico (García-Bacete y Musitu, 1993; González, Tournó e

Iriarte, 1994), y que baja autoestima se asocia con inadaptación escolar (Aunola, Stattin y Nurmi, 2000), otros estudios no observan relaciones directas entre rendimiento académico y autoestima (Leondari y Giamalas, 2000).

Conducta antisocial: Los resultados de los estudios evidencian correlaciones inversas de la conducta antisocial con autoconcepto positivo y autoconcepto-autoestima. Los datos sugieren que los adolescentes con alto autoconcepto positivo y alto autoconcepto-autoestima manifiestan pocas conductas antisociales (Calvo, González y Martorell, 2001). Así mismo, se ha puesto de manifiesto que los adolescentes con baja autoestima tienen más conductas amenazantes e intimidatorias hacia otros (O'Moore y Kirkham, 2001; Rigby y Slee, 1993) y presentan mayores niveles de conducta delictiva (Weist, Paskewitz, Jackson y Jones, 1998). En relación con la conducta agresiva, Marsh, Parada, Yeung y Healey (2001) estudian las características de sujetos agresivos (considerados problemáticos, protagonistas de peleas, habitualmente castigados por este motivo) confirmando que tienen bajo autoconcepto.

Conductas de retraimiento social: Con relación a las conductas de retraimiento social, de aislamiento con los demás y de timidez, otro grupo de estudios (Lawrence y Bennett, 1992; Neto, 1992) constata relaciones negativas con autoconcepto-autoestima que ponen de relieve que los adolescentes con alto autoconcepto-autoestima muestran pocas conductas de retraimiento, de aislamiento y de timidez en las relaciones sociales. También un bajo nivel de conductas de ansiedad-timidez y de retraimiento, resultan variables predictoras del autoconcepto global (Garaigordobil *et al.*, 2003), en tanto que en este mismo estudio, muchas conductas sociales de ansiedad-timidez y muchas conductas de retraimiento predicen un alto autoconcepto negativo.

Adaptación social: En líneas generales, los resultados de los estudios sugieren que los sujetos con alto autoconcepto tienen buena adaptación social, realizando muchas conductas prosociales, de ayuda y de respeto social. Las investigaciones evidencian que los adolescentes que tienen muchas conductas prosociales tienen bajo autoconcepto negativo, alto autoconcepto positivo y alto autoconcepto-autoestima (Calvo *et al.*, 2001), alto autoconcepto académico, social y familiar (Gutiérrez y Clemente, 1993), y alta autoestima (Rigby y Slee, 1993). Los adolescentes que muestran consideración con los demás tienen alto autoconcepto social, y los que realizan muchas conductas altruistas tienen alto autoconcepto social, académico y global (Garaigordobil *et al.*, 2003). Así mismo, se han encontrado relaciones significativas entre alto autoconcepto y mayor nivel de conductas de defensa a una víctima agredida (Salmivalli, 1998), y más conductas de respeto social (Yelsman y Yelsman, 1998).

Objetivos e hipótesis del estudio

El trabajo tiene por objetivos: 1) explorar diferencias en el autoconcepto-autoestima en función del género; 2) analizar las relaciones entre el autoconcepto (académico, social, familiar, emocional, físico y global) y la autoestima con síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, depresión melancólica), y con problemas de conducta (problemas esco-

lares, conducta antisocial, problemas de timidez-retraimiento, problemas psicopatológicos, problemas de ansiedad, problemas psicósomáticos, adaptación social); así como 3) identificar variables predictoras de alto autoconcepto-autoestima. Tomando como referencia los trabajos citados previamente, en este estudio se proponen 4 hipótesis: 1) Existen diferencias significativas en el autoconcepto-autoestima en función del sexo; 2) El autoconcepto global y la autoestima tienen correlaciones negativas con síntomas psicopatológicos y con problemas de conducta; 3) El autoconcepto global y la autoestima tienen correlaciones positivas con adaptación social; y 4) Bajo nivel de síntomas psicopatológicos y problemas de conducta serán predictores de un alto autoconcepto-autoestima.

MÉTODO

Participantes

La muestra está constituida por 322 adolescentes de 14 a 17 años. El 42.8 % tienen 14 años (138 sujetos), el 32.9 % (106 sujetos) 15 años, el 14.6 % (47 sujetos) 16 años y el 4% (13 sujetos) 17 años. La media de edad de la muestra es de 14.7 años. El total de los sujetos se distribuye en 16 grupos, inscritos en 4 centros escolares de la provincia de Guipúzcoa. Del conjunto de la muestra 9 grupos (193 sujetos) son del tercer curso de Educación Secundaria Obligatoria y otros 7 grupos (129 sujetos) de cuarto curso. El 53.4 % son varones (172) y el 45.3 % (146) mujeres. La mayoría (83.2 %) vive con sus padres, mientras que el resto de la muestra (11.7 %) vive en otra situación y el 5.1 % no informó con quién vivía.

En la muestra estudiada, 110 sujetos (34.2 %) cursan estudios en un centro educativo público, mientras que 212 (65.8 %) en centros educativos privados. En lo que al nivel socio-económico y cultural se refiere, se les preguntó el nivel de estudios tanto del padre como de la madre. Casi una cuarta parte de la muestra indica que el padre ha estudiado hasta los 14 años (23 %) o son licenciados (23.9 %), mientras casi una cuarta parte de las madres (23.9 %) son diplomadas o licenciadas (20.5 %). La mayoría de los padres (90.4 %) y de las madres (80.4 %) trabaja. Entre los padres son pocos los que están en paro (1.2 %) o jubilados (0.9 %) y entre las madres el 1.6 % está en paro, el 0.6 % jubiladas, el 0.3 % buscando su primer trabajo y el 11.5 % es ama de casa. A todos los participantes se les informó de los objetivos del trabajo así como de la voluntariedad para participar en el mismo, y se les solicitó el consentimiento informado.

