



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

**“INFLUENCIA DEL ESTRÉS PARENTAL EN LA  
CONDUCTA AGRESIVA INFANTIL”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A:

**PATRICIA SANDRA VÁZQUEZ PADILLA**

Dirige: Doctora Laura Hernández Guzmán.

**Ciudad de México, noviembre de 2010.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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





Con el puño izquierdo en alto y un llanto sonoro al nacer,  
**EMILIO** me susurró al corazón  
que tenía que escribir acerca de esto;

Después, **SEBASTIÁN** sugirió con su inocencia  
y fortaleza, que el trabajo emprendido,  
valía la pena continuarlo,

... al final, cuando me encontré en el Centro de Arraigo  
con el rencor de “la Bombón”; “El Patachín”, “El Rambo”  
... y tantos, tantos criminales más, confirmé el final:

... **ESTA OBRA ES POR LOS DOS, Y PARA LOS DOS.**

Con admiración y amor. por los seres que son, les dedico a **EMILIO** y **SEBASTIÁN**  
el presente escrito.

Su tía:  
Paty

## AGRADECIMIENTOS

A mis maestros de vida:  
**Rita y Rubén**

A mi forjadora como estudiante:  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

A mi guía en la Psicología:  
**Doctora Laura Hernández-Guzmán**

A la **Procuraduría General de la República**  
por el apoyo, tiempo y conocimiento brindados

Al futuro de mi Patria, **MÉXICO**.

Agradezco la paciencia, enseñanzas y experiencias en el camino emprendido,  
dentro del enigma que es la Psicología.

**Invierno de 2010.**

# ÍNDICE

<b>Introducción y Objetivo</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. Definiciones de Agresividad</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo 2. Modelos explicativos de la agresividad</b>	<b>6</b>
Modelo biológico	7
Modelo psicosocial del desarrollo	15
Modelo del ambiente social	17
<b>Capítulo 3. Dimensiones de la agresividad</b>	<b>19</b>
<b>Capítulo 4. Estabilidad de la conducta agresiva</b>	<b>20</b>
Diferencias de género	22
<b>Capítulo 5. Trastorno disocial de la personalidad.</b>	<b>24</b>
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)	25
Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)	34
<b>Capítulo 6. Parentalidad y prácticas defectuosas en la crianza</b>	<b>36</b>
Prácticas de crianza	37
Estilo autoritario	37
Estilo permisivo	38
Estilo de autoridad racional	38
Estilo de no implicación	39
<b>Capítulo 7. Estrés parental</b>	<b>41</b>
Definiciones de estrés	41
Clasificación del estrés	46

	2
Estrés como estímulo	46
Estrés como respuesta	47
Estrés como relación acontecimiento-reacción	49
Afrontamiento	49
Estrés parental	53
Definición	54
<b>Capítulo 8. Método</b>	<b>56</b>
Participantes	56
Variables	57
Materiales	57
Instrumentos	58
Tipo de estudio	59
Procedimiento	59
Análisis estadístico de datos	60
<b>Capítulo 9. Resultados</b>	<b>61</b>
<b>Capítulo 10. Discusión</b>	<b>63</b>
<b>Referencias</b>	<b>71</b>







## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

A lo largo del desarrollo humano ocurren múltiples situaciones que en un tiempo y circunstancia específicos son determinantes en la salud mental de un individuo.

Actualmente una de las teorías que explican el desarrollo humano desde una perspectiva científica es la *Teoría Conductual de Sistemas (TCS)*. De acuerdo con la TCS, el desarrollo humano es multidireccional y multideterminado; en él ocurren una serie de interacciones entre conducta y ambiente que bajo ciertas condiciones específicas generan funciones complejas y bien organizadas, como caminar o hablar (Novak, 1998).

Sin embargo esta forma de reorganización de la conducta no siempre es positiva, la conjunción de conductas y condiciones negativas pueden generar psicopatología durante el desarrollo. Para Ollendick (2004), en el estudio de las conductas mal adaptadas, la perspectiva del desarrollo demanda que los problemas surgidos a lo largo de la vida de un individuo se consideren en diferentes edades, toda vez que el desarrollo no sólo tiene que ver con la maduración y los cambios físicos, sino con la modulación de la conducta en diferentes circunstancias. Así, la conducta desviada y la psicopatología evolucionan de acuerdo con los mismos principios que la conducta normal, dada la influencia bidireccional entre variables biológicas y ambientales o contextuales (Hernández-Guzmán, 2004).

La perspectiva del desarrollo parte de tres aseveraciones que deben estudiarse en relación con la psicopatología: (a) la psicopatología se considera una desviación; (b) la causa es probabilística y no determinista (de tal manera que es importante considerar los factores de riesgo que existen en la familia), y (c) el

desarrollo es acumulativo y no jerárquico: los cambios que ocurren brindan pautas de adaptación (Ollendick, 2004).

De acuerdo con Ollendick (2004), es posible observar entonces que la conducta está determinada por factores genéticos, ambientales, y por experiencias pasadas que se generan durante el desarrollo.

La información genética está expresada en el individuo a través de componentes estructurales particulares y del desarrollo de actividades químicas en el organismo. De tal forma que los factores genéticos se determinan a partir de la información codificada en los genes, o -en el caso de las patologías- de alguna condición genética anormal ocasionada por situaciones específicas (como enfermedad, exposición a la radiación, uso de drogas, etc.), alterando así el código genético y creando estructuras o actividades químicas anormales en el organismo (Renfrew, 2001).

Dentro de los factores ambientales la familia desempeña un papel primordial en relación con el desarrollo social de los niños, ya que es a su interior que aprenden por primera vez conductas sociales y crean esquemas de sí mismos como seres sociales (Bögels, Van Oosten, Mris & Smulders, 2001; Hernández-Guzmán, 1999).

La interacción adecuada entre los miembros de la familia permite que el niño tenga oportunidades de aprender comportamientos que sean eficaces para resolver los problemas a los que se enfrenta diariamente, que sienta satisfacción por sus logros, fracasos o desesperanza y, en general, impulsa la autoeficacia infantil. Sin embargo, si existe un ambiente familiar defectuoso, donde las interacciones sean escasas y negativas, las oportunidades de dotar a los hijos de habilidades sociales se reducen y la consecuencia son los niños aislados e ignorados socialmente (Hernández-Guzmán, 1999).

En México, actualmente es común observar en los espacios escolares a niños aislados o inadaptados socialmente, lo cual origina a nivel particular una imposibilidad en ellos para establecer relaciones exitosas durante la niñez, y a nivel general un problema de población que ha sido subvaluado con escasa atención (Hernández-Guzmán, 1999).

La conducta agresiva es una de las formas de inadaptación social y que ha sido estudiada como una patología multifactorial en la que se interrelacionan factores biológicos, psicológicos y sociales durante el desarrollo del individuo, creando así pautas de conducta negativas que afectan su interacción social. Investigaciones recientes señalan que dentro de los factores psicosociales, la familia y específicamente los padres o cuidadores principales tienen un papel determinante en el desarrollo de la conducta agresiva infantil, por ejemplo se han detectado diversas conductas parentales durante la crianza que tienen un efecto directo en el inicio de la conducta agresiva de los hijos, tales como: uso del castigo físico (Patterson, 1982), manifestación recíproca del afecto negativo durante el juego (Carson & Parke, 1996), y el empleo de prácticas de crianza de estilos autoritario y de no implicación (Berk, 2001; Hernández-Guzmán, 1999; Loeber & Dishion, 1983). De esta manera, dichas conductas parentales son producto de una disfunción en los padres, como es el caso del estrés parental, donde las demandas de la parentalidad implican sentimientos negativos en los padres y hacia los hijos (Deater-Deckard, 1998).

Es importante que dentro de la prevención primaria el estrés parental sea detectado para evitar consecuencias negativas -o su progresión- en el desarrollo socioemocional de los hijos. Actualmente la investigación hecha respecto a la relación estrés parental-conducta agresiva infantil es escasa y resultaría trascendente en la planeación de estrategias de intervención para prevenir futuros trastornos en los hijos, o bien, para darles solución a los existentes.

El objetivo del presente estudio es conocer la relación que existe entre el estrés parental y la conducta agresiva infantil con niños mexicanos.

## CAPÍTULO 1. AGRESIVIDAD Y CONDUCTA AGRESIVA

### Definiciones de agresividad

Existen múltiples definiciones enfocadas a la agresividad que van desde perspectivas epistemológicas hasta las puramente científicas, establecidas por autores especializados en diferentes aspectos del fenómeno. Sin embargo, para estudiar la agresividad como cualquier fenómeno observado desde una perspectiva científica, es conveniente establecer una definición unificada, clara, concisa, y que proporcione la información pertinente para el objeto de estudio.

Después de revisar diversas definiciones de agresividad fue posible identificar determinados criterios compartidos por los autores y que se consideran fundamentales en la definición del constructo.

**Tabla 1. Definiciones de agresividad**

AUTOR	Meta: Daño/lesión a otras personas	Intención de daño	Lesión: Física o psicológica	Agentes: agresor y sujeto agredido	Consecuencias inmediatas y negativas
Buss, 1961	✓	✓		✓	
Zillman, 1979	✓		✓		
Berkowitz, 1981	✓	✓			
Baron y Richardson, 1994	✓		✓	✓	
Ángel de Grieff , Gaviria & Restrepo, 2003.	✓		✓	✓	✓

En la tabla 1 se analizan las definiciones revisadas en la literatura, identificando los elementos que forman el constructo. Cada uno de los autores otorga cierta importancia a determinados criterios en particular, y fue posible observar que todos coincidieron en que *la agresividad tiene como meta provocar un daño o lesión a otras personas*. La mayoría de los autores está de acuerdo en que *la lesión provocada es física o psicológica y que los agentes participantes para que la conducta agresiva sea generada son el agresor y el agredido*.

En 1961 Buss conceptualizó a la agresividad a partir de un criterio de daño o lesión hacia otras personas, donde la agresividad es la interacción de varios elementos que tienen como fin lesionar a otros y en la que están incluidos un agente agresor y un sujeto agredido. Posteriormente en 1979 Zillman propuso reducir el término al conjunto de elementos que producen lesión corporal o física en otras personas. Sin embargo, esta definición al igual que la propuesta por Baron y Richardson (1994) en donde la agresividad es cualquier conducta dirigida hacia la meta de dañar o lesionar a otro ser vivo que intenta evitar dicha conducta, está dirigida a estudiar al acto agresivo en sí más que al constructo agresividad.

Posteriormente la definición de agresividad no solo se delimitó al efecto de causar daño o lesión en otros, sino que aún que no se culminen las acciones para producirlo es suficiente la intención que tiene el agresor de provocar el daño para que la agresividad sea generada (Berkowitz, 1981).

Una de las definiciones revisadas que cubrió la mayoría de los criterios utilizados por los autores mencionados es la que considera los efectos de los actos agresivos tanto para el agresor como para el agredido donde *la agresividad es la interacción de elementos que producen consecuencias inmediatas negativas* (Ángel de Grieff, Gaviria & Restrepo, 2003). Si bien, en esta definición las *consecuencias inmediatas negativas* no son especificadas, es posible incluir dentro de dicho rubro a las conductas que dañan, y que por naturaleza producen consecuencias negativas.

La mayoría de las concepciones concuerdan en que la agresividad implica la interacción de elementos que desembocan en conductas, cuyo objetivo es *lesionar*, produciendo evitación o escape por parte de la persona agredida y experimentando ésta una consecuencia inmediata aversiva; sin embargo, no refieren las consecuencias aversivas que pueden generarse en el agente agresor, en este caso los niños, y proponen manifestaciones que forzosamente dañan o lesionan, así como que la conducta agresiva recae en una persona, no siendo así objeto o situación. En ese sentido, para efectos de la presente investigación, se considera como *conducta agresiva infantil* lo siguiente:

*La conducta agresiva se refiere a la conducta destructiva del niño que intenta infligir daño físico a otros, a él mismo, o a propiedades. Para considerarse como inapropiado o excesivo, la conducta destructiva no solamente debe causar riesgo a otros, sino que debe causar deterioro en el desarrollo del niño, en las relaciones interpersonales, así como en logros en casa, escuela o en la comunidad. La conducta destructiva debe ser abierta y puede incluir agresión física, amenazas verbales de agresión, arrebatos explosivos de destrucción de propiedad en el contexto de frustración o estimulación aversiva y conducta de auto-daño.*

## **CAPÍTULO 2. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA AGRESIVIDAD**

Las definiciones revisadas señalan la existencia de diversos factores que interactúan desembocando en una misma conducta: la agresividad; la presencia de éstos factores (biológicos, psicológicos y sociales) proporcionan un carácter multicausal a la conducta agresiva. Los modelos explicativos de la agresividad permiten contextualizar a la conducta desde su origen, lo cual proporciona los elementos necesarios al investigador para abordar dicho fenómeno.

### **Modelo biológico**

El modelo biológico representa uno de los grandes avances científicos en los últimos años a través del estudio de mecanismos hormonales, neurotransmisores, anomalías neuroanatómicas y neurofisiológicas que se correlacionan con la agresividad. Para dicho modelo, el estudio con humanos y animales es fundamental porque facilita la investigación a través de la extrapolación de los resultados de un grupo a otro.

Dentro del presente modelo se estudian los factores genéticos, los cuales intervienen en la conducta agresiva por medio de los genes contenidos en los cromosomas de un individuo; la *información genética* tiene su expresión en la construcción de componentes estructurales particulares o en el desarrollo de las actividades químicas del organismo. Dicha expresión puede darse como una selección de la enorme información que normalmente se encuentra codificada en los genes, o bien, puede producirse a partir de alguna condición genética anormal ocasionada por enfermedad, uso de drogas, etc.

En la conducta agresiva, los factores genéticos tienen una función más bien preparatoria al contribuir con el desarrollo de las capacidades sensoriales, el tamaño del cuerpo y las funciones motoras necesarias para una agresividad efectiva (Renfrew, 2001), aunque también pueden participar como factores de riesgo en el desarrollo del individuo al influir directamente en el proceso emocional o en la competencia social desfavorable (Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

La literatura señala que la genética influye de manera importante sobre el desarrollo de la conducta agresiva. Mednik (1981) en una revisión hecha a ocho estudios de gemelos idénticos –y su relación con la conducta agresiva- encontró que existe una tasa del 60% de concordancia (compartida por ambos gemelos) de problemas producidos por su agresividad, mientras que para los gemelos fraternales encontró una tasa del 30% de concordancia. En otro estudio, Hutchings y Mednick (1975) obtuvieron los antecedentes criminales de los padres

biológicos y adoptivos de 143 criminales y encontraron datos de condenas criminales para más del doble de padres biológicos en comparación con los adoptivos (70 contra 33), los autores concluyeron que las influencias biológicas en la criminalidad son más relevantes –en comparación con las ambientales-, y que los factores genéticos y ambientales trabajan en combinación.

Respecto a la anormalidad o *defectos genéticos* en la agresividad, las investigaciones señalan que el *síndrome de Lesch-Nyhan* es un ejemplo directo de cómo una disfunción genética puede causar un aumento de la agresividad, dicho síndrome produce una deficiencia enzimática -heredada por los varones- y provoca un exceso en las moléculas químicas llamadas “purinas”. El efecto que tiene en el comportamiento incluye automutilación acentuada en mordidas graves de los labios, dedos y brazos, aunque también hay mordeduras, golpes y gritos a otros de manera compulsiva y sin necesaria expresión de enojo (Renfrew, 2001).

Otro defecto genético relacionado con la agresividad es el *síndrome XYY*, en el cual los individuos tienen un cromosoma (masculino) sexual Y de más. Se cree que los varones con este síndrome son más agresivos que las mujeres, motivo por el cual algunos investigadores decidieron indagar al respecto. Jacobs (1965) realizó un estudio en el cual las células pertenecientes a una población de criminales que padecían algún trastorno mental fueron comparadas con las células de un grupo control (individuos sin trastorno mental).

Los resultados obtenidos fueron que la incidencia del trastorno XYY en la población criminal era de un 3%, mientras que en la población normal dicho valor era aproximadamente del 0.1%. Esta incidencia elevada encontrada sugirió que al parecer el síndrome tiene algún valor causal en la criminalidad. Cabe señalar que la mayoría de las investigaciones realizadas han tenido limitantes, como el tamaño de la muestra poblacional utilizada y la falta de control en múltiples variables, lo cual pone los hallazgos en tela de juicio y sugiere cautela.



### *Bases endócrinas de la conducta agresiva.*

La investigación hecha hasta ahora en relación con las hormonas y la conducta agresiva es más frecuente en animales, debido a que éstos proporcionan información útil sobre los posibles efectos genéticos en la agresividad y los factores biológicos que participan de manera específica, sin contravenir las normas éticas que rigen la investigación con humanos. En la especie humana dicha relación es más difícil de estudiar, principalmente, por problemas metodológicos y por la separación temporal entre la expresión de la conducta y la toma de muestras sanguíneas para establecer los niveles hormonales. Sin embargo, los resultados demuestran asociaciones entre los altos niveles de testosterona y la delincuencia juvenil masculina, así como con las conductas agresivas, violentas y antisociales de sujetos que se encuentran en prisión.

