



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE
PREVENCIÓN DE SÍNTOMAS EMOCIONALES Y PROBLEMAS DE CONDUCTA
EN PREADOLESCENTES

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO EN DOCTOR EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MARÍA DEL PILAR MÉNDEZ SÁNCHEZ

TUTOR

Dra. Patricia Andrade Palos. Facultad de
psicología.

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

Dra. Catalina Francisca González Forteza.
Facultad de Psicología.

Dra. María Elena Rivera Heredia. Universidad
Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. María Emilia Lucio Gómez Maqueo.
Faculta de Psicología.

Dra. Silvia Morales Chainé. Facultad de
Psicología.

MÉXICO, D. F. NOVIEMBRE 2012



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.

“sigo escribiendo, intentando comprender (las cosas), porque no tengo nada mejor que hacer y sabiendo que llegaré al final sabiendo lo mismo que sabía antes, es decir poco o casi nada”

José Saramago

AGRADECIMIENTOS

En una sola hoja no podré agradecer a todos los que han estado conmigo en este arduo camino, pero lo intentaré.

Primero quiero agradecer a toda mi familia que siempre ha estado ahí para apoyarme y levantarme cuando es necesario, a mi mamá, mis hermanas, mi hermano y todos y todas mis sobrinas que siempre me hacen sonreír.

También agradezco a Rafael por todo el apoyo que me ha brindado y los bellos momentos que hemos pasado juntos, por el tiempo que me dio para revisar mi tesis y porque me alienta en cada paso que doy.

Esta tesis no hubiera sido posible sin el apoyo de la Dra. Patricia Andrade quien me guio y me apoyo en cada momento, quien además me ha brindado su amistad y es una excelente persona. ¡Gracias Dra. Paty!

Agradezco a mi comité por sus valiosas aportaciones y revisiones a mi trabajo; a la Dra. María Elena Rivera, a la Dra. Catalina González, ambas han sido no solo parte de mi comité sino además me han apoyado siempre y me han dado muy buenos consejos; a la Dra. Emilia Lucio y la Dra. Silvia Morales, quienes me dieron sugerencias y aportaciones valiosas en mi trabajo. Todas y cada una de las integrantes de mi comité de tesis son un ejemplo a seguir por su experiencia, conocimientos y trayectoria académica.

A todos mis compañeros del doctorado, a quienes me dieron sugerencias y aportaciones importantes en los salones de clases y en cada lugar de la Facultad de Psicología, a quienes he conocido y convivido, a los que considero mis amigos y dejarán una huella en mi vida.

También al Dr. José Carlos Jaenes y la Dra. Belén de la Universidad Pablo de Olavide y al Dr. Alfredo Oliva de la Universidad de Sevilla por el apoyo que me dieron durante mi estancia en Sevilla, España.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, en donde he pasado años maravillosos de mi vida, aprendiendo no solo el aspecto académico sino también donde he encontrado a mis mejores amigos y donde he pasado excelentes momentos.

Agradezco el apoyo brindado por CONACYT, por la Coordinación de Posgrado en Psicología y a cada una de las primarias del Distrito Federal de donde se obtuvieron los datos para esta investigación y se realizó la implementación del programa.

GRACIAS A TODOS POR FORMAR PARTE DE MI VIDA Y DE MI PREPARACIÓN
ACADÉMICA

ÍNDICE

	Página
Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción.....	9
Síntomas emocionales y problemas de conducta durante la niñez y preadolescencia	12
<i>Sistema de clasificación de los problemas en niños y preadolescentes.....</i>	15
<i>Incidencia de los problemas.....</i>	18
Modelos teóricos y empíricos de factores asociados a la presencia de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes	27
<i>Modelo ecológico.....</i>	28
<i>Modelo coercitivo.....</i>	31
<i>Modelo biopsicosocial.....</i>	36
<i>Modelos de factores asociados a la presencia de problemas emocionales y de conducta.....</i>	37
Factores asociados a síntomas emocionales y problemas de conducta	45
<i>Factores biológicos.....</i>	46
<i>Diferencias por sexo.....</i>	46
<i>Factores familiares.....</i>	50
<i>Depresión materna.....</i>	51
<i>Conflicto parental y estrategias de manejo del conflicto.....</i>	52
<i>Prácticas parentales.....</i>	57

Programas parentales	69
<i>Programas de educación a padres</i>	72
<i>Programas de entrenamiento</i>	77
Planteamiento del problema.....	82
Estudio 1. Modelos estructurales de factores asociados a síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes	85
<i>Preguntas de investigación</i>	86
<i>Objetivo</i>	86
<i>Hipótesis</i>	86
<i>Definición de las variables</i>	86
<i>Diseño</i>	88
<i>Método</i>	88
<i>Participantes</i>	88
<i>Instrumentos</i>	91
<i>Procedimiento</i>	93
<i>Consideraciones éticas</i>	94
<i>Resultados</i>	94
Estudio 2. Evaluación piloto de una intervención dirigida a padres	124
<i>Preguntas de investigación</i>	125
<i>Objetivo</i>	125
<i>Hipótesis</i>	125
<i>Definición de las variables</i>	125
<i>Diseño</i>	127
<i>Método</i>	127
<i>Participantes</i>	127

<i>Escenario</i>	128
<i>Instrumentos</i>	128
<i>Materiales</i>	129
<i>Procedimiento</i>	129
<i>Consideraciones éticas</i>	130
<i>Resultados</i>	130
Discusión.....	138
Referencias.....	150

Anexos

Anexo 1	Análisis factorial de la escala de Estrategias de Manejo del Conflicto.....	160
Anexo 2	Diferencias de medias entre los reportes de las mamás, los papás y los preadolescentes de las prácticas parentales.....	161
Anexo 3	Diferencias de medias entre los reportes de las mamás, los papás y los preadolescentes de los síntomas emocionales y problemas de conducta.....	162
Anexo 4	Manual de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes.....	163
Anexo 5	Cuestionario de evaluación.....	180

Índice de Figuras

Figura 1	Modelo ecológico de predictores de la conducta antisocial de Frías-Armenta, López-Escobar & Díaz-Méndez (2003).....	30
Figura 2	Modelo del desarrollo de problemas de conducta en adolescentes (Ary, Duncan, Biglan, Metzley, Noell & Smolkowski (1999).....	33
Figura 3	Relación entre conducta antisocial, hostilidad marital, crianza disfuncional y conducta externalizada en niños (Verlaan & Schwartzman, 2002).....	34

Figura 4	Transición de crianza y su asociación con el riesgo de temperamento (Capaldi, Pears, Patterson & Owen, 2003).	35
Figura 5	Modelo biopsicosocial del desarrollo de problemas de conducta (Dodge & Pettit, 2003).....	37
Figura 6	Modelo relacionando emocionalidad negativa, problemas internalizados y externalizados (Paulussen-Hogeboom, Stams, Hermanns, Peetsma & Van Den Wittenboer, 2008).....	38
Figura 7	Modelo de predictores de problemas internalizados (Hall, Rayens & Peden, 2008).....	39
Figura 8	Modelo de predictores de problemas externalizados (Hall, Rayens & Peden, 2008).....	40
Figura 9	Modelo predictivo de problemas internalizados basado en las discrepancias padres-hijos (Guion, Mrug & Windle, 2009).....	41
Figura 10	Modelo predictivo de problemas externalizados basado en las discrepancias padres-hijos (Guion, Mrug & Windle, 2009).....	42
Figura 11	Modelo Estructural de conflicto marital, apoyo parental y ajuste escolar en adolescentes (Musitu, Martínez & Murgui, 2006).....	44
Figura 12	Estado civil de los padres.....	89
Figura 13	Educación de los padres.....	90
Figura 14	Ocupación de los padres.....	90
Figura 15	Modelo hipotético para predecir problemas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes.....	94
Figura 16	Modelo de las prácticas parentales de la mamá que perciben los preadolescentes y sus síntomas emocionales y problemas de conducta.....	100
Figura 17	Modelo de las prácticas parentales de la mamá que perciben los preadolescentes y sus síntomas emocionales y problemas de conducta.....	100
Figura 18	Modelo de las prácticas parentales del papá que perciben los preadolescentes y sus síntomas emocionales y problemas de conducta.....	104
Figura 19	Modelo de las prácticas parentales del papá que perciben los preadolescentes y sus síntomas emocionales y problemas de conducta.....	104

Figura 20	Modelo de la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen las mamás y los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de los preadolescentes.....	112
Figura 21	Modelo de la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen las mamás y los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de los preadolescentes.....	112
Figura 22	Modelo de la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen los papás y los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de los preadolescentes.....	121
Figura 23	Modelo de la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen los papás y los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de las preadolescentes.....	121
Figura 24	Estrategias de manejo del conflicto con la pareja antes y después de haber asistido al programa.....	131
Figura 25	Sintomatología depresiva antes y después de haber asistido al programa.....	131
Figura 26	Prácticas parentales antes y después de haber asistido al programa.....	132
Figura 27	Percepción de los problemas emocionales y de conducta que tuvieron las mamás antes y después de haber asistido al programa	133

Índice de Tablas

Tabla 1	Estructura familiar.....	88
Tabla 2	Correlación entre prácticas parentales de la mamá que perciben los preadolescentes y sus síntomas emocionales y problemas de conducta.....	98
Tabla 3	Correlación entre prácticas parentales de la mamá que perciben las preadolescentes y sus síntomas emocionales y problemas de conducta.....	98

Tabla 4	Correlación entre prácticas parentales de del papá perciben los preadolescentes y sus síntomas emocionales y problemas de conducta.....	102
Tabla 5	Correlación entre prácticas parentales del papá que perciben las preadolescentes y sus síntomas emocionales y problemas de conducta.....	103
Tabla 6	Correlaciones entre la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen las mamás y los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de los preadolescentes.....	108
Tabla 7	Correlaciones entre la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen las mamás y los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de las preadolescentes.....	111
Tabla 8	Correlaciones entre la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen los papás y los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de los preadolescentes.....	117
Tabla 9	Correlaciones entre la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen los papás y los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de las preadolescentes.....	120
Tabla 10	Cambio Clínico Objetivo observado en cada una de las variables de estudio.....	135

Resumen

El objetivo de esta investigación fue diseñar, implementar y evaluar un programa de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes. Para lo cual se llevaron cabo dos estudios, el primero consistió en determinar si los factores de sintomatología depresiva y estrategias del manejo del conflicto con la pareja predicen las prácticas parentales y éstas a su vez influyen en los síntomas emocionales y problemas de conducta de sus hijos. Se utilizaron la Escala de Capacidades y Dificultades (Goodman, 1997), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D-R (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008), la Escala de Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2010) y la Escala de Estrategias de Manejo del Conflicto (Arnaldo, 2001). La muestra estuvo conformada por 1068 participantes entre ellos 248 varones, 241 mujeres, 321 mamás y 258 papás, los preadolescentes tenían una media de edad de 11.2 años ($DE = 0.82$), mientras que las mamás presentaron una media de edad de 37.1 años ($DE = 6.8$) y los papás 40.0 años ($DE = 7.5$). Se realizaron ocho modelos de análisis de senderos de ecuaciones estructurales, segmentando los datos recabados por diadas de acuerdo al sexo de los preadolescentes y de los padres. Los resultados obtenidos indicaron que la sintomatología depresiva y las estrategias de manejo del conflicto con la pareja influyeron en las prácticas parentales tanto de la mamá como del papá y estas últimas influyeron en los síntomas emocionales y problemas de conducta de sus hijos e hijas, se obtuvieron mejores índices de ajuste en los modelos con los datos de las mamás que de los papás. En el segundo estudio se diseñó, implementó y evaluó un programa piloto dirigido a padres para la prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en sus hijos, conformado por ocho sesiones. Los instrumentos aplicados para la evaluación del programa fueron los mismos del primer estudio. La muestra fue de 12 madres (edad $M = 36.33$ años, $DE = 3.96$). Los resultados obtenidos no mostraron diferencias significativas en las variables antes y después de la implementación del programa. También se realizó un análisis de Cambio Clínico Objetivo encontrando pocos cambios en cada una de las dimensiones evaluadas.

Abstract

The objective of this research was to design, implement and assessment a program of prevention of emotional symptoms and behavioral problems in preadolescents. Two studies were carried out; the first was design to determine if the factors of depressive symptoms and conflict management strategies with the couple predict parenting practices and these in turn influence the emotional symptoms and behavioral problems of their children. We used the Strengths and Difficulties Scale (Goodman, 1997), Depression Scale Center for Epidemiologic Studies of the CES-DR (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008), Parental Practices Scale (Andrade & Betancourt, 2010) and the Scale of the Conflict Management Strategies (Arnaldo, 2001). The sample consisted of 1068 participants including 248 men, 241 women, 321 mothers and 258 fathers, tweens had a mean age of 11.2 years ($SD = 0.82$), while the mothers had an average age of 37.1 years ($SD = 6.8$) and fathers 40.0 years ($SD = 7.5$). There were eight models of analysis of structural equation paths, segmenting the data collected by according to sex dyads of tweens and parents. The results showed that depressive symptoms and strategies of conflict with the partner influenced in parenting practices both mom and dad and the latter influenced the emotional symptoms and behavioral problems of their sons and daughters, were obtained best fit index in models with data from the mothers of the parents. In the second study a pilot program aimed at parents for the prevention of emotional symptoms and behavioral problems in children, consisting of eight sessions was designed, implemented and evaluated. The instruments used for evaluation of the program were the same as the first study. The sample included 12 mothers (M age = 36.33 years, $SD = 3.96$). The results showed no significant differences in variables before and after program implementation. We also performed an analysis of objective clinical change found little change in each of the dimensions evaluated.

Introducción

En la psicopatología de los niños se deben de tomar en cuenta los procesos de desarrollo normal del individuo (Achenbach, 1990), además es necesario tomar en cuenta variables tales como conductas, afectos, estados físicos del desarrollo y cambios que se asocian con la edad, el entorno familiar, escolar y social que rodea al niño (González, Calvo, Benavides & Sifre, 2000). En 2002, la Secretaría de Salud en México, consideró que la psicopatología infantil resulta de situaciones producidas por desviaciones del desarrollo biopsicosocial normal del individuo en crecimiento.

Estudios sobre datos epidemiológicos reportan que los niños y adolescentes muestran prevalencias de manifestaciones sintomáticas, como la depresión, ansiedad, trastornos de conducta, déficit de atención, desobediencia, entre otros (Alaéz, Martínez & Rodríguez, 2000; Benjet et al, 2009; Caraveo, Colmenares & Martínez-Vélez, 2002), y dichos problemas pueden producir desadaptación dentro de la sociedad (Herbert, 1983, 1990, 1998).

Los estudios que han retomado el instrumento de Capacidades y Dificultades (Goodman, 1997) para evaluar los síntomas emocionales y problemas de conducta han reportado que las mujeres presentan más síntomas emocionales, mientras que los varones presentan más problemas de conducta, hiperactividad/falta de atención y problemas con sus compañeros (Cury & Golfeto, 2003; Giannakopoulos et al., 2009; Shojaei, Wazana, Pitrou & Kovess, 2009; Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker & Schlack, 2008). En un estudio llevado a cabo en Pakistán (Syed, Hussein & Mahmud, 2007) se reportó que no encontraron diferencias en la dimensión de síntomas emocionales, problemas con compañeros entre hombres y mujeres, pero sí en problemas de conducta e hiperactividad/falta de atención, que al igual que otros autores mencionan que son los varones quienes presentan más este tipo de conducta.

De acuerdo con la clasificación dimensional sobre problemas internalizados y externalizados realizada por Achenbach (1982) la cual ha sido aplicada en más de

31 países, se reportó que los niños de entre 6 y 16 años presentaron altos puntajes en problemas internalizados y externalizados, encontrando diferencias significativas en cuanto al sexo, las mujeres puntuaron más alto en problemas internalizados, especialmente en las edades de 12-16 años, en contraste con los varones, que puntuaron más alto en problemas externalizados, en edades de 6-11 años (Rescorla et al., 2007). Además de que los niños que presentan problemas externalizados también presentan problemas internalizados y viceversa (Pihlakoski et al., 2006; Valencia & Andrade, 2005).

Con base en los datos empíricos recabados en diversos estudios, se presenta a continuación el diseño, implementación y evaluación de un programa de prevención de problemas emocionales y de conducta en preadolescentes.

En el primer apartado se presentan algunas consideraciones que se deben tomar en cuenta en las definiciones de los problemas, además se presenta un sistema de clasificación de los problemas emocionales y de conducta y la incidencia de problemas en preadolescentes.

Posteriormente se presentan diversos modelos teóricos y empíricos que han explicado algunos factores que influyen en la presencia de problemas en los preadolescentes, tales como el modelo ecológico, el modelo coercitivo, el modelo biopsicosocial y otros modelos empíricos.

En el siguiente apartado se describen algunos factores asociados a la presencia de problemas en la preadolescencia, entre ellos los factores biológicos (diferencias por sexo) y familiares (depresión materna, estrategias de manejo del conflicto marital y prácticas parentales).

Finalmente se presenta una revisión de estudios sobre programas de educación y entrenamiento a padres, los cuales se orientan a la intervención y prevención de variables asociadas a la presencia de problemas en preadolescentes.

Con base en la literatura revisada se procedió a realizar dos estudios, el primero con el fin de identificar si los factores de sintomatología de los padres y las estrategias de manejo del conflicto con la pareja se asocian con las prácticas parentales y si estos dos factores influyen en la presencia de problemas emocionales y de conducta en preadolescentes. En el segundo estudio se diseñó implementó y evaluó un programa dirigido a padres para la prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes. Ambos estudios se detallan con su metodología correspondiente y los resultados obtenidos.

En la parte final de este trabajo se presenta la discusión de los resultados obtenidos, sus alcances y limitaciones, así como los Anexos correspondientes de cada estudio.