Diseño y procedimiento

El estudio utiliza una metodología correlacional, buscando establecer relaciones de comitancia entre síntomas psicopatológicos (somatización, obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, depresión melancólica), problemas de conducta (problemas escolares, conducta antisocial, problemas de timidez-retraimiento, problemas de ansiedad, problemas psicósomáticos, adaptación social) y autoestima-autoconcepto. Con esta finalidad se administraron 4 instrumentos de evaluación. Las técnicas de evaluación se aplicaron a los adolescentes durante los meses de Febrero y Marzo de 2004, en 2 sesiones de evaluación.

Además, los padres recibieron un cuestionario para cumplimentar con el que se explora diversos problemas de conducta (EPC). La inclusión de los padres en la recogida de datos tuvo como función ser un contraste para la evaluación de variables que también fueron medidas mediante autoinformes.

Materiales y/o instrumentos

Se utilizan 4 instrumentos para explorar las siguientes variables: autoconcepto, autoestima, síntomas psicopatológicos y problemas de conducta.

SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado (Derogatis, 1983/2002). Este autoinforme está compuesto por 90 ítem que se distribuyen en 10 escalas que informan de alteraciones psicopatológicas: *somatización* (12 síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal, con alteraciones neurovegetativas de los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular), *obsesión-compulsión* (10 síntomas que describen conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar), *sensibilidad interpersonal* (9 síntomas que recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales), *depresión* (13 síntomas que recogen signos y síntomas clínicos de los trastornos depresivos, incluye vivencias disfóricas, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos), *ansiedad* (10 síntomas referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda o “pánico”, incluye signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas), *hostilidad* (6 síntomas que aluden a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento), *ansiedad fóbica* (7 síntomas que valoran distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas de evitación o de huida, con un mayor peso en la escala de los síntomas de agorafobia y fobia social que los de la fobia simple), *ideación paranoide* (6 síntomas de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación que incluye suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control), *psicoticismo* (10 síntomas que configuran un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia leve hasta la psicosis florida, y que en la población general se relaciona más con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta), y *escala adicional* (7 síntomas misceláneos que constituyen un claro referente de depresión melancólica). Además la prueba permite calcular el *Índice Sintomático General* (GSI), medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global, el *Total de Síntomas Positivos* (PST), número de síntomas presentes, y el *Índice de Distrés de Síntomas Positivos* (PSDI), que relaciona el sufrimiento o “distrés” global con el número de síntomas. Resultados de estudios llevados a cabo con muestra española

(González de Rivera *et al.*, 2002) muestran buena fiabilidad de la prueba, siendo coherentes con los realizados por el autor (Derogatis, 1983). Los valores de los coeficientes alpha oscilan entre 0.81 y 0.90. Los coeficientes de consistencia interna indican que la homogeneidad de los ítem que conforman cada dimensión es muy alta, con elevada correlación entre ellos. La estabilidad temporal (0.78 y 0.90) con un intervalo test-retest de una semana muestra estabilidad de las puntuaciones a lo largo del tiempo. Otros estudios que han reforzado la validez, son los que muestran la relación entre el perfil de las dimensiones sintomáticas y el grupo diagnóstico al que pertenece la muestra clínica. Así por ejemplo, las puntuaciones son significativamente mayores en las muestras psiquiátricas que en las no clínicas (De las Cuevas, 1991; González de Rivera *et al.*, 1999). Los estudios originales americanos del autor, evidencian la validez de constructo (Derogatis y Cleary, 1977) y convergente dadas las altas correlaciones de las dimensiones sintomáticas con el MMPI en pacientes psiquiátricos (Derogatis, Rickels y Rock, 1976), y validez de criterio empírica (Derogatis, 1983).

EPC. Escala de problemas de conducta (Navarro, Peiró, Llácer y Silva, 1993). Constituye una escala con 99 ítem, cumplimentada por los padres para evaluar problemas de conducta. Los ítem se agrupan en 7 escalas: *problemas académicos* (relacionados con bajo rendimiento en el colegio), *conducta antisocial* (comportamientos que pueden clasificarse como agresivos, y otros que no siéndolo pueden dificultar las relaciones sociales), *timidez-retraimiento* (tendencia a la soledad y susceptibilidad en las relaciones sociales), *problemas psicopatológicos* (problemas de gravedad que en su mayor parte tienen un componente depresivo), *problemas de ansiedad* (comportamientos que expresan miedo y/o ansiedad de forma generalizada), *problemas psicósomáticos* (trastornos físicos sin causa médica conocida), y una escala positiva de *adaptación social* (adecuación con normas sociales). La tarea consiste en informar si el hijo/a realiza o no esas conductas. Con respecto a la fiabilidad de la escala, se ha obtenido información sobre consistencia interna de la EPC en conjunto ($\alpha=0.88$). Así mismo, se aplicó la EPC en dos ocasiones con un intervalo temporal de 9 meses, resultando un coeficiente α entre 0.71 y 0.88 en las diferentes escalas. Para un estudio de la validez criterial se aplicó la EPC a diferentes muestras de niños y adolescentes (remitidos al psicólogo escolar por problemas escolares, remitidos al psicólogo clínico, e internos en centros de reforma por problemas de delincuencia) y los análisis de regresión múltiple mostraron que la pertenencia a distintos grupos criterios fue la variable que presentó relaciones de mayor cuantía con las puntuaciones en la EPC.