En relación con la población femenina, son menos los estudios que relacionen las hormonas con la conducta agresiva en mujeres, aunque algunos de los datos indican también la posible implicación de la testosterona (Ambrosio, et al., 2001).

### *Hormonas sexuales y agresividad.*

#### Hormonas masculinas

La *testosterona* pertenece a la clase de los andrógenos, los cuales están relacionados con la producción de semen y con las características sexuales secundarias en el hombre. En roedores de laboratorio, la secreción de andrógenos ocurre a nivel prenatal, se reduce y luego se eleva una vez más en la pubertad. Así, la agresividad entre machos comienza hacia el inicio de la pubertad, lo cual sugiere que dicha conducta está controlada por circuitos nerviosos estimulados por andrógenos (Carlson, 1996).

Las primeras indicaciones del funcionamiento de la testosterona en la agresividad provinieron de estudios de correlación en los que se observó una

elevada agresividad en varias especies mientras estaban en la pubertad o en la época de apareamiento, momento en que aumenta la producción de testosterona (Beach, 1948; Hutchinson, 1965). En un estudio donde se relacionaron los niveles de andrógenos con la conducta agresiva, Persky (1978) encontró una correlación positiva entre ambos factores en una población psiquiátrica. No obstante Kreutz y Rose (1972) no encontraron correlación significativa entre los niveles de testosterona y los resultados de pruebas que miden la conducta agresiva. La incongruencia entre los resultados encontrados parece sugerir no son los factores biológicos los que explican la conducta humana, específicamente, la agresividad, tal como ocurre en los animales inferiores. Sin embargo no se debe descartar todo el papel que desempeñan dichos factores como determinantes importantes en el comportamiento humano.

En un estudio de correlación donde se compararon los niveles de testosterona y comportamiento agresivo de jóvenes normales (sin trastornos graves) de 16 años de edad se encontraron correlaciones significativas en un rango de tres a cuatro décimas entre el nivel de testosterona y el comportamiento agresivo (éste se midió indirectamente mediante un inventario de personalidad); los resultados exponen que cuando aumenta la testosterona en los jóvenes también se observa una predisposición a responder agresivamente (Olweus, 1988).

Actualmente se sabe que los niveles de *testosterona* siguen un patrón cíclico, por lo que es importante considerar las fluctuaciones de dicha hormona durante el periodo en estudio. Un modo experimental de estudiar los efectos de la testosterona consiste en medir los cambios en la agresividad cuando los niveles de testosterona son reducidos. Por ejemplo, la castración química que emplea drogas antiandrogénicas se utiliza tanto experimental como clínicamente para reducir la agresividad; algunos tratamientos incluyen hormonas femeninas, como estrógenos y progesterona (Renfrew, 2001).

Renfrew (2001) concluyó que la testosterona facilita el comportamiento agresivo, por lo tanto, los niveles de agresividad se correlacionan positivamente

con los niveles de testosterona y la reducción de dicha hormona reduce la agresividad.

### Hormonas femeninas

Las investigaciones muestran generalmente los efectos de tres hormonas en el comportamiento agresivo: *la progesterona, la prolactina y el estradiol*. La primera es relevante en la preparación del embarazo y su mantenimiento, la prolactina tiene como función promover la lactancia, y el estradiol es responsable de mantener las características sexuales femeninas así como la receptividad sexual, entre otras funciones.

Para Renfrew (2001) las funciones de las hormonas femeninas en la agresividad marcan su trascendencia. Por ejemplo, se observa que mientras la progesterona está activa durante la preparación del embarazo, las mujeres muestran niveles reducidos de agresividad. Por otro lado, los estudios con ratones demostraron que la agresividad materna es alta durante las etapas iniciales de la lactancia, ya que le sirve a la madre para defenderse de los predadores mientras está amamantando (Svare & Mann, 1983). En un estudio realizado por Bronson y Desjardins (1968) a un grupo de ratas macho recién nacidas se le inyectó estradiol. Se observó que una vez llegados a la edad adulta, los animales presentaban niveles reducidos de agresividad en comparación al grupo de ratas no inyectadas con la hormona.

Otros estudios proponen que la irritabilidad y la agresividad aumentan en las mujeres justo antes del momento de la menstruación, al igual que en otras especies de primates. En algunos informes sobre los niveles de agresividad en mujeres, principalmente institucionalizadas, se encontró que se reduce cerca del momento de la ovulación, y que aumenta justo antes de la menstruación (Carlson, 1996).

### *Bases neurológicas de la agresividad.*

En relación con las bases neurológicas de la agresividad, generalmente los estudios señalan tres enfoques metodológicos comúnmente utilizados: las técnicas experimentales de *lesión y estimulación*, que se basan en la manipulación de una variable independiente (la función cerebral) que modifica una variable dependiente (agresividad), y el *registro eléctrico* el cual es una técnica correlativa que mide de manera simultánea dos variables dependientes: actividad cerebral y agresividad.

La técnica de *lesión* bloquea de forma temporal o permanente la función de alguna área del cerebro a través del paso de corriente eléctrica destructiva mediante un electrodo; en el caso de la agresividad, si la lesión disminuye la agresividad, el resultado implica que la estructura dañada induce a la agresividad, pero si la lesión produce un aumento de la agresividad quiere decir que la estructura tiene un papel inhibitorio sobre ésta.

Con la técnica de *estimulación* se produce una activación del cerebro, generalmente en forma temporal a través de la inserción de un electrodo en la estructura que se va a estudiar, de manera que pueda aplicársele una descarga eléctrica. Por último, el *registro eléctrico* está basado en la medición de la actividad en alguna área del cerebro y ayuda a determinar si la estructura está especialmente activa o inactiva durante el acto agresivo, lo cual indica alguna función en el comportamiento.

Renfrew (2001) señala que existen similitudes estructurales muy grandes entre el cerebro de los humanos y el de los animales inferiores, especialmente en las regiones subcorticales. Por otro lado, aunque el cerebro humano es más grande que el de la mayoría de los animales y tiene una neocorteza muy desarrollada, comparte la mayoría de los elementos estructurales fundamentales con otros animales donde está implicada la agresividad. En consecuencia, es muy probable que las funciones agresivas sean similares tanto en los humanos como en los animales inferiores. Dentro de los estudios de estimulación cerebral y de lesiones hechos con animales existen resultados que señalan la participación de

algunas estructuras cerebrales en la conducta agresiva, como es el caso del hipocampo y la amígdala (Carlson, 1994).

Hess y Brügger (1943) fueron de los primeros investigadores en estudiar la agresividad en animales, sus estudios con gatos informaron que cuando eran estimulados en las áreas perifornicales (alrededor del fórnix) y posteriores del hipotálamo producían conductas como sisear, escupir, aullar, tirar zarpazos y otras respuestas autónomas, como hiperventilación, salivación, erección del pelambre, micción y defecación. En estudios posteriores se demostró que la respuesta aumenta conforme pasa el tiempo, empieza con una reacción de alerta, continúa con una mayor erección del pelambre y una respiración agitada, seguida de un siseo cada vez mayor, una postura de lomo arqueado y después un ataque explosivo. Asimismo, se encontró que la estimulación del cuerpo amigdalóide en las regiones lateral y posterior del área basolateral producía la conducta agresiva en los gatos (Kaada, 1951; MacLean & Delgado, 1953).

#### *Neurotransmisores implicados en la agresividad.*

Antes de profundizar en el tema, es importante recordar que un neurotransmisor es la sustancia química producida por las neuronas que es liberada en las terminales de la neurona presináptica durante la sinapsis; el neurotransmisor funciona como un agente mediador del impulso nervioso, y su unión al receptor de la membrana postsináptica modifica el estado de polarización de su membrana, produciendo así su activación; finalmente puede llevar a cabo acciones excitatorias o inhibitorias, dependiendo de las moléculas receptoras de que se trate (Canda, 1999).

Las *acetilcolina (AC)* es un neurotransmisor relacionado con el aumento de la agresividad y que se localiza en múltiples regiones cerebrales como: hipotálamo, tálamo, hipocampo, cuerpo amigdalóide, área cingulada e incluso en la neocorteza y el sistema límbico. En el estudio realizado por MacLean y Delgado (1953), los autores trabajaron con estructuras neurológicas como el hipocampo

donde la estimulación eléctrica produjo agresividad, con él demostraron que las sustancias colinérgicas inyectadas en dichas regiones incrementaban la agresividad. Así mismo, al inyectar un agonista colinérgico en el cuerpo amigdaloides de gatos, Grossman (1963) produjo un aumento crónico de la agresividad, obteniendo como resultado que los gatos después de una sola inyección resultaran agresivos, al morder y arañar a todo aquél que intentara tocarlos.

Al igual que la acetilcolina, la norepinefrina o también llamada *noradrenalina* (NE) se relaciona con la agresividad. Este neurotransmisor se es producido principalmente en los núcleos del tronco encefálico y es secretado por una glándula adrenal; interviene en las respuestas de emergencia al acelerar el corazón, incrementar la tensión arterial, etc. y pertenece al grupo de neurotransmisores llamados monoaminas, en el que también se ubican la dopamina y serotonina (Canda, 1999; Renfrew, 2001).

Los estudios iniciales de la relación entre noradrenalina y agresividad con ratas, demostraron que cuando existe un aumento en los niveles noradrenérgicos, la conducta agresiva también aumenta (Bandler, 1971). Por otro lado, algunas investigaciones demuestran datos de los fármacos que son agonistas de la noradrenalina y que disminuyen la agresividad de dos maneras, primero, al agotarse la noradrenalina almacenada en las vesículas sinápticas el resultado es una disminución de la agresividad (Reis, 1972), y segundo, los fármacos que bloquean la transmisión sináptica de NE también bloquean los comportamientos agresivos (Gianutsos & Lal, 1976).

Al igual que la NE, la *dopamina* (DA) tiene varias vías que pasan por el tallo cerebral, a través del hipotálamo, y dentro de las estructuras límbicas, como la región septal, el hipocampo y el cuerpo amigdaloides. Datla (1992) demostró que la agresividad provocada por dolor en ratas aumenta por agonistas de la DA y disminuye por antagonistas de la DA.

La serotonina es otro de los neurotransmisores implicados en la conducta agresiva y cuya fuente son los *núcleos del rafe* (en el tallo cerebral) donde las fibras nerviosas van a un amplio rango de estructuras que incluyen el tálamo, el hipotálamo y otras estructuras límbicas, como el cuerpo amigdalóide, el hipocampo, el área septal y el cerebelo; el desequilibrio en el sistema serotoninérgico se relaciona con respuestas tales como suicidio, depresión, *agresividad* y abuso de sustancias (Repetti, et al., 2002). Con fines de investigación, se manipuló experimentalmente los niveles de serotonina de varias maneras. Los resultados obtenidos han indicado que tiene un efecto inhibitorio sobre la agresividad, lo cual quiere decir que entre más bajo sea el nivel de serotonina mayor la agresividad que presente el sujeto (Bernard & Paolino, 1974; Brown, 1979; Asberg, 1984).

### ***Modelo psicosocial del desarrollo.***

La agresividad está relacionada con múltiples problemas de tipo social y su presencia en la infancia es un antecedente significativo en el desarrollo de actividades antisociales y conductas delictivas a futuro (Huesman, et al., 1984; Magnuson, Sattin & Duner, 1983; Pulkkinen, 1982).

El modelo psicosocial del desarrollo dirige su estudio al aprendizaje de conductas agresivas y no agresivas, así como al desarrollo de procesos cognitivos y preceptuales que utilizan los individuos para interpretar y responder a su mundo (Ferris & Grisso, 1996).

El aprendizaje supone cambios que pueden ser adaptativos o no y es resultante de la interacción del individuo con el medio ambiente. Existen diferentes modelos que explican dicho proceso, uno de ellos es el *aprendizaje asociativo* en el cual es posible formar asociaciones entre dos eventos para producir una respuesta. Para Renfrew (2001) existen dos modelos del aprendizaje que explican

la conducta agresiva, el primero de ellos es el *condicionamiento clásico*, el cual forma parte del aprendizaje asociativo y el segundo se trata del aprendizaje social.

### *Condicionamiento y agresividad*

El condicionamiento clásico ideado por Ivan Pavlov (1927) tiene lugar cuando se asocian repetidamente nuevos estímulos, inicialmente neutros, (condicionados) con estímulos no condicionados y que llegan a provocar una respuesta que esencialmente es similar a la provocada por el estímulo no condicionado; tales mecanismos de condicionamiento fomentan las interacciones del organismo con su ambiente.

Desde esta perspectiva existen innumerables estímulos dentro del contexto en que se desarrolla un individuo que, una vez asociados, le hacen responder agresivamente bajo una situación. El condicionamiento clásico muestra la importancia que pueden tener las asociaciones entre estímulos durante el desarrollo del individuo para la formación de la agresividad, lo cual no quiere decir que estas asociaciones sean determinantes o únicas en dicho fenómeno, sino que se requiere de la interacción de diversos factores o elementos para su génesis.

### *Teoría del aprendizaje social*

Albert Bandura (1977), representante de esta teoría, sugiere que los comportamientos pueden aprenderse a través de la observación e imitación de modelos y se mantienen por medio del reforzamiento<sup>1</sup>, sin embargo la presencia de reforzadores no es el único mecanismo que permite el aprendizaje. El aprendizaje puede presentarse también como resultado de la observación e imitación de alguien realizando una conducta.

A la luz de esta perspectiva, en el desarrollo de la conducta agresiva no es necesario que el niño la ponga inmediatamente en práctica para que se produzca el aprendizaje de la agresividad. La explicación es que las imágenes de la

---

<sup>1</sup> En el reforzamiento (positivo) es posible suministrar un reforzador siguiendo una conducta específica. La asociación respuesta-reforzador tiene la consecuencia inmediata de aumentar la probabilidad de emitir esa respuesta en situaciones similares (Canda, 1999, p.284).



conducta del modelo se archivan en la memoria del observador; posteriormente cuando se presente la situación oportuna, se recuperarán dichas imágenes para la realización del acto agresivo. Sin embargo, la agresividad aprendida por observación sólo se pone en práctica si las consecuencias de la conducta del modelo y/o del observador son las adecuadas: si el modelo es castigado por su conducta agresiva, el observador sentirá temor a agredir, aunque haya aprendido correctamente la conducta. En conclusión, las respuestas agresivas que se aprenden por imitación acaban por extinguirse y desaparecer si no son recompensadas (Bandura & Ribes, 1980).

En la explicación del origen de la agresividad, es posible observar que el aprendizaje requiere necesariamente de reforzadores para que la conducta agresiva sea generada, por tal motivo no basta con la existencia de simples asociaciones entre estímulos (como lo propuso la teoría del condicionamiento clásico) para que el aprendizaje de la agresividad sea dado, sino que además de estas deben existir reforzadores que, actuando como recompensas, mantienen la conducta. El tipo de interacciones sociales que tenga el individuo son esenciales en la permanencia o no de la agresividad, y en los niños la familia y su resulta un elemento indispensable en la formación del aprendizaje, proporcionando al niño reforzadores que muchas veces pueden traer consecuencias negativas, como es el caso de la agresividad.

### ***Modelo del ambiente social***

Grisso (Ferris & Grisso, 1996) propuso que el modelo del ambiente social examina en los individuos las relaciones que existen entre agresividad y el ambiente físico y social del que forman parte. En el ambiente social se han identificado la existencia de algunas variables, como las políticas y económicas, que tienen un papel fundamental en el desarrollo de la agresividad: a mayor pobreza mayor agresividad.

En el ambiente social las relaciones que se desarrollan con la agresividad son generadas principalmente en la familia y la cultura en la que se desenvuelve el individuo.

El *ambiente familiar* es una fuente prominente de agresividad en el que la conducta agresiva se modela y refuerza por los diferentes miembros de la familia.

En la *estructura sociocultural* existen creencias, valores, y costumbres compartidos por todas las personas e instituciones de una sociedad. La influencia que puede ejercer la cultura en la agresividad es generada a través de dos vías: directa e indirecta. En la vía directa existe una designación de roles sociales a los individuos a través de los cuales pueden conducirse con agresividad tanto de manera legítima como ilegítima (policías, secuestradores, ejército, etc.), mientras que en la vía indirecta las creencias personales son las que determinan si una conducta agresiva es admisible o no (Morales, et al., 1997).

De acuerdo con este modelo la agresividad puede ser socialmente aceptada o no, dependiendo de la cultura que se trate. El factor predominante es la sociedad y las relaciones que puedan darse en ella para que la agresividad sea generada.