SÍNTOMAS EMOCIONALES Y
PROBLEMAS DE CONDUCTA DURANTE
LA NIÑEZ Y PREADOLESCENCIA

A partir del siglo XIX se planteó que la psicología del niño es diferente a la del adulto, anterior a este siglo se esperaba que los niños y adultos tuvieran una conducta similar (González, Calvo, Benavides & Sifre, 2000). Fue durante los años 60's cuando se empezaron a distinguir los trastornos entre niños y adultos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM) y a partir de ese momento se han introducido diversos diagnósticos pertenecientes a las características de los niños, sin embargo, algunos de los trastornos aun siguen siendo extrapolados a partir de los síntomas de los adultos (Achenbach, 1990).

Achenbach (1990) sugiere que para entender la psicopatología de los niños se deben tomar en cuenta los procesos de desarrollo normal del individuo. González, Calvo, Benavides y Sifre (2000) mencionaron que es necesario considerar una diversidad de variables, tales como conductas, afectos, cogniciones, estados físicos del desarrollo y cambios evolutivos que se asocian a cada edad, así como el entorno familiar, escolar y social que rodea al niño.

Wicks-Nelson e Israel (1997) plantearon que para definir problemas en la niñez se deben tomar en cuenta las influencias psicológicas, socioculturales y biológicas, ya que la conducta es producto de una multiplicidad de influencias que interactúan entre sí. Para estos autores los problemas de comportamiento se han considerado como lo anormal, entendiendo como normal la conducta estándar que es aceptada por la mayoría de las personas en una comunidad, siendo los problemas de comportamiento conductas atípicas, molestas y hasta extrañas, ya que lo que espera un individuo de las otras personas es que actúen de alguna forma en determinados contextos, es decir, que respeten las normas establecidas en cada situación. Los problemas de comportamiento se presentan en todo el ciclo de la vida y éstos pueden surgir, aumentar y disminuir a cualquier edad; identificar los problemas desde el rol de los otros es importante, ya que las actitudes, sensibilidad, tolerancia y habilidad de los adultos, juegan un papel primordial en la identificación de los problemas cuando un niño necesita tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Para Herbert (1983; 1990; 1998) el término problemas es utilizado para describir una conducta desviada, además de ser exageraciones, déficit o combinaciones desventajosas de pautas de conducta que son comunes en todos los niños y adolescentes. El autor mencionó que los problemas también son estrategias que se utilizan para poder enfrentar las exigencias de la vida a consecuencia de tensiones y estrés del crecimiento. Dentro de los problemas que se presentan en la niñez y preadolescencia se pueden encontrar la depresión, la ansiedad, la inhibición, la timidez, la rebeldía, la destructividad, el robo y la agresión; al nombrar a los niños que presentan estos problemas se da una serie de términos, como niño difícil, nervioso o perturbado emocionalmente, pero sólo son ponderaciones que la misma sociedad aporta, debido a que los problemas se conceptualizan en términos de resistencia a respetar las reglas convencionales. Los niños con problemas son desadaptados a su medio debido a que su entrenamiento social inicial ha sido ineficaz y como consecuencia no han podido internalizar los patrones de control en su conducta, moldeados por los avances culturales que involucran un conjunto de normas, valores y tradiciones que comparten sociedades enteras y que determinan cuándo un acto es aceptado o es considerado anormal.

Masten, Burt y Coatsworth (2006) indicaron que un concepto fundamental en el desarrollo del niño es el de adaptación, la cual se da mediante competencias que se refieren a constructos relacionados con la eficacia de la adaptación individual en el contexto de desarrollo.

En 2002, la Secretaría de Salud en México, consideró que la psicopatología infantil resulta de situaciones producidas por desviaciones del desarrollo biopsicosocial normal del individuo en crecimiento.

Sistemas de clasificación de los problemas en niños y preadolescentes

Las clasificaciones realizadas sobre psicopatología en la infancia han demostrado la necesidad de estudiar con detalle el comportamiento de los niños en cuanto a su desarrollo físico y de contexto.

González et al. (2000) al hacer una revisión sobre los sistemas de clasificación de la psicopatología mencionaron que las taxonomías para los trastornos infantiles pueden dividirse en:

- Sistemas de clasificación derivados de las nosologías de los adultos: estos sistemas de clasificación, derivados clínicamente, se basan en las opiniones y observaciones de diferentes profesionales en su práctica clínica, tienen un enfoque categorial y descriptivo de los síndromes clínicos. Los sistemas de clasificación derivados clínicamente más conocidos son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).
- Sistemas de clasificación creados específicamente para la infancia: en este tipo de sistemas se encuentran los taxonómicos, desarrollados para el diagnóstico en psicopatología infantil. Se dividen a su vez en clasificaciones categoriales, clasificaciones dimensionales y clasificaciones evolutivas:
 - 1) Clasificaciones categoriales: desde los años 60 se han desarrollado sistemas categoriales de clasificación infantil, entre los que se encuentra el enfoque psicoanalítico con la elaboración del *Perfil Diagnóstico* y el *Grupo para el Avance de la Psiquiatría*, además de las categorías mutiaxiales. El *Perfil Diagnóstico* contiene categorías de variaciones de la normalidad, síntomas transitorios como consecuencia de la tensión propia del desarrollo, neurosis infantiles y trastornos de carácter, infantilismos, trastornos límite, delictivos o psicopáticos, personalidad retrasada, deficitaria y atípica y alteraciones del desarrollo intelectual,

mientras que el *Grupo para el Avance de la Psiquiatría* consta de 10 categorías diagnósticas principales: respuesta adaptativa o de la salud, trastornos reactivos, anomalías del desarrollo, trastornos psiconeuróticos, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos, trastornos psicofisiológicos, síndromes cerebrales, retraso mental y otras alteraciones o trastornos. Las categorías multiaxiales aparecieron en 1968 y formularon sistemáticamente las condiciones del paciente y los factores asociados a diferentes aspectos o ejes, como fenomenología, etiología, tiempo, funcionamiento social y otros.

Una de las críticas que han tenido las clasificaciones categoriales es que las características que definen cada categoría y las decisiones sobre cuáles deben incluirse no se basan en datos empíricos derivados de los problemas infantiles.

- 2) Clasificaciones evolutivas: estas clasificaciones tratan de explicar tanto el desarrollo normal como el patológico en función a la conducta del niño y de cómo procesa la información del mundo exterior y sus propias experiencias, en las clasificaciones evolutivas se propuso que había que evaluar los niveles de funcionamiento del niño, tanto fisiológico, emocional, cognitivo, como social y sus estrategias o patrones de funcionamiento a las tareas evolutivas propias de cada edad. A pesar de que las clasificaciones evolutivas aportan el punto en el que el niño supera o no las exigencias evolutivas normativas, no existe un respaldo que apoye dicha clasificación.
- 3) Clasificaciones dimensionales: se basan en la aplicación de procedimientos estadísticos que tratan de explicar covaraciones entre distintas conductas e indican que el diagnóstico depende del grado o medida de los problemas psicológicos como desviaciones cuantitativas del comportamiento normal.

Entre las clasificaciones dimensionales se encuentra el *Sistema de Evaluación de Achenbach con Base Empírica* (ASEBA) de Achenbach y Edelbrock (1984). Los problemas que se encuentran en el ASEBA son derivados de los análisis estadísticos en donde se identificaron los problemas, reportados por los padres, los maestros y los niños y adolescentes. A través de este sistema, se clasificaron dos escalas o tipos de síndromes, por un lado el factor internalizado, referido a conductas de retraimiento social, timidez, inhibición, quejas somáticas sin causa aparente, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad y depresión, y por otro lado el factor externalizado en el que se contemplan problemas de conducta tales como agresividad, desobediencia, delincuencia, enojo, desafío y conducta hiperactiva.

El gran sustento empírico que han mostrado tener los instrumentos del ASEBA se han visto reflejados en los hallazgos de más de 31 países (12 del Oeste de Europa, 5 del Este de Europa, 6 de Asia, 1 de África, 3 del Medio Oriente, 2 del Caribe, más Australia y Estados Unidos), reportando ser instrumentos confiables para la evaluación de los problemas internalizados y externalizados en los niños y adolescentes (Rescola et al. 2007).

Otro de los instrumentos que más se ha utilizado para evaluar los problemas en niños ha sido el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ por sus siglas en inglés) de Goodman (1997), que contiene 25 reactivos divididos en 5 dimensiones (conducta prosocial, hiperactividad/falta de atención, problemas con compañeros, problemas de conducta y síntomas emocionales). El SDQ es un cuestionario que está traducido a más de 40 idiomas (www.sdqinfo.com) y los ítems de cada una de las escalas están basados en conceptos nosológicos que se encuentran en el DSM-IV (Goodman, 2001).

El SDQ se ha utilizado en diversos países, tales como Alemania (Rothenberger, Becker, Erhart, Wille & Ravens-Sieberer, 2008), sur de Europa (Italia, España, Portugal, Croacia y Francia) (Marzocchi et al., 2004, Egipto (Elhamid, Howe y Reading, 2009), Pakistán (Abdul, 2008), Grecia (Giannakopoulos et al., 2009) e Inglaterra (Goodman, 1997; 2001).

Woerner et al. (2008) reportaron que el SDQ también se ha utilizado en Brasil, Canadá, en algunas ciudades de Asia, Medio Oriente y Australia; así como en Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca e Islandia (Obel et al. 2004).

Tanto los instrumentos del ASEBA y el SDQ han permitido evaluar los problemas emocionales y de conducta en niños, por lo que para este estudio se retoma el instrumento SDQ por ser más breve en su aplicación y tiene un gran sustento empírico que lo respalda.

Debido a la importancia por evaluar los problemas en niños, diversos autores han observado la presencia de problemas tanto emocionales o internalizados y de conducta o externalizados en niños, en diversos grupos de edades y diferentes países.

Incidencia de los problemas en niños y adolescentes

En España, Bragado, Bersabé y Carrasco (1999) reportaron que en una muestra niños de entre 6 y 17 años de edad, los trastornos que más se presentaron fueron los trastornos de ansiedad entre los que se encontraron la fobia simple y la ansiedad excesiva, seguidos de los trastornos de eliminación, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad y los trastornos depresivos.

También en España, Aláez, Martínez y Rodríguez (2000) al realizar un estudio con menores de 19 años de edad de una unidad psicológica, reportaron que los trastornos con mayor prevalencia en la población clínica infantil y adolescente fueron en primer lugar los de conducta (23 %) entre los que se encontraron el trastorno de adaptación (11.9 %) y trastorno disocial en niños no socializados (5.9%); seguidos de la depresión (14.6 %), que referían a la reacción depresiva breve (7.2 %) y a otros trastornos emocionales en la infancia (3.7 %) y la reacción depresiva prolongada (3.5 %). En segundo lugar se encontraron los de la ansiedad (13.3 %) incluyendo la ansiedad fóbica en la infancia (7.7 %) y de hipersensibilidad social en la infancia (4.2 %); y finalmente se encontraron los de desarrollo y los de

eliminación (9.7 %), los cuales contemplaron el retardo selectivo de desarrollo (12.7 %).

En Alemania se indicó que los niños y adolescentes de 4 a 18 años de edad, sufren una diversidad de problemas emocionales y de conducta, los cuales requieren de acuerdo a la edad, el sexo y los diferentes síntomas una evaluación diferente y por lo tanto un tratamiento eficaz para la eliminación de dichos problemas. Se reportó que los niños alemanes que requieren algún tratamiento e intervención psicológica o psiquiátrica se encontraron entre el 10 % y 18 %, los síntomas que más reportaron los padres fueron “discute mucho” (11.2 %), alergias (8.8 %) y demandas de atención (7 %), mientras que el síntoma menos frecuente fue daño a sí mismo (99.4 %) (Barkmann & Schulte-Markwort, 2005).

En Reino Unido, Voltanis et al. (2006) reportaron que la prevalencia de desórdenes psiquiátricos, en una muestra de 5 a 15 años de edad, fue de 9.5 %, encontrándose un 5.3 % de desórdenes de conducta, un 4.3 % de desórdenes emocionales y un 1.4 % de desórdenes hiperkinéticos.

En un estudio en Colombia, se reportó que el 25.2 % de un muestra de niños y niñas de 8 a 12 años de edad, presentó sintomatología depresiva, siendo los varones (14.4 %) quienes presentaron más síntomas depresivos en comparación con las mujeres (10.8 %) (Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo & Quiceno, 2006).

En 2009, en España, Febregat y Gimeno indicaron que en una muestra de padres y/o tutores de niños de entre 5 y 6 años de edad, se detectó que el 15 % de los niños y niñas presentaban dificultades (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con sus compañeros) e indicaron que los factores para la vulnerabilidad de presentar síntomas emocionales y en las relaciones con los compañeros son la patología psiquiátrica de los padres y la monoparentalidad.

Un factor importante en la evaluación de los problemas es la edad, ya que se presentan diferentes problemas en los distintos grupos de edad, aumentando los problemas y otras veces disminuyéndolos.

Aláez et al. (2000) en España, reportaron que los niños de entre 6 y 9 años de edad presentan más los problemas del desarrollo (22.1%), de conducta (15.4 %), de ansiedad (13.3 %) y de trastorno del sueño (8.1 %), aunque mantuvieron una prevalencia alta los trastornos de eliminación (13.4%), descendiendo los niveles de trastornos depresivos (11.5 %), de rivalidad entre hermanos (2.7 %), de reacción al estrés agudo (1.4 %) y de alimentación (0.7 %). Los niños de 10 a 13 años mostraron más prevalencia de trastornos de conducta (28.6 %) y de ansiedad (17.4 %), descendiendo los trastornos específicos del desarrollo (11.1%), de eliminación (7.9 %), de la actividad y atención (2.4 %) y la rivalidad entre hermanos (0.8 %).

Ulu y Fisiloglu (2002) en un estudio con diferentes informantes, indicaron que los niños y niñas de 9 años de edad presentaron más problemas emocionales y de conducta, de acuerdo con el informe de sus maestros, que los niños y niñas de 12 años. Los varones de 9 años presentaron más problemas de conducta, según sus padres, que las niñas de la misma edad y que los varones de 12 años.

Pihlakoski et al. (2006) al realizar un estudio longitudinal a fin de evaluar la continuidad de la psicopatología de la niñez temprana a la preadolescencia, reportaron que a la edad de tres años los padres informaron que sus hijos presentaban un rango clínico en un 29% para niñas y 28% para niños, mientras que los preadolescentes reportaron un rango clínico en un 20% para mujeres y un 19% para los varones.

En un estudio que comprendió 31 países, Rescorla et al. (2007) indicaron que los niños de entre 6 y 16 años presentaron altos puntajes en problemas internalizados y externalizados, encontrando diferencias significativas en cuanto al sexo (excepto en las escalas de abandono/depresión y problemas sociales), ya que las mujeres puntuaron más alto en problemas internalizados, especialmente en las edades de

12-16 años, en contraste con los varones, quienes puntuaron más alto en problemas externalizados, en edades de 6-11 años.

En 2008, Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker y Schlack reportaron que los adolescentes alemanes mayores (14 a 17 años) presentaron menos hiperactividad/falta de atención en comparación con los otros grupos de edad (3-6 años y 11-13); mientras que en el grupo de edad de 3-6 años tuvieron más problemas de conducta, pero menos problemas emocionales; el grupo de 14-17 mostró menos presencia en todas las dificultades evaluadas en comparación con los otros grupos.

En otro estudio llevado a cabo en Grecia, Giannakopoulos et al. (2009) reportaron que los adolescentes de 15 a 17 años tuvieron más problemas de conducta e hiperactividad/falta de atención en comparación con los adolescentes de 11 a 14 años. Mientras que en la diferencia de sexo se reportó que las mujeres mostraron más síntomas emocionales que los hombres, estas diferencias fueron más grandes en las edades de 15 a 17 años que en el de 11 a 14 años.

Un factor que también se involucra en la presencia de los problemas son los aspectos culturales. En los estudios transculturales se pueden observar diferencias de la presencia de problemas en diversos países, por lo que algunos de estos estudios se muestran a continuación.

En un estudio transcultural entre muestras de niños, cuya media de edad fue de 8.2 años, de Francia, Reino Unido y Estados Unidos, Schojaei, Wazana, Pitrou y Kovess (2009) reportaron que el 10% de los niños fueron “anormales”, 10% fueron “borderline” y 80% de la muestra fueron “normales”. Tanto en la muestra de Francia, Reino Unido y Estados Unidos los padres reportaron que los niños obtuvieron más puntaje en las dimensiones de hiperactividad/falta de atención y problemas de conducta que las niñas, además en los varones de Francia reportaron también síntomas emocionales, problemas con los compañeros y menos hiperactividad/falta de atención que en los niños de Reino Unido. En cuanto a las diferencias entre Francia y Estados Unidos se reportó que los niños

de Francia obtuvieron puntajes más altos de síntomas emocionales, problemas con compañeros, hiperactividad/falta de atención en comparación con Estados Unidos.

En 2003, Verhulst et al. reportaron la presencia de diferentes problemas en adolescentes de entre 11 y 18 años de edad de varias culturas. En Australia se tomó una muestra de entre 12-16 años de edad, en China de 12-18 años, en Israel de 11 a 17, en Jamaica, Turquía, Estados Unidos y Holanda de 11-18 años de edad. Los autores evaluaron las variables de problemas internalizados, problemas externalizados, problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención. Los resultados indicaron que los adolescentes de China, Australia y Holanda mostraron tener más problemas internalizados, externalizados, timidez, problemas de atención y conducta delictiva cuando aumenta su edad; mientras que en los Estados Unidos se presentaron con menor frecuencia las complicaciones somáticas conforme aumento de edad de los adolescentes. Los jóvenes de China, Jamaica y Australia incrementaron los problemas somáticos a mayor edad, mientras que en los países de Holanda y Turquía no hubo cambio con la edad en los problemas somáticos. En la escala de problemas de pensamiento, en todas las culturas se presentó un incremento con la edad, excepto en Israel y Turquía. Las diferencias encontradas en cuanto al sexo y la presencia de problemas somáticos, mostraron que en Australia, China, Jamaica, Estados Unidos y Holanda, las mujeres reportaron más problemas somáticos que los hombres, mientras que los varones presentaron más problemas sociales que las niñas en Israel, Australia, Holanda y Estados Unidos.