AF-5 Autoconcepto Forma 5. (García y Musitu, 1999). Consta de 30 afirmaciones a las cuales hay que asignarles un valor de 1 a 99 según el grado de acuerdo con el contenido de cada frase. Mide 5 dimensiones del autoconcepto: *autoconcepto académico-laboral* (percepción que el sujeto tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador), *autoconcepto social* (percepción de su desempeño en las relaciones sociales), *autoconcepto emocional* (percepción del sujeto de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su

vida cotidiana, percepción general de su estado emocional y en situaciones específicas), *autoconcepto familiar* (percepción que tiene el sujeto de su implicación participación e integración en el medio familiar), *autoconcepto físico* (percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física). La estructura factorial confirma satisfactoriamente las dimensiones teóricas, los componentes explican el 51% de la varianza total y el coeficiente alpha de consistencia interna es de 0.81. Las 5 dimensiones tienen intercorrelaciones entre 0.00 y 0.32. Para estimar la consistencia temporal, se aplicó el AF-5 a 478 sujetos de la muestra con un intervalo temporal de seis meses. Se calculó la correlación de Pearson entre las puntuaciones de cada una de las dimensiones. La mayor puntuación se obtiene en el componente académico (0.70), seguido por el físico (0.66), el familiar (0.56), el social (0.53) y el emocional (0.52). La elección de los 6 ítem que componen cada una de las cinco dimensiones se ha realizado partiendo de la base de que cada ítem sea representativo de la dimensión que tiene que evaluar (validez convergente) y que no esté relacionado con las otras dimensiones (validez discriminante). No obstante, tratándose en todos los casos de ítem que evalúan el autoconcepto, parece razonable suponer que existirá cierta relación entre ellos. Para seleccionar los ítem que configuran el AF-5 se utilizó el procedimiento

del juicio de expertos, a partir de un total de 335 ítem contruidos con las definiciones de sí mismo aportadas por 315 sujetos. Para contrastar empíricamente la validez teórica de los cinco componentes, se aplicó el análisis factorial.

EA. Escala de autoestima (Rosenberg, 1965). Esta escala evalúa la autoestima general con 10 afirmaciones que aluden a sentimientos globales de autovaloración (en general estoy satisfecho conmigo mismo), 5 de los cuales están redactados en sentido positivo y 5 en sentido negativo. El sujeto debe leer las afirmaciones e informar en qué medida pueden ser aplicadas a él mismo, haciendo la valoración sobre una escala de tipo Likert con 4 categorías de respuesta (desde *muy de acuerdo*, a *muy en desacuerdo*). La fiabilidad de la prueba ha sido ampliamente documentada en la literatura. McCarthy y Hoge (1982) han informado de coeficientes de consistencia (*alpha* de Cronbach) que se sitúan entre 0.74 y 0.77, y de fiabilidad test-retest de 0.63 (intervalo de 7 meses) y de 0.85 (intervalo de 2 semanas). La validez de la escala como medida unidimensional de la autoestima ha sido también comprobada en varios estudios (Rosenberg, 1965; Silber y Tippett, 1965).

	Varones (n = 172)		Mujeres (n = 146)		Anova F (1, 316)
	M	DT	M	DT	
EA Autoestima Rosenberg	31.65	4.64	28.21	5.47	35.86***
AF-5 Autoconcepto académico	5.42	2.14	6.09	2.13	7.27**
AF-5 Autoconcepto social	7.35	1.45	7.49	1.38	0.71
AF-5 Autoconcepto emocional	6.39	1.75	5.57	1.74	16.80***
AF-5 Autoconcepto familiar	7.82	2.03	8.28	1.92	4.01*
AF-5 Autoconcepto físico	5.41	1.95	4.45	1.88	18.75***
AF-5 Autoconcepto global	32.43	6.02	31.97	6.02	0.42

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabla 1. Medias, desviaciones típicas y resultados del análisis de varianza en autoestima y autoconcepto en función del sexo.

RESULTADOS

Diferencias de género en autoestima y autoconcepto.

En primer lugar, se comprobó mediante un ANOVA si existían diferencias significativas en la autoestima y el autoconcepto en función del sexo (ver Tabla 1), encontrándose diferencias en la autoestima, $F(1, 316) = 35.86, p < .001$, en el autoconcepto académico, $F(1, 316) = 7.27, p < .01$, emocional, $F(1, 316) = 16.80, p < .001$, familiar, $F(1, 316) = 4.01, p < .05$, y físico, $F(1, 316) = 18.75, p < .001$. Los resultados ponen de relieve la existencia de diferencias en la autoestima y en algunas dimensiones del autoconcepto. Los varones presentan mayor autoestima, autoconcepto emocional y físico, mientras que las mujeres tienen superiores puntuaciones en autoconcepto académico y familiar. Sin embargo, en el autoconcepto global aunque los varones tienen mayor puntuación media que las mujeres no se encuentran diferencias entre ambos, ni tampoco en el autoconcepto social donde tienen puntuaciones similares. Debido a estos resultados, los análisis correlacionales dirigidos a explorar las relaciones de la autoestima y el autoconcepto con síntomas psicopatológicos y problemas de conducta se llevan a cabo de forma diferenciada.

Relaciones entre síntomas psicopatológicos y autoconcepto-autoestima

Para explorar las relaciones entre síntomas psicopatológicos y autoconcepto-autoestima se realizaron coeficientes de correlación de Pearson con las puntuaciones obtenidas en el SCL-90-R, el AF-5 y la EA, cuyos resultados pueden observarse en las Tablas 2 y 3.

Como se puede observar en la Tabla 2, se encuentran correlaciones significativas inversas del autoconcepto académico y del autoconcepto familiar con todas las variables psicopatológicas. El autoconcepto social en varones también tiene correlaciones negativas con todas las variables pero en mujeres no se encuentran correlaciones con somatización, sensibilidad interpersonal, hostilidad, depresión melancólica (adicional) y con el índice de distrés por síntomas positivos. El autoconcepto emocional en mujeres también tiene correlaciones negativas con todas las variables pero en varones no se encuentran correlaciones con hostilidad e ideación paranoide. Y en el autoconcepto físico se encuentran correlaciones con todos los síntomas psicopatológicos, excepto con ansiedad fóbica en las mujeres.