Junto con los modelos biológico, y psicosocial del desarrollo ésta perspectiva brinda un panorama integral en donde los factores como: genéticos, psicológicos y sociales se interrelacionan para dar como resultado la agresividad en un individuo.

Resultaría difícil explicar la agresividad a través de un solo modelo, toda vez que cada uno de ellos implica elementos que son compartidos por los demás modelos. Por ejemplo, si un individuo genéticamente es agresivo y se desenvuelve en un ambiente familiar donde las relaciones son positivas y su entorno social es sano, tiene altas probabilidades de formarse como un individuo no agresivo debido a que posee las herramientas psicológicas y sociales adecuadas para controlar su

agresividad, de tal manera que el modelo genético no podría explicar por sí solo dicha conducta.

Una vez revisados los modelos explicativos de la agresividad es posible observar que este fenómeno no se trata de una conducta específica y generalizada a todos los individuos, sino que implica una gran variedad de manifestaciones que pueden concluir en actos externalizados o agresiones hacia los demás.

### **CAPÍTULO 3. DIMENSIONES DE LA AGRESIVIDAD**

Existen tres dimensiones propuestas por Buss (1961) que permiten clasificar diferentes conductas agresivas: física-verbal, activa-pasiva, y directa-indirecta.

Otros autores consideran que toda la *conducta agresiva* es de tipo *hostil* donde los actos agresivos están dirigidos a provocar daño o lesionar a alguien y se utiliza para obtener beneficio personal, al contrario de la *agresividad instrumental* en la que no existe una intención de dañar a otro y los actos coercitivos que ejerce el sujeto tienen la función de lograr objetivos personales (Ángel de Grieff, et al., 2003). Las clasificaciones anteriores han estado sujetas a numerosas críticas aunque se reconoce la existencia de diferentes formas de agresividad (Bandura, 1989; Hartup, 1989).

Dodge y Coie (1987) propusieron utilizar los términos *agresión reactiva* para referirse a las conductas que implican una respuesta inmediata ante una amenaza percibida y *agresión proactiva* para identificar conductas agresivas instrumentales que tienen un resultado positivo, como en la coerción, la dominación, etc. En ambos tipos existe una manifestación, pero la reactiva incluye a su vez reacciones emocionales de ira mientras que la proactiva no necesariamente. Los niños manifiestan la agresión reactiva en forma de ira aparentemente fuera de control

(patear, golpear, etc.), y la proactiva generalmente en la forma de adquisición de objetos, molestar o dominar a otros (Dodge & Coie, 1987).

Es posible observar que sin importar los términos, existen dos tipos de agresividad motivados por distintos objetivos, en los que está involucrada la interacción entre dos o más personas y en los que los medios utilizados dependen del objetivo o meta del agresor.

#### **CAPÍTULO 4. ESTABILIDAD DE LA CONDUCTA AGRESIVA**

McMahon (1994) señala que la estabilidad de los problemas de conducta externalizados se determina tanto con estudios que utilizan intervalos de tiempo cortos como largos y en el nivel epidemiológico con muestras comunitarias.

La conducta agresiva puede aparecer desde una temprana edad y es posible identificar a muchos ofensores crónicos desde los primeros años escolares (Patterson, Reid & Dishion, 1992). Por ejemplo, en un estudio longitudinal realizado con niños hiperactivos y agresivos en edad preescolar se encontró que continuaban presentando hiperactividad y conductas agresivas en un seguimiento realizado hasta los 6-7 años (Campbell, Endman & Bernfeld, 1977).

Richman, Stevenson y Graham (1982) encontraron que el 63% de un grupo de niños de 3 años identificados con diversos problemas de conducta, como hiperactividad, berrinches, problemas disciplinarios y de manejo, en comparación con un grupo de niños que no presentaron esas características conductuales, mostraban persistentemente esos problemas a los cuatro años y el 62% continuaba presentándolos a los ocho años. Así, parece que los problemas externalizados como agresividad, desobediencia, y bajo control de impulsos, que aparecen por primera vez en una edad temprana, tienen gran probabilidad de persistir a lo largo de los ciclos de la vida del individuo.

Los resultados de investigaciones relativamente recientes señalan que las conductas externalizadas demuestran estabilidad y continuidad de la niñez temprana a la niñez media y no sólo por períodos relativamente cortos, sino también por intervalos más largos desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta (Ángel de Grieff, et al., 2003). Por ejemplo, McConaughy, Stanger y Achenbach (1992), quienes utilizaron una amplia muestra de 2,466 niños estadounidenses en edad escolar y realizando mediciones sobre un período de tres años, encontraron que existía un coeficiente de estabilidad de 0.59 para el factor de conducta externalizada y de 0.58 y 0.44 para *los factores de agresividad y delincuencia*, respectivamente.

Una de las investigaciones más completas encontradas al respecto es el artículo meta analítico realizado por Olweus (1979), en el cual se revisaron 16 investigaciones longitudinales sobre la conducta agresiva. Dichos estudios utilizaron diferentes definiciones y métodos de evaluación (informes de padres, maestros, escalas clínicas, y observaciones directas) con sujetos cuya edad fluctuaba entre los 2 y 18 años, a los que se les aplicaron medidas de estabilidad con intervalos de seis meses a 21 años.

En los resultados obtenidos se encontró una correlación promedio de estabilidad de 0.63 entre medidas de agresividad obtenidas en un punto en el tiempo y aquellas obtenidas en el seguimiento. Sin embargo, la magnitud de la correlación tendía a disminuir a medida que el tamaño del intervalo aumentaba. En un estudio posterior del mismo autor, se agruparon correlaciones test-retest de seis estudios y se comparó la estabilidad de las pautas de conducta agresiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años en un intervalo de 10 años. Los resultados mostraron un coeficiente de correlación promedio de 0.50 y 0.44 para hombres y mujeres, respectivamente, lo que indica que ambos sexos presentan una estabilidad sustancial de conducta agresiva (Olweus, 1981).

### Diferencias de género en relación a la conducta agresiva

Generalmente las investigaciones que se hacen sobre la conducta agresiva utilizan población infantil masculina, de tal manera que son escasos los resultados respecto a las niñas. Una de las posibles causas de lo anterior es que son pocas las que llegan a identificarse como extremadamente agresivas, por lo que el número de sujetos resulta insuficiente en las investigaciones (Ángel de Grieff, et al., 2003).

En un proyecto realizado en Canadá por Serbin (et al., 1991), se consideró –entre otros factores- el aspecto de las diferencias de género en relación con la estabilidad de la conducta antisocial. La primera etapa del proyecto comenzó en 1977 con la evaluación de 4100 niños de los grados primero y cuarto y primero de secundaria, cuyas edades correspondían a los siete, diez y trece años, respectivamente.

Para la investigación longitudinal se aplicó el procedimiento a 1774 sujetos, quienes conformaron cuatro grupos: niños extremadamente agresivos (N=198), niños extremadamente aislados (N=220), niños agresivos y aislados (N=239) y un grupo control donde los niños no presentaban problema alguno (N=117). Durante la segunda etapa del proyecto, los tres grupos identificados en un principio como desviados socialmente continuaban presentando problemas en la adolescencia.

Finalmente, los resultados indicaron que la probabilidad de que las niñas agresivas en la infancia muestren bajo rendimiento escolar, asistan a servicios psiquiátricos y reciban tratamientos farmacológicos, así como manifiesten conductas antisociales y agresivas es más alta que en otras niñas. En la fase del proyecto durante 1994, cuando los sujetos tenían una edad aproximada de 20 años, una de las diferencias de género más sorprendente encontrada por los autores, y que alude a la conducta criminal, es que los hombres tienen mayor probabilidad de cometer conductas criminales con una tasa de 45.5% en comparación con las mujeres agresivas, cuya tasa fue de 3.8%, así como en comparación con el grupo control, que arrojó una tasa de 10.8% para los hombres

y de 1.8% para las mujeres. Lo anterior indica que, si bien, las mujeres de la muestra presentaron problemas psicosociales, en general dichos problemas no terminan en conducta criminal y por lo tanto el comportamiento agresivo que presentaron es menor en comparación con los hombres.

Por otro lado, un hallazgo que contradice los resultados del estudio anterior se encuentra en una investigación longitudinal realizada por Cairns, Perris y Cairns (1985). Los autores encontraron que un grupo de 10 niñas extremadamente agresivas mantenían posiciones estables en términos de agresividad directa y abierta en mayor medida que un grupo de niños también extremadamente agresivos con quienes fueron comparadas. El grupo de niños y niñas más agresivos/as representaron el extremo superior de la distribución; por lo tanto, es posible que patrones de conducta agresiva poco típicas del género permanecieron mas estables en las niñas.

Posiblemente la discrepancia mencionada fue consecuencia de la presencia de ciertos factores tanto prácticos como teóricos. Uno de ellos fue el bajo número de participantes considerados en el segundo estudio, por lo que no existe una representatividad en la muestra; otro factor posiblemente se deba a los criterios y definiciones utilizados por los investigadores al establecer sus medidas dentro del estudio. Por ejemplo, algunos autores probablemente utilizan medidas conductuales que corresponden a ciertos tipos de manifestaciones de conducta agresiva, en consecuencia, los resultados de dichas investigaciones deben interpretarse de acuerdo con las estrategias agresivas descritas en cada medida (Ángel de Grieff, et al., 2003).

Aunque la literatura demuestre que los hombres se comprometen e involucran más que las mujeres en actos agresivos, es importante reconocer que ambos sexos manifiestan los comportamientos agresivos de diferente forma.

Los comportamientos agresivos que ocurren más a menudo en los niños varones incluyen luchas físicas, contraataques, imitación de la agresividad de otros, juegos violentos e informes sobre fantasías agresivas (Meyer-Bahlburg, 1981). Típicamente la agresividad abierta y directa (pelear, golpear, patear, empujar, decir groserías, etc.) es más representativa de los actos agresivos masculinos, mientras que la agresividad indirecta (como mentir sobre alguien a sus espaldas, reemplazar a una amiga por una rival, descalificar, ignorar, etc.) corresponde más a la conducta femenina (Ángel de Grief, et al., 2003).

Generalmente las agresiones indirectas se representan poco en los instrumentos de medición utilizados en las investigaciones sobre agresividad, lo que hace suponer que los niños son más agresivos que las niñas (Lagerspetz & Bjorkqvist, 1994).

La agresividad indirecta en las niñas requiere de un nivel de maduración social para que se manifieste. Por ejemplo, un indicador de madurez social es evitar ejercer agresividad directa, debido a que esta conducta es la que caracteriza la vida social del adulto en comparación con la de los niños (Lagerspetz & Bjorkqvist, 1994).

## **CAPÍTULO 5. TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.**

*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV): Trastorno Disocial (F91.8)*

Actualmente la conducta agresiva no es catalogada por sí sola como un trastorno, ya que su característica esencial es la de ser un síntoma dentro de un trastorno; recordemos que el síntoma es un indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional que puede orientarse hacia un diagnóstico determinado (Canda, 1999).



El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) considera dentro del apartado “F” (que se refiere a los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia) a aquéllos que presentan un comportamiento perturbador, los denominados “*Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*” (APA, 1995). Existe un trastorno en especial que es relevante para el desarrollo del presente estudio debido a que contempla dentro de sus síntomas característicos a la agresividad, es decir el ***trastorno disocial***,

**Tabla 2. Presencia de agresividad en los trastornos por déficit de atención e hiperactividad y comportamiento perturbador evaluados por el DSM-IV.**

<b>TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA</b>		
<i>Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador</i>		
<b>TRASTORNO</b>	<b>CRITERIOS DIAGNÓSTICOS</b>	<b>AGRESIVIDAD</b>
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	<p>Patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad.</p> <p>Los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela)</p> <p>Interferencia en la actividad social, académica</p>	El criterio diagnóstico no menciona la presencia de conducta agresiva.
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado	Incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.	El criterio diagnóstico no menciona la presencia de conducta agresiva.
<b>Trastorno disocial</b>	<p>Presencia de un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas.</p> <p>Los comportamientos se dividen en:</p> <p><i>a) Comportamiento agresivo</i> que causa daño físico o amenaza a otras personas o animales.</p> <p><i>b) Comportamiento no agresivo</i> que causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o</p>	Los criterios diagnósticos refieren la expresión física de una o varias conductas agresivas, o que utilizan como medio la agresividad

	<p>robos y violaciones graves de las normas.</p> <p>Presencia de tres (o más) comportamientos característicos durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento durante los últimos 6 meses.</p> <p>El trastorno del comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p>El patrón de comportamiento suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad.</p> <p><b>Los niños o adolescentes con este trastorno suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pueden desplegar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio;</li> <li>✓ Iniciar peleas físicas frecuentes;</li> <li>✓ Utilizar un arma que puede provocar daño físico grave (botellas, pistola, etc.);</li> <li>✓ Ser cruel físicamente con personas o animales;</li> <li>✓ Cometer diferentes conductas ilícitas que incluyen violencia (robo, violación y en raros casos homicidio);</li> <li>✓ Destrucción de la propiedad de otras personas</li> </ul>	<p>física.</p>
<p>Trastorno negativista desafiante</p>	<p>Patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad.</p> <p>a) Frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos:</p> <p>b) Accesos de cólera, discusiones con adultos, desafío activo o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos,</p>	<p>El criterio diagnóstico incluye la manifestación de varias conductas que generalmente implican agresividad indirecta –</p>

	<p>c) Llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas</p> <p>d) Acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento</p> <p>e) Ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros</p> <p>f) Mostrarse iracundo y resentido</p> <p>g) Ser rencoroso o vengativo</p>	<p>verbal-.</p> <p>Sin embargo, el síntoma de agresividad no está especificado.</p>
<p>Trastorno de comportamiento perturbador no especificado</p>	<p>Incluye trastornos caracterizados por un comportamiento negativista desafiante que no cumple los criterios de trastorno disocial ni de trastorno negativista desafiante.</p>	<p>El criterio diagnóstico no menciona a la conducta agresiva.</p>

Es posible observar que el *trastorno disocial* se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto (los fraudes y robos son frecuentes en sujetos que presentan dicho trastorno). La destrucción deliberada de la propiedad de otras personas es un hecho característico de este trastorno y puede incluir la realización de diferentes conductas agresivas como prender fuego en la propiedad con la intención de provocar daños graves. A menudo los sujetos mienten o rompen promesas con el fin de obtener bienes o favores, o evitar deudas u obligaciones (APA, 1995).

Como ya se mencionó, los sujetos que presentan este trastorno incurren también en violaciones graves de las normas; los niños menores de 13 años de edad, pueden llegar a permanecer fuera de casa en horas nocturnas a pesar de las prohibiciones de sus padres. Así mismo, fugarse de casa se considera un síntoma del trastorno disocial, si la fuga ocurre por lo menos dos veces o sólo una vez si el sujeto no regresó durante un período de tiempo prolongado (APA, 1995).

### *Subtipos del Trastorno Disocial*

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1995) existen dos subtipos del trastorno disocial que se establecieron en función de la edad: *de tipo de inicio infantil* y *de tipo de inicio adolescente*. Los subtipos difieren en cuanto a la naturaleza característica de los problemas de comportamiento que presentan, curso evolutivo y pronóstico, y proporción por sexos. Ambos subtipos pueden presentarse de manera leve, moderada o grave. Así, tenemos que:

#### *Tipo de inicio infantil*

Se define por el inicio de por lo menos una característica de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Los sujetos con el tipo de inicio infantil suelen ser varones; frecuentemente despliegan violencia física sobre los otros, establecen relaciones problemáticas con sus compañeros, pueden haber manifestado un trastorno negativista desafiante durante su primera infancia y usualmente presentan síntomas que satisfacen todos los criterios de trastorno disocial antes de la pubertad (APA, 1995).

Estos sujetos tienden a experimentar un trastorno disocial persistente y a desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en la época adulta más a menudo que los sujetos con un tipo de inicio adolescente.

#### *Tipo de inicio adolescente.*

Se define por la ausencia de características del trastorno disocial antes de los 10 años de edad. En comparación con los sujetos con el tipo de inicio infantil, tienden menos a desplegar comportamientos agresivos y a tener más relaciones normales con compañeros (aunque frecuentemente plantean problemas de comportamiento en compañía de otros). Estos sujetos son menos propensos a sufrir un trastorno disocial persistente o a desarrollar en la vida adulta un trastorno antisocial de la personalidad. La proporción de varones a mujeres con trastorno disocial es inferior en el tipo de inicio adolescente que en el tipo de inicio infantil.

*Especificaciones de gravedad*

Existen tres niveles de gravedad de acuerdo al (los) comportamiento (s) que manifieste el sujeto (APA, 1995):

*Leve*

Son muy pocos o ninguno los problemas comportamentales que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico; estos problemas causan a otros daños pequeños relativamente (por ejemplo, mentir).

*Moderado*

El número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre “leve” y “grave” (robos sin enfrentamiento con la víctima, o vandalismo).