Con estas diferencias transculturales se puede percibir cómo influye la cultura, incluyendo normas, valores, creencias y patrones sociales para la educación de sus miembros en los problemas que se presentan y se perciben durante la niñez.

Otro factor al observar la presencia de problemas en una muestra determinada son los informantes, los cuales pueden ser padres, maestros o el autorreporte, tomar en cuenta los tres tipos de informantes permite identificar los problemas con

mayor claridad; sin embargo, los datos que brindan los diferentes informantes pueden ser diferentes entre sí, ya que cada uno puede percibir en diferente magnitud las características y los problemas.

Ramos y Golfeto (2003) al realizar un estudio en una muestra de niños y preadolescentes brasileños de 6 a 11 años de edad para investigar posibles desórdenes psiquiátricos utilizando las versiones para padres y maestros del instrumento del SDQ, reportaron que los padres indican que 30.8 % de los niños presentaron síntomas emocionales, 17.7 % problemas de conducta, 16.8 % hiperactividad/falta de atención, 14 % problemas de relaciones con sus compañeros; mientras que los profesores indican que 1.83 % presenta síntomas emocionales, 8.25 % problemas de conducta, 8.25 % hiperactividad/falta de atención, 2.75 % problemas con compañeros. Además los padres reportaron que las niñas presentan más problemas emocionales, mientras que los niños presentan más hiperactividad, problemas de conducta y problemas de relaciones con los compañeros, los profesores solo reportaron hiperactividad y problemas de conducta en los niños.

En Londres, Davé, Sherr, Senior y Nazareth (2008) observaron diferencias entre los reportes de madres y padres respecto a las capacidades y dificultades de sus hijos de 4-6 años de edad. Los autores mencionaron que los padres reportaron mayores promedios en hiperactividad/falta de atención, problemas de conducta y dificultades totales en comparación con las madres, siendo además que los papás informaron puntuaciones más altas en el total de dificultades de las niñas que las mamás. Los papás fueron más propensos a informar más conductas anormales de sus hijos en comparación con las mamás. De acuerdo al sexo de sus hijos, los padres fueron cuatro veces más propensos a informar sobre la hiperactividad de sus hijos en comparación con sus hijas, hubo también una tendencia de los padres a informar más problemas de conducta y dificultades totales en los varones que a las niñas. No se presentaron diferencias sobre los reportes de las madres de las capacidades y dificultades entre sus hijos e hijas.

En los estudios anteriores se evidencia la presencia de problemas en la niñez a nivel internacional. En México también se han realizado diversos estudios para detectar la presencia de este tipo de problemas. Algunos de estos estudios se muestran a continuación.

Caraveo, Medina-Mora, Villatoro, López y Martínez-Vélez (1995) informaron acerca de los problemas en niños y preadolescentes de 3 a 12 años de edad, mediante el Cuestionario de Reportes para Niños, que estaba estandarizado para detectar problemas de salud mental en infantes, a partir del reporte de los padres. Tanto niños y niñas presentaron 2 o más síntomas, sin diferencias significativas por sexo en cuanto al número de síntomas reportados en los niños de 10 a 12 años de edad. Por sexo y edad si se obtuvieron diferencias significativas ya que los varones de 6 a 9 años mostraron mayores niveles de lenguaje anormal y cefaleas y los de 10 a 12 años tuvieron síntomas como sentirse miedoso-nervioso y tenían lentitud para aprender; mientras que en las niñas de 6 a 9 años presentaron conductas de robo y dormir mal. Sin embargo, de 10 a 12 años mostraron al igual que los niños síntomas de miedo-nervios y lentitud para aprender.

En 2002, la población infantil en México se estimó en más de 33 millones de niños, y un 7 % entre 3 y 12 años de edad se encontraron afectados por uno o más problemas de salud mental que requieren algún tipo de ayuda o ayuda especializada (Secretaría de Salud, 2002).

En 2002, Caraveo, Colmenares y Martínez-Vélez estimaron la prevalencia de síntomas emocionales y conductuales en niños y adolescentes mediante una encuesta que contenía 10 reactivos del Cuestionario para Niños empleado en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 1993 y 17 reactivos de la Lista de Conductas en los Niños de la versión para padres del *Child Behavior Checklist* de Achenbach y Edelbrock (1984), dichas escalas fueron aplicadas en hogares donde hubiera padres o tutores con niños de 4 a 16 años de edad. Los autores reportaron que el 48.6 % de niños y adolescentes no presentaron problemas;

mientras que el resto de los menores reportó la presencia de un solo síntoma (17 %), con dos síntomas (12 %), con tres síntomas (6 %), con cuatro (5 %), con cinco (3 %) y con 6 o 7 síntomas (2 %). Las prevalencias de las manifestaciones sintomáticas fueron la inquietud (17 %), irritabilidad (17 %), nerviosismo (16 %), déficit de atención (14 %), desobediencia (13 %), explosividad (11 %) y conducta dependiente (9 %). En este mismo estudio se les preguntó a los padres al hijo (a) que presentaba algún tipo de síntoma, si consideraba que necesitaba atención mental profesional y sólo el 26 % respondieron afirmativamente; de éstos los padres con hijos (as) con uno o más síntomas solo fue el 17 % y para los que tenían cuatro o más síntomas fue el 45 %.

Valencia y Andrade (2005) encontraron que la percepción de los problemas que presentan los niños está orientada a los problemas externalizados, es decir, a los que se relacionan directamente con conductas disruptivas y socialmente no aceptadas, como romper reglas, la desobediencia y la agresión tanto física como verbal; en cambio, los problemas internalizados no fueron mencionados como problemas quizá porque no afectan a los demás, esto lo mencionaron al reportar que los problemas que más percibieron los padres de preadolescentes de entre 11 y 13 años de edad fueron que sus hijos mostraban desobediencia, eran latosos, rebeldes, groseros, mal educados y no cumplidores, encontrándose sólo un reporte de conducta internalizada ("*estar ausente*"), los maestros también percibieron sólo la presencia de problemas externalizados. Sin embargo, al relacionarse los dos tipos de problemas Valencia y Andrade encontraron que los participantes que se mostraron más agresivos, mentirosos, burlones y desobedientes también se expresaron con más sentimientos de soledad, confusión, tristeza, sentimientos de inferioridad y cambios repentinos del estado de ánimo.

En otro estudio, Benjet et al. (2009) con base en la Encuesta Nacional de Salud Mental Adolescente y la Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta reportaron las prevalencias de trastornos psiquiátricos de adolescentes entre 12 y 17 años de edad. Los resultados mostraron que los trastornos más frecuentes en

ambos sexos fueron la fobia específica (mujeres 26.1 % y hombres 15.6 %) y la fobia social (mujeres 12.4 % y hombres 10.0 %). Siendo las mujeres quienes presentaron, además con mayor prevalencia la depresión (7.6 %), seguidas por el trastorno negativista desafiante (6.9 %), la agorafobia sin pánico (4.7 %) y la ansiedad por separación (3.6 %). En los varones, se presentó también el trastorno negativista desafiante (3.7 %), seguidos por el abuso de alcohol (3.4 %) y el trastorno disocial (3.3 %). Los resultados además indicaron que las mujeres presentaron una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad (35.0 %), de ánimo y de impulsividad (48.7 %). Este último asociado al trastorno negativista desafiante y no al trastorno disocial o por déficit de atención. Aunque la prevalencia de los trastornos por uso de sustancias es más alta en varones, las diferencias entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas. Benjet et. al. (2009) también indicaron que los padecimientos con edades más tempranas de inicio fueron los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos de impulsividad, los trastornos de estado de ánimo y con edades más tardías los trastornos de uso de sustancias, las prevalencias de trastornos fueron similares entre los sexos; sin embargo, para los trastornos de impulsividad, los hombres tuvieron edades de inicio más tempranas que las mujeres.

En un estudio realizado en el estado de Oaxaca se reportó que los trastornos de conducta infantil, los de desarrollo psicológico, de ansiedad y los del afecto fueron más frecuentes (Bernardino-García, Martínez-Jiménez, Vargas-Mendoza & Aguilar-Morales, 2010).

Como se pudo observar en los diversos estudios, la presencia de problemas en niños y adolescentes se encuentra tanto a nivel nacional como internacional, siendo necesaria su pronta atención e intervención. Por lo que algunos investigadores se han centrado en estudiar las influencias que podrían estar presentes en torno a dichas conductas. A continuación se presentan algunos modelos teóricos y empíricos sobre los factores que podrían estar implicados en los problemas.

MODELOS TEÓRICOS Y EMPÍRICOS DE
FACTORES ASOCIADOS A LA
PRESENCIA DE SÍNTOMAS
EMOCIONALES Y PROBLEMAS DE
CONDUCTA EN PREADOLESCENTES

Entre los modelos que más se retoman en las diferentes investigaciones sobre problemas se encuentran: el Modelo Ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1979), el Modelo Coercitivo de Patterson (1982) y el Modelo Biopsicosocial de Dodge y Pettit (2003). El Modelo Ecológico ha sido más estudiado quizá porque retoma variables correspondientes a los cuatro niveles (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) de desarrollo del individuo. El Modelo Coercitivo fue desarrollado a partir de la Teoría de Interacción Social, en él se explican las variables asociadas a la conducta agresiva en niños. El Modelo Biopsicosocial es uno de los más recientes, aunque propuesto solamente de manera teórica.

A continuación se presentan a detalle dichos modelos, incorporando algunas investigaciones que los han puesto a prueba, exceptuando el modelo biopsicosocial que es un modelo teórico. También se presentan algunos modelos empíricos que han tratado de explicar algunos factores asociados a la presencia de problemas.

Modelo ecológico

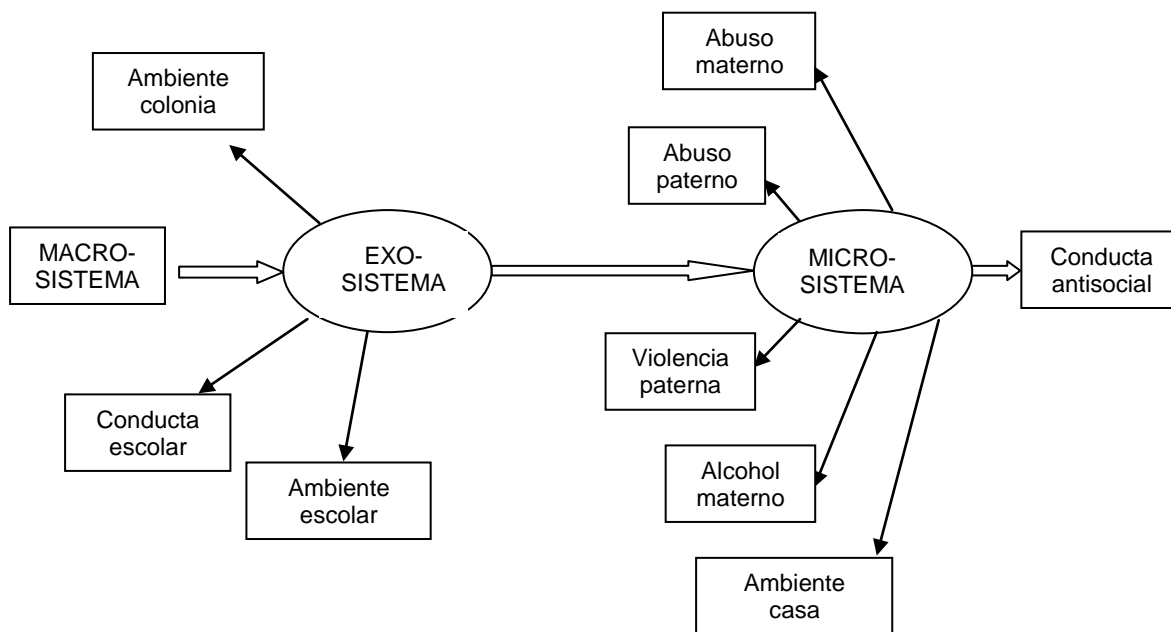
En 1979, Bronfenbrenner propuso una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana, en ella describió al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y organizadas en diferentes sistemas, donde cada uno contiene al otro. Los cuatro sistemas que influyen en el comportamiento del individuo son: el microsistema, que constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo; el mesosistema, que comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente; el exosistema, está integrado por contextos más amplios en los que la persona no se mantiene de manera activa; y el macrosistema, que se refiere a la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los miembros de una sociedad.

Las investigaciones que más han retomado este modelo son las orientadas a la explicación de la conducta antisocial en jóvenes, Gorman-Smith, Tolan y Henry (2000) realizaron un estudio para comprender la relación del proceso familiar y las

diferentes formas de involucramiento de conducta antisocial entre adolescentes masculinos que viven en barrios pobres en Estados Unidos. Este estudio se realizó con adolescentes de entre 11 y 14 años de edad, separados en 4 grupos: no infractores, infractores menores crónicos, infractores en aumento e infractores crónicos y violentos. Los resultados indicaron que los jóvenes que viven más hacinados son más comunes de presentar algún tipo de infracción. Los jóvenes con familias con un funcionamiento excepcional no están involucrados en algún tipo de infracción y los que viven con familias orientadas hacia la tarea se involucran más en infracciones crónicas serias. Esto indica que las variables de contexto del vecindario y las relaciones del proceso familiar influyen de manera directa en la presencia de conducta antisocial estos jóvenes.

En 2003, Frías-Armenta, López-Escobar y Díaz-Méndez tomaron la adaptación del modelo ecológico de Belsky de 1980 y modelaron un marco explicativo del mantenimiento de la conducta antisocial en jóvenes, con una edad media de 15 años. En este estudio tomaron para el macrosistema, las variables de las creencias y actitudes hacia la ley, para el exosistema las variables de ambiente de la colonia, conducta escolar y ambiente escolar, para el microsistema, el abuso materno, el abuso paterno, la violencia paterna, el consumo de alcohol por parte de la madre y el ambiente de la casa. Los resultados obtenidos mostraron que en el microsistema se explicó directamente un 56% de la varianza de la conducta antisocial, la cual es también afectada por el sexo y el macrosistema. En este modelo el macrosistema tuvo un efecto positivo en el exosistema y éste en el microsistema y finalmente en la conducta antisocial, es decir, que el contexto cultural afectó la forma en que los individuos se relacionaban entre sí dentro del contexto escolar y en el barrio, el ambiente del barrio influyó en las relaciones familiares y éstas en la conducta antisocial del menor. Los resultados también evidenciaron el efecto positivo de un ambiente familiar inadecuado en la conducta antisocial de los menores. Dados estos resultados las autoras señalaron que la conducta antisocial o la delincuencia juvenil son fenómenos que reciben influencias no sólo multifactoriales sino también multicontextuales (Figura 1).

Figura 1. Modelo ecológico de predictores de la conducta antisocial de Frías-Armenta, López-Escobar & Díaz-Méndez (2003).



Lila y Gracia (2005) realizaron un estudio tomando como base también al Modelo Ecológico, a fin de identificar las variables que diferencian a los padres que manifiestan calor y afecto a sus hijos, de aquéllos que se caracterizan por un estilo de relación en el que predomina el rechazo, y teniendo en cuenta tres niveles ecológicos: sistema individual, sistema familiar y sistema social. Para llevar a cabo el estudio se conformó una muestra de padres y madres con hijos con edades comprendidas entre los 7 y 12 años de edad. Los resultados indicaron que los padres clasificados en el grupo de rechazo señalaron que sus hijos presentaron más problemas de conducta y que estos problemas son más severos, además tuvieron una menor capacidad de potenciar el desarrollo personal de los miembros de la familia, informaron de una mayor acumulación de eventos vitales estresantes, presentaron más síntomas psicopatológicos, una menor integración y adaptación en la comunidad, más problemas de relación entre los miembros de la familia y una menor vinculación e interacción con grupos sociales más bajos, lo

contrario que sucede con los padres de grupos clasificados en el grupo de aceptación.

Modelo coercitivo

El Modelo de coerción emerge de un programa de investigación enfocado en la conducta antisocial en niños, en el cual se observaron los efectos de una intervención de un programa de entrenamiento a padres cuyos hijos presentaban conducta antisocial. Además, en el Modelo Coercitivo se propuso que tanto el reforzamiento negativo como el positivo, por parte de los padres, mantienen la conducta aversiva infantil (Dishion, Patterson & Kavanagh, 1992; Patterson, 1982).

Patterson (1982; 1986) propuso que los estilos interpersonales de un niño son aprendidos dentro de la familia, siendo una condición extrema cuando el niño forma sus interacciones con otras personas fuera del ambiente familiar, como con sus pares o maestros, ya que las interacciones entre los padres e hijos promueven la conducta prosocial en los niños. Este autor también mencionó la importancia de las prácticas parentales en el comportamiento del niño, indicando que las habilidades disruptivas de crianza presentadas bajo condiciones de extremo estrés, por ejemplo, ante enfermedades severas, desempleo, divorcio, depresión severa o psicosis nerviosa, ocasionan un manejo familiar disruptivo e incrementan la conducta antisocial en los hijos, asimismo la conducta antisocial en los niños puede producir conflictos maritales, alcoholismo o problemas psiquiátricos en los padres.

Patterson (2002) propone tres constructos con múltiples indicadores que explican el comportamiento de los niños:

- 1) **CONTEXTO.** Dentro de este constructo se involucran las variables que sirven como mediadoras en el desarrollo de problemas en niños, estas son: cultura, biología, depresión, divorcio, pobreza y genes.

2) **CREENCIAS PARENTALES.** En éstas se encuentran los valores, las normas y las actitudes estándar que tienen los padres ante la crianza, que contribuyen de manera indirecta en el comportamiento de los niños, siendo mediadoras de las prácticas de crianza.