	AF Académico		AF Social		AF Emocional		AF Familiar		AF Físico		AF Global	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Somatización	-0.26***	-0.26**	-0.25**	-0.05	-0.15*	-0.36***	-0.33***	-0.21**	-0.20*	-0.29***	-0.38***	-0.37***
Obsesión-compulsión	-0.23**	-0.48***	-0.22**	-0.16*	-0.27***	-0.42***	-0.23**	-0.36***	-0.21**	-0.34***	-0.37***	-0.56***
Sensibilidad interpersonal	-0.36***	-0.36***	-0.46***	-0.33	-0.19*	-0.43***	-0.40***	-0.34***	-0.35***	-0.28***	-0.57***	-0.53***
Depresión	-0.35***	-0.49***	-0.36***	-0.20*	-0.20**	-0.42***	-0.41***	-0.47***	-0.27***	-0.37***	-0.52***	-0.62***
Ansiedad	-0.26***	-0.30***	-0.25**	-0.24**	-0.18*	-0.53***	-0.35***	-0.28***	-0.24**	-0.22**	-0.41***	-0.49***
Hostilidad	-0.22**	-0.36***	-0.26***	-0.14	-0.14	-0.32***	-0.40***	-0.40***	-0.22**	-0.32***	-0.40***	-0.48***
Ansiedad fóbica	-0.20*	-0.26**	-0.28***	-0.26**	-0.17*	-0.45***	-0.20*	-0.29***	-0.19*	-0.09	-0.32***	-0.41***
Ideación paranoide	-0.23**	-0.20*	-0.26***	-0.20*	-0.14	-0.36***	-0.33***	-0.32***	-0.23**	-0.19*	-0.38***	-0.39***
Psicoticismo	-0.24**	-0.35***	-0.30***	-0.19*	-0.18*	-0.31***	-0.35***	-0.37***	-0.24**	-0.19*	-0.42***	-0.45***
Adicional	-0.30***	-0.32***	-0.24**	-0.12	-0.21**	-0.33***	-0.32***	-0.39***	-0.24**	-0.29***	-0.43***	-0.45***
GSI	-0.35***	-0.45***	-0.34***	-0.25**	-0.23**	-0.49***	-0.41***	-0.45***	-0.28***	-0.33***	-0.52***	-0.62***
PST	-0.31***	-0.38***	-0.37***	-0.27***	-0.24**	-0.53***	-0.39***	-0.41***	-0.26***	-0.28***	-0.51***	-0.57***
PSDI	-0.24**	-0.44***	-0.19*	-0.11	-0.22**	-0.34***	-0.30***	-0.37***	-0.22**	-0.34***	-0.38***	-0.52***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabla 2. Coeficientes de correlación de Pearson entre síntomas psicopatológicos y autoconcepto académico, social, emocional, familiar, físico y global)

	EA Varones	EA Mujeres
Somatización	-0.23**	-0.23**
Obsesión-compulsión	-0.39***	-0.44***
Sensibilidad interpersonal	-0.55***	-0.56***
Depresión	-0.54***	-0.62***
Ansiedad	-0.40***	-0.39***
Hostilidad	-0.42***	-0.41***
Ansiedad fóbica	-0.17*	-0.39***
Ideación paranoide	-0.36***	-0.43***
Psicoticismo	-0.35***	-0.50***
Adicional	-0.43***	-0.46***
GSI	-0.48***	-0.55***
PST	-0.49***	-0.46***
PSDI	-0.32***	-0.57***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabla 3. Coeficientes de correlación de Pearson entre síntomas psicopatológicos y autoestima

	AF Académico		AF Social		AF Emocional		AF Familiar		AF Físico		AF Global	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Problemas escolares	-0.54***	-0.76***	-0.19	-0.01	-0.24*	-0.01	-0.26*	-0.38***	-0.30**	-0.47***	-0.48***	-0.55***
Conducta antisocial	-0.28**	-0.40***	-0.19	-0.10	-0.01	-0.10	-0.33***	-0.47***	-0.18	-0.16	-0.30**	-0.39***
Timidez-retraimiento	-0.24*	-0.09	-0.17	-0.45***	-0.19	-0.27**	-0.27*	-0.19	-0.12	-0.24*	-0.32**	-0.34***
Psicopatológicos	-0.35***	-0.16	-0.18	-0.26**	-0.25*	-0.25**	-0.28**	-0.15	-0.28**	-0.18	-0.41***	-0.27**
Ansiedad	-0.21*	-0.02	0.09	-0.30**	-0.20	-0.33***	-0.09	-0.08	-0.23*	-0.18	-0.22*	-0.24*
Psicosomáticos	-0.35***	-0.29**	-0.22*	-0.20*	-0.30**	-0.27**	-0.37	-0.26**	-0.37***	-0.21*	-0.49***	-0.37***
Adaptación social	0.29**	0.54***	0.27*	0.06	0.05	0.02	0.40	0.38***	0.36***	0.31**	0.40***	0.43***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabla 4. Coeficientes de correlación de Pearson entre problemas de conducta y autoconcepto académico, social, emocional, familiar, físico y global

En relación con el autoconcepto global (ver Tabla 2) los resultados muestran correlaciones significativas negativas con todos los síntomas psicopatológicos en ambos sexos. En varones se encuentran relaciones del autoconcepto global con somatización, $r(157) = -0.38, p < .001$, obsesión-compulsión, $r(159) = -0.37, p < .001$, sensibilidad interpersonal, $r(159) = -0.57, p < .001$, depresión, $r(156) = -0.52, p < .001$, ansiedad, $r(157) = -0.41, p < .001$, hostilidad, $r(158) = -0.40, p < .001$, ansiedad fóbica, $r(159) = -0.32, p < .001$, ideación paranoide, $r(158) = -0.38, p < .001$, psicoticismo, $r(159) = -0.42, p < .001$, en la escala adicional de depresión melancólica, $r(158) = -0.43, p < .001$, con el índice sintomático general, $r(150) = -0.52, p < .001$, con el total de los síntomas positivos, $r(159) = -0.51, p < .001$, y con el distrés global, $r(149) = -0.38, p < .001$. En mujeres, las correlaciones también son significativas y negativas con somatización, $r(144) = -0.37, p < .001$, obsesión-compulsión, $r(144) = -0.56, p < .001$, sensibilidad interpersonal, $r(143) = -0.53, p < .001$, depresión, $r(140) = -0.62, p < .001$, ansiedad, $r(143) = -0.49, p < .001$, hostilidad, $r(143) = -0.48, p < .001$, ansiedad fóbica, $r(144) = -0.41, p < .001$, ideación paranoide, $r(142) = -0.39, p < .001$, psicoticismo, $r(143) = -0.45, p < .001$, depresión melancólica (escala adicional), $r(144) = -0.45, p < .001$, con el índice sintomático general, $r(138) = -0.62, p < .001$, con el total de los síntomas positivos, $r(142) = -0.57, p < .001$, y con el distrés global, $r(138) = -0.52, p < .001$.