*Grave*

Hay muchos problemas de comportamiento que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otras personas (violación, crueldad física, uso de armas, robos con enfrentamientos con la víctima, destrozos y allanamientos).

*Síntomas y trastornos asociados*

El DSM-IV (APA, 1995) señala que los sujetos con *trastorno disocial* pueden tener escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros. En situaciones ambiguas, los sujetos agresivos frecuentemente perciben mal las intenciones de los otros, interpretándolas como más hostiles y amenazadoras de lo que lo son en realidad, y responden con agresiones que, en tal caso, consideran razonables y justificadas.

Los sujetos pueden ser insensibles, carecen de sentimientos apropiados de culpa o remordimiento. Pueden estar dispuestos a dar información falsa en

relación a sus propios actos y acusar a sus compañeros. Por lo general, la autoestima es usualmente baja, aunque el sujeto puede proyectar una imagen de “dureza”. Presentan escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos emocionales e imprudencia.

El trastorno disocial suele asociarse en un inicio temprano con actividades como: tener relaciones sexuales, beber, fumar, consumir sustancias ilegales e incurrir en actos temerarios y peligrosos.

Los comportamientos propios del *trastorno disocial* pueden dar lugar a suspensiones o expulsiones escolares, problemas en la adaptación laboral, conflictos legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y lesiones físicas producidas en accidentes o peleas. Estos problemas pueden impedir la asistencia a la escuela o vivir con los padres o en un hogar adoptivo. La ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia superior a la esperada.

El trastorno disocial puede asociarse con un nivel intelectual inferior al promedio; el rendimiento académico, especialmente en lectura y otras habilidades verbales, suele situarse por debajo del nivel esperado en función de la edad e inteligencia del sujeto, por lo que se puede justificar el diagnóstico adicional de trastorno del aprendizaje o de la comunicación.

En relación con los trastornos asociados, el *trastorno por déficit de atención con hiperactividad* es frecuente en niños con trastorno disocial. Asimismo, el *trastorno disocial* puede asociarse a uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastornos del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias (APA, 1995).

Existen algunos factores que predisponen al desarrollo de un trastorno disocial: rechazo y abandono por parte de los padres, temperamento infantil difícil,

prácticas educativas incoherentes con disciplina rígida, abusos físicos o sexuales, carencia de supervisión, primeros años de vida en instituciones, cambios frecuentes de cuidadores, familia numerosa, asociación a un grupo de compañeros delincuentes y ciertos tipos de psicopatología familiar (APA, 1995).

Cabe señalar que los síntomas del trastorno varían con la edad a medida que el individuo desarrolla más fuerza física, aptitudes cognoscitivas y madurez sexual.

Los comportamientos menos graves (mentir, robar en tiendas, peleas físicas, etc.) tienden a aparecer en primer lugar, mientras que otros lo hacen con posterioridad. Típicamente, los problemas de comportamiento más graves (violación, robo con enfrentamiento con la víctima, etc.) tienden a manifestarse en última instancia. Sin embargo, existen notables diferencias entre individuos, algunos de los cuales incurren en los comportamientos más graves a una edad muy temprana (APA, 1995).

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1995), los síntomas del *trastorno disocial* varían en ambos sexos. Por ejemplo, los varones con diagnóstico de trastorno disocial incurren frecuentemente en robos, peleas, vandalismo y problemas de disciplina escolar; mientras que las mujeres, generalmente incurren en mentiras, abandono escolar, fugas, consumo de tóxicos y prostitución; es así que, los varones tienden a mostrar comportamiento agresivo que implica un enfrentamiento, mientras que las mujeres tienden a practicar más comportamientos que no entrañan confrontación. Por ejemplo, Cantwell (1981) señala que el desorden de la personalidad antisocial se diagnostica a una edad temprana más a menudo en los niños que en las niñas, y es posible detectarlo después de un diagnóstico previo de *TDAH*.

### *Prevalencia del trastorno*

La prevalencia de *trastorno disocial* parece haber aumentado durante las últimas décadas, es más elevada en los núcleos urbanos que en las zonas rurales. De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1995) las tasas varían ampliamente en función de la naturaleza de la población estudiada y los métodos de análisis. Por ejemplo, en los varones menores de 18 años las tasas oscilan entre el 6 y el 16 %, en las mujeres las tasas se mueven entre el 2 y el 9 %.

El trastorno disocial es uno de los que con mayor frecuencia se diagnostican en los centros de salud mental para niños tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización (APA, 1995).

### *Curso*

El inicio del trastorno disocial puede producirse hacia los 5 ó 6 años de edad, pero usualmente se observa al final de la infancia o al inicio de la adolescencia. Es muy raro que comience después de los 16 años de edad. El curso del trastorno disocial es variable; en una mayoría de sujetos el trastorno remite en la vida adulta. Sin embargo, una proporción sustancial continúa manifestándolo en la etapa adulta. Muchos sujetos con trastorno disocial, particularmente los del tipo de inicio adolescente y quienes presentan síntomas leves y escasos, alcanzan en la vida adulta una adaptación social y laboral adecuada (APA, 1995).

El DSM-IV (APA, 1995) establece que un inicio precoz del trastorno predice un pronóstico peor y un riesgo creciente en la vida adulta de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y trastornos por consumo de sustancias.



*Diagnóstico diferencial*

El DSM-IV (APA, 1995) señala seis trastornos con los que el trastorno disocial se ha confundido, pero que debido a las características propias de éste último es posible hacer una diferenciación en el diagnóstico:

*Trastorno negativista desafiante.*

Aunque el *trastorno negativista desafiante* incluye algunas de las características observadas en el trastorno disocial (como desobediencia y oposición a las figuras de autoridad), no incluye el patrón persistente de las formas de comportamiento más graves, como la violación de los derechos básicos de otras personas o de las normas sociales propias de la edad del sujeto.

Cuando el patrón comportamental del sujeto satisface los criterios tanto de trastorno disocial como del trastorno negativista desafiante, el diagnóstico de trastorno disocial debe ocupar el lugar preferente y el trastorno negativista desafiante no debe diagnosticarse.

*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).*

Los niños que presentan TDAH suelen exhibir un comportamiento hiperactivo e impulsivo que puede ser perturbador, sin embargo dicho comportamiento no viola por sí mismo las normas sociales propias de la edad y, por lo tanto, no suele cumplir los criterios de trastorno disocial. Cuando se cumplen simultáneamente los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de trastorno disocial, deben establecerse ambos diagnósticos.

*Episodio maniaco.*

La irritabilidad y los problemas comportamentales suelen ocurrir en niños o adolescentes con un episodio maníaco (que presentan trastorno bipolar), pero es posible diferenciar sus comportamientos de los que presentan trastorno disocial por el curso episódico y las características sintomáticas acompañantes de un

episodio maníaco. Si se cumplen los criterios de ambos trastornos, deben registrarse tanto el diagnóstico de trastorno disocial como el de trastorno bipolar I (APA, 1995).

*Trastorno Adaptativo.*

El diagnóstico de trastorno adaptativo debe tenerse en cuenta si los problemas comportamentales clínicamente significativos que no satisfacen los criterios de otro trastorno específico se desarrollan en clara asociación con el inicio de un estrés psicosocial. Algunos problemas de comportamiento aislados que no cumplen criterios de trastorno disocial ni de trastorno adaptativo pueden codificarse como *comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia*. El trastorno disocial sólo se diagnostica si los problemas comportamentales representan un patrón repetitivo y persistente que se asocia a alteraciones de la actividad social, académica o laboral.

*Trastorno antisocial de la personalidad.*

Si el trastorno disocial surge en sujetos mayores de 18 años sólo se aplicará un diagnóstico de trastorno disocial si el trastorno no cumple también los criterios para el *trastorno antisocial de la personalidad*. El diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad no puede atribuirse a sujetos menores de 18 años.

Por otro lado, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud, en su décima versión CIE-10 (en inglés ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), actualmente adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), aporta criterios diagnósticos, que a excepción de la redacción, son idénticos a los que utiliza el DSM-IV para el Trastorno disocial.

De acuerdo con la CIE-10 (APA, 1995), para otorgar el diagnóstico del Trastorno disocial debe existir un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se *violan los derechos básicos de otras personas o*

normas sociales importantes propias de la edad. Se manifiesta por la presencia de tres o más de los criterios que establece dicho manual.

**Tabla 3. Cuadro comparativo de los criterios utilizados por los manuales diagnósticos DSM-IV y CIE-10 actualmente vigentes para diagnosticar el Trastorno Disocial.**

<b>TRASTORNO DISOCIAL</b>	
<b>DSM-IV</b>	<b>CIE-10</b>
<p><b>Concepto:</b> Patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. El trastorno del comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p><b>Criterio base:</b> Tres o más comportamientos característicos durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses.</p>	<p><b>Concepto:</b> Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p><b>Criterio base:</b> Tres o más comportamientos característicos durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses.</p>
<b>COMPORTAMIENTOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar peleas físicas frecuentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ A menudo inicia peleas físicas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un arma que puede provocar daño físico grave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser cruel físicamente con personas o animales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ha manifestado crueldad física con personas o animales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Robar enfrentándose a una víctima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ha robado enfrentándose a la víctima</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forzar a otro a una actividad sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ha forzado a alguien a una actividad sexual</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destrucción deliberada de la propiedad de otras personas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destruir deliberadamente la propiedad de otras personas de distintos modos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cometer fraudes o robos</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mentir o romper promesas con el fin de obtener bienes o favores, o evitar deudas u obligaciones</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Robar objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Los niños permanecen fuera de casa en horas nocturnas a pesar de las prohibiciones de sus padres</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fugas de casa durante la noche</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo</li> </ul>

## **CAPÍTULO 6: PARENTALIDAD Y PRACTICAS DEFECTUOSAS EN LA CRIANZA**

El sistema familiar, y en especial los padres tienen un papel fundamental y determinante en la salud mental de los hijos. Las acciones que puedan ejercer durante la crianza darán un matiz a las relaciones padres-hijos. Son los padres quienes construyen un ambiente familiar y social propicio para el bienestar general infantil, o bien para su disfunción (Hernández-Guzmán, 1999).

Hernández-Guzmán (1999) menciona que durante el desarrollo del niño, éste adquiere estrategias para afrontar el ambiente en el que se desenvuelve cotidianamente, de tal manera que las situaciones que puedan presentársele están acompañadas de experiencias que moldearán su forma de afrontamiento futuro. Además de los padres, los cuidadores principales (como abuelos y otros familiares) ejercen un papel importante en este proceso de aprendizaje, debido a

que presentan situaciones a las que el niño debe responder, a la vez que actúan como fuente constante de aprobación y desaprobación, negligencia, reproche o crítica. Por ejemplo, la manifestación recíproca de afecto negativo durante el juego entre los padres y sus hijos promueve la agresividad en los hijos (Carson & Park, 1996).

### *Prácticas de crianza.*

Durante la construcción del ambiente familiar y social, donde evidentemente están involucradas las emociones, las prácticas de crianza representan un factor muy importante mediante el cual, la familia es capaz de modificar y mantener el ajuste socioemocional de los hijos, asimismo modulan las relaciones entre padres-hijos y hermanos. Las prácticas de crianza se han clasificado en estilos de crianza, de tal forma que, dependerá del *estilo de crianza* adoptado por los padres la calidad en la relación que mantengan a futuro con su hijo (Hernández-Guzmán, 1999).

Existe un estilo de crianza que predomina en los padres y demás miembros de la familia cuando lo ejercen hacia el niño, aunque también existen padres que utilizan elementos de un estilo y elementos de otro. Básicamente se han determinado tres estilos de crianza básicos: *el autoritario*, *el permisivo* y *el de autoridad racional (democrático)* y que influyen determinadamente en la forma en que el niño interpreta el contexto social dentro y fuera de la familia, y su comportamiento y ajuste personal dentro del contexto familiar y en otros contextos (Hernández-Guzmán, 1999; Jiménez, Hernández-Guzmán, Reidl, 2001); Berk (2001) sugiere además el *estilo de no implicación*.

### *Estilo autoritario*

Los padres que manejan este tipo de estilo otorgan un valor a la obediencia incondicional y perciben la relación con los hijos como una relación de poder; son padres controladores, rígidos, fríos, muy exigentes y no toleran palabras de desacuerdo (Ostrosky-Sols, 2008), emplean técnicas de *control directo* y son ellos

los que resuelven los problemas e imponen las soluciones a los hijos; son excesivamente demandantes, poco responsivos y participan en escasas concesiones mutuas con los hijos, utilizando dicho estilo a favor de sus necesidades y suprimiendo la expresión e independencia de los niños. Éste estilo se vincula con una menor capacidad intelectual, poca responsabilidad y autonomía personal en los hijos, a la vez que ofrece pocas oportunidades de que el niño aprenda *estrategias de afrontamiento* exitosas; cuando se mezclan con castigo físico y expresiones emocionales negativas tiende a asociarse con *agresividad* en los niños. (Berk, 2001; Hernández-Guzmán, 1999).

#### *Estilo permisivo.*

El estilo permisivo cuida y acepta, pero evita hacer demandas o imponer controles de cualquier clase; los padres son tolerantes y permiten que sus hijos actúen impulsivamente, aportando retroalimentación inconsistente y muy laxa (Ostrosky-Solís, 2008). Los castigos son pocos y no existen prohibiciones, por lo que no demandan una conducta madura por parte de sus hijos (no establecen límites ni reglas). Los hijos de padres permisivos suelen ser inmaduros, impulsivos e irresponsables sociales, por lo que su forma de relacionarse con los hijos no permite el aprendizaje del autocontrol, ni el respeto a las señales sociales de las demás personas. Los niños, al no contar con límites, suelen presentar comportamiento antisocial vinculado al rechazo social de los demás niños.

Algunos aspectos se ven desfavorecidos, como la capacidad de afrontar, resolver problemas interpersonales y el desarrollo intelectual (Dishion, 1990; Hernández-Guzmán, 1999; Jiménez, et al., 2001).

#### *Estilo de autoridad racional*

Este estilo, también conocido como crianza democrática, de autoridad razonada o autoritativa (Berk, 2001; Jiménez, et al., 2001) incluye el establecimiento de reglas claras así como su firme cumplimiento. Al contrario del estilo autoritario, los padres utilizan técnicas de control indirecto con el fin de

invitar al niño a participar activamente en la solución de problemas, dejando ver las consecuencias de sus acciones.

Los padres, a la vez que hacen demandas razonables a sus hijos para que actúen con madurez, expresan cariño y afecto, escuchando pacientemente el punto de vista del niño y fomentando la participación en la toma de decisiones de la familia. Así, promueven la independencia, la individualidad, y la autonomía de los hijos, manteniendo siempre la comunicación abierta con ellos. La crianza de autoridad racional se relaciona consistentemente con un amplio rango de resultados positivos, tanto en niños como en adolescentes: los hijos son más responsables y maduros, y las capacidades intelectual y de comunicación son mayores (Berk, 2001; Hernández-Guzmán, 1999; Jiménez, et al., 2001).

#### *Estilo de no implicación*

El estilo de *no implicación*, involucra una parentalidad no exigente, combinada con una conducta indiferente o de rechazo. Los padres se muestran poco involucrados en la educación de los hijos y muestran un desapego emocional total, perciben que su papel es únicamente aportar “techo, comida y ropa” (Ostrosky-Solis, 2008). A menudo, estos padres están tan abrumados por las presiones y tensiones de sus vidas que tienen poco tiempo y energía para compartir con los hijos.

El resultado es la generación de una respuesta a las demandas del niño respecto a objetos de fácil accesibilidad, pero poco esfuerzo en metas a largo plazo, como establecer y hacer cumplir reglas sobre los deberes y la conducta social aceptable (Berk, 2001).

En el extremo, la paternidad de no implicación es una forma de maltrato infantil llamado “*negligencia*” o “*abuso infantil*” (Ostrosky-Solis, 2008), en el que las madres deprimidas, emocionalmente desapegadas, que muestran poco interés por sus bebés tienen hijos que presentan carencias en muchos ámbitos, como el apego, la cognición y las habilidades emocionales y sociales (Berk, 2001; Hernández-Guzmán, 1999).

Para Loeber y Dishion (1983) *la disciplina autoritaria e inconsistente, baja supervisión y la poca interacción de los padres hacia sus hijos (como es el caso de los estilos de crianza autoritario y de no implicación), dan como resultado la conducta agresiva en los hijos*. Incluso dichos factores son catalogados por los autores como los que mejor predicen el desarrollo y mantenimiento de patrones de conducta delictiva en la adolescencia.

Las investigaciones de Patterson (1982, 1984) han concluido que los padres tienden a responder de manera aversiva e inconsistente a la conducta agresiva del niño. Este autor señala que la conducta agresiva es el resultado de un conjunto de técnicas coercitivas, empleadas por los integrantes de la familia, que alteran recíprocamente la conducta de los miembros. Los padres de los niños con conducta agresiva carecen de habilidades para ejercer una disciplina consistente, sobre todo en el uso efectivo del castigo (estilo autoritario) y es el proceso coercitivo y controlador que utilizan el que explica y mantiene la conducta agresiva en los hijos (Patterson, 1982).