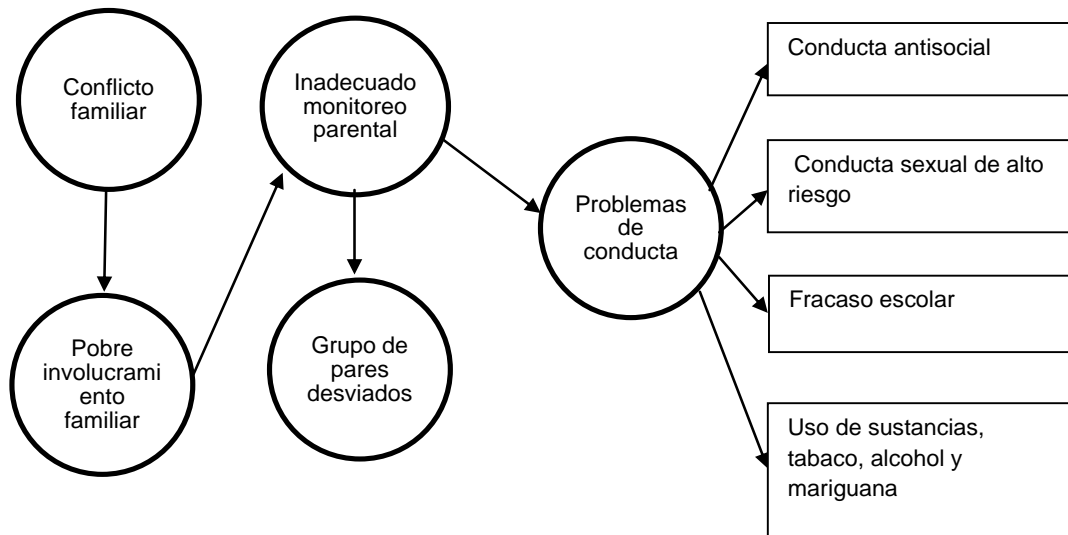
3) **PRÁCTICAS PARENTALES.** Los indicadores que se encuentran en este constructo son disciplina, monitoreo, solución de problemas, involucramiento y reforzamiento positivo. Las prácticas parentales son las que tienen una relación directa en el comportamiento del niño, por lo cual son los indicadores más visibles para observar de manera directa un problema en el niño.

Las investigaciones sobre la Teoría de la coerción proveen fuerte evidencia de la inadecuada disciplina y el pobre monitoreo parental como factores que emergen en el mantenimiento de la conducta antisocial (Snyder & Stoolmiller, 2002).

Entre las investigaciones que retoman el Modelo coercitivo se encuentran las siguientes:

Ary et al. (1999) propusieron un Modelo general del desarrollo de problemas en adolescentes (conducta antisocial, conducta sexual de alto riesgo, fracaso académico y uso de sustancias como tabaco, alcohol y marihuana). Las variables incorporadas en este Modelo fueron: estrategias de crianza, grupo de pares con problemas de comportamiento y problemas en adolescentes. Los resultados mostraron que los constructos sociales explicaron un 46% de la varianza de los problemas encontrados en los adolescentes, indicando que el conflicto familiar es antecedente de bajos niveles de involucramiento, ocasionando un inadecuado monitoreo parental y a su vez la interacción de sus hijos con grupos de pares con problemas, originando finalmente problemas de comportamiento en los adolescentes (Figura 2).

Figura 2. Modelo del desarrollo de problemas de conducta en adolescentes (Ary, Duncan, Biglan, Metzley, Noell & Smolkowski, 1999).

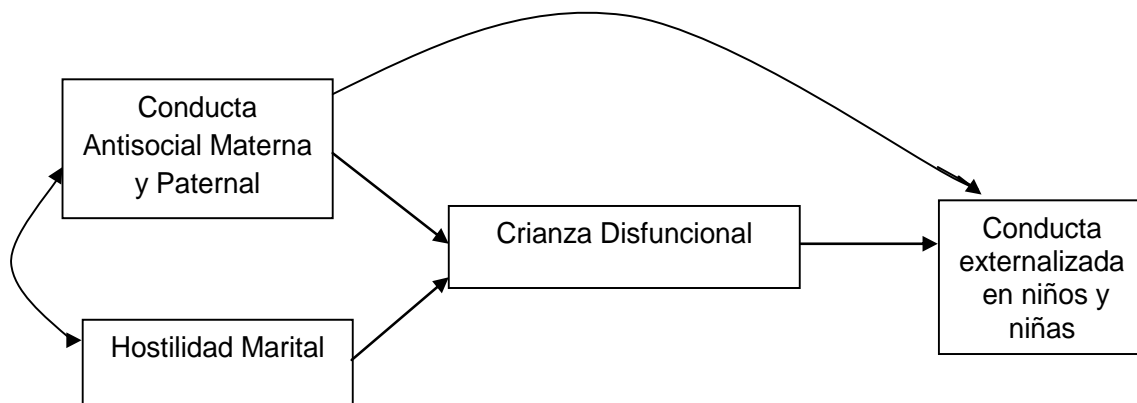


Verlaan y Schwartzman (2002) basados en la Teoría coercitiva, evaluaron un Modelo empírico donde relacionaron los estilos de crianza disfuncionales y los problemas externalizados en niños. Para llevar a cabo su estudio tomaron una muestra de preadolescentes con una edad media de 11.8 años, y una muestra que correspondía a los padres de los niños. Los autores encontraron que la conducta antisocial de las madres fue asociada de manera positiva con las prácticas de crianza disfuncionales y con problemas externalizados en los preadolescentes. Las madres que reportaron hostilidad marital presentaron crianza disfuncional con sus hijas e hijos y estos últimos a su vez mostraron problemas externalizados. Además se evidenció que la conducta antisocial de las madres y la hostilidad marital se asoció con la crianza. La conducta antisocial de madres y la crianza disfuncional explicaron el 51 % de la varianza de problemas externalizados en sus hijos y el 66 % para sus hijas; indicando un 21 % de la

varianza de relaciones disfuncionales entre madre-hijo y 29 % en la relación madre-hija.

En los resultados referentes a los papás de los niños, se identificó que la hostilidad marital se relacionó con crianza disfuncional, pero no se asoció significativamente con problemas en sus hijos. La disfuncionalidad parental fue asociada de manera positiva solo para los problemas externalizados en sus hijos varones, no siendo el caso para sus hijas. Para los papás no hubo un indicador confiable de conducta antisocial de padres y problemas externalizados, aunque tampoco lo hubo en la relación padre-hija, explicando solo el 8 % de la varianza; en tanto que para la relación padre-hijo se explicó el 34 % de la varianza. Además, la crianza disfuncional del padre sólo se asoció con problemas externalizados en niños, explicando el 51 % de la varianza. Con estos resultados, los autores señalaron que el vínculo entre problemas externalizados y estilo de crianza coercitiva de los papás es más fuerte para los niños que para las niñas (Figura 3).

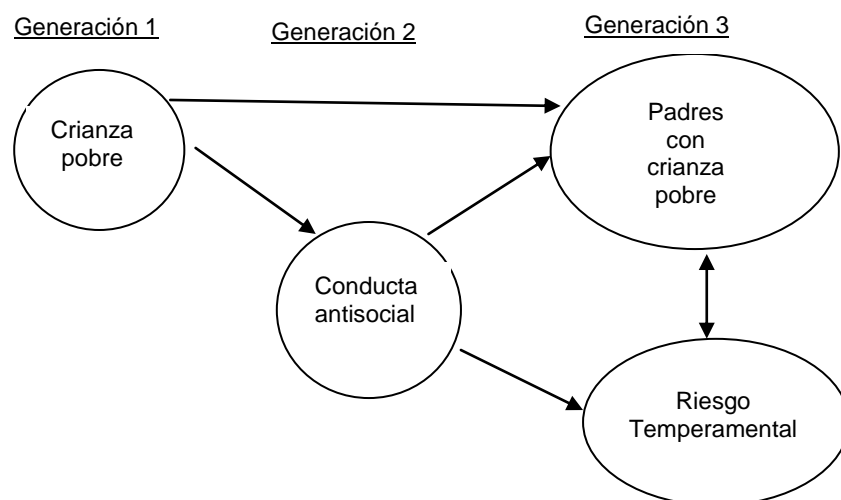
Figura 3: Relación entre conducta antisocial, hostilidad marital, crianza disfuncional y conducta externalizada en niños (Verlaan & Schwartzman, 2002).



En 2003, Capaldi, Pears, Patterson y Owen realizaron un estudio en Estados Unidos, respecto a los problemas externalizados y las prácticas de crianza en tres

generaciones de jóvenes, a fin de mostrar que las prácticas de crianza podían transmitirse de una generación a otra, dándose de esta forma la transmisión intergeneracional de las conductas antisociales. Para comprobar esta hipótesis los autores crearon un Modelo de transmisión de generaciones de prácticas de crianza relacionadas a la presencia de problemas externalizados. El estudio fue longitudinal de padres e hijos como representantes de la generación 1 y 2 y para la generación 3 se tomaron los hijos (de entre 16 y 30 meses de edad) de la generación 2. Los resultados indicaron que una crianza pobre en la generación 1 está asociada con un nivel alto de conductas antisociales de la generación 2 durante la adolescencia, que a su vez fue un predictor significativo de las prácticas de la crianza pobres al llegar a la adultez. Además, el nivel de conducta antisocial de la generación 2 fue asociado con el nivel de temperamento de sus hijos, finalmente la crianza pobre de la generación 2 fue asociada con el nivel actual del temperamento del niño (Figura 4).

Figura 4. Transición de crianza y su asociación con el riesgo de temperamento (Capaldi, Pears, Patterson & Owen, 2003).



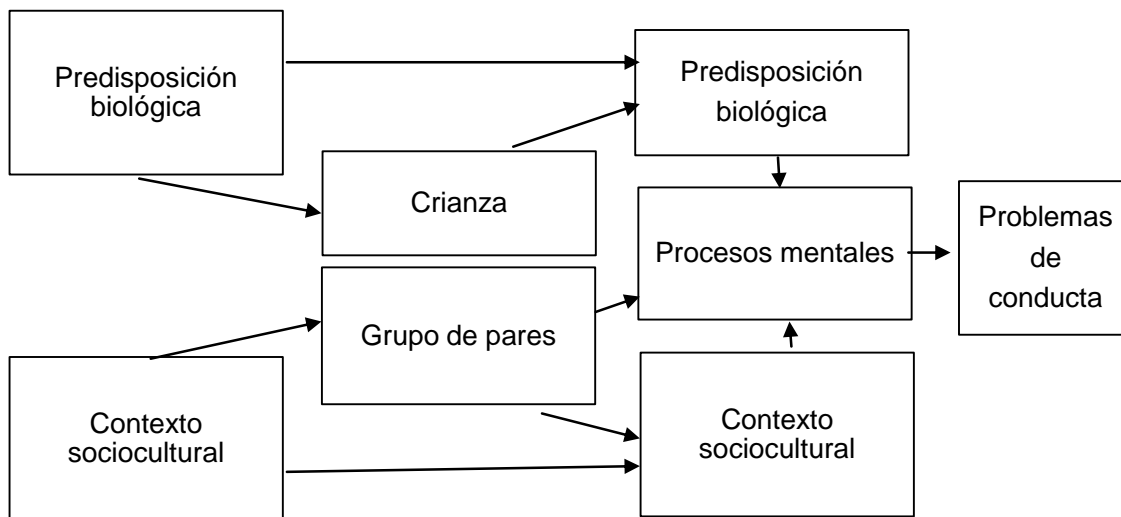
Vite y López (2007) hicieron un estudio con el fin de ampliar la evidencia respecto a los procesos de regulación aversiva en las relaciones coercitivas en niños con historias de maltrato infantil. Los participantes en este estudio fueron niños, con una media de edad de 6.8 años, participaron también sus madres. Las evaluaciones se realizaron mediante observaciones en un cubículo condicionando, las categorías evaluadas se derivaron del Sistema Observacional de la Interacción Madre-Niño, las cuales fueron para la madre: Razonar, Aprobar, Instrucción, Amenazar, Desaprobar, Regañar, Supervisar, Reparar y otras; y para los niños: Desobedecer, Repelar (rezongar), Activo y otras. Los resultados mostraron que la conducta desobediente del niño predijo comportamientos pasivos o poco atentos de la madre hacia los hijos, lo que promueve intercambios aversivos madre-niño, iniciados por el fracaso de la madre en hacer cumplir su instrucción y dando lugar al reforzamiento de la conducta coercitiva infantil.

Modelo Biopsicosocial

En 2003, Dodge y Pettit presentaron un Modelo de factores biológicos y de contexto sociocultural como variables predictoras de la conducta antisocial. Los autores propusieron que las predisposiciones biológicas presentes desde el nacimiento son un factor de riesgo en problemas de conducta posteriores, las cuales tienen un impacto diferente dependiendo de la edad. El contexto sociocultural en el cual se desarrolla un niño, también es un factor de riesgo para la presencia de problemas, estas características contextuales se han conceptualizado, de acuerdo al Modelo ecológico, en subcultural, vecindario y niveles familiares, encontrando dentro de estos factores la crianza, los grupos de pares, las instituciones, como la escuela y la exposición de violencia por televisión y videojuegos. Además consideraron a los procesos cognitivos y emocionales mediadores de la relación entre factores de riesgo y problemas, debido a que las “malas experiencias” que tienen los niños son aprendidas y podrían presentarse en comportamientos futuros. Con base en la realización de una revisión exhaustiva de estudios que predicen la conducta problemática, los autores presentaron un Modelo teórico biopsicosocial para describir una relación no lineal

de contextos individuales e interpersonales asociados a la presencia de problemas (Figura 5).

Figura 5. Modelo biopsicosocial del desarrollo de problemas de conducta (Dodge & Pettit, 2003).



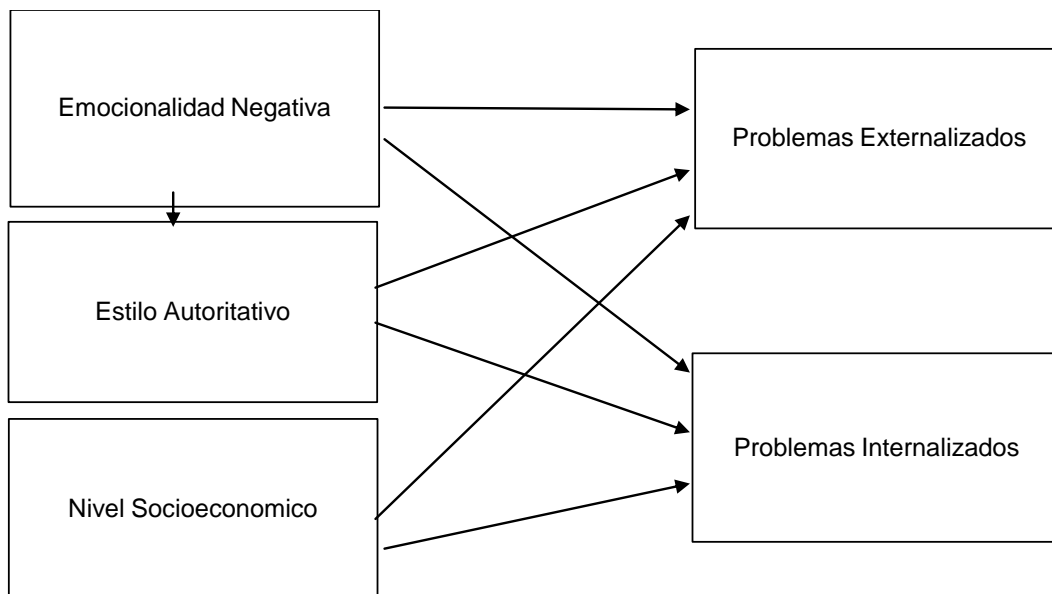
Modelos de factores asociados a la presencia de problemas emocionales y de conducta

Los modelos de problemas emocionales han sido estudiados con menor énfasis, quizá porque este tipo de problemas es menos visible que los problemas de conducta, pese a ello, algunos autores han presentado sus propuestas analizando algunas variables asociadas a la presencia de problemas de conducta incluyendo a los problemas emocionales .

Paulussen-Hogeboom et al. (2008) realizaron un estudio en el cual evaluaron las variables de emocionalidad negativa de los niños, como parte de su temperamento, el estilo autoritativo de la madre y problemas internalizados y externalizados en niños, y con estas variables propusieron un modelo empírico.

Los resultados reportados por Paulussen-Hogeboom et. al. (2008) indicaron que la emocionalidad negativa de los niños se asoció de manera positiva con los problemas externalizados e internalizados de los niños, al igual que la emocionalidad negativa y el estilo autoritativo maternal; sin embargo, el estilo autoritativo maternal se asoció de manera negativa con los problemas externalizados y los internalizados. Al analizar el nivel socioeconómico y los problemas tanto internalizados como externalizados en los niños, la relación fue negativa. El modelo empírico que mostraron los autores con las variables antes mencionadas explicó una varianza del 26% de problemas internalizados y 32% para los problemas externalizados (Figura 6).

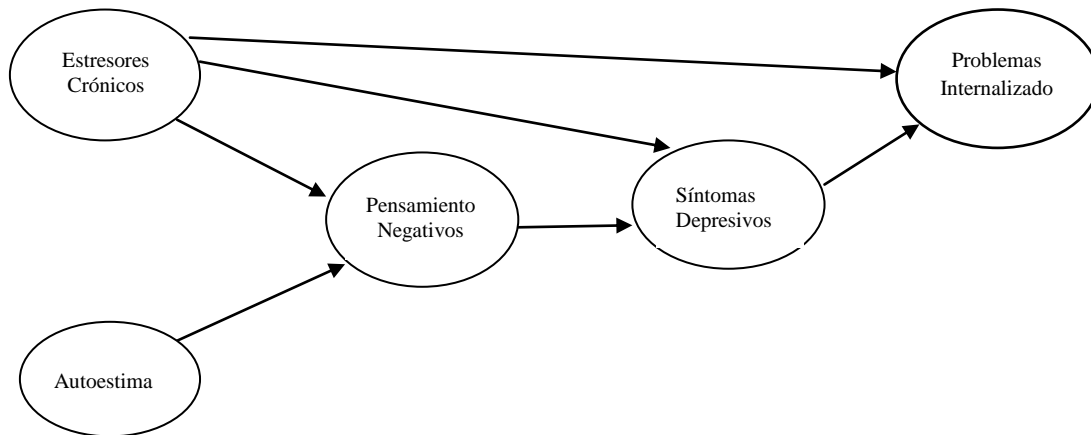
Figura 6. Modelo relacionando emocionalidad negativa, problemas internalizados y externalizados (Paulussen-Hogeboom, Stams, Hermanns, Peetsma & Van Den Wittenboer, 2008).