En lo que se refiere a la autoestima (ver Tabla 3) se han encontrado correlaciones significativas y negativas en varones y mujeres con: somatización (varones, $r(157) = -0.23, p < .01$; mujeres, $r(144) = -0.23, p < .01$), obsesión-compulsión (varones, $r(159) = -0.39, p < .001$; $r(144) = -0.44, p < .001$), sensibilidad interpersonal (varones, $r(159) = -0.55, p < .001$; mujeres, $r(143) = -0.56, p < .001$), depresión (varones, $r(156) = -0.54, p < .001$; mujeres, $r(140) = -0.62, p < .001$), ansiedad (varones, $r(157) = -0.40, p < .001$; mujeres, $r(143) = -0.39, p < .001$), hostilidad (varones, $r(158) = -0.42, p < .001$; mujeres, $r(143) = -0.41, p < .001$), ansiedad fóbica (varones, $r(159) = -0.17, p < .05$; mujeres, $r(144) = -0.39, p < .001$), ideación paranoide (varones, $r(158) = -0.36, p < .001$; mujeres, $r(142) = -0.43, p < .001$), psicoticismo (varones, $r(159) = -0.35, p < .001$; mujeres, $r(143) = -0.50, p < .001$), depresión melancólica (escala adicional) (varones, $r(158) = -0.43, p < .001$; mujeres, $r(144) = -0.46, p < .001$). Así mismo se encuentran correlaciones negativas con el índice sintomático general (varones, $r(150) = -0.48, p < .001$; mujeres, $r(138) = -0.55, p < .001$), con el total de los síntomas positivos (varones, $r(155) = -0.49, p < .001$; mujeres, $r(142) = -0.46, p < .001$), y con el distrés global (varones, $r(149) = -0.32, p < .001$; mujeres, $r(138) = -0.57, p < .001$).

Estos resultados ponen de relieve que los adolescentes de ambos sexos que muestran alto autoconcepto global y alta autoestima tienen menos síntomas psicopatológicos en todas las escalas psicopatológicas disponiendo de mejor salud mental.

Relaciones entre problemas de conducta y autoconcepto-autoestima

Los coeficientes de Pearson obtenidos al analizar las relaciones entre problemas de conducta y autoconcepto-autoestima se presentan en las Tablas 4 y 5. Como se puede observar en la Tabla 4, se encuentran

algunas variaciones en las correlaciones que existen entre las distintas dimensiones del autoconcepto y los diversos problemas en función del género. No obstante, cuando se explora el autoconcepto global, se observan en ambos géneros correlaciones significativas negativas con todos los problemas de conducta: problemas escolares (varones, $r(90) = -0.48, p < .001$; mujeres, $r(102) = -0.55, p < .001$), conducta antisocial (varones, $r(91) = -0.30, p < .01$; mujeres, $r(103) = -0.39, p < .001$), timidez-retraimiento (varones, $r(88) = -0.32, p < .01$; mujeres, $r(101) = -0.34, p < .001$), trastornos psicopatológicos (varones, $r(90) = -0.41, p < .001$; mujeres, $r(98) = -0.27, p < .01$), problemas de ansiedad (varones, $r(91) = -0.22, p < .05$; mujeres, $r(102) = -0.24, p < .05$) y problemas psicósomáticos (varones, $r(92) = -0.49, p < .001$; mujeres, $r(102) = -0.37, p < .001$). Sin embargo, se encuentran relaciones positivas con adaptación social (varones, $r(87) = 0.40, p < .001$; mujeres, $r(98) = 0.43, p < .001$). Estos datos sugieren que los adolescentes de ambos sexos con alto autoconcepto global muestran desde la observación de sus padres pocos problemas escolares, de conducta antisocial, de timidez-retraimiento, psicopatológicos, de ansiedad, y psicósomáticos, teniendo una buena adaptación social.

	EA Varones	EA Mujeres
Problemas escolares	-0.23*	-0.36***
Conducta antisocial	-0.19	-0.25**
Timidez-retraimiento	-0.25*	-0.27**
Psicopatológicos	-0.23*	-0.30**
Ansiedad	-0.15	-0.13
Psicósomáticos	-0.21*	-0.18
Adaptación social	0.27**	0.16

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabla 5. Coeficientes de correlación de Pearson entre problemas de conducta y autoestima

De las relaciones entre autoestima y problemas de conducta (ver Tabla 5), se confirma la existencia de correlaciones negativas con problemas escolares (varones, $r(90) = -0.23, p < .05$; mujeres, $r(102) = -0.36, p < .001$), conducta antisocial (mujeres, $r(103) = -0.25, p < .01$), timidez-retraimiento (varones, $r(88) = -0.25, p < .05$; mujeres, $r(101) = -0.27, p < .01$), psicopatológicos (varones, $r(90) = -0.23, p < .05$; mujeres, $r(98) = -0.30, p < .01$), psicósomáticos (varones, $r(92) = -0.21, p < .05$), y correlaciones positivas con buena adaptación social (varones, $r(87) = 0.27, p < .01$). Estos datos sugieren que los adolescentes de ambos sexos con alta autoestima manifiestan desde la opinión de sus padres menos problemas escolares, de timidez-retraimiento y psicopatológicos. Pero sólo los varones tienen menos problemas psicósomáticos y mayor adaptación social, y únicamente las mujeres muestran menos conducta antisocial. No se encuentran relaciones entre autoestima y problemas de ansiedad con el sexo.

Variables predictoras del autoconcepto-autoestima

Con el objetivo de explorar las variables que predicen una buena autoestima y un buen autoconcepto global, es decir, una alta puntuación en estas variables criterio, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, paso a paso, cuyos resultados se presentan en la Tabla 6.