Como es posible observar, a excepción del estilo de autoridad racional, o democrático, las demás prácticas de crianza resultan ser “*defectuosas*” debido a las implicaciones que traen consigo a nivel conductual, emocional y cognitivo en los niños.

Es entonces que los padres y demás miembros de la familia, y otros cuidadores, desempeñan un papel fundamental en el proceso de socialización de los hijos debido a que actúan como fuente constante de aceptación y aprobación, o bien de negligencia, o reproche y crítica. Así el contexto familiar interactúa con los niños exponiéndolos a diversas situaciones y dándoles la oportunidad de someter a prueba sus estrategias de afrontamiento, de imitar las de otros miembros de la familia y refinando las ya adquiridas (Hernández-Guzmán, 1999).

Cuando los padres son controladores y dominantes, existe una situación en la que se le ofrecen menos oportunidades al niño para aprender y poner en



práctica el dominio de las situaciones afectivas. Por ejemplo, Ladd y Price (1986) refieren que cuando los padres perciben la tarea de socializar a sus hijos como una carga, a la vez que la evitan, reducen las oportunidades de dotarles de habilidades sociales necesarias para afrontar con éxito su entorno social. Es decir, cuando los padres presentan sentimientos negativos hacia la parentalidad (estrés parental) las consecuencias son desfavorables en el desarrollo socio-emocional de los hijos.

El estrés parental constituye una fuente constante de problemas durante la crianza y provoca en los padres la elección de estrategias poco efectivas durante el desarrollo de dicho proceso; una intervención oportuna podría prevenir la psicopatología tanto en los padres como en los hijos. Por lo tanto, es importante estudiar las bases del estrés y conceptualización del estrés parental con el objetivo de comprender su intervención en los procesos revisados de estilos de crianza y agresividad.

## **CAPÍTULO 7. ESTRÉS PARENTAL**

### *Definiciones de Estrés*

En 1956, Hans Selye utilizó el término estrés en un sentido técnico. Lo definió como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluyendo las amenazas psicológicas). A dicha reacción la nombró: "Síndrome General de Adaptación". El estrés era un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda. Posteriormente, el mismo autor añadió tres componentes al síndrome producidos en forma secuencial y que funcionan como respuestas adaptativas: 1) reacción de alarma, 2) estado de resistencia y 3) estado de agotamiento. De acuerdo con Selye, si la situación de estrés permanece a pesar de las respuestas adaptativas, el organismo puede sufrir daños en diferentes niveles de gravedad, pudiendo llegar incluso a la muerte.

Después de que Selye introdujo las primeras concepciones de estrés, surgieron diversos conceptos de autores que ahondaron en otros elementos

psicológicos y sociales en el estudio del constructo. Una vez revisada la literatura, fue posible distinguir al menos cuatro factores constantes en las definiciones de estrés: (a) la presencia de una situación o acontecimiento identificable (estresor); (b).el acontecimiento anterior es capaz de alterar el equilibrio fisiológico y psicológico del organismo debido a que el sujeto no puede cubrir las demandas que éste le requiere; (c) el desequilibrio se refleja en un estado de activación, marcado por una serie de consecuencias para la persona de tipo neurofisiológico, cognitivo y emocional, y (d) los cambios, como consecuencia, perturban la adaptación de la persona y exige respuestas de ajuste.

A continuación se examinan algunas de las definiciones revisadas propuestas por diversos autores.

**TABLA 4: Componentes principales de las definiciones de estrés revisadas en la literatura.**

AUTOR	REACCIONES FISIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS	FACTOR ESTRESOR	INCAPACIDAD DE CUBRIR LAS DEMANDAS DEL ESTRESOR	RESPUESTAS DE AJUSTE EN EL INDIVIDUO
Seyle, 1956.	✓	✓	✓	✓
Ittelson, Proshansky, Rivlin & Winkel, 1974	✓	✓	✓	
Lazarus, 1989	✓	✓	✓	✓
Friedman & DiMatteo, 1989	✓	✓	✓	✓
Trianes, 2002	✓	✓	✓	✓

En base a la definición aportada por Seyle en 1956, Trianes (2002) añade que la respuesta del organismo implica un conjunto complejo de acciones

fisiológicas y psicológicas. Donde las primeras dependen esencialmente del Sistema Nervioso Autónomo Simpático (funciones cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, etc.) y las segundas son principalmente de tipo emocional. Generalmente, ambos tipos de respuestas se disparan a un mismo tiempo y la persona las percibe como sensaciones integradas de malestar emocional.

Es posible observar que el estrés está constituido por reacciones fisiológicas y psicológicas no placenteras a nuevas demandas y que frecuentemente se repiten ante determinados estímulos, los cuales -para algunos autores- pueden ser eventos o fuerzas ambientales y son llamados “*estresores*” (Ittelson, Proshansky, Rivlin, & Winkel, 1974). Por ejemplo, existen situaciones que pueden ser estresores y además de ser nuevas demandantes suponen la pérdida, amenaza o daño, la ambigüedad e incertidumbre de los acontecimientos o el exceso de información y estimulación (Trianes, 2002).

Los *estresores*, señalados por Seyle como “nocivos”, amenazan la existencia o el bienestar de un organismo, de tal forma que el organismo tiene la necesidad de emitir una respuesta como consecuencia (Baum, Singer & Baum, 1981). Ante esto, Trianes (2002) señala que no es posible hablar de la existencia de un estresor sin que el estímulo ambiental produzca una *reacción o respuesta*.

El *estresor* tendrá una respuesta y evaluación determinadas dependiendo de la forma en que se presente. Por ejemplo, se evalúa como daño o pérdida cuando ha recibido un perjuicio de amenaza, cuando el daño o pérdida todavía no ocurre -pero se prevee como posible-, o cuando la pérdida ya tuvo lugar pero sus implicaciones amenazan el futuro (Reidl & Sierra, 1996).

Retomando los elementos antes revisados, Friedman y DiMatteo (1989) proponen que el *estrés* es el estado de un organismo cuando reacciona al desafío de nuevas circunstancias y es provocado por un acontecimiento no esperado o provocador, el cual es estresante y requiere de un ajuste del organismo a través

de pensamientos, sentimientos y reacciones fisiológicas y conductuales. El estresor es entonces, un requerimiento al individuo para satisfacer demandas que hasta el momento no puede cubrir; algunos autores como Heaven (1996) proponen que algunas situaciones pueden ser estresantes cuando provocan demandas más que en el individuo.

El estudio del estrés fue evolucionando y terminó por estudiarse como un proceso, toda vez que tiene que pasar por una serie de etapas para llegar a un fin, las cuales inician en la percepción del estímulo nocivo, continúan con la incapacidad para responder a dicho estímulo o estresor, y finalmente terminan emitiendo una respuesta –fisiológica y/o psicológica- llamada *estrés*.

En 1989 Lazarus definió al estrés como un proceso en el que existe un juicio cognoscitivo del individuo que suele producir temor por suponer que los recursos personales serán incapaces de dar respuesta a las demandas generadas por un acontecimiento particular. Lazarus sostiene que el estrés es un proceso multivariado que involucra estímulos, respuestas y las actividades mediadoras de la evaluación y afrontamiento, además de la existencia de una constante retroalimentación de los sucesos basada en los cambios de la relación persona-ambiente, de cómo se percibe y cómo se enfrenta.

Es un fenómeno principalmente subjetivo, que se mide mejor en las circunstancias cotidianas, y cuyas medidas deberían evaluar el contenido y las fuentes generadoras de estrés además del grado (Folkman & Lazarus, 1988).

La concepción de estrés propuesta por Lazarus (1989) incluye la mayoría de los elementos estudiados por los autores revisados, y añade dos componentes más: la característica de ser un *proceso* y la importancia de ser medido en situaciones cotidianas. Dichos elementos son de vital importancia para el psicólogo toda vez que si se entiende al estrés como un proceso y se estudia en

un entorno cotidiano la intervención que pueda proporcionarse será oportuna y eficiente.

Trianes (2002) ofrece tres enfoques para estudiar el estrés. Cuando el término se refiere a circunstancias o acontecimientos que provocan malestar entonces se habla de **estrés como estímulo**. Si se hace referencia a la reacción experimentada frente a esas situaciones o acontecimientos, y que definitivamente se traducen en *alteraciones del comportamiento* que en ocasiones adquieren la forma de verdaderos problemas médicos o psicológicos, entonces se trata del **estrés como respuesta**. Suponiendo que ambos aspectos forman parte del concepto de estrés, hoy en día la concepción más extendida y aceptada es la del **estrés como interacción** (entre la persona y su entorno), lo cual quiere decir que no se puede hablar de una reacción de estrés sin hacer referencia a determinadas situaciones o acontecimientos desencadenantes a los que el individuo intenta responder.

Los primeros dos enfoques propuestos por el autor son en realidad los mecanismos de actuación del estrés, los cuales fueron contemplados en un principio por Seyle (1956) y que posteriormente Lazarus (1989) los retoma en su definición del estrés como un proceso multivariado. Por lo tanto, el constructo no puede ser definido por factores separados donde el estímulo y la respuesta son dos tipos de estrés, sino que deben estar integrados o implícitos en una sola definición debido a la función que tienen como proceso.

Sin embargo resulta conveniente y -de hecho- necesario estudiar al estrés a través de sus componentes o elementos, ya que al hacerlo podremos estudiar también su origen. Para Valadez & Landa (1998) el estrés puede conceptuarse de acuerdo a la importancia que se otorgue a las situaciones, las respuestas, los mecanismos que intervienen en él y/o los efectos que produce, lo cual no quiere decir que dichos elementos sean inexistentes o estén separados al definir el estrés.

## *Clasificación del estrés*

### *Estrés como estímulo*

Los seres vivos estamos inmersos en un medio ambiente en el cual interactuamos con todos los componentes biológicos que tenemos desde nuestro nacimiento. Para Hubber (1986) este medio ambiente está formado por muchas situaciones totalmente diferentes, y que consisten, a su vez, en una multiplicidad de estímulos a los que habrá de reaccionar si se quiere sobrevivir. El estrés se origina a partir de que un estímulo es un “recorte” más o menos complejo del medio ambiente, cuya alteración (cuantitativa, y/o cualitativa) excita a los receptores el organismo, teniendo como consecuencia las correspondientes reacciones; los estímulos tienen que ser percibidos para que provoquen una respuesta.

Hubber (1986) explica que las reacciones ocurren a través de los cinco sentidos del aparato perceptivo exterior: ojo, oído, olfato, sabor y tacto; por medio de ellos el ser vivo percibe al medio ambiente externo bajo la forma de informaciones vitales, estando para ello “preparado” en lo que concierne a las necesidades de la especie y del género. Sin embargo, no son sólo las reacciones biológicas programadas las que desempeñan un papel fundamental en la percepción de estímulos, sino que la experiencia interviene también a través de un proceso de aprendizaje (Hubber, 1986).

En cuanto a los estímulos, Hubber (1986) los divide en: positivos y negativos. Los positivos son aquéllos útiles, adecuados, utilizables, o que satisfacen las necesidades directas primarias, mientras que los negativos se refieren a lo que es desagradable o nocivo -e incluso mortal-, lo que es mejor evitar y que en el futuro exige ser evitado al primer indicio de aparición (“estímulos indicativos”, “estímulos de señalización”). Así, los *estímulos negativos son los generadores de estrés*, y son los que desencadenan miedo, anuncian el peligro, frustran y pueden generar conflictos.

Lazarus (1989) propuso que no sólo las experiencias o “acontecimientos mayores” (como catástrofes naturales, o la muerte de un ser querido) son estresores, sino que también los son los acontecimientos menores (como “ajetresos diarios”). Actualmente hay investigaciones que indican que estos acontecimientos menores pueden tener más importancia para la salud que los mayores. La acumulación de contrariedades cotidianas puede producir problemas psicológicos con más facilidad que la ocurrencia de alguno de los acontecimientos mayores.

### *Estrés como respuesta*

El estrés como respuesta se refiere a la experiencia, reacción o respuesta del sujeto frente a los estímulos estresores (Trianes, 2002). Las respuestas ocurren a partir de dos ámbitos: el fisiológico y psicológico.

### *Estrés como respuesta fisiológica*

El papel de los factores psicológicos en la enfermedad humana se ha estudiado desde los últimos quince años en los campos de la psicología y psiquiatría, investigaciones que dan lugar a la medicina psicosomática (Rosenzweig & Leiman, 1998). En un inicio, dicha influencia se explicó desde una perspectiva psicoanalítica con Thomas French, quién sugirió que algunas enfermedades tenían un origen en conjuntos distintivos de características psicológicas. Sin embargo, los enfoques actuales hacen menos hincapié en asociaciones específicas, y enfatizan que la responsabilidad de las emociones es sólo uno de los innumerables factores que determinan la aparición, mantenimiento y tratamiento de las enfermedades corporales. Para Rosenzweig y Leiman (1998) las emociones activan gran cantidad de cambios neurales y hormonales que influyen sobre procesos patológicos de los órganos corporales.

Aunque Selye desarrolló su modelo para describir las respuestas físicas a los estresantes biológicos, la investigación continuada sugiere ahora que los estresores psicológicos o sociales tienen efectos similares. De hecho, el estrés

sostenido –resultante de estresantes psicológicos o sociales- no sólo puede hacer a una persona más susceptible a la enfermedad, sino que en realidad puede alterar el curso de una enfermedad (Sue, Sue & Sue, 2001).

Actualmente se sabe que el estrés afecta al sistema inmunológico, la función cardíaca, los niveles hormonales, el sistema nervioso, y los índices metabólicos. Las enfermedades que surgen a consecuencia del desgaste corporal son, entre otras: hipertensión, úlceras, dolor crónico, ataques cardíacos, cáncer y resfriado común (Sue, Sue & Sue, 2001).

#### *Como respuesta psicológica.*

Generalmente el ser humano mantiene ciertos niveles de adaptación psicológica que varían poco con el tiempo. Cuando existe una crisis que no es posible resolver por medio del método de afrontamiento acostumbrado, las conductas pueden volverse desorganizadas e ineficaces para solucionar problemas (Sue, Sue & Sue, 2001). Las etapas del Síndrome de Adaptación General descritas por Selye constituyen una de las formas de respuesta psicológica.

Clark (1986) sostiene que el estrés agudo genera respuestas cognoscitivas, somáticas, afectivas y ciertos cambios conductuales. Sin embargo, cuando los problemas son más imaginarios que reales o cuando se presenta estrés crónico, aparece un mal manejo de las situaciones y los pacientes producen ideas negativas recurrentes, las cuales pueden desembocar en la ansiedad generalizada y las fobias (Clark, 1995).

#### *Estrés como relación acontecimiento-reacción*

Lazarus y Folkman (1991) proponen que el estrés es una relación establecida entre ambiente y persona, quien después de hacer una valoración cognoscitiva de la situación, percibe una amenaza que pone en peligro su bienestar. Por lo tanto, la reacción de estrés depende de cómo se percibe la



situación, más que de la clase de situación en sí. No todas las personas reaccionamos de igual manera ante situaciones semejantes, algunas que resultan inocuas para unos, entrañan amenaza para otro.

Por otro lado, existe un elemento que actúa como medio entre la situación y la reacción, llamado apreciación (o valoración cognitiva). Para Lazarus y Folkman (1991), dentro de la percepción existen dos procesos determinantes y que explican las diferencias entre las personas al momento de actuar ante situaciones similares:

1. Primero ocurre una *evaluación cognitiva primaria* que permite decidir si dicha situación es benigna, irrelevante o estresante. En caso de que dicha situación traiga consigo daño, pérdida o amenaza se la percibirá como estresante. En el segundo tipo de evaluación (*evaluación cognitiva secundaria*) se examinan los propios recursos con los que cuenta el individuo para hacer frente a la situación estresante.
2. El segundo proceso interventor es el afrontamiento, entendido como el proceso a través del cual la persona maneja las demandas o situaciones que percibe como estresantes.

Es posible observar que el afrontamiento juega un papel determinante en el desarrollo de un trastorno; dependerá del manejo que realice un individuo para que las situaciones estresantes intervengan o no en su salud mental y en la de sus seres más cercanos.

### *Afrontamiento*

A partir de la década de los sesenta se fue aceptando progresivamente la idea de que si bien, el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final (Hubber, 1986).

Lazarus y Folkman (1991) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes y que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los recursos del individuo. Consideran que la incapacidad para afrontar y las contrariedades que esto genera, son sumamente importantes en la generación de trastornos en la salud (mental y física) y en el funcionamiento social y laboral. Para dichos autores, los diferentes modelos de afrontamiento que un sujeto utilice dependerán de la sensibilidad y vulnerabilidad de éste ante los diferentes tipos de situaciones estresoras.