Hall, Rayens y Peden (2008) para identificar características de las madres que predicen problemas internalizados y externalizados, tomaron una muestra de madres de entre 18 y 45 años de edad con niños de entre 2 y 6 años y propusieron un Modelo de predictores de problemas internalizados y

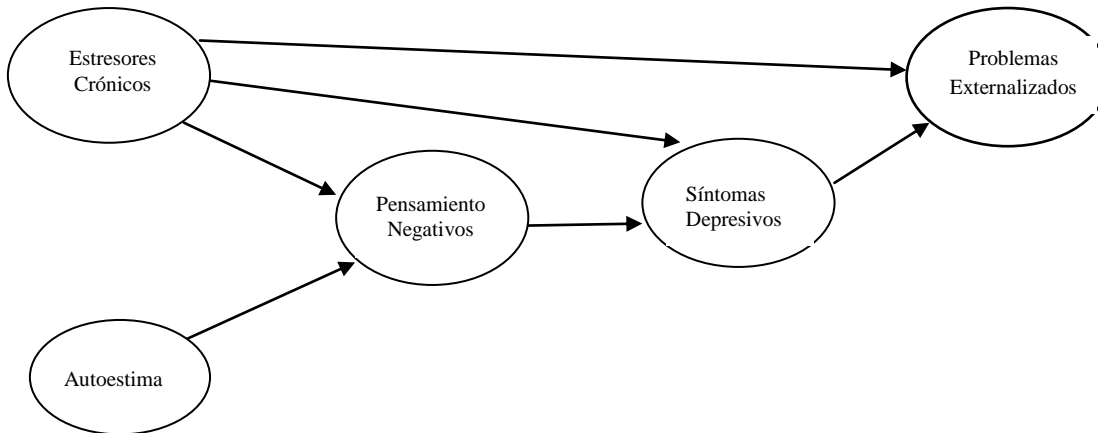
externalizados. El Modelo de problemas internalizados, que incluye estresores crónicos y síntomas depresivos, y las variables control (edad de las madres, empleo, desempleo, grupo étnico, educación e ingreso económico) explicó el 27% de la variabilidad. La autoestima y los pensamientos negativos no fueron retenidos en el modelo final porque no predijeron conducta internalizada directamente, pero tuvieron un efecto indirecto (Figura 7).

Figura 7. Modelo de predictores de problemas internalizados en niños (Hall, Rayens & Peden, 2008).



El modelo de conducta externalizada fue muy similar. Junto con las variables control, los estresores crónicos y los síntomas depresivos explicaron el 21 % de la varianza en conducta externalizada. La autoestima y los pensamientos negativos no fueron predictores significativos de la conducta externalizada. Las variables control, los estresores crónicos y la autoestima alcanzaron el 75 % de la variabilidad en pensamientos negativos; y los estresores crónicos y los pensamientos negativos explicaron el 73% de la varianza en síntomas depresivos (Figura 8).

Figura 8. Modelo de predictores de problemas externalizados en niños (Hall, Rayens & Peden, 2008).



Guion, Mrug y Windle (2009) presentaron un Modelo en el cual analizaron las discrepancias entre la relación padre-hijo y los problemas internalizados en los niños. Para este estudio participó una muestra de padres/madres e hijos(as) de 11 a 13 años de edad. Las variables evaluadas fueron: prácticas de disciplina severa y disciplina inconstante, conductas de cuidado, depresión, ansiedad, síntomas del desorden de oposicionismo y desafiante del adolescente, y la conducta antisocial. Los resultados indicaron que los reportes de los padres fueron discordantes con los de sus hijos (as), ya que estos últimos reportaron mayores conductas negativas de los padres en disciplina severa e inconsistente y menor cuidado, los autores mencionan que las discordancias entre padres e hijos son saludables pero una discordancia extrema es un indicativo de un pobre ajuste parental. Las evaluaciones discordantes entre padres e hijos en la disciplina severa, disciplina inconsistente y los pocos cuidados fueron predictores de problemas internalizados en niños, como ansiedad y depresión, además de la presencia de depresión parental y conducta suicida en niños (Figura 9). Por el contrario, estas variables no fueron predictoras significativas para la presencia de problemas externalizados (Figura 10).

Al juntar los problemas internalizados y los problemas externalizados, los estresores crónicos, tuvieron un gran efecto seguidos de los síntomas depresivos. El efecto de autoestima y pensamientos negativos fueron indirectos con el reporte materno de conducta en niños.

Figura 9. Modelo predictivo de problemas internalizados basado en las discrepancias padres-hijos (Guion, Mrug & Windle, 2009).

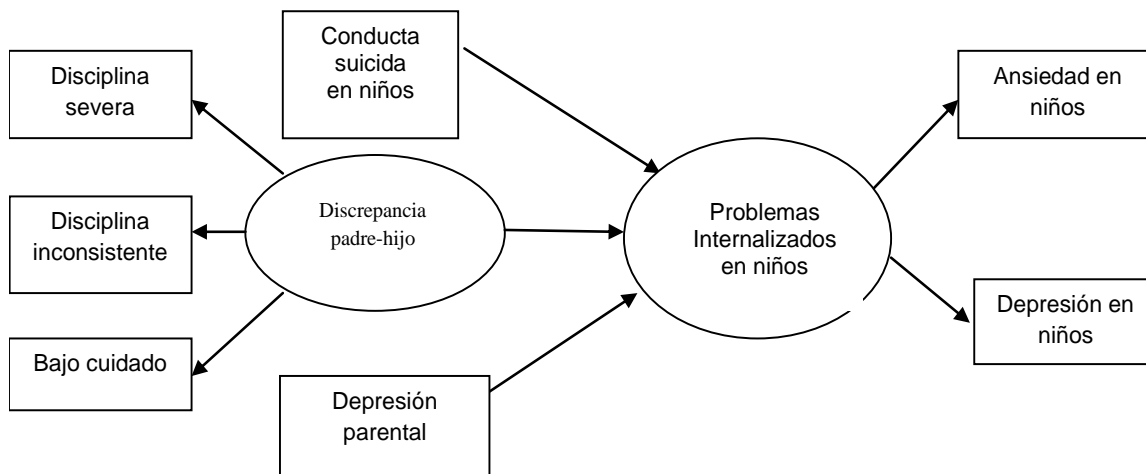
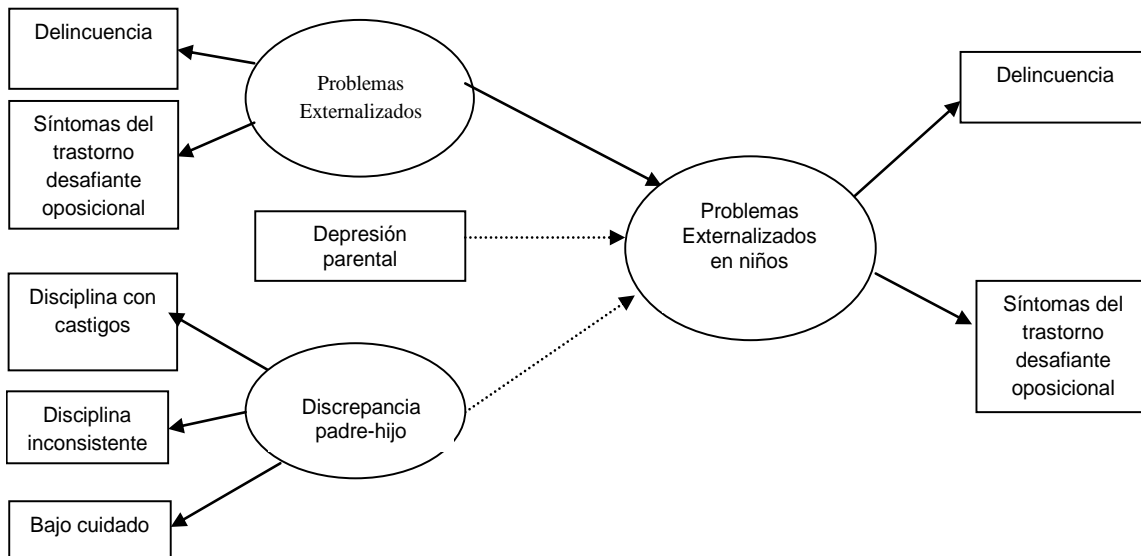


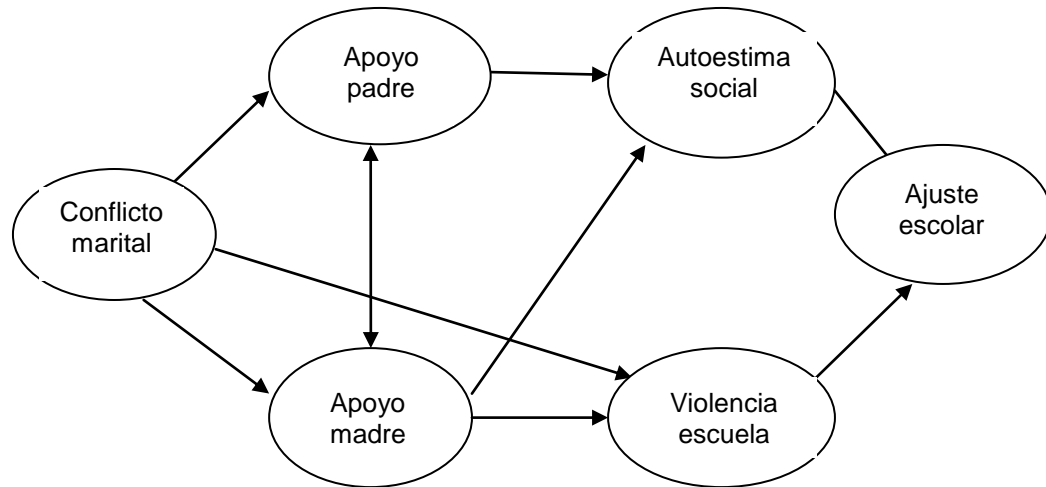
Figura 10. Modelo predictivo de problemas externalizados basado en las discrepancias padres-hijos (Guion, Mrug & Windle, 2009).



Otro de los modelos que explica factores asociados a la presencia de problemas en la adolescencia es el presentado por Musitu, Martínez y Murgui (2006) quienes analizaron las relaciones entre el conflicto marital y el ajuste escolar del adolescente, además de analizar la influencia del apoyo del padre y de la madre en el ajuste escolar del adolescente. Participaron adolescentes de 11 a 16 años. Los resultados indicaron que la violencia física y verbal como una estrategia de resolución de conflictos se asoció de manera negativa con la percepción de apoyo del padre y de la madre, y de forma positiva con la percepción del adolescente en conductas violentas en la escuela. También se identificó que la ruptura de la relación de los padres mostró una relación negativa con el apoyo de la madre y del padre hacia sus hijos, siendo además el apoyo parental (apoyo del padre y de la madre) positivamente asociados con la autoestima social y de manera negativa con la expresión de conductas violentas en la escuela.

Con base en estos resultados, Musito et al. (2006) realizaron un modelo estructural con las variables de conflicto familiar- de las estrategias de violencia y ruptura en la relación- sobre el ajuste escolar, a través de sus relaciones con el apoyo percibido del padre y de la madre. En este modelo hubo una relación elevada entre el apoyo de la madre y el del padre, en cuanto a la predicción del ajuste escolar no se encontró una relación directa con el conflicto marital, sin embargo, el conflicto marital presentó una relación negativa con la percepción del adolescente de apoyo del padre y de la madre, ambos factores mostraron una relación positiva con la autoestima social del adolescente, que a su vez influyó positivamente con el ajuste escolar. Por otro lado, el conflicto marital mostró una relación positiva con la expresión de conductas violentas en los hijos adolescentes y con el apoyo de los padres, la cual también influyó con la violencia en la escuela, la violencia escolar a su vez está asociada negativamente con el ajuste escolar. Este modelo explicó el 15% de la varianza del ajuste escolar en adolescentes. Finalmente los autores indicaron que el conflicto marital influyó negativamente en la autoestima social a través del apoyo del padre y en el ajuste escolar a través del apoyo del padre y de la madre. El apoyo del padre influyó indirectamente en el ajuste escolar a través de su relación con la autoestima social, mientras que en el caso del apoyo de la madre, el efecto indirecto tuvo lugar a través de su relación con la violencia escolar y la autoestima social (Figura 11).

Figura 11. Modelo Estructural de conflicto marital, apoyo parental y ajuste escolar en adolescente (Musitu, Martínez & Murgui, 2006).



Una vez analizados los modelos de problemas, se hace patente la importancia por los factores que contribuyen a la presencia de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes, y que por lo general los Modelos se centran en la explicación de los problemas de conducta, quizá porque son más visibles, en comparación de los problemas o síntomas emocionales.

Tomando en cuenta estos modelos y las investigaciones que los respaldan, en esta investigación se retomarán las variables de conflicto parental, síntomas depresivos y prácticas parentales como factores que influyen en la presencia de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes.

FACTORES ASOCIADOS A LOS
SÍNTOMAS EMOCIONALES Y
PROBLEMAS DE CONDUCTA

Abidin (1996) y Barkley (1997) han propuesto cuatro factores de riesgo asociados al desarrollo y mantenimiento de la conducta problemática: 1) las características de los preadolescentes, 2) las características de los padres, 3) los factores contextuales y 4) la interacción padre-hijo. Erickson (1998) indicó que entre los factores asociados con un incremento de riesgo de presentar problemas de conducta se encuentran las variables demográficas (edad y el sexo de los niños) y los factores socio- psicológicos, como las condiciones sociales y familiares.

Dada la importancia por conocer los factores asociados a la presencia de problemas emocionales y de conducta, a continuación se presentan algunas de las investigaciones que se han relacionado con problemas en preadolescentes. Los datos se presentan en dos rubros: 1) los factores biológicos y 2) los factores familiares, los cuales se retoman con base en las clasificaciones reportadas como indicadores de desencadenamiento por Abidin (1996), Barkley (1997), Bronfenbrenner (1979) y Erickson (1998).

Factores Biológicos

La predisposición biológica que tienen los preadolescentes desde el momento de nacer, puede ser un indicador de riesgo para la presencia de problemas durante su desarrollo. Las características que explican la individualidad incluyen las diferencias sexuales (Shaffer, 2000).

Diferencias por sexo

Una de las posibles explicaciones sobre las diferencias entre hombres y mujeres ante la presencia de problemas es que los varones parecen ser más vulnerables durante los primeros años de vida (Shaffer, 2000).

Algunos estudios que al analizar la presencia de problemas en niños y adolescentes han tomado en cuenta el sexo han indicado que los varones presentan más problemas de conducta y que las mujeres presentan más problemas emocionales (Ulu & Fisiloglu, 2002; Pihlakoski et al., 2006).

En el estudio realizado por Bragado, Bersabé y Carrasco (1999) en España, se indicó que los varones presentaron más problemas de eliminación y que las mujeres presentaron trastornos depresivos. Datos similares fueron presentados por Aláez et al. (2000) también en España, al reportar que en menores de 19 años, los varones presentaron con más frecuencia los trastornos de conducta, seguidos de los trastornos de desarrollo, de eliminación, de ansiedad y de depresión; mientras que en las mujeres se reportó que los trastornos que más prevalecieron fueron los depresivos, los de conducta, de ansiedad, los de desarrollo, los trastornos de sueño, de reacción al estrés agudo y de alimentación. En cuanto a la relación que hubo entre la edad y sexo se reportó que los hombres entre 6 y 9 años mostraron más problemas de conducta; de los 10 a 13 años de ansiedad; y de los 0 a 5 y de 14 a 18 mostraron altos niveles de trastorno de desarrollo; los trastornos de eliminación, de actividad, de atención y de rivalidad entre hermanos se presentaron en todas las edades en los hombres. Las mujeres de 0 a 5 y de 6 a 9 mostraron más ansiedad, trastornos depresivos, y reacción al estrés agudo; los trastornos de alimentación se presentaron en todas las edades en las mujeres.

En 2006, Hammarberg y Hagekull, en Estados Unidos reportaron que hubo un incremento de problemas internalizados y externalizados a través de 8 meses de estancia en el preescolar, siendo las niñas quienes presentan más conducta internalizada y los niños cambiaron más su conducta internalizada por conducta externalizada, presentando más este tipo de conducta que las niñas.

Resultados similares han sido reportados por Bailey, Zauszniewski, Heinzer y Hemstrom-Krainess (2007) quienes examinaron diferencias de sexo en la presencia de síntomas depresivos en niños y niñas de 11 y 12 años. Los resultados presentados por los autores indicaron que las mujeres reportaron mayor puntaje de síntomas depresivos en los factores de estados de ánimo depresivos, irritabilidad y tristeza, siendo los varones quienes presentaron más puntajes en desobediencia, mala conducta y problemas escolares. Ante estos resultados los autores concluyeron que las niñas presentaron más conductas

internalizadas y baja autoestima y los niños más conducta externalizada y problemas escolares. Cabe mencionar que a pesar de que niños y niñas tuvieron diferentes puntajes en cada una de las escalas, al analizar diferencias de sexo, éstas no fueron significativas.

En España también se han reportado hallazgos similares, Magarto y Garaigordobil (2010) reportaron que en una muestra de 5 a 12 años de edad, se presentaron los problemas de ansiedad, infantil-dependiente, atención-hiperactividad, conducta perturbadora, rendimiento académico y conducta violenta, siendo los niños quienes presentaron más estos problemas en comparación con las niñas, mientras que las niñas solo presentan más somatización.