	R	R ²	R ² corregida	Error Típico	B	Error Típico	Constante	Beta	t
<i>Autoestima</i>									
SCL-90-R Depresión	0.65	0.42	0.42	4.16	-0.37	0.03	33.67	-0.654	-10.72 ***
<i>Autoconcepto global</i>									
SCL-90-R Depresión	0.57	0.32	0.32	4.83	0.12	0.07	36.34	-0.211	-1.83 +
EPC Problemas escolares	0.64	0.42	0.41	4.49	-0.31	0.05	37.87	-0.337	-5.33 ***
SCL-90-R Sensibilidad interpersonal	0.67	0.45	0.44	4.38	-0.30	0.10	38.72	-0.331	-2.93 **

+ $p < .06$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabla 6. Análisis de regresión múltiple lineal para variables predictoras de autoestima y el autoconcepto

Como se puede observar en la Tabla 6, del conjunto de las variables predictoras de la autoestima, una resultó estadísticamente significativa: los síntomas de depresión (Beta = -0.654). El coeficiente de regresión estandarizado Beta indica que la variable tiene cierto peso sobre la variable criterio. De acuerdo con esta afirmación, el porcentaje de varianza explicada (coeficientes de determinación ajustados) por la variable predictora fue de magnitud media (42.4 %). Pocos síntomas psicopatológicos de depresión (síntomas que incluyen vivencias disfóricas, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos), resultó ser la variable predictora de la variable criterio autoestima, siendo su poder explicativo medio, ya que esta variable predictora explica el 42.4 % de la varianza.

Del conjunto de las variables predictoras del autoconcepto global (ver Tabla 6), tres resultaron estadísticamente significativas: los síntomas de depresión (Beta = -0.211), los problemas escolares (Beta = -0.337), y la sensibilidad interpersonal (Beta = -0.331). Los coeficientes de regresión estandarizados Beta indican que todas las variables tienen cierto peso sobre la variable criterio. De acuerdo con esta afirmación, los porcentajes de varianza explicada (coeficientes de determinación ajustados) por cada una de tales variables predictoras fueron de magnitud media para las tres variables (32.1 %, 41.2 %, y 44.1 %, respectivamente). Pocos síntomas psicopatológicos de depresión, pocos problemas escolares y bajo nivel de síntomas de sensibilidad interpersonal, resultaron variables predictoras de la variable criterio autoconcepto global, siendo su poder explicativo medio, ya que estas variables predictoras explican el 44.1 % de la varianza.

DISCUSIÓN

Los resultados ponen de relieve, en primer lugar, la existencia de diferencias de género en algunas dimensiones del autoconcepto y en la autoestima en los rangos de edad en los que se ha realizado este estudio, es decir, en adolescentes de 14 a 17 años. Los varones presentan mayor autoestima, autoconcepto emocional y físico, mientras que las mujeres tienen superiores puntuaciones en autoconcepto académico y familiar. Sin embargo, en el autoconcepto global, aunque los varones muestran mayor puntuación media que las mujeres no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos, ni tampoco en el autoconcepto social, donde varones y mujeres tienen

puntuaciones similares. Así, se confirma la hipótesis 1 parcialmente, ya que si bien se encuentran diferencias de género en la autoestima, sin embargo, no se dan en el autoconcepto global. Estos resultados apuntan en la misma dirección que los estudios que han encontrado que las mujeres tienen peor autoconcepto físico (Nelson, 1996) y mejor autoconcepto familiar (Amezcuza y Pichardo, 2000), y también con trabajos que no han encontrado diferencias de género significativas en el autoconcepto global (Garaigordobil *et al.*, 2003). Sin embargo, nuestros resultados se contradicen con los de otros estudios donde las mujeres muestran inferiores puntuaciones en el autoconcepto global (Amezcuza y Pichardo, 2000; Wilgenbush y Merrel, 1999) y en el autoconcepto académico (Nelson, 1996) y superiores en el autoconcepto social (Amezcuza y Pichardo, 2000) o con estudios que no han encontrado diferencias en la autoestima (Lameiras y Rodríguez, 2003). Quizás los instrumentos de evaluación empleados en los distintos estudios pueden explicar estas diferencias.

En segundo lugar, los resultados del estudio permiten observar que los adolescentes de ambos sexos que muestran alto autoconcepto global y alta autoestima tienen menos síntomas psicopatológicos en todas las escalas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, adicional), evidenciando mejor salud mental. Completariamente, se ha encontrado que los adolescentes de ambos sexos con alto autoconcepto global también tienen menos problemas de conducta según sus padres (problemas escolares, de conducta antisocial, problemas de timidez-retraimiento, psicopatológicos, de ansiedad y psicósomáticos). En el caso de la autoestima, los adolescentes de ambos sexos con alta autoestima tienen desde la opinión de sus padres menos problemas escolares, de timidez-retraimiento y psicopatológicos; sin embargo, en conducta antisocial sólo muestran menos conductas de estas características las mujeres, y en problemas psicósomáticos únicamente se dan menos problemas en los varones, no encontrando relaciones entre autoestima y problemas de ansiedad en ningún sexo. Estos resultados permiten ratificar parcialmente la hipótesis 2, confirmando que los adolescentes de ambos sexos que tienen alto autoconcepto global presentan menos síntomas psicopatológicos y menos problemas de conducta según sus padres. Los sujetos con alta autoestima también evidencian menos síntomas psicopatológicos, y tendencialmente tienen menos problemas de conducta (escolares, timidez-retraimiento, psicopatológicos). Estos datos son coherentes con lo obse-

rvado en trabajos previos que evidencian relaciones inversas del autoconcepto-autoestima con distintos síntomas psicopatológicos (Bohne *et al.*, 2002; Dowd, 2002; Ellet *et al.*, 2002; Fan y Fu, 2001; Hoffmann *et al.*, 2003; Kim, 2003; Valentine, 2001) y con problemas de conducta tales como problemas escolares (Aunola *et al.*, 2000; García-Bacete y Musitu, 1993; González *et al.*, 1994) o conductas de timidez-retraimiento (Lawrence y Bennett, 1992; Neto, 1992). En este sentido, a pesar de que las relaciones entre autoconcepto y todos los problemas de conducta analizados en este estudio son coherentes con los resultados observados en la literatura previa, nuestros resultados no confirman relaciones inversas significativas entre autoestima y problemas de ansiedad (comportamientos que expresan miedo y/o ansiedad de forma generalizada) y sólo se evidencian relaciones de estos problemas en uno de los sexos, como en el caso de las conductas antisociales (mujeres) y los problemas psicosomáticos (varones).