En relación con la percepción del estresor y afrontamiento, Hernández-Guzmán (1999) menciona que es importante hacer una distinción entre las características objetivas de una situación y la percepción subjetiva de éstas por parte de la persona, ya que la respuesta adaptativa será el resultado de la evaluación que se efectúe de la situación. El afrontamiento será eficaz en la medida en que la perciba objetivamente. Es posible observar que el estrés como proceso biológico de defensa ofrece una interesante analogía con el afrontamiento, en el que el individuo se esfuerza por hacer frente al estrés psicológico (Hubber, 1986).

El individuo puede reaccionar adaptativamente ante los estímulos estresores, por ejemplo, si se considera el estresor como una discontinuidad en la configuración de las características de una situación, ya sea ésta interna o externa, la persona lo percibe y reacciona a éste actuando adaptativamente, es decir, afrontando (Hernández-Guzmán, 1999).

Algunas investigaciones acerca del afrontamiento están dirigidas al estudio de los individuos dentro de su contexto familiar, cuando se exponen a situaciones ansiógenas propias de crisis o transiciones vitales, tales como la muerte o la

enfermedad de algún miembro. Las familias que afrontan apoyando a sus miembros y resolviendo los conflictos tienden a ajustarse con mayor facilidad que las que manejan las crisis con enojo y hostilidad (Kissane, Bloch, Onghena & McKenzie, 1996).

Existen algunos recursos con los que cuentan las personas para afrontar situaciones estresantes, como por ejemplo: la buena salud, los recursos materiales, creencias positivas, habilidades para la solución de problemas, habilidades sociales y apoyo social entre otras. Los recursos con que cuente el individuo también determinarán la evaluación que haga de la situación así como lo vulnerable que se sienta ante la misma (Reidl & Sierra, 1996).

Lazarus y Folkman (1991) proponen que las habilidades para la solución de problemas tales como *la planeación del futuro y la organización*, son recursos para el afrontamiento y, a su vez, son capaces de expresar a través de acciones específicas, posibilidades de cambios concretos en el entorno. Dichas habilidades incluyen la de organizar la información y examinar posibilidades alternativas, así como la elección de un plan de acción futuro.

En el niño, las estrategias de afrontamiento moldean a lo largo de una historia episodios de interacción entre él y sus contextos dominantes. Cada vez que el niño confronta con una nueva situación, trae consigo emociones, cogniciones y conductas determinadas por sus experiencias previas. Selecciona de esta manera las estrategias de afrontamiento que irán desarrollándose y sólo serán efectivas cuando alcancen su objetivo: reducir el estrés (Hernández-Guzmán, 2004).

Hernández-Guzmán (2004) menciona que el afrontamiento también puede ser disfuncional. La exposición a factores emocionales obstaculizan los esfuerzos por afrontar eficientemente debido a que las emociones y cogniciones distorsionadas que no concuerdan con las características percibidas de la

experiencia, tienden a conducir al niño a un *afrontamiento disfuncional*. Dicho afrontamiento es asociado con la psicopatología, y resulta en características como: (a) distorsión perceptual de las características relevantes de la experiencia estresora; (b) emociones y cogniciones distorsionadas que no coinciden con las características preceptuales de la experiencia; (c) carencia de un repertorio conductual con las competencias necesarias para dar una respuesta de afrontamiento adecuada; y (d) emociones y pensamientos distorsionados generalmente negativos, relativos a la evaluación de la auto eficacia para afrontar.

El afrontamiento funcional o disfuncional entonces, es resultado del conjunto de factores que interactúan en el individuo y que coadyuvan para emitir una respuesta. La familia adquiere especial importancia en esta coadyuvancia, ya que generalmente dependerá de ella que el individuo logre adaptarse a su contexto inmediato; o bien podrán generarse los medios para que la disfunción psicológica surja.

Dentro de la familia, los padres como primeros medios de contacto del infante, generan un vínculo afectivo cuya calidad depende de las características personales que tiene cada uno de ellos, así como de los elementos que aporten a la relación con el hijo, de tal manera que la función de un padre dependerá del bagaje personal conformado por conocimientos, actitudes, valores, disposiciones, habilidades específicas y estilos de interacción. Para Hernández-Guzmán (1999) las experiencias que tenga el infante al interactuar con las personas que le rodean van a darle forma a su desarrollo, por lo que, la familia, específicamente los padres, influirán sobre el desarrollo infantil de diferentes formas, lo cual tendrá repercusiones a lo largo de la vida.

Sin embargo, así como de los padres o cuidadores principales depende el mantenimiento y promoción de factores ambientales que contribuyan al bienestar general de sus hijos, así también depende de ellos el mantenimiento y promoción de factores que contribuyan a su malestar. En el afrontamiento infantil, los padres

ante una situación generadora de ansiedad en el niño, se encuentran en la posibilidad de exacerbar la ansiedad o aminorarla, modulando así su percepción de la situación y orientando sus respuestas ante situaciones futuras (Hernández-Guzmán, 1999). En el caso de exacerbar la ansiedad, una de las explicaciones gira en torno al *estrés* de los padres que es causado por diversos factores, especialmente por la adaptación que deben realizar ante su calidad de progenitores.

### *Estrés Parental*

En general, el estrés involucra a nivel individual una respuesta emocional y conductual (afrentamiento) hacia algunos eventos desagradables. Frecuentemente dicha respuesta implica ansiedad, misma que afecta subsecuentemente tanto el comportamiento como el funcionamiento de un individuo (Crnic & Low, 2002).

Actualmente una de las principales vías de investigación sobre estrés corresponde al estudio de las interacciones entre padres y los demás miembros de la familia cuando se desenvuelven en un ambiente familiar problemático. Sin embargo, los estudios hechos acerca de la relación estrés-parentalidad, por lo general, ignoran aquéllas áreas en las que el estrés tiene consecuencias adicionales, como lo son las relaciones parentales donde el estrés influye significativamente sobre el bienestar de los padres, y por lo tanto de los hijos.

La parentalidad es un proceso complicado especialmente por las características heterogéneas que presenta cada uno de los hijos, aunadas a procesos del desarrollo y las demandas afectivas continuas (Crnic & Low, 2002). Deater-Deckard (1998) en un estudio de estrés parental y ajuste infantil encontró que si la parentalidad lleva un curso adecuado y los roles parentales presentan un bajo nivel de estrés, a lo largo del tiempo las interacciones entre padres e hijos tienden a ser positivas.

Los aspectos cualitativos de los procesos parentales se entienden como interacciones sensibles, afectivas e interesadas; de tal forma que el estrés parental no sólo es producto de la conducta del niño, sino que los padres pueden estar estresados por las tareas diarias, especialmente aquéllas que involucren los roles parentales (Crnic & Low, 2002). No todos los padres que se encuentran bajo los mismos estresores desarrollan estrés parental; existen factores de diferencias individuales como las características de personalidad, calidad marital, apoyo social y convicción parental que deben ser considerados para comprender su naturaleza (Deater-Deckard, 1998).

#### *Definición del estrés parental*

Las definiciones de estrés parental que proponen algunos investigadores son sin duda extensiones del concepto de estrés, enfocadas en su fuente.

Deater-Deckard (1998) al aplicar el modelo general de estrés de Lazarus, propone que la conceptualización del estrés parental debe basarse en cuatro componentes: (a) El hijo (os) y/o el rol parental funcionan como agentes externos en la experiencia estresante; (b) Los padres valoran la conducta de sus hijos o los eventos parentales como estresores; (c) La interacción entre el afrontamiento parental y el estrés determina el grado de afectación del estrés parental; y (c) El estrés parental incide significativamente en el bienestar de los padres e hijos.

Para Abidin (1995), existen tres factores generadores del estrés parental: (a) la conducta infantil; (b) los eventos que ocurren a lo largo de la vida y (c) la personalidad parental

A partir de lo anterior, el estrés parental se define como la reacción psicológica aversiva a las demandas de ser padre o madre, experimentado con sentimientos negativos hacia sí mismo y hacia el hijo o hijos; dichos sentimientos se han atribuido a las demandas de la parentalidad (Deater-Deckard, 1998). En ese tenor, la presente investigación conceptúa al estrés parental bajo la siguiente definición:

*El estrés parental se refiere al juicio cognoscitivo que hacen los padres con respecto a la relación y a las situaciones que experimentan diariamente en la crianza de sus hijos.*

Algunos autores sugieren que el estrés parental tiene una especial influencia en el funcionamiento del niño durante su desarrollo. De hecho, el estrés que presentan tanto los padres como los hijos se relaciona con el desarrollo y duración de la psicopatología infantil (Cummings, Davies & Campbell, 2000.). De esta manera, los estresores tienen el poder de alterar las prácticas parentales y aumentar el riesgo del desarrollo de problemas de conducta en el niño, lo cual tiene como consecuencia el ejercicio de interacciones negativas entre padres e hijos (Mash & Johnston, 1990).

La revisión de la literatura que se hizo hasta el momento, nos muestra la clara relación que existe entre la parentalidad y el comportamiento infantil. En este caso, el estrés parental desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la psicopatología infantil. Interviene en el proceso de las prácticas de crianza y genera en los padres sentimientos negativos, lo cual tiene un impacto desfavorable en la salud psicológica de los niños. Produce en éstos problemas emocionales y/o conductuales, como la agresividad.

La conducta agresiva es un comportamiento común en nuestra sociedad que probablemente representa uno de los desenlaces del estrés parental, si no se atiende tempranamente puede tener consecuencias futuras desfavorables y fatales para el individuo. Le conduce a cometer diversas conductas disociales o antisociales que terminan en disfunción social.

La presente investigación tiene como propósito profundizar en la relación existente entre el estrés parental y la conducta agresiva infantil, toda vez que los estudios hechos hasta el momento en México al respecto son escasos.

En la medida en que se ubiquen los factores que se relacionan con la conducta agresiva será posible prevenirlos e intervenir tempranamente para evitar consecuencias sociales adversas, como son la delincuencia y el abuso de drogas, que tienen serias implicaciones legales.

▪ **Preguntas de investigación:**

¿Existe una relación entre el estrés parental y la conducta agresiva de los niños?

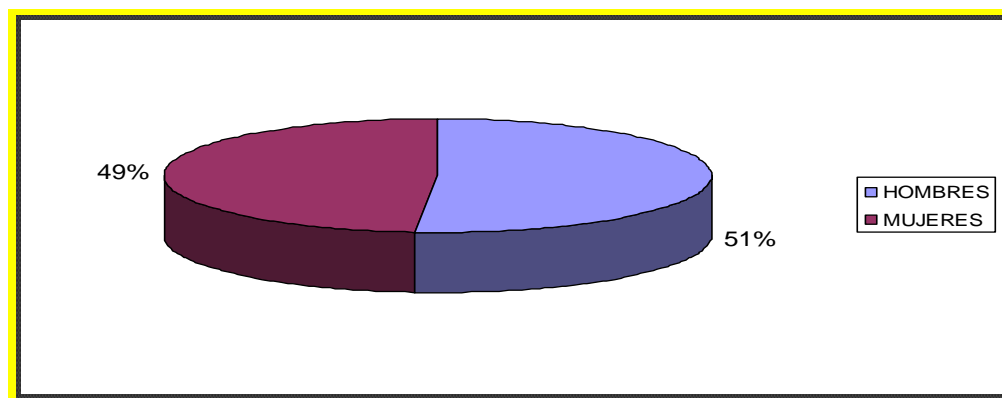
¿Predice el estrés parental la conducta agresiva de los niños?

Si el estrés parental predice la conducta agresiva infantil ¿Qué dimensiones del estrés parental explican mejor la conducta agresiva?

**CAPÍTULO 8. MÉTODO**

*Participantes:*

Para la presente investigación, se utilizó una muestra aleatoria estratificada por nivel académico de una población de 515 padres de familia o cuidadores principales (265 hombres y 250 mujeres) de niños entre los 6 y 12 años de ambos sexos de dos escuelas primarias de la ciudad de México, las cuales pertenecen a un nivel socioeconómico medio.



**Fig. 1. Población utilizada de hombres y mujeres.**



*Variables:**Variable Independiente***A) Estrés de los padres.**

El *Estrés Parental* es una reacción psicológica aversiva que presentan los padres en el desempeño de su papel con los hijos, el cual se atribuye a las demandas de la parentalidad, experimentado sentimientos negativos hacia sí mismo y hacia el hijo o hijos (Deater-Deckard, 1998). El estrés parental se refiere al juicio cognoscitivo que hacen los padres con respecto a la relación y a las situaciones que experimentan diariamente en la crianza de sus hijos.

*Variables Dependiente*

**B) Conducta agresiva.** La conducta agresiva se refiere a la conducta destructiva del niño que intenta infligir daño físico a otros, a él mismo, o a propiedades. Para considerarse como inapropiado o excesivo, la conducta destructiva no solamente debe causar riesgo a otros, sino que debe causar deterioro en el desarrollo del niño, en las relaciones interpersonales, así como en logros en casa, escuela o en la comunidad. La conducta destructiva debe ser abierta y puede incluir agresión física, amenazas verbales de agresión, arrebatos explosivos de destrucción de propiedad en el contexto de frustración o estimulación aversiva y conducta de auto-daño.

*Materiales:*

- Hojas de datos estadísticos para padres de familia
- Hoja de instrucciones para los aplicadores
- Cuadernillos (instrumentos)
- Hojas de lectura óptica
- Lápices del número 2 ½

*Instrumentos:***1. Estrés Parental.****Escala de Estrés Parental (Hernández-Guzmán & Benjet, 2003).**

La Escala de Estrés Parental (Hernández-Guzmán & Benjet, 2003) contiene 32 reactivos tipo Likert con 3 opciones de respuesta que van desde “falso”, “a veces cierto” hasta “cierto”. Esta escala presenta un *alfa de .83*, y evalúa las fuentes de estrés de los padres incluyendo el estrés relacionado con el hijo, estrés debido a su funcionamiento como padre y estrés debido a eventos vitales. La escala de Estrés Parental se compone de 8 sub-escalas: disciplina o manejo ineficaz, desacuerdo con la pareja, apoyo de la familia, desacuerdo con la familia, goce de la parentalidad, evasión de la paternidad, rechazo de la paternidad y educación negativa. Para este estudio se utilizaron las ocho sub-escalas que constan de diversos reactivos como por ejemplo: 124) pierdo el control de mi hijo, etcétera. La sub-escala de carencia de apoyo familiar cuenta con 3 reactivos, como por ejemplo: 151) mi familia echa por tierra mi autoridad con mi hijo(a), etcétera.

**2. Conducta agresiva.****Lista de Conductas de Achenbach (Child Behavior Check List, CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001).**

Es una escala de tipo Likert que contestan los padres, madres, o bien, los cuidadores principales de los niños y las niñas, en donde 0=falso 1=a veces y 2=cierto. Consta de 120 reactivos. Presenta un *alfa de .95*. Este instrumento evalúa síntomas internalizados y externalizados y detecta ciertas conductas que, según el punto de corte que sugiere el instrumento, se consideran conductas problema o conductas normales para la edad del niño. Consta de 120 reactivos divididos en 9 subescalas que son: 1.- Ansioso/ Deprimido, 2.- Aislado/ Deprimido, 3.- Quejas Somáticas, 4.- Problemas Sociales, 5.- Problemas de

Pensamiento, 6.-Problemas de Atención, 7.- Conducta de Violar Reglas, 8.- **Conducta Agresiva**, y 9.- Otros Problemas. Para el presente estudio se utilizó la subescala de conducta agresiva, la cual consta de 18 reactivos que miden síntomas de conducta agresiva como: 3) discute por todo, 16) es cruel, molesta a otros, es malo(a) con los demás, 19) demanda mucha atención, 20) destruye sus propias cosas, 21) destruye las cosas de su familia o de otros niños, etcétera.

Actualmente el instrumento se encuentra en proceso de validación para la población mexicana.

#### *Tipo de estudio:*

Se realizó un estudio de tipo transversal-correlacional y de campo. Es transversal porque se recolectaron los datos de un solo momento en un tiempo único, y es de campo ya que fue realizado en un medio natural en el que el individuo se desenvuelve normalmente.

#### *Procedimiento*

Previo a la aplicación, los padres consintieron participar en el estudio mediante la firma de una carta. Para la aplicación de los instrumentos se contó con el apoyo de trece estudiantes de la licenciatura en psicología y pasantes en la misma, entrenados previamente para la aplicación. Cada grupo escolar contó con dos aplicadores, quienes se presentaron ante el grupo y posteriormente les proporcionaron datos esenciales del desarrollo del proyecto de investigación y las instrucciones.