Los estudios que han utilizado el SDQ como instrumento de evaluación reportaron que las mujeres presentan más problemas emocionales, mientras que los hombres presentan más problemas de conducta, hiperactividad/falta de atención y problemas con sus compañeros (Cury & Golfeto, 2003; Giannakopoulos et al., 2009; Schojaei, Wazana, Pitrou & Kovess, 2009; Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker & Schlack, 2008); sin embargo, en el estudio de Pakistán (Syed, Hussein & Mahmud, 2007) no se encontraron diferencias en la dimensión de problemas emocionales y problemas con compañeros entre hombres y mujeres, pero sí en problemas de conducta e hiperactividad/falta de atención, que al igual que otros estudios encontraron que los varones presentan más este tipo de conducta.

Los estudios realizados en México han reportado hallazgos similares a los encontrados a nivel internacional, como se presenta a continuación.

En un estudio realizado en Oaxaca para identificar los problemas más frecuentes en niños de educación básica por medio de los padres, se reportó que las niñas y los niños presentaron más agresión física y verbal, hiperactividad y negativismo, siendo las niñas quienes presentaron más agresión física y verbal que los niños, mientras que éstos últimos presentaron más hiperactividad que las niñas. Los autores mencionaron que los padres reportaron conductas consideradas como problemáticas lo cual no implica la presencia de trastornos de comportamiento,

mencionando que es un error común patologizar aquellas conductas que resultan inconvenientes para los padres, siendo que una gran parte de los diagnósticos estructurales se establecen por las complicaciones que generan la conducta de los niños en los padres y no por el sufrimiento reportado por los niños (Aguilar-Morales, Aguilar-Morales & Vargas-Mendoza, 2006)

En 2005, en el Distrito Federal, Valencia y Andrade reportaron que los varones mostraron más problemas externalizados, como agresividad, inquietud, desobediencia y burlas, mientras que las niñas presentaron más problemas internalizados como sentimientos de inferioridad, soledad, tristeza, ansiedad, dolor o molestia en alguna parte de su cuerpo. Andrade, Betancourt y Orozco (2006), igual en el Distrito Federal reportaron datos similares, en un estudio con niños con un rango de edad de 9 a 13 años, al señalar que tanto las niñas como los niños manifestaron síntomas depresivos; siendo las niñas quienes presentaron un mayor porcentaje de depresión moderada y severa en comparación con los niños que presentaron un nivel de depresión mínima.

En el estudio realizado por Betancourt y Andrade (2008) se reportó que los niños tuvieron más problemas externalizados en comparación con las niñas, quienes muestran más problemas internalizados. Resultados similares reportó Méndez (2008) en una muestra integrada por niños y niñas de entre 10 y 13 años de edad, en donde los varones presentaron mayores puntajes de problemas externalizados y de atención en comparación con las niñas.

Pocos son los estudios en los que no se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres ante la presencia de problemas, como es el caso realizado por Méndez, Vargas, Pozos y López (2008) acerca de la depresión en personas de entre 8 y 15 años de edad, sin embargo, los hombres presentaron medias ligeramente más altas en las dimensiones de total depresivo, actitudes negativas ante la vida, autoconcepto negativo y sentimiento de culpa, indicando un grado mayor de rasgos depresivos en comparación con las mujeres. Datos que son contrastados en el estudio de Vallejo, Osorno y Mazadiejo (2008), al reportar que

en una muestra con adolescentes de 12 a 19 años de edad se encontró que el 40.72% de la muestra presentó sintomatología depresiva, siendo las mujeres quienes presentan más sintomatología depresiva que los hombres, señalaron que se presenta más este tipo de problemas en el nivel educativo de secundaria que en bachillerato.

En otro estudio realizado por Betancourt y Andrade (2011) reportaron que las mujeres adolescentes presentaron más depresión, problemas somáticos, conducta desafiante y lesiones autoinfligidas en comparación con los hombres, pero no encontraron diferencias en problemas de pensamiento y problemas externalizados.

En la mayoría de los estudios donde reportan diferencias por sexo, se observa que las mujeres presentan más problemas emocionales, siendo los varones quienes presentan más problemas de conducta. En el proceso de socialización se establecen las diferencias de comportamiento de los individuos de acuerdo al sexo, para las mujeres se espera un comportamiento más pasivo, discreto, apacible, amable, mientras que en el niño se espera más actividad, agresividad, que sea dominante, ambicioso, abierto, independiente, estas formas no solo delimitan los comportamientos de los individuos, sino también la forma en que los otros miembros del medio social los tratan (Berk, 2001).

Factores familiares

Uno de los predictores que se han estudiado ante la presencia de los problemas en los niños es la salud mental de los padres (Patterson, 1986). Como se observó en los modelos mostrados anteriormente, la depresión materna y el conflicto con la pareja son factores asociados al comportamiento problemático en los niños.

Las características del ambiente familiar, como el tipo de cuidado de los padres y la depresión de éstos, son fuertes predictores de problemas en niños y adolescentes; siendo que problemas emocionales en los niños están relacionados con el miedo, la timidez de los padres, la disciplina severa que ejercen sobre los

niños y los síntomas de depresión materna, así como los problemas de pareja; en las niñas los predictores de este tipo de problemas son los síntomas depresivos en la madre y problemas con la pareja; mientras que los problemas de conducta de los varones se asociaron con la impulsividad de los padres, la disciplina severa, los síntomas depresivos maternos y problemas matrimoniales (Leve, Kim & Pears, 2005).

Depresión materna

En el estudio realizado en 2007 por Elgar, Mill, McGrath, Waschbusch y Brownridge para determinar si los síntomas depresivos parentales se relacionan con la conducta parental (bajo cuidado, rechazo y pobre monitoreo) contribuyendo, a su vez, a la presencia de problemas en niños, se tomó una muestra de padres y niños de 10 a 15 años de edad. Los resultados indicaron que los síntomas depresivos en madres y padres fueron positivamente relacionados con problemas emocionales y de conducta. También hubo correlación negativa con síntomas depresivos en los niños. La depresión parental fue relacionada con menos cuidados y monitoreo y más rechazo parental, particularmente entre padres. Así el cuidado parental y monitoreo fue negativamente correlacionado con problemas emocionales.

Al realizar un estudio para identificar características de las madres que predicen problemas internalizados y externalizados en niños, Hall, Rayens y Peden (2008) tomaron una muestra de madres de entre 18 y 45 años de edad con niños de entre 2 y 6 años y reportaron que la percepción de las madres de niños con problemas internalizados y externalizados fue positivamente correlacionada con síntomas depresivos, pensamientos negativos y estrés crónico de la madre. En este mismo año, Davé, Sherr, Senior & Nazareth (2008) reportaron datos similares en una muestra de padres con hijos de 4 a 6 años de edad, indicando que el 8% de los padres presentó un diagnóstico de depresión, siendo los padres que presentan más depresión los que tuvieron hijos con problemas de conducta comparado con padres que no tuvieron depresión.

En otro estudio Ewell, Garber y Durlak (2008) reportaron que los síntomas depresivos, de preadolescentes con una media de edad de 11.86 años, fueron asociados con bajos niveles de afecto positivo de las mamás, además las madres con depresión severa o crónica fueron asociados de manera negativa con conducta positiva en sus hijos, también altos niveles de conducta negativa materna y bajos niveles de conducta positiva fueron asociados con altos niveles de problemas de conducta en los niños.

Pero los síntomas depresivos y los problemas en los niños no se dan como un proceso lineal, sino que son procesos bidireccionales que influyen tanto en el desarrollo de los niños como en la salud de los padres, esto lo menciona Gross, Shaw y Moilanen (2008) al examinar los procesos bidireccionales entre conducta antisocial en niños de entre 5 y 15 años de edad, y síntomas depresivos de madres. Para determinar la relación entre la depresión materna y la percepción de depresión materna de los niños con conducta agresiva, se utilizó el modelo de procesamiento paralelo, en este modelo los parámetros de la conducta agresiva y la depresión materna fueron estimados simultáneamente y se permitió correlacionarlos. Los resultados indicaron que hubo efectos recíprocos entre depresión materna y problemas de conducta en niños y conducta antisocial.

Las investigaciones reportadas anteriormente muestran cómo la depresión materna es un factor importante en la presencia de problemas en niños, por lo cual es necesario detectar a tiempo sintomatología depresiva en los padres para poder intervenir de manera inmediata y al mismo tiempo disminuir la probabilidad de presencia de algún tipo de problema en sus niños, que pueda ocasionarle una alteración en su desarrollo físico y emocional, no solo a nivel individual, sino también en su contexto social.

Conflicto parental y estrategias de manejo del conflicto

Otro factor asociado a los problemas en la niñez son los conflictos entre los padres. Para entender este apartado se dará una breve explicación de qué es el conflicto.

Los conflictos se refieren a aquellas situaciones en las que dos o más personas entran en oposición o desacuerdo porque sus posiciones, valores, intereses, aspiraciones, deseos o necesidades son incompatibles, es decir, los conflictos son desacuerdos que ocurren entre dos o más personas cuando al menos una de ellas hace algo que impide que la otra haga lo que necesita o se sienta bien, provocando un choque entre ambas. Los conflictos nacen, crecen, se desarrollan y pueden a veces transformarse, desaparecer y/o disolverse, aunque en ocasiones permanecen estacionados a menos de que se afronten (Marinés, 1996).

Cascón (2006) mencionó que los conflictos están presentes en todos los momentos de la vida porque siempre se presentan situaciones nuevas en las que muchas veces no se está de acuerdo; por lo general se aprende a valorar los conflictos como negativos, porque son asociados a la violencia, por lo que hay que entender que los conflictos son desacuerdos entre las personas, que muchas veces pueden ser constructivos. Dentro de las relaciones interpersonales y principalmente las de pareja, los conflictos surgen día con día cuando las partes implicadas chocan en diversos aspectos como gustos, valores o puntos de vista, siendo difíciles de resolver porque hay principalmente elementos internos que son complicados de entender, como el manejo de los sentimientos y las emociones.

Fuquen (2003) mencionó que algunos motivos de los conflictos con la pareja son los siguientes:

- La subjetividad de la percepción: cada uno de los miembros de la pareja captan de forma diferente un mismo objetivo.
- Las fallas de la comunicación: muchas veces los mensajes llegan de manera diferente al receptor, es decir se crea “el teléfono descompuesto”.
- La desproporción entre las necesidades y los satisfactores: la distribución de las tareas en el hogar y en el trabajo no son equitativas, lo cual puede generar problemas entre los cónyuges.
- Información incompleta: cuando algún miembro de la pareja opina sobre algo que no conoce de manera completa, sino sólo una parte.

- Las presiones que causan frustración: en ocasiones se crean compromisos, sin embargo, no siempre se da cumplimiento a todo, lo cual genera un malestar que puede desencadenar en un conflicto.
- Las diferencias de carácter: las diferentes formas de ser, pensar y actuar conllevan a desacuerdos.
- Críticas: cuando algún miembro de la pareja utiliza actos verbales y no verbales que son percibidos como humillantes o desfavorables para con el otro (a).
- Demandas ilegítimas: cuando un parte de la pareja pide cosas que la otra considera injustas.
- Molestias acumuladas: muchas veces se encuentra alguna molestia pero no se toma en cuenta, pudiendo pasar como desapercibidas, pero conforme se repiten pueden ser irritables.

Algunos de estos conflictos llegan a perjudicar la salud mental de los padres ocasionando problemas con sus hijos (Ulu & Fisilogluc, 2002; Webster-Stratton & Hammond, 1997; Zimet & Jacob, 2002). Los conflictos de pareja son un factor de riesgo para la presencia de problemas en los niños, ya que son fuertes estresores en los niños e incrementan sus agresiones y problemas con sus padres, además incrementan los problemas entre hermanos y con otros miembros de la familia, como los abuelos. En contraste la resolución de los conflictos parentales reduce las relaciones negativas (Davies & Cummings, 1994).

En los estudios que han retomado la variable de conflicto con la pareja se ha reportado que los conflictos se asociaron con la tendencia a presentar problemas emocionales y de conducta, baja autoestima y rendimiento escolar. Además el conflicto se correlacionó con la conducta de los padres, afectando negativamente la crianza de los hijos y cómo los padres interactúan con sus hijos (Doyle & Markiewicz, 2005).

Harold, Shelton, Gorke-Morey y Cummings (2004) al hacer un estudio compararon las respuestas de los niños y niñas al hacer frente a los conflictos maritales, los

niños tenían entre 12 y 13 años de edad y vivían en Reino Unido. Los resultados indicaron que las niñas evitan más la agresión de la madre y buscan un tema diferente como proceso de mediación de agresión de los padres, en comparación con los niños, por lo que subrayan la importancia de considerar el sexo de los niños y los padres al hacer un determinado esfuerzo para hacer frente al conflicto marital. Además se mencionó que los niños que tienen padres conflictivos maritalmente suelen ser agresivos, utilizar la ira verbal y tienen miedos.

Harold, Shelton, Gorke-Morey y Cummings (2004) sugieren que el bienestar de los niños, en sus habilidades emocionales, cognitivas y respuestas de sus comportamientos, sobre las relaciones conyugales y entre padres e hijos son componentes de tono emocional y las respuestas interparentales. El conflicto marital influye en las respuestas psicológicas de los niños. Los sentimientos de angustia psicológica que presentan los hijos son derivados de un conflicto de los padres, a su vez, influyen negativamente en los sentimientos de seguridad de los padres.

Con el objetivo de observar la correlación de la adaptabilidad, cohesión y satisfacción conyugal, tipos de conflicto con la pareja y dimensiones de estilos parentales de responsividad y exigencia, Mosmann y Wagner (2008) reportaron que la adaptabilidad se asoció positivamente con la cohesión y de manera negativa con el conflicto-agresión y satisfacción marital, el conflicto-desacuerdos con la pareja se asoció negativamente con la cohesión y satisfacción marital y de manera positiva con conflicto-agresión, finalmente los conflictos-desacuerdos se asociaron con las exigencias de los padres y el conflicto-agresión se asoció negativamente con la responsividad parental.

La mayoría de los estudios realizados toman como variable el conflicto parental y aunque son pocos los que retoman las estrategias del conflicto, en los estudios también se ha reportado que las estrategias de manejo o resolución del conflicto están asociadas a la estabilidad marital y problemas en sus hijos.

Marchand y Hock (2003) examinaron la evitación y la agresión como estrategias de resolución de conflicto en el matrimonio y su sintomatología depresiva asociada a los problemas internalizados y externalizados de sus hijos. Los autores reportaron que los síntomas depresivos de las madres y los padres se asociaron con las estrategias de evitación. La sintomatología depresiva de las mamás fue correlacionada con la sintomatología depresiva de los papás, además hubo una asociación con la estrategia de evitación y de agresión de las mamás y síntomas depresivos de los papás, siendo las estrategias de evitación de las mamás asociadas a las estrategias de evitación de los papás.

En el modelo de predicción de los problemas internalizados de los niños reportados por las mamás los síntomas depresivos de las madres y las estrategias de evitación fueron significativos, al igual que lo fue en los reportes de los maestros. En el modelo de problemas externalizados tanto en los reportes de las mamás como de los maestros, los síntomas depresivos de las madres y de los papás así como la agresión fueron predictores significativos.

Los modelos evidenciaron a las estrategias de evitación de mamás y papás y la interacción como predictores de problemas internalizados reportados por las mamás explicando el 19 % de la varianza, las estrategias de evitación de la mamá contribuyó en un 8 %, las estrategias de evitación del papá no contribuyó en los problemas internalizados en niños. En los reportes de los maestros de los problemas internalizados, el modelo explicó el 46% de varianza, siendo el 24% por la evitación de la mamá y un 5% cuando se incluyen únicamente la estrategia de evitación del papá. Los autores no reportaron las predicciones de los problemas externalizados, debido a que no encontraron que las estrategias de agresión del padres y madres se asociaran con los problemas externalizados, señalando que probablemente no se encontraron relaciones debido a las características de la muestra, ya que los padres y madres reportaron bajos niveles de agresión como estrategia de resolución de conflicto.

Wheeler, Updegraff, Thayer (2010) mencionaron en un estudio con parejas de origen mexicano residentes en Estados Unidos, que los esposos usan más la no-confrontación que las esposas, y estas últimas usan más el control que sus esposos. Al examinar la relación entre la resolución de conflictos y la calidad marital, la satisfacción marital influyó en los efectos de la no-confrontación en la pareja, hubo una asociación negativa entre el control y la satisfacción marital para las esposas pero no para los esposos. Se identificaron efectos positivos en la orientación a solución para ambos esposos cuando indicaron una relación positiva entre la orientación a la solución y satisfacción marital, además se presentó la no-confrontación cuando reportaron orientación a la solución y al amor, también hubo asociación negativa entre control y amor en esposos pero no en las esposas.

Prácticas parentales

Las estrategias de socialización que utilizan los padres en la educación de los hijos y que además los diferencian de los otros dentro de un mismo contexto social, son las relaciones que se dan entre los miembros, la cual contempla dos vertientes: 1) las relaciones de los lazos afectivos y emocionales, y 2) las relaciones que tienen el propósito de regular la adquisición de normas y valores con el objetivo de encauzar el comportamiento de los hijos a una determinada dirección; por medio de estas vertientes se moldea la educación al tipo de conductas que los padres valoran como apropiadas y deseables, tanto para el desarrollo personal como para la integración social. Dentro de las estrategias de socialización que los padres utilizan se encuentran el nivel de comunicación y las formas concretas de expresión de afecto, dándose en dos dimensiones de carácter bipolar: 1) tono emocional de la relación y comunicación, en las que se encuentran la aceptación/rechazo, el calor/fríaldad, el afecto/hostilidad y la proximidad/distanciamiento; y 2) conductas opuestas al juego para controlar y encauzar la conducta del niño, entre ellas están la autonomía/intrusividad o sobreprotección, la flexibilidad/rigidez y la permisividad/restricción (Campos, Eceiza & Paéz, 2004).