Por otra parte, los resultados obtenidos sugieren que los adolescentes de ambos sexos con alto autoconcepto global y los varones con alta autoestima muestran desde la observación de sus padres una buena adaptación social. Estos resultados confirman prácticamente en su totalidad la hipótesis 3, ya que únicamente no se ratifica la relación entre autoestima y adaptación social en las mujeres. Estos datos apuntan en la dirección de otros estudios que han encontrado que los adolescentes con alto autoconcepto-autoestima tienen buena adaptación social manifestando muchas conductas prosociales, de ayuda y de respeto social (Calvo *et al.*, 2001; Garaigordobil *et al.*, 2003; Gutiérrez y Clemente, 1993; Rigby y Slee, 1993; Salvimalli, 1998; Yelsman y Yelsman, 1998).

Finalmente, los resultados sugieren que del conjunto de las variables predictoras de la autoestima, una resultó estadísticamente significativa: los síntomas de depresión. En lo referente a las variables predictoras del autoconcepto global, tres resultaron ser significativas: los síntomas de depresión, los problemas escolares y los síntomas de sensibilidad interpersonal. Así, pocos síntomas psicopatológicos de depresión (síntomas de los trastornos depresivos que incluyen vivencias disfóricas, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos), pocos problemas escolares (relacionados con bajo rendimiento académico), y bajo nivel de síntomas de sensibilidad interpersonal (síntomas que recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales), resultaron ser variables predictoras de la variable criterio autoconcepto global. Estos resultados confirman la hipótesis 4 del estudio.

Los resultados del estudio tienen implicaciones en el contexto de la prevención y sugieren que los programas de intervención que fomenten el autoconcepto y la autoestima pueden prevenir el desarrollo de problemas psicopatológicos asociados a la depresión y a la sensibilidad interpersonal, así como incidir positivamente sobre el rendimiento académico de los adolescentes. En este sentido, de acuerdo con Amezcua y Pichardo (2000), consideramos conveniente dirigir la intervención a facetas específicas del autoconcepto-autoestima (académicas, sociales, emo-

cionales, familiares, físicas), puesto que a través de ellas conseguiremos incidir en el constructo a nivel global, y así prevenir el desarrollo de problemas psicopatológicos y problemas de conducta.

Evidentemente, son muchos los factores (biológicos, psicológicos, familiares, interpersonales...) a ser tomados en consideración en la prevención y tratamiento de este tipo de problemas en los adolescentes; sin embargo, nuestro estudio respalda la evidencia de que un elevado autoconcepto-autoestima puede modular favorablemente el impacto negativo de muchas de esas variables. Complementariamente cabe resaltar el importante rol que el apego y la regulación afectiva pueden desempeñar en el tratamiento de adolescentes con problemas de conducta. Desde esta perspectiva, Keiley (2002) concluye que enseñar a padres e hijos a resolver conflictos, a dirigir adecuadamente sus sentimientos y a reconectarse unos con otros son estrategias de intervención eficaces, lo que enfatiza el relevante papel de la familia en el tratamiento de estos desórdenes conductuales.

Como limitación del estudio se puede destacar que siendo los datos de naturaleza correlacional, poco aportan sobre la relación causal que puede existir entre dichas variables, por lo que se sugiere el análisis de este constructo con una metodología de investigación cuasi-experimental.

REFERENCIAS

- Alfeld, L. C., y Sigelman, C. K. (1998). Sex differences in self-concept and symptoms of depression during the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*, 27 (2), 219-244.
- Amezcua, J. A., y Pichardo, C. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de psicología*, 16 (2), 207-214.
- Aunola, K., Stattin, H., y Nurmi, J.E. (2000). Adolescents' achievement strategies, school adjustment, and externalizing and internalizing problem behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (3), 289-306.
- Biby, E. L. (1998). The relation between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (4), 489-499.
- Bohne, A., Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersback, T., y Jenike, M. A. (2002). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: A cross-cultural comparison. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 43 (6), 486-490.
- Calvo, A. J., González, R., y Martorell, M. C. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y adolescencia: personalidad, autoconcepto y género. *Infancia y Aprendizaje*, 24 (1), 95-111.
- Cardenal, V., y Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24 (1), 101-111.