Las instrucciones fueron las siguientes:

“A continuación se les entregará una hoja de datos generales en la que deberán escribir sus datos personales (como nombre, escolaridad, etc.) lo más completos posible; un cuadernillo de preguntas en el que no escribirán nada sino que únicamente darán lectura a las preguntas, y dos hojas de respuestas en la que

deberán escribir el nombre de su hijo, edad, sexo y año escolar en la parte superior, en estas hojas ustedes responderán de acuerdo al inciso del cuadernillo que consideren que se parezca más a su respuesta. En éste cuestionario no hay preguntas correctas ni incorrectas, y los datos que obtengamos son totalmente confidenciales, motivo por el cual les pedimos sean honestos en sus respuestas”.

En ese sentido, los aplicadores ejemplificaron mediante el uso del pizarrón del salón de clases la forma en que los participantes debían rellenar los óvalos de las hojas de lectura óptica (hojas de respuestas) a efecto de obtener una correcta interpretación.

Cada grupo contestó el cuadernillo de preguntas en una única sesión de dos horas y media en promedio. Una vez que el participante entregó la hoja de datos personales, el cuadernillo y las hojas de respuestas, el aplicador revisó las hojas de datos y respuestas para asegurarse hubieran contestado todas las preguntas. En caso de que faltara alguno de los datos o preguntas por contestar, se les pedía que completaran lo faltante.

La recolección de datos se realizó en un tiempo de cuatro semanas, aproximadamente en horarios variables.

### *Análisis estadísticos*

Para el análisis estadístico, se calcularon los estadísticos básicos y se realizó una prueba de *correlación producto-momento de Pearson* para conocer la relación entre el estrés parental y la conducta agresiva. También se calcularon las correlaciones por factor de cada uno de los instrumentos. Asimismo, se realizó un *análisis de regresión múltiple* para conocer la influencia del estrés parental sobre la conducta agresiva infantil.

## CAPÍTULO 9. RESULTADOS

Con el objeto de conocer si existe una relación entre el estrés parental y la conducta agresiva infantil, se utilizó la prueba de correlación producto-momento de Pearson, en la que, de acuerdo con los datos obtenidos, los factores que integran al estrés parental correlacionan positivamente con la conducta agresiva infantil, a excepción del factor “goce de la parentalidad” (.074), el cual no correlacionó significativamente con la conducta agresiva.

Tabla 5. Correlación entre los factores de estrés parental y el factor *conducta agresiva infantil*.

FACTORES DEL ESTRÉS PARENTAL	CONDUCTA AGRESIVA INFANTIL **p < 0.01
DISCIPLINA INEFICAZ	.706**
DESACUERDO CON LA PAREJA	.235**
APOYO FAMILIAR	.159**
FALTA DE APOYO FAMILIAR	.454**
GOCE DE LA PARENTALIDAD	.074
IMAGEN POSITIVA	.332**
EVASIÓN DE LA PATERNIDAD	.293**
RECHAZO DE LA PATERNIDAD	.378**
IMAGEN NEGATIVA	.404**
TOTAL DE ESTRÉS PARENTAL	.612**

El análisis de Regresión Múltiple -utilizando como *variable dependiente* la *conducta agresiva infantil* y como *variable independiente* la *calificación total de estrés parental*-, reveló que **el estrés parental predice la conducta agresiva infantil**.

Tabla 6. Modelo de Regresión para estrés parental y la conducta agresiva infantil.

MODELO GENERAL	R	R2	Ad R2	Varianza Explicada
1	.720	.518	.510	52%

VARIABLE	$\beta$	T	Sig
CONDUCTA AGRESIVA INFANTIL	.612	17.542	.000

Tabla 7. Análisis de Regresión Múltiple por factores de *estrés parental* y *conducta agresiva infantil*.

FACTORES DE ESTRÉS PARENTAL	$\beta$	T	Sig
<b>FALTA DE AUTORIDAD</b>	<b>.587</b>	13.350	<b>.000</b>
DESACUERDO CON LA PAREJA	.039	1.165	.245
APOYO FAMILIAR	-.020	-.599	.549
<b>FALTA DE APOYO FAMILIAR</b>	<b>.114</b>	3.035	<b>.003</b>
GOCE DE LA PARENTALIDAD	-.024	-.735	.462
IMAGEN POSITIVA	.019	.523	.601
EVASIÓN DE LA PATERNIDAD	.030	.884	.377
RECHAZO DE LA PATERNIDAD	.026	.703	.482
IMAGEN NEGATIVA	.058	1.616	.107

Tabla 8. Análisis de Regresión Múltiple por factores de *estrés parental* y factores externalizados (*Problemas de Atención*).

FACTORES DE ESTRÉS PARENTAL	$\beta$	t	Sig
<b>FALTA DE AUTORIDAD</b>	<b>.452</b>	9.305	<b>.000</b>
DESACUERDO CON LA PAREJA	.023	.623	.533
APOYO FAMILIAR	-.001	-.026	.979
<b>FALTA DE APOYO FAMILIAR</b>	<b>.098</b>	2.367	<b>.018</b>
GOCE DE LA PARENTALIDAD	-.053	-1.464	.144
IMAGEN POSITIVA	.021	.530	.596
<b>EVASIÓN DE LA PATERNIDAD</b>	<b>.092</b>	2.401	<b>.017</b>
RECHAZO DE LA PATERNIDAD	.032	.793	.428
<b>IMAGEN NEGATIVA</b>	<b>.115</b>	2.894	<b>.004</b>

Tabla 9. Análisis de Regresión Múltiple por factores de *estrés parental* y factores externalizados (*conducta de violar reglas*).

FACTORES DE ESTRÉS PARENTAL	$\beta$	t	Sig
<b>FALTA DE AUTORIDAD</b>	<b>.453</b>	9.568	<b>.000</b>
DESACUERDO CON LA PAREJA	-.041	-1.145	.253
APOYO FAMILIAR	.027	.762	.447
<b>FALTA DE APOYO FAMILIAR</b>	<b>.111</b>	2.749	<b>.006</b>
GOCE DE LA PARENTALIDAD	-.024	-.670	.503
IMAGEN POSITIVA	.035	.904	.366
<b>EVASIÓN DE LA PATERNIDAD</b>	<b>.153</b>	4.104	<b>.000</b>
RECHAZO DE LA PATERNIDAD	.049	1.234	.218
IMAGEN NEGATIVA	.066	1.695	.091

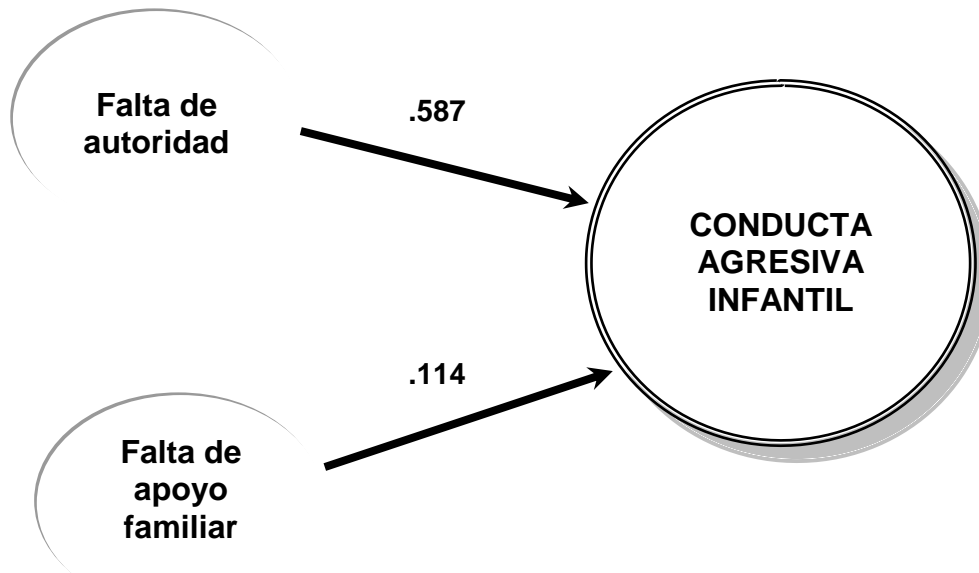


Fig. 2. Factores del estrés parental que mejor predicen la conducta agresiva infantil.

## CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN

La primera pregunta de investigación ¿Existe una relación entre el estrés parental y la conducta agresiva de los niños? se contestó mediante la aplicación de una correlación producto-momento de Pearson. Se encontró que el estrés parental efectivamente se asocia con la conducta agresiva infantil. Asimismo, y a pesar de que de nueve dimensiones que componen el constructo “estrés parental”, sólo una no se relacionó con la agresividad infantil (el goce de la parentalidad), las demás dimensiones mostraron asociaciones con la agresividad de los hijos, en mayor o menor medida. Resaltan la disciplina ineficaz que mostró la relación más fuerte con la agresividad, la falta de apoyo familiar por parte de la familia extendida y el fracaso percibido de los padres para transmitir sus valores a los hijos.

La correlación alta entre el estrés parental y la agresividad de los hijos sugiere la necesidad de explorar con mayor detalle las relaciones entre las dimensiones que componen el estrés parental y la agresividad del niño. Como resultado de las dificultades que experimentan los padres para disciplinar a sus hijos, de su escaso entendimiento del desarrollo infantil (Huesmann, Eron, & Dubow, 2002), y de sus habilidades deficientes para afrontar el estrés cotidiano, algunos padres tienden recurrir a formas de disciplina disfuncionales.

Es por ello, que en el presente estudio se propuso contestar también las preguntas: ¿Predice el estrés parental la conducta agresiva de los niños? Si el estrés parental predice la conducta agresiva infantil ¿Qué dimensiones del estrés parental explican mejor la conducta agresiva? Para responder a estas preguntas se calcularon regresiones lineales. Al respecto, se reconoce que sólo un estudio longitudinal hubiese podido arrojar luz sobre la capacidad del estrés parental para predecir la agresividad de los hijos.

Este análisis más fino, reveló que entre los factores que mejor dan cuenta de la conducta agresiva en los niños se encuentra la disciplina ineficaz que explica el 58.7 de la varianza y la falta de apoyo familiar con un 11.4% de la varianza explicada.

Respecto al resultado relativo a la disciplina ineficaz, es posible afirmar que es congruente con los hallazgos sobre el desarrollo de la psicopatología infantil. Psicopatología que, al igual que la conducta normal, se desarrolla a partir de las experiencias vitales del individuo. Aparentemente, la variable que explica mejor el



desarrollo de la conducta, ya sea ésta adaptativa o disfuncional es la transacción del niño con el ambiente circundante (Hernández-Guzmán, 1999; Novak, 1998). De aquí se desprende que entre los factores que podrían aportar a la predicción del inicio y mantenimiento de desenlaces negativos en los hijos se encuentra el sistema familiar. Por ser el sistema familiar el contexto más relevante durante la niñez, los resultados de investigación concluyen que las transacciones defectuosas entre padres e hijos repercuten en desenlaces problemáticos para los hijos.

La literatura de investigación en este campo, se ha referido a las transacciones deficientes como parentalidad comprometida, problemática o negativa, disciplina disfuncional, relaciones inconsistentes entre padres e hijos, o disciplina ineficaz, entre otros.

En el presente estudio, se utilizó el término disciplina ineficaz., aunque algunos estudios han identificado este constructo con el uso del castigo físico (Haapasolo & Pokela, 1999; Jaffee, Caspi, Moffitt & Taylor, 2004; Kingston & Prior, 1995; & Taylor, 2004; Moszczyńska, 1979; Sim & Ong, 2005; Stormant-Spurgin & Zentall, 1996; Su, 1975), y se refieren a un concepto más amplio que incluye la coerción física, como parte de los esfuerzos inconsistentes, fallidos y erráticos de algunos padres por disciplinar a sus hijos.

La disciplina ineficaz es precursora de la psicopatología infantil (Clark, Thatcher, & Maisto, 2005; Dunn, Tarter, Mezzich, Vanyukov, Kirisci, & Kirillova, 2002; Kohrt, Kohrt, Waldman, Saltzman, & Carrion, 2004). Aunque hay estudios que documentan sus nexos con los problemas internalizados en los hijos, ha sido

más claro su efecto sobre los externalizados (Sturge-Apple, Davies, & Cummings, 2006; Volling & Elins, 1998). Este tipo de disciplina, parece predecir más consistentemente la aparición de problemas externalizados, concretamente agresividad. Se sabe que la agresividad infantil, a su vez, anuncia comportamientos antisociales a corto y mediano plazos, tales como la criminalidad y la delincuencia (Widom, Schuck, & White, 2006), el uso de sustancias (Spatz-Widom & Hiller-Sturmhofel, 2001), el fracaso escolar y el rechazo de los compañeros (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989).

Existe un cúmulo importante de investigación que atribuye la responsabilidad de la ocurrencia de la disciplina ineficaz a factores de riesgo dados al interior de la interacción familiar, como la hostilidad y el conflicto marital, caracterizados por discusiones y pleitos presenciados por el niño, y los desacuerdos entre los padres sobre cómo manejar las transgresiones de los hijos (Henry, Moffit, Robins, & Earls, 1993; Kanoy, Ulku-Steiner, Cox, & Burchinal, 2003; Katz, & Woodin, 2002; Loeber & Dishion, 1985; Smeekens, Riksen-Walraven, & van Bakel, 2007; Stormant-Spurgin & Zentall, 1995; Sturge-Apple, et al., 2006; Tang, 2006).

Los estudios futuros habrán de investigar cómo operan estos factores, si se trata de interacciones en las que el estrés parental dispara el conflicto familiar, a la vez que se exacerba ante dicho conflicto.

En cuanto a la falta de apoyo familiar, que se refiere a la ayuda de la familia extendida en el cuidado de los hijos, la familia extendida –especialmente en nuestro país- funge un papel preponderante. En nuestro país el apoyo familiar es

fundamental en la educación de los hijos. Tan es así que es muy común que otros miembros de la familia adopten el papel de cuidadores principales. Lo anterior se deriva de las necesidades económicas y laborales que actualmente experimentan las familias, toda vez que el padre, inicialmente el proveedor principal, recurrió al apoyo de la madre, ahora obligada a incorporarse al mundo laboral.

En la medida en la que las madres se han incorporado a la fuerza de trabajo y se desempeñan de tiempo completo, han asumido la responsabilidad de cuidadores principales otros miembros de la familia extendida, como los abuelos, tíos, hermanos, etc. Asimismo, la proporción en aumento de madres solteras contribuye a esta responsabilidad compartida del cuidado de los hijos con la familia extendida. Probablemente, este fenómeno que relega a la pareja a segundo término es el que explica por qué la dimensión desacuerdo con la pareja sobre la educación de los hijos no figuró como variable que predijera la agresividad de los hijos.

Hubo otra dimensión del estrés parental que, si bien no predijo la aparición de la conducta agresiva infantil, sí se correlacionó moderadamente con ésta. Nos referimos al respeto que perciben los padres por parte de sus hijos y al fracaso que experimentan cuando no han logrado inculcar valores en ellos. La asociación observada es congruente también con las conclusiones de algunos estudios. Como desenlace de las prácticas de crianza los niños desarrollarán competencias sociales que les permitan afrontar las situaciones vitales, al interior de la familia y en su entorno social. Usualmente el niño adquiere estas competencias, constituidas por conductas instrumentales, cogniciones, emociones y valores, en

el hogar. Las prácticas de crianza que ejerzan los padres resultan ser trascendentales en el desarrollo infantil. Las estrategias de crianza que, por lo general, se han asociado con conductas disfuncionales en los niños son aquellas que descansan en el ejercicio autoritario del poder, cuando la opinión y la voluntad de los hijos no se toman en cuenta.

Las prácticas autoritarias suelen crear dependencia en los hijos de las acciones parentales, lo que mina la capacidad del niño para autorregularse emocionalmente. La contraparte, es decir las estrategias permisivas, también tienen desenlaces negativos respecto a la autorregulación emocional. Los niños educados bajo las circunstancias permisivas dirigen sus acciones de acuerdo con las necesidades y satisfactores propios sin límites que les permitan regular su comportamiento, en menoscabo de su capacidad para distinguir las acciones socialmente aceptables de las inaceptables. La agresividad se convierte en la forma de afrontar, al no contar el niño con las estrategias de afrontamiento exitosas (Berk, 2001; Hernández-Guzmán, 1999).

Además de aportar datos que confirman en niños mexicanos los hallazgos de estudios previos acerca de la relación existente entre el estrés, que la condición de ser padre genera en los padres, y la agresividad de sus hijos, el presente estudio permitió vislumbrar la contribución relativa de ciertas dimensiones, como la disciplina ineficaz y la falta de apoyo de la familia extendida, a la explicación del comportamiento agresivo infantil.

A partir de estos resultados surge la inquietud por proponer algunas posibles recomendaciones para planear e instrumentar intervenciones preventivas. Intervenciones encaminadas a la educación de los padres para mejorar sus estrategias disciplinarias que, a su vez, permitan prevenir la agresividad infantil u optimizar su manejo en el caso de que ya esté presente. Igualmente, los resultados de este estudio sugieren la necesidad de promover el apoyo familiar y social en el cuidado de los hijos para aquéllos padres que carezcan de éste.