Un factor más dentro de la socialización en la familia es una adecuada conexión, regulación y autonomía psicológica, estos tres conceptos son influenciados directamente a través de la familia, además de estar involucrados los agentes socializadores escolares y los grupos de pares. Las familias que promueven la regulación y las oportunidades de autonomía psicológica promueven una estructura de maduración en las competencias de los niños, un sentido de eficacia personal en la adquisición de nuevas competencias, de control y autonomía personal; las familias que apoyan la conexión saludable aseguran el desarrollo de relación y promueven un clima emocional en donde los niños exploran sentimientos confortables de su mundo adquiriendo competencias necesarias (Barber & Olsen, 1997; Eccles, Early, Frasier, Belansky & McCarthy, 1997).

A pesar de que la socialización no solo se da en la familia, es a través de ella en donde se comparten los primeros vínculos sociales que le permiten al individuo un óptimo desarrollo dentro del espacio social en el que se encuentra; es por ello, que se le da en esta investigación mayor importancia a la interacción padre-hijo, padre-hija, madre-hijo y madre-hija, debido a que estas relaciones son la base de la socialización en la cual se dan los patrones aceptados en el medio social, buscando siempre el adecuado desarrollo del niño, tanto físico como psicológico.

Las prácticas parentales están determinadas por los patrones socioculturales, los cuales contemplan las creencias y valores de los padres sobre el desarrollo y educación de los hijos (Campos, Eceiza y Paéz, 2004).

Uno de los pioneros en estudiar el tipo de relaciones entre los padres y los hijos fue Schaefer (1965) quien realizó una escala en la cual los niños reportaban el comportamiento de sus padres; para este estudio Schaefer utilizó los conceptos de autonomía y control, ambas dimensiones tienen relación con la conducta que los padres tienen con sus hijos; dentro de sus conceptos el control contenía aspectos de intrusividad, eliminación de agresión, control a través de la culpa y dirección parental, mientras que en la autonomía se encontraban la extrema autonomía y la autonomía laxa, Schaefer reportó que éstos dos tipos de aspectos

de la autonomía (extrema y laxa) tienen relación con el sexo del niño, sexo de los padres, edad del niño, clase social y religión, por lo que la conducta parental es determinada por estas diferentes variables.

A partir del trabajo de Schaefer, Baumrind (1973, en Campos, Eceiza y Paéz, 2004) identificó dos aspectos de socialización parental en función de la dimensión de control, en los cuales los padres encauzan la conducta de los niños, esta dimensión es la de control-laxo frente a control-imposición, en estas dimensiones se define al control como estructuración, implicación o exigencia hacia el niño por parte del cuidador considerando un manejo adaptado a su estado de desarrollo. Las dimensiones comprenden por un lado (control-laxo) la valoración de la empatía y la efectividad; y por otro lado (control-imposición) el cuidado manipulativo o punitivo. A través de estas dos dimensiones Baumrind clasificó tres estilos parentales: el democrático, autoritario y permisivo.

Maccoby y Martin (1983) tras el trabajo de Baumrind mencionan que los estilos parentales se pueden diferenciar en dos dimensiones bipolares: a) el control, exigencia parental o presión y demandas que los padres ejercen sobre sus hijos para que alcancen determinados objetivos, así como metas; y b) el apoyo o responsabilidad, sensibilidad y calidez en la respuesta parental ante las necesidades de los hijos:

- Apoyo. Es un constructo multidimensional con variables específicas como la educación, cordialidad, responsabilidad y aceptación, en los que aparentemente los objetivos centrales son los procesos relacionados con el desarrollo positivo del niño (Barber, 2002). McDowell y Parke (2005) señalan que el apoyo tiene efectos positivos con el uso de menos negatividad, dando respuestas positivas cuando se le expone a una situación decepcionante. Oliva, Parra, Sánchez-Queija y López (2007) reportaron que las dimensiones de afecto/comunicación, también son parte de la interacción padres e hijos, siendo ésta más trascendente en la asociación con el ajuste adolescente, considerando que el afecto promueve

la autonomía, humor y la divulgación voluntaria del adolescente de sus actividades y sus amigos, vinculándose mejor con ajuste interno y externo.

- Control. Involucra aspectos como disciplina, demandas de maduración, coerción, inducción de culpa, supervisión, monitoreo, retiro de amor, control hostil, control inconsciente, restricción, castigos, etc., además los efectos del control en los niños varían, es decir, la literatura no ha sido consistente con los hallazgos en cuanto al efecto del control parental en los niños, debido a que los factores contextuales y de cultura, se ven involucrados en el tipo de comportamiento de los padres y las respuestas que puedan tener los niños (Barber, 2002; Barber & Lovelady, 2002). Un concepto que se vincula con el control es el monitoreo en donde los padres conocen acerca de las actividades de sus hijos de acuerdo a tres actividades básicas: 1) los jóvenes comunican acerca de ellos espontáneamente (divulgación de los jóvenes); 2) los padres hablan con sus hijos de alguna información y de sus amigos (solicitud parental), y 3) los padres imponen reglas y restricciones a las actividades de sus hijos (control parental). De acuerdo con Stattin y Kerr (2002) cada una de estas tres fuentes se relacionan positivamente con el monitoreo, sugiriendo que la interacción padre-hijo es bidireccional y necesaria.

En el estudio de McDowell y Parke (2005) sobre los vínculos entre estrategias de socialización (afecto y control) y los resultados de la competencia social en niños como el uso de reglas, en este estudio los participantes fueron niños y niñas de 4° y 5° grado de educación básica de Estados Unidos. Los autores reportaron que el afecto de las madres se relacionó con baja respuesta negativa de los niños; los hijos de los papás que utilizaron el afecto mostraron conductas más positivas y menos conductas negativas durante situaciones decepcionantes. Además el uso de afecto de los padres sobre sus hijos predijo el uso de reglas en los niños.

El control parental además se ha clasificado de acuerdo a sus características y efectos en los niños, según Barber, Olsen y Shagle (1994) de la siguiente manera:

- Control conductual. Es el conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos y el conocimiento de las actividades de los mismos, usando estrategias tales como castigos, golpes y monitoreo (Barber, Olsen & Shagle, 1994).
- Control psicológico. Se refiere a la conducta en donde los padres son intrusivos y manipulan los pensamientos, emociones y cariño. Los padres que controlan psicológicamente a sus hijos usan estrategias como la crítica excesiva, retiro de afecto, inducción de culpa, comunicación restringida e invalidación de sentimientos, lo cual lleva a un impedimento de la independencia y autonomía del niño, no fortaleciendo la interacción con los otros (Barber & Lovelady, 2002).

Otros estudios se han enfocado a las prácticas parentales, que son mecanismos que utilizan los padres directamente hacia las metas de socialización del niño y adolescente (Darling y Steinberg, 1993); Smetana (2000) las define como un dominio específico de las conductas parentales que ambos padres tienen, presentando varios componentes, los cuales comprenden un estilo parental.

Cova, Maganto y Melipillán (2005) mencionaron que las condiciones de adversidad familiar se asocian con el desarrollo de conductas desadaptativas tanto internalizadas como externalizadas, en niños y adolescentes.

Al realizar una serie de estudios asociados a prácticas parentales, Castro (2005) encontró que si los padres son controladores, exigentes y hostiles en la educación, los niños tienen una baja autoestima, son más agresivos, hostiles e impacientes. La permisividad excesiva de los padres ocasiona que los niños presenten una baja tolerancia a la frustración, un poco interés escolar, se inciden en el consumo de cigarrillos, a ingerir bebidas alcohólicas y a tener relaciones sexuales a temprana edad. Una práctica parental basada en un elevado afecto, con claras señales de cariño y con normas coherentes y baja sobreprotección, parecen asociarse con características positivas en los hijos, como elevada autoestima y menores

problemas externalizados e internalizados. Este autor también encuentra que pacientes que mostraron depresión referían haber tenido pautas educativas negativas, con menor afecto, mayor rechazo y control excesivo, lo cual indica que los trastornos de depresión y ansiedad se asocian más con un estilo parental sobreprotector y controlador. En cuanto a los problemas externalizados se mostró que los trastornos de conducta se asociaron con el rechazo por parte de la madre, permisividad y actitud de tolerancia hacia las agresiones, lo cual contribuyó a una elevada agresividad.

Los estudios que han retomado las dimensiones acerca de las prácticas parentales, han reportado que el control psicológico influye en la presencia de problemas emocionales y de conducta en los niños (Doyle & Markiewicz, 2005). Otros estudios apoyan estos hallazgos. En 2003, Galambos, Barker y Almeida identificaron en un estudio longitudinal de 3.5 años, la percepción del control psicológico que ejercen 112 padres y los problemas que presentan los adolescentes. En esta investigación los adolescentes reportaron niveles bajos de problemas externalizados e internalizados y los padres reportaron niveles altos de apoyo y control conductual y bajos niveles de control psicológico. Los investigadores reportaron también que el control psicológico se asoció con la presencia de problemas externalizados en los adolescentes y el control conductual con los problemas internalizados. Durante el periodo del estudio los adolescentes incrementaron sus problemas externalizados, mientras que en los problemas internalizados no se encontraron cambios a través del tiempo.

Un estudio realizado en Holanda con adolescentes de 10 a 14 años de edad, tuvo como objetivo investigar las relaciones entre conductas de crianza, auto control, problemas emocionales y problemas de conducta. En los resultados se reportó que los varones presentaron bajos niveles de control estricto y control psicológico, mientras que las niñas reportan altos niveles de control psicológico. En la escala de delincuencia los adolescentes reportaron niveles relativamente bajos, en agresión los varones reportaron ser más agresivos que las niñas, en cuanto a los problemas emocionales las niñas reportaron bajos niveles de depresión y de

autoestima en comparación con los niños. En las relaciones entre crianza, problemas psicosociales y auto-control se reportó que la conducta de crianza se vinculó directamente con problemas de conducta, aunque la aceptación parental no se relacionó con delincuencia, pero cuando hubo control psicológico se presentó la conducta delictiva en los jóvenes; sin embargo, el control estricto parental se asoció negativamente con delincuencia. En agresión, cuando hubo control psicológico se presentó la conducta agresiva, pero ante un control estricto y aceptación parental, no se presentó la conducta agresiva. Los problemas emocionales, la depresión y la baja autoestima se asociaron de manera negativa con aceptación parental y de manera positiva con el control psicológico (Finkenauer, Engels & Baumeister, 2005).

Caron, Weiss, Harris y Catron (2006) realizaron un estudio con niños (as) con un promedio de edad de 9.7 años, indicando que ante altos niveles de control psicológico y bajos niveles de cariño, los niños mostraron problemas internalizados y externalizados, mientras que cuando había altos niveles de cariño y bajos de control psicológico no hubo problemas en los niños (as). En la interacción de control conductual y control psicológico se reportó que ambos correlacionaron de manera positiva con los problemas internalizados y externalizados; el uso de control psicológico y altos niveles de control conductual muestra la presencia de problemas en los niños.

Oliva, Parra, Sánchez-Queija y López (2007) en España, al realizar un estudio con 848 adolescentes de entre los 12 y 17 años de edad que cursaban estudios de secundaria y utilizando las variables de estilo parental (afecto/comunicación, promoción de la autonomía, control conductual, control psicológico y humor), indicaron en sus resultados referentes al estilo parental y el ajuste adolescente, que el afecto, la promoción de la autonomía y el humor se vincularon a un mejor ajuste interno y externo del adolescente, siendo la dimensión de afecto/comunicación la que se asoció más con un buen ajuste del adolescente, es decir, cuando el afecto de los padres fue alto, las estrategias de disciplina fueron más eficaces en el ajuste de sus hijos e hijas.

Otros de los factores parentales asociados a la presencia de problemas es el monitoreo, la autonomía y la regulación. Herman, Dornbusch, Herron y Herting (1997) indicaron que la autonomía y la regulación se asociaron con problemas externalizados (consumo de sustancias, conducta antisocial, expectativas educativas y actos delictivos). Gondoli y Silverberg (1997) realizaron un estudio con el constructo de autonomía (bajo tres diferentes percepciones: la de las madres, la de niños de 13 años de edad y la de los observadores) reportando que la baja autonomía psicológica se asoció de manera positiva con problemas internalizados (depresión y ansiedad).

En México, un estudio que se han realizado de las prácticas parentales han reportado que los niños que presentaron un nivel de depresión mínima obtuvieron puntajes significativamente bajos de control psicológico de la mamá, en comparación con los niños con otros niveles de depresión. En el control psicológico del papá no se encontraron diferencias significativas (Andrade et al., 2006).

Betancourt (2007) realizó un estudio con preadolescentes mexicanos con una media de edad de 11.5 años, con el objetivo de determinar el efecto que tienen el control parental (conductual y psicológico) sobre los problemas internalizados y externalizados. Los resultados mostraron que las mujeres obtuvieron puntajes significativamente más altos en las dimensiones de razonamiento paterno, supervisión y comunicación materna, en comparación con los varones, mientras que los niños obtuvieron puntajes más altos en las dimensiones de razonamiento maternal, control psicológico y castigos del padre.

Los resultados referentes a la relación entre el control parental y los problemas en niños(as) mostraron que la depresión correlacionó positivamente con devaluación e inducción de culpa materna, así como con el control psicológico paterno y de manera negativa con la comunicación materna; los problemas externalizados correlacionaron positivamente con la devaluación materna y de manera negativa con la comunicación materna; los problemas de atención se relacionaron de

manera positiva con la inducción de culpa materna y con el control psicológico paterno; la conducta desafiante se relacionó con una alta devaluación e inducción de culpa materna; los problemas interpersonales se asociaron positivamente con el control psicológico paterno; finalmente los problemas de pensamiento se relacionaron de manera positiva con la devaluación e inducción de culpa de la mamá, así como con el control psicológico del papá.

En los análisis presentados para determinar el efecto de las dimensiones de control materno y paterno sobre los problemas en varones, Betancourt (2007) reportó que cuando se encuentra presente la inducción de culpa materna, un alto control psicológico del papá y un bajo razonamiento paternal existe la probabilidad de que los niños presenten problemas de depresión; los altos puntajes de devaluación de la mamá y castigos del papá, así como bajos puntajes en comunicación materna contribuyeron al desarrollo de problemas externalizados; para la predicción de problemas somáticos se encuentran altos puntajes de inducción de culpa y bajos puntajes en razonamiento materno; cuando los niños perciben un mayor número de castigos del padre, una alta inducción de culpa y baja comunicación materna, los niños pueden presentar problemas de atención; puntajes altos en inducción de culpa materna conduce a que los niños presenten conducta desafiante; los niños podrían presentar problemas interpersonales y problemas de pensamiento debido a puntajes altos en inducción de culpa materna y castigos paternos así como un bajo razonamiento paterno.

Para la predicción de problemas en mujeres, Betancourt (2007) reportaron que una alta inducción de culpa de la mamá y un alto control psicológico del papá, así como una pobre comunicación con la mamá y una baja supervisión del papá, incrementa la posibilidad de la presencia de depresión; para la presencia de problemas externalizados, se puede desarrollar debido a una pobre comunicación con la mamá, altos puntajes de castigos del papá y devaluación de la mamá; para la predicción de problemas somáticos fue la devaluación materna; se pueden presentar problemas de atención debido a una pobre comunicación materna, altos puntajes de inducción de culpa materna y un alto control psicológico paterno; las

niñas pueden tener conducta desafiante debido a una alta inducción de culpa materna; mientras que la escasa supervisión del papá, un alto control psicológico paterno y baja supervisión de amigos por parte del padre predice los problemas interpersonales; los altos puntajes de devaluación de la mamá y el control psicológico del papá influyen en el desarrollo de problemas de pensamiento en niñas.

En el estudio realizado por Betancourt y Andrade (2011) se reportó que en hombres adolescentes, un alto control psicológico de ambos padres y una baja supervisión paterna influyeron en problemas depresivos; el control psicológico de la mamá contribuyó a la presencia de problemas de pensamiento, mientras que las lesiones autoinflingidas son determinadas por un alto control psicológico de la mamá y del papá; un alto control psicológico materno y baja supervisión del papá influyen en la presencia de problemas externalizados. En las mujeres se reportó que ante un alto control psicológico de ambos padres y poca supervisión del papá, presentan problemas depresivos; a menor comunicación con la mamá y alto control psicológico del papá presentan problemas de pensamiento; cuando el papá ejerce poca supervisión y ambos padres un alto control psicológico, muestran lesiones autoinflingidas; mientras que ante un alto control psicológico de ambos padres se exteriorizan problemas somáticos; y los problemas externalizados son influidos por una baja comunicación y un alto control psicológico de la mamá.

Dentro del proceso de socialización en el ámbito familiar, el sexo de los padres hace un comportamiento diferenciado en el trato de los niños y niñas; un juego de luchas violentas, brincos, correr, entre otros juegos rudos son principalmente realizados por los papás, por otro lado las madres son más suaves, menos abruptas y emplean formas de interacción más verbales que físicas; este tipo de juegos hace que los niños perciban y aprendan desde temprano que cada uno de los sexos tienen una función distinta, construyendo un estereotipo de sexo aceptado por el medio social (Campos, Eceiza & Paéz, 2004; Shaffer, 2000).

Rocha (2004) menciona que los padres esperan que sus hijos e hijas se comporten de manera determinada guiada por una serie de expectativas y atribuciones sociales, por lo cual las madres y padres tienen comportamientos muy diferentes con sus hijos en función al sexo. Las madres se acercan más a sus hijos e hijas cuando hay una situación femenina (juego con muñecas) que ante una situación masculina (juego con camión). A comparación de las mamás, los papás se mantienen más distanciados de sus hijos e hijas. Las madres en general mantienen mayor número de interacciones en comparación con los padres, aunque la interacción es más con hijas que con hijos.

Las conductas esperadas por la familia de acuerdo al sexo, hace también que el trato sea diferenciado, no solo en el comportamiento del sexo de los padres, sino también la interacción involucra el sexo de los hijos, los cuales tienen establecidos atributos estereotipados que amplían su aceptación dentro del grupo social, así como el desarrollo de su personalidad basada en comportamientos femeninos (como amable, afectiva y dependiente) y masculinos (como rudo, racional y agresivo), cuyas características son reforzadas por sus padres desde el momento de nacer (Berk, 2001).