- De las Cuevas, C., y González de Rivera, J. L. (1991). Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis*, 12, 326-336.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., y Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Derogatis, L. R., y Cleary, (1977). Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado*. Madrid: TEA. (trabajo original publicado en 1983).
- Dowd, S. A. (2002). Internalizing symptoms in adolescents: Assessment and relationship to self-concept. *Dissertation Abstract International Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (8-B), 3796.
- Ellett, L., Lopes, B., y Chadwick, P. (2003). Paranoia in a nonclinical population of college students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (7), 425-430.
- Erkolahti, R., Ilonen, T., Saarijarvi, S., y Terho, P. (2003). Self-image and depressive symptoms among adolescents in a non-clinical sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57 (6), 447-451.
- Erol, A., Toprak, G., y Yazici, F. (2002). Predicting factors of eating disorders and general psychological symptoms in female college students. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 13 (1), 48-57.
- Fan, F., y Fu, J. (2001). Self-concept and mental health of college students. *Chinese Mental Health Journal*, 15 (2), 76-77.
- Fierro, A. (1990). Autoestima en adolescentes. Estudios sobre su estabilidad y sus determinantes. *Estudios de Psicología*, 45, 85-107.
- Fickova, E. (1999). Personality dimensions and self-esteem indicators relationships. *Studia Psychologica*, 41 (4), 323-328.
- Fierro, A., y Cardenal, V. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49 (1), 65-81.
- Garaigordobil, M., Cruz, S., y Pérez, J. I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 24 (1), 113-134.
- García-Bacete, F.J., y Musitu, G. (1993). Rendimiento académico y autoestima en el ciclo superior de EGB. *Revista de Psicología de la Educación*, 4 (11), 73-87.
- García, F., y Musitu, G. (1999). *AF-5. Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- García Torres, B. (1983). *Análisis y delimitación del constructo autoestima*. Madrid: Universidad Complutense.
- Garrick, T., Ostrov, E., y Offer, D. (1988). Physical symptoms and self-image in a group of normal adolescents. *Psychosomatics*, 29 (1), 73-80.
- González, M. C., Tourno, J., e Iriarte, C. (1994). Autoconcepto, motivación y rendimiento escolar. *Revista de Psicología de la Educación*, 14, 25-44.
- González de Rivera, J. L., De la Hoz, J. L., Rodríguez Abuín, M., y Monterrey, A. L. (1999). Disfunción temporo-mandibular y psicopatología: Un estudio comparativo con la población general y con pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Análisis de Psiquiatría*, 15 (3), 91-95.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M., y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised, adaptación española*. Madrid: TEA.
- Gutiérrez, M., y Clemente, A. (1993). Autoconcepto y conducta prosocial en la adolescencia temprana: bases para la intervención. *Revista de Psicología de la Educación*, 4 (11), 39-48.
- Heaven, P. C. (1991). Personality correlates of functional and dysfunctional impulsiveness. *Personality and Individual Differences*, 12 (11), 1213-1217.
- Hoffmann, J. P., Baldwin, S. A., y Cerbone, F. G. (2003). Onset of major depressive disorder among adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 217-224.
- Jackson, J., y Cochran, S. D. (1991). Loneliness and psychological distress. *Journal of Psychology*, 125 (3), 257-262.
- Jin, S., y Zhang, J. (1998). The effects of physical and psychological well-being on suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (4), 401-413.
- Keiley, M. (2002). Attachment and affect regulation: A frame work for family treatment of conduct disorder. *Family Process*, 41 (3), 477-493.
- Kim, Y. H. (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a 2-year study. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (2), 115-124.
- Lameiras, M., y Rodríguez, Y. (2003). Age and sex differences in self-esteem among spanish adolescents. *Psychological Reports*, 93, 876-878.

- Lawrence, B., y Bennett, S. (1992). Shyness and education: The relationship between shyness, social class and personality variables in adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 62 (2), 257-263.
- Leondari, A., y Giamalas, V. (2000). Relations between self-esteem, perceived control, possible selves, and academic achievement in adolescents. *The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 7 (3), 267-277.
- Marsh, H. W., Parada, R. H., Yeung, A. S., y Healey, J. (2001). Aggressive school troublemakers and victims: A longitudinal model examining the pivotal role of self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 93 (2), 411-419.
- Martin, J. A., y Penn, D. L. (2001). Social cognition and subclinical paranoid ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, 40 (3), 261-265.
- McCarthy, J. D., y Hoge, D. R. (1982). Analysis of age effects in longitudinal study of adolescent self-esteem. *Developmental Psychology*, 18, 372-379.
- Montt, M. E., y Chavez, F. U. (1996) Autoestima y salud mental en los adolescentes / Self-esteem and mental health among adolescents. *Salud-Mental*, 19 (3), 30-35.
- Navarro, A.M., Peiró, R., Llácer, M.D., y Silva, F. (1993). EPC. Escala de problemas de conducta. En F. Silva & M.C. Martorell (Eds.), *EPIJ. Evaluación Infante Juvenil* (pp. 31-81). Madrid: MEPSA.
- Nelson, L. D. (1996). A comparison of gender differences in middle school adolescents participating in an eating disorder prevention program. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 57 (6-A), 2426.
- Neto, F. (1992). Loneliness among Portuguese adolescents. *Social Behavior and Personality*, 20 (1), 15-21.
- Newbegin, I., y Owens, A. (1996). Self-esteem and anxiety in secondary school achievement. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11 (3), 521-530.
- Rigby, K., y Slee, P. T. (1993). Dimensions of interpersonal relation among Australian children and implications for psychological well-being. *Journal of Social Psychology*, 133 (1), 33-42.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salmivalli, C. (1998). Intelligent, attractive, well-behaving, unhappy: The structure of adolescents' self-concept and its relations to their social behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 8 (3), 333-354.
- Silber, E., y Tippett, J. (1965). Self-esteem: clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071.
- Takakura, M., y Sakihara, S. (2001). Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *Journal of Adolescent Health*, 28 (1), 82-89.
- Valentine, I. S. (2001). The relationship between depression, self-esteem, trauma, and psychopathy in understanding conduct disordered adolescents. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 61 (10-B), 5585.
- Varni, J. W., Rapoff, M. A., Waldron, S. A., y Gragg, R. A. (1996). Chronic pain and emotional distress in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17 (3), 154-161.
- Watson, D. C. (1998). The relationship of self-esteem, locus of control, and dimensional models to personality disorders. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13 (3), 399-420.
- Weist, M. D., Paskewitz, D. A., Jackson, C. Y., y Jones, D. (1998). Self-reported delinquent behavior and psychosocial functioning in inner-city teenagers: A brief report. *Child Psychiatry and Human Development*, 28 (4), 241-248.
- Wilgenbush, T., y Merrel, K. W. (1999). Gender Differences in Self-Concept among Children and Adolescents: A Meta Analysis of Multidimensional Studies. *School Psychology Quarterly*, 14 (2), 101-120.
- Yang, D. (2002). Depression, anxiety, and self-concept of middle school students. *Chinese Mental Health Journal*, 16 (9), 633-635.
- Yelsma, P., y Yelsma, J. (1998). Self-esteem and social respect within the high school. *Journal of Social Psychology*, 138 (4), 431-441.