A manera de crítica, es importante señalar la naturaleza transversal del presente estudio. Lo que no permite interpretar las relaciones entre las variables en términos de direccionalidad o causalidad. Hubiese sido recomendable realizar un estudio longitudinal para poder suponer que la variable independiente predice a la dependiente. Asimismo, el presente estudio se limitó a estudiar la participación relativa de las dimensiones del estrés parental en la explicación de la agresividad infantil.

Queda como asignatura pendiente para estudios a futuro, la utilización de metodologías, como el modelamiento de ecuaciones estructurales, que permitan someter a prueba modelos explicativos de las relaciones entre las variables aquí estudiadas y otras más que se han asociado a la agresividad infantil. La investigación futura utilizando la metodología del SEM para el modelamiento de estructuras entre variables facilitará la toma de decisiones, en cuanto al desarrollo e instrumentación de programas de intervención dirigidos a los padres. Será

necesario someter a prueba conglomerados mayores de variables, mediante el empleo de muestras de mayor tamaño.

Así las cosas, los tratamientos dirigidos a las familias en riesgo, repercutirán en la vida futura y bienestar de los individuos, si toman en cuenta el peso relativo de los diversos factores de riesgo que anuncian el estrés parental y otras variables asociadas con desenlaces negativos en los hijos.

## REFERENCIAS

Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist*. ASEBA: EEUU.

American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed.). Barcelona: American Psychiatric Association.

Ambrosio, E., De Blas, M., Caminero, A., García, C., De Pablo, J. & Sandoval, E., (2001). *Fundamentos biológicos de la conducta*. Madrid: Editorial Sanz y Torres, S.L.

Ángel de Grieff, E., Gaviria, P. & Restrepo, S. (2003). La conducta agresiva y su relación con la conducta antisocial. En A. Silva. (Comp.), *Conducta antisocial: Un enfoque psicológico*, (pp. 101-148). México: EDITORIAL PAX MÉXICO.

Asberg, M. (1984). CSF monoamine metabolites, depresión, and suicide. En J. Renfrew (2001). *La agresividad y sus causas*. México: Trillas.

Bandler, R. (1971). Direct chemical stimulation of the thalamus: Effects on aggressive behavior in the rat. *Brain Research*, 26, 81-93.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: Prentice-Hall.

Bandura, A. & Ribes, E. (1980). *Modificación de la conducta: Análisis de la agresividad y de la delincuencia*. México: Trillas.

Bandura, A. (1989). Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. En A. Silva. (Comp.), *Conducta antisocial: Un enfoque psicológico*, (pp. 101-148). México: EDITORIAL PAX MÉXICO.

En M. H. Bornstein. *Handbook of Parenting*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Baron, R. & Richardson, D. R. (1994). *Human Agresion*. New York: Plenum.

Baum, A., Singer J. & Baum, C. (1981). Stress and enviroment. *Journal of Social Issues*, 37, 4-35.

Beach, F. A. (1948). *Hormones and behavior*. New York: Hoefer.

Berk, L. E. (2001). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Prentice-Hall.

Berkowitz, L. (1981). The concept of agresion. En P. F. Brain & D. B. Benton. *Agresion: Theoretical and Empirical Reviews*, 3, 103-133.

Bernard, B. K. & Paolino, R. M. (1974). Time-dependent changes in brain biogenic amine dynamics following castration in male rats. *Journal of Neurochemistry*. 22, 951-956.



Bögels, S., Van Oosten, A., Muris, P. & Smulders, D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 273-287.

Bronson, F. & Desjardins (1968). Aggression in adult mice: Modification by neonatal injections of gonadal hormones, [Versión electrónica], *Science*, 161, 706-708.

Brown, G. (1979). Human aggression and its relationship to neuropsychiatric diagnoses and serotonin metabolism. En M. Sandler (Ed.), *Psychofarmacology of aggression*. New York: Raven Press.

Buss, A. H. (1961). *The Psychology of aggression*. New York: Wiley.

Cairns, R. B., Perrin, J. E. & Cairns, B. D., (1985). Social structure and social cognition in early adolescence: Affiliative patterns. *Journal of Early Adolescence*, 5, 339-355.

Campbell, S. B., Endman, M. & Bernfeld, G. (1977). A three year follow-up of hiperactive preschoolers into Elementary School. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 473-488.

Canda, M. F. (1999). *Diccionario de Psicología*. España: Brosmac.

Cantwell, D., (1981). *Hiperactivity and antisocial behavior revisited: A critical review of the literature*. New York: SP Medical and Scientific Books.

Carson, J. L. & Parke, R. D. (1996). Reciprocal negative affect in parent-child interactions and children's peer competency. *Child Development*, 67, 2217-2226.

Carlson, N. (1994). *Fundamentos de psicología fisiológica*. México: Prentice-Hall.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (4), 461-470.

Clark, D. B., Thatcher, D. L. & Maisto, S. A. (2005). Supervisory neglect and adolescent alcohol use disorders: Effects on AUD onset and treatment outcome. *Addictive Behaviors* 30 1737–1750

Crnic, K. & Low, Ch. (2002) Everyday stresses and parenting. En M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process*. New York: Guilford.

Datla, K. P., (1992). Dopaminergic modulation of footshock induced aggression in paired rats. *Indian Journal of Experimental Biology*, 30, 587-591.

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(1) 314-332.

Dishion, T. J. (1990). The family ecology of boy's peer relations in middle childhood. *Child Development*, 61, 874-892.

Dodge, K. & Coie, J. (1987). Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.

Dunn, M. G., Tarter, R. E., Mezzich, A. C., Vanyukov, M., Kirisci, L. & Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review* 22, 1063–1090.

Ferris, C. & Grisso, T. (1996). *Understanding aggressive behavior in children*. New York: The New York Academy of Sciences.

Friedman, H. & Di Matteo, M. (1989). *Health psychology*. New York: Springer Verlag.

Gianutsos, G. & Lal, H. (1976). Blockade of apomorphine-induced aggression by morphine or neuroleptics: Differential alteration by antimuscarinics and naloxone. *Pharmacology*, [Versión electrónica], *Biochemistry and Behavior*, 4, 639-642.

Grossman, S. (1963). Chemically-induced epileptiform seizures in the cat, [Versión electrónica], *Science*, 142, 409-411.

Haapasalo, J. & Pokela, E. (1999). Child rearing and child abuse antecedents of criminality. *Aggression and Violent Behavior*, 4 (1), 107-127.

Hartup, W. (1989). Social relationships and their development significance. *American Psychologist*, 44, 120-126.

Heaven, L. (1996). Life events in young adolescence: stress situations. *Journal of Social Issues*. 21, 35-42.

Henry, B., Moffit, T. E., Robins, L. & Earls, F. (1993). Early family predictors of child and adolescent antisocial behaviour: Who are the mothers of delinquents?. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 3(2), 97-118.

Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la Salud Psicológica: Niños Socialmente Competentes*. México: Facultad de Psicología.

Hernández-Guzmán, L. (2004, diciembre). Desarrollo de la psicopatología infantil y adolescente. En V. E. Caballo (Presidente), *IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud organizado por la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud*. México, Distrito Federal.

Hess, W. & Brügger, M. (1943). Das subkortikale Zentrum der affectiven Abwehrreaktion, [Versión electrónica], *Acta Helv Physiol Pharmacol* 1, 33–52.

Hubber, G. K., (1986). *Stress y conflictos*. Madrid: PARANINFO.

Huesman, L., Eron, L., Lefkowitz, M., & Walter, L. (1984). Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, 20, 1120-1134.

Hutchings, B. & Mednick, S. (1975). Registered criminology in the adoptive and biological parents of registered male criminal adoptees, [Versión electrónica], *Proceedings of the annual meeting of the American Psychopathological Association*; 63, 105-160.

Hutchinson, R. (1965). Effects of age and related factors on the pain aggression reaction. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 57, 365-369.

Ittelson, W., Proshansky, H., Rivlin, L. & Winkel, G. (1974). *An introduction to environmental psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Jacobs, P., (1965). Aggressive behavior, mental subnormality and the XYY male. *Nature*, 208, 1351-1352.

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K. A., Rutter, M., Taylor, A., & Tully, L. A. (2005). Nature x nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and Psychopathology*, 17, 67-84.

Jiménez, M., Hernández-Guzmán, L. & Reidl, L. (2001). Prácticas de crianza materna percibidas por niños pequeños. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 257-264.

Kaada, B. R., (1951). Somato-motor, autonomic, and electrocorticographic responses to electrical stimulation of rhinencephalic and other structures in primates, cat, and dog. *Acta Physiologica Scandinavica Supplementum*, [Versión electrónica], 24 (83), 1-262.

Kanoy, K., Ulku-Steiner, B., Cox, M. & Burchinal, M. (2003). Marital relationship and individual psychological characteristics that predict physical punishment of children. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 20-28.

Katz, L. F. & Woodin, E. M. (2002). Hostility, hostile detachment, and conflict engagement in marriages: Effects on child and family functioning. *Child Development, 73*(2), 636-651.

Kingston, L. & Prior, M. (1995). The development of patterns of stable, transient and school-age onset aggressive behavior in young children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(3), 348-358.

Kissane, D. W., Bloch, S., Onghena, P. & McKenzie, D. P. (1996). The Melbourne family grief study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *The American Journal of Psychiatry*, [Versión electrónica], 153, 659-666.

Kohrt, H. E., Kohrt, B. A., Waldman, I., Saltzman, K. & Carrion, V. G. (2004). An ecological-transactional model of significant risk factors for child psychopathology in Outer Mongolia. *Child Psychiatry & Human Development, 35*(2), 163-181.

Kreutz, L. & Rose, R. (1972). Assessment of aggressive behavior and plasma testosterone ion a young criminal population. *Psychosomatic Medicine, 34*, 321-332.

Ladd, G. W. & Price, J. M. (1986). Promoting children's cognitive and social competence: The relation between parents' perceptions of task difficulty and children's perceived and actual competence. *Child Development, 57*, 446-460.

Lagerspetz, K. M. & Bjorkqvist, K., (1994). Indirect aggression in boys and girls. En R. L. Huesmann (Ed.), *Aggressive Behavior: Current Perspectives*. New York: Plenum.

Lazarus, R. (1989). *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Toward a cognitive theory of emotions*. New York: Academic Press.

Loeber, R. & Dishion, T. J. (1983). Early predictors of male delinquency. A review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99.

Loeber, R. & Dishion, T. J. (1985). Boys who fight at home and school: Family conditions influencing cross-setting consistency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 759-768.

MacLean P. & Delgado, J. (1953). Electrical and chemical stimulation of frontotemporal portion of limbic system in the waking animal.



*Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. [Versión electrónica], 5(1), 91-100.

Magnusson, D., Stottin, H. & Duner, A. (1983). Agression and criminality in a longitudinal perspective. En K. T. van Dusen & S. A. Mednick (Eds.), *Prospective studies of crime and delinquency* (pp.277-300). New York, EE. UU.; Springer.

Mash, E. J. & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. (Special issue: The stresses of parenting). *Journal of Clinical Child Psychology*. 19, 313-328.

McConaughy, S. H., Stanger, C. & Achenbach, T. M. (1992). Three year course of behavioral/emotional problems in a national sample of 4 to16 year olds: Agreement among informants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 31(2), 932-940.

McMahon, R. J. (1994). Diagnosis, asesment and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62, 901-917.

Mednick, S. (1981). The learning of morality: Biosocial bases. En D. O. Lewis (Ed.), *Vulnerabilities to delinquency* (pp. 187-204). New York, EE. UU.: Medical And Scientific Books.

Meyer-Bahlburg, H., (1981). Sex chromosomes and aggression in humans. En P. F. Brain & D. Benton (Eds.), *The biology of aggression*. New York: Plenum Press.

Morales, F., Moya, M., Reboloso, E., Fernández, M., Huici, C., Marques, J., Páez, D., & Pérez, A. (1997). *Psicología Social*. España: Mc Graw-Hill.

Moszcynska, U. (1979). Family environment and emergence of aggression in children at age six and seven. *Psychologia Wychowawcza*, 22(4), 531-539.

Novak, G. (1998). A behavioral systems theory of development. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 24(2), 181-196.

Ollendick, T. & March, J. (2004). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. Nueva York: Oxford.

Olweus, D. (1979). Aggressors and their victims: Bullying at school. En N. Frude & H. Gault (Eds.), *Disruptive Behaviours in Schools (pp.57-76)*, New York, EE. UU. : Wiley.

Olweus, D. (1981). Continuity in aggressive and withdrawn, Inhibited behavior patterns. *Psychiatry and Social Science*. 1(3), 141-159.

Olweus, D. (1988). Circulating testosterone levels and aggression in adolescent males: A causal analysis. *Psychosomatic Medicine*, 50, 261-272.

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychology*, 44, 329-335.

Patterson, G. R. & Reid, J. B. (1984). Social interactional processes within the family: The study of moment-by-moment family transactions in which human social development is embedded [Versión electrónica], *Journal of Applied Developmental Psychology*, 5, 237-262.

Patterson, G. R., Reid, J. B. & Dishion, T. J., (1992). *Antisocial boys*. Oregon: Castalia.

Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes* [Versión electrónica]. London: Oxford University Press.

Persky, H. (1978). Endocrine function in emotionally disturbed and normal men. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 146, 488-497.

Pulkkinen, L. (1982). Self-control and continuity from childhood to late adolescence. En B. P. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Life-Span Development and Behaviour*, (pp. 63-105) Orlando, FL, EE.UU: Academic Press.

Reidl M. L., & Sierra, O. G. (1996). Afrontamiento al estrés y criterios de salud mental en madres solteras a través de grupos de reflexión. *Revista Mexicana de Psicología*. 13(2), 187-197.

Reis, D. J. & Gunne, L. M. (1965). Brain catecholamines: Relation to the defense reaction evoked by amygdaloid stimulation in the cat. *Science*. 149, 450-451.

Renfrew, J. (2001). *La agresividad y sus causas*. México: Trillas.

Repetti R. L., Taylor, S.E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*. 128 (2), 330-366.

Richman, N., Stevenson, J. & Graham, P. J., (1982). *Preschool to school: A behavioral study*. Londres: Academic Press.

Rosenzweig, M. & Leiman, A. (1998). *Psicología fisiológica*. (Segunda edición) España: McGraw-Hill .

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Serbin, L. A. Moskowitz, D. S., Schwartzman, A. E. & Ledingham, J. E. (1991). The Development of Childhood Aggression. En D.J. Pepler & K.H. Rubin (Comps.),

*The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 55-70), Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Silva, A. (2003). *Conducta antisocial: Un enfoque psicológico*. México: Editorial Pax Mexico.

Sim, T. N. & Ong, L. (2005). Parent physical punishment and child aggression in a Singapore Chinese preschool sample. *Journal of Marriage and Family*, 67(1), 85-99.

Smeekens, S., Riksen-Walraven, J. M., & van Bakel, H. J. A. (2007). Multiple determinants of externalizing behavior in 5-year-olds: A longitudinal model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 347-361.

Spatz-Widom, C. & Hiller-Sturmhofel, S. (2001). Alcohol abuse as a risk for and consequence of child abuse. *Alcohol Research and Health*. 25, 52-57.

Stone, G. S. (1980). *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.

Stormant-Spurgin, M. & Zentall, S. S. (1995). Contributing factors in the manifestation of aggression in preschoolers with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 36(3), 491-509.

Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T. & Cummings, E. M. (2006). Hostility and withdrawal in marital conflict: Effects on parental emotional unavailability and inconsistent discipline. *Journal of Family Psychology, 20(2)*, 227-238.

Su, C. W. (1975). Maternal child rearing attitudes and practices in relation to aggressive behavior of school children. *Bulletin of Educational Psychology, 8*, 25-44.

Sue, D. & Sue, S. (2001). *Comportamiento anormal*. México: Mc Graw-Hill.

Svare, B. & Mann, M. (1983). *Hormonal influences on maternal aggression*. New York: Plenum Press.

Tang, C. S. (2006). Corporal punishment and physical maltreatment against children: A community study on Chinese parents in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect, 30*, 893-907.

Trianes, V. (2002). *Niños con estrés*. México: Alfaomega.

Valadez, A. & Landa, P. (1998). Connotaciones del estrés: una aproximación inicial. *Enseñanza e investigación en Psicología, 3(2)*, 163-175.

Volling, B. L. & Elins, J. L. (1998). Family relationships and children's emotional adjustment as correlates of maternal and paternal differential treatment: A replication with toddler and preschool siblings. *Child Development, 69*(6), 1640-1656.

Widom, C. S., Schuck, A. M., & White, H. R. (2006). An examination of pathways from childhood victimization to violence: The role of early aggression and problematic alcohol use. *Violence and Victims, 21*(6), 675-690.

Zillman, D. (1979). *Hostility and Aggression*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