Al realizar una investigación en donde se observa el efecto del sexo de los hijos en el ámbito familiar, Rocha (2004) encontró que los padres y madres realizan un mayor número de imposiciones de control sobre los hijos que en las hijas; a las hijas se les da una mayor posibilidad de comportarse de manera libre e incluso se les permite frecuentemente que realicen actividades equivocadas. Ante una situación estereotipada por sexo se reportó que los padres y madres presentan mayor agrado en una niña cuando su juego es femenino que cuando es niño, situación que se invierte ante un juego masculino; es decir, los padres muestran una ligera tendencia a responder de manera más positiva ante una actividad que corresponde adecuadamente al sexo de sus hijos que cuando no lo es.

Los factores asociados a problemas emocionales y de conducta en niños muestran ser diversos, sin embargo, al detectar cuáles son los factores que más inciden para la presencia de problemas, se apoya a la investigación para el desarrollo programa de prevención e intervención para disminuir o erradicar síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes.

PROGRAMAS

PARENTALES

Hoard y Shepard (2005) han hecho una distinción de los programas parentales existentes en dos grandes rubros. A pesar de la distinción, ambos rubros tienen como objetivo desarrollar habilidades en los padres para que haya más interacción afectiva con sus hijos.

1. Educación para padres. Son programas universales de educación preventiva, en estos programas toda la población se ve beneficiada y el objetivo es prevenir futuros problemas de conducta en los niños.
2. Entrenamiento a padres. Son programas de intervención que se dirigen a una población específica para reducir síntomas emocionales y de conducta, es decir, el entrenamiento a padres es un acercamiento con condiciones pre-existentes.

Los programas de educación para padres iniciaron a mediados de los años 80's y desde entonces han tenido una influencia positiva directamente en los niños (Hoard & Shepard, 2005). En la educación a padres se incluyen programas de apoyo y enseñanza con el objetivo de crear habilidades, sentimientos y bienestar a los padres, los cuales pueden afectar positivamente a la satisfacción y funcionamiento de la familia, conociendo acerca del desarrollo de los niños e incrementando las relaciones familiares, así como el aprendizaje de estrategias para prevenir problemas subsecuentes en sus hijos (Smith, Peruo & Lesesne, 2002).

La educación para padres es usada para prevenir problemas, como el abuso de drogas, abuso sexual, conducta agresiva, problemas de conducta, depresión, entre otros. Algunos de los programas de educación para padres se basan en los modelos teóricos cognitivos-conductuales y algunos son psicoeducativos, ambos son particularmente preventivos y su objetivo es la mejora de las prácticas educativas en las familias (Hoard & Shepard, 2005).

Los programas de entrenamiento a padres surgieron a partir de los años 70's, con los trabajos presentados por Patterson (1982) quien encontró que los niños tenían problemas de comportamiento debido a que miembros de la familia los moldeaban

o reforzaban tanto de forma positiva como negativa. Los primeros programas fueron implementados bajo los principios y las técnicas del Condicionamiento operante y la Teoría del aprendizaje social.

El entrenamiento a padres no tiene un enfoque unidimensional, sino que involucra estrategias de intervención complejas, multifacéticas y multimodales que son determinadas de acuerdo a las necesidades de los niños, siendo que todas las intervenciones tienen en común la meta de enseñar a los padres a modificar y remediar las relaciones disfuncionales de la familia, así como producir un cambio constructivo duradero (Patterson, 1986).

Los programas de entrenamiento a padres consisten en capacitar a madres, padres u otros cuidadores, con principios, técnicas y estrategias que les permitan entender y tratar problemas de comportamiento de sus hijos, su objetivo es prevenir e intervenir ante problemas de comportamiento infantil. El tema principal de los programas de entrenamiento a padres consiste en el entrenamiento de técnicas de modificación del comportamiento dirigidas a afrontar con éxito los problemas de comportamiento de los hijos teniendo tres objetivos principales: 1) favorecer conductas apropiadas, 2) desfavorecer conductas inapropiadas y 3) enseñar a sus hijos a adquirir destrezas apropiadas para su nivel de desarrollo. Los programas de entrenamiento se pueden clasificar con base en su objetivo principal en: a) los que se dirigen a tratar problemas de comportamiento infantil y b) los que se orientan a padres y madres que se encuentran en una situación especial que compromete al rol paterno y que podría poner en riesgo de maltratar a sus hijos, entre ellos se encuentran las madres adolescentes, los padres adoptivos y los padres divorciados (Rey, 2006).

En los programas de entrenamiento se han utilizado técnicas como el moldeamiento, ensayos, *feedback* y estructuras de sesiones de trabajo en casa; los profesionales de la salud mental utilizan más el moldeamiento, por medio de videos, representaciones de casos y ejemplos, con el fin de mejorar la

comunicación y las relaciones entre padres e hijos, así como la resolución de problemas específicos (Briesmeister & Schaefer, 1998).

A pesar de los grandes esfuerzos por crear programas para padres, algunos tienen grandes limitaciones por dos factores: 1) los programas basados en crianza no son realmente accesibles a las familias y 2) el reclutamiento y retención de familias en los programas de crianza ha tenido grandes dificultades (Heinrichs, Bertram, Kuschel & Hahlweg, 2005).

Programas de educación para padres

Kelley, Scwerin, Farrar y Lane (2007) utilizaron el *New Parent Support Program* (NPSP) implementado a personal de la naval de Estados Unidos, el NPSP es un programa preventivo de familias jóvenes que identifica familias en riesgo de realizar negligencia o abuso. El programa NPSP comprende clases basadas en crianza y visitas domiciliarias; el centro basado en clases de crianza comprende habilidades y herramientas necesarias para incrementar el conocimiento del desarrollo de los niños, comprender las expectativas de sus hijos, mejorar las interacciones padre-hijos, mejorar el funcionamiento familiar y reducir posibles resultados negativos como abuso y negligencia con los niños; las visitas a casa incluyen más apoyo individual y nuevos padres. Los resultados obtenidos mostraron que hay una eficacia del programa NPSP en cuanto a las herramientas obtenidas y las habilidades de crianza, además el apoyo domiciliario ayudó a hacer frente al estrés de crianza e incrementar el sentido de comunidad, conociendo más acerca del desarrollo de sus hijos. Los autores sugieren que la educación de crianza y las intensivas visitas domiciliarias hacen una contribución significativa en el uso de programas, en cuanto a la calidad de vida y apoyo militar de hombres y mujeres e incrementan su conocimiento de crianza y reducen el estrés parental.

En un programa preventivo con padres de niños en preescolar cuyos niños estaban en riesgo de desarrollar problemas de conducta, Hutching et al. (2007) implementaron el *Webster-Straton Incredible Years Basic Parenting Programme*,

que es un programa de tratamiento y prevención de desordenes de conducta que incorpora todos los factores identificados para el mejoramiento del entrenamiento a padres, el cual está basado en una intervención de 12 semanas, en este estudio se hizo una evaluación a las familias que estaban en 11 institutos en Estados Unidos, el programa consistió en incrementar la conducta positiva del niño a través de incentivos, mejorar la relación padre e hijo y eliminar estrategias aversivas, por medio del moldeamiento, discusión y práctica de habilidades de crianza.

Los resultados reportados por Hutching et al. (2007) indicaron que el grupo de niños de la intervención redujeron significativamente sus conductas hiperactivas y antisociales, incrementando el auto control en comparación con el grupo control de niños, los padres que estuvieron en la intervención mostraron una percepción menor de los problemas presentados en sus hijos, finalmente también se mostró una reducción en los niveles de depresión, mejorando la competencias parentales, en comparación con los padres del grupo control. Debido a los resultados presentados, se mencionó que programa *Webster-Straton Incredible Years Basic Parenting Programme* redujo factores de riesgo en el desarrollo de desórdenes de conducta.

Los programas implementados para el mejoramiento de las prácticas de crianza en su mayoría se han realizado con madres, ya que los papás han tenido una menor participación en los programas (Stemmler, Beelman, Jaurisch y Lösel (2007), sin embargo, los padres también tienen un poder de influencia sobre los niños, contribuyendo con su cariño y su afecto; cuando se les enseña a los papás a tener una interacción con sus hijos hay un cambio en el aprendizaje de sus emociones (Sirridge, 2000). En el estudio realizado por Helfenbaum-Kun y Ortiz (2007) se tomó una muestra con papás para conocer los efectos que tiene el entrenamiento de crianza en la conducta con sus hijos. La intervención que se realizó con los papás fue la versión de *Webster-Straton Incredible Years Basic Parenting Programme*, el cual consiste en una intervención de 8 semanas, en estas sesiones los papás observaron videos que representaban situaciones familiares, posteriormente se discutió al respecto y hubo un juego de roles sobre

prácticas de habilidades de crianza; en el juego de roles de las interacciones entre papás e hijos se incluyó un rol positivo, recompensas y cariño. Los autores reportaron que se presentó un decremento moderado de problemas de conducta internalizados y externalizados en niños, en comparación con el grupo control quienes mostraron un pequeño incremento en problemas internalizados y externalizados en sus hijos; sin embargo, aunque los padres hayan tenido un interés en crear habilidades de crianza, estas no mostraron diferencias significativas grandes en la muestra implementada.

Para determinar si el programa universal propone un cuidado primario y mejora la crianza y la salud mental de las madres, Hiscock et al. (2008) implementaron un programa que tuvo como objetivo modificar factores de riesgo de problemas de conducta en niños. El programa consistió en visitas domiciliarias y contenía temas de cariño y sensibilidad en la interacción padres-hijos, así como, reforzamiento de conducta deseada y retiro de la conducta indeseada. Los resultados reportados por los autores indicaron que el programa de crianza universal, designado a prevenir problemas de conducta en niños, redujo la disciplina con castigos y hubo una mejora de atención en el desarrollo del niño, sin embargo, en este estudio no se encontraron diferencias significativas en los problemas de conducta de los niños entre el grupo control y el grupo de intervención.

Asscher, Hermanns y Dekovic (2008) examinaron la efectividad de un programa diseñado para apoyar a madres con niños pequeños, el programa es el Home-Start, el cual consiste en intervenciones por voluntarios profesionistas, con el objetivo de incrementar el bienestar y la competencia materna, administrar apoyo social y mejorar conductas de crianza. En este estudio se tomó una muestra de madres y sus hijos, de entre un año y medio y tres años y medio de edad, para intervenir con el programa y se le comparó con un grupo control de madres, en el cual no se implementó el programa. Los autores indicaron en sus resultados que en el grupo de intervención del programa Home-Start hubo un incremento de la conducta positiva de crianza, más responsabilidad, consistencia, control positivo, sensibilidad observada y cariño y un decremento en la conducta de crianza

negativa como rechazo, control negativo y conducta de crianza con castigos; en cuanto a la conducta de los niños, éstos mostraron un decremento de problemas internalizados y externalizados y un incremento de conducta positiva, como cooperación y conducta prosocial, por lo que la intervención del programa Home-Start, indicó un incremento de conducta de crianza positiva.

Algunos programas de entrenamiento a padres han utilizado el enfoque ecológico (familia, escuela y grupo de pares), en este enfoque hay múltiples influencias sobre la crianza, como son las características de los padres, las características de los niños y los factores contextuales (Luster & Okagaki, 1993).

Entre los estudios que se han realizado con el enfoque ecológico se encuentra el de Stormshak, Dishion, Light y Yasui (2005) quienes utilizan el *Adolescent Transitions Program* (ATP) el cual involucra el *Family Resource Center* (FRC), este programa se basó en el modelo ecológico que incluye a la familia, escuela y grupo de pares, con el fin de mejorar la salud mental del niño. El objetivo de la implementación del FRC fue que los padres con niños de alto riesgo participaran y apoyaran en la coordinación y colaboración con profesionistas de la escuela. Los resultados obtenidos mostraron que hay un alto nivel de conductas de riesgo entre los estudiantes de 6to grado, la implementación del FRC fue por tres años, mostrando que hay una reducción de percepción de conducta de riesgo por parte de los profesores. En cuanto a la intervención con las familias hubo mayor interacción por parte de los padres hacia con sus hijos, mientras que estos últimos mostraron una reducción significativa de conducta problemática en el periodo de tres años.

En otro estudio, se tomó el enfoque socio-ecológico ambiental, en este se implementó un entrenamiento universal a padres y se observaron sus efectos en la conducta parental, los participantes fueron niños y padres de los mismos; se dividió en cuatro muestras: 1) no hubo ningún entrenamiento (grupo control), 2) hubo un entrenamiento a los niños, 3) se entrenó a los padres, y 4) se entrenó tanto a padres como a niños. El programa de entrenamiento a padres fue el

EFFEKT (*Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training*) (*Enhancing the Development of Families: Parent and Child Training*), el cual consta de 12 cursos con el fin de incrementar habilidades de crianza a los padres. Los resultados mostraron que la interacción entre padres e hijos es bidireccional, por lo cual la crianza estuvo relacionada con la conducta prosocial de los niños, con la disciplina inconsistente y con los problemas de conducta de los niños. El programa EFFEKT contribuyó a un cambio positivo en el ambiente social considerando la consulta de crianza, siendo las madres quienes mostraron conductas de crianza más positivas y menos inconsistentes que aquellas que no fueron entrenadas (Stemmler, Beelmann, Jaursch & Lösel, 2007).

Algunos de los programas de educación para padres, realizados en México, se han publicado mediante manuales y carpetas, algunos de ellos se describen a continuación:

Morales, Flores, Barragán y Ayala (1998) realizaron un “Manual de entrenamiento a padres en actividades planeadas” (PAEP) su meta principal fue enseñar a los padres un conjunto de actividades, tanto para solucionar problemas, como para prevenir comportamientos problemáticos en situaciones de crianza de “alto riesgo”. El PAEP tiene tres fases: 1) instruye a los padres en el uso de instrucciones verbales, moldeamiento, ensayo conductual y habilidades de retroalimentación, 2) involucra la aplicación de las actividades planeadas en distintas situaciones de interacción padre e hijo que han sido identificadas de alto riesgo y 3) comprende el desvanecimiento de las señales del terapeuta, de los investigadores y del desarrollo de habilidades de automanejo.

La Carpeta Didáctica para la Resolución Creativa de Conflictos (2001) realizada por el Programa de Educación y Sexo del Grupo de Educación Popular con Mujeres, A.C. y UNICEF MEXICO, fue impartida en las escuelas primarias de la Ciudad de México, Tabasco, Tlaxcala y Zacatecas. Esta carpeta presenta actividades dinámicas con el fin de brindar apoyo a la regulación de conflictos a través de tres tipos de programas: 1) El programa dirigido a maestros, 2) el

programa dirigido a padres y madres y 3) el programa dirigido a niños (as). Los temas en cada programa son los mismos, con la dinámica apropiada para cada población, los cuales son: conocimiento de sí mismo, manejo de sentimientos y emociones, empatía, respeto, confianza, aprecio por la diversidad, comunicación asertiva, toma de decisiones, cooperación y colaboración, pensamiento crítico y creativo, resolución de problemas y conflictos, el conflicto e integración del programa.

Programas de entrenamiento a padres

El entrenamiento a padres ha tenido un impacto en el desarrollo psicológico de los niños por medio de la psicoterapia, así como en las estrategias de intervención de numerosos desordenes durante la niñez (Briesmeister & Schaefer, 1998).

De entre los programas de entrenamiento a padres se encuentran los realizados a través de videos, esta estrategia inició a partir de los años 80's, utilizando la técnica de moldeamiento, precedido de un grupo de discusión y modificación de los principales problemas de conducta; los temas primordiales utilizados mediante esta técnica son la sensibilidad, estilos de crianza autoritarios, diferencias individuales de los niños y habilidades de conducta de crianza. Desde los inicios de esta técnica se ha reportado su eficacia en la reducción de problemas en niños y el incremento de habilidades parentales (Webster-Stratton, 1981).

Foster y Robert (2003) implementaron esta técnica con el objetivo de observar la interacción que tenían los padres con sus hijos en un escenario clínico, inmediatamente después de que los padres observaran un video acerca de la responsabilidad del papel que tienen los padres, el criterio de selección de la muestra fue que los hijos tuvieran de entre 2 y 7 años de edad; estos autores encontraron que los padres mejoraron la atención que tenían para con sus hijos y redujeron la verbalización intrusiva, sin embargo, para que se presenten cambios debe de haber de entre 4 y 10 sesiones clínicas. Una debilidad que presenta esta investigación es que no hay una evaluación posterior de los niños, por lo que no

se observa si los videos ayudan a reducir la presencia de problemas externalizados.

A través del enfoque psicoanalítico también se han implementado intervenciones de entrenamiento a padres, en estos programas se le ayuda a los padres a ser tolerantes con la experiencia interna, creando independencia y autonomía en los niños a través de sentimientos y pensamientos, la primera meta en estos programas es el desarrollo de un sentido de reflexión en los padres, representando a los niños en términos de estado mental, los modelos de entrenamiento a padres, con este enfoque, básicamente se describen en términos de reflexión y afecto (Slade, 2006).

Uno de los programas que ha tenido gran investigación, no sólo en Australia (su país de origen) sino también a nivel internacional, ha sido el Triple P (*Positive Parenting Program*) (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003), el programa tiene las bases del aprendizaje social, el modelo ecológico e intervención en el tratamiento de problemas de conducta, los objetivos principales de este programa son: mejorar el conocimiento, habilidades, confianza, autoeficiencia y recursos de crianza de los padres; promover en los niños ambientes de educación, seguridad, no violencia y no conflictivos, así como la protección social de los niños, de estado emocional, de lenguaje, intelectual y competencias conductuales a través de prácticas parentales positivas. Este programa es multimodal e incorpora cinco niveles que incluyen padres de niños desde el nacimiento hasta los 16 años:

- El Nivel 1, es una prevención universal, promoviendo a todos los padres interesados el acceso a información acerca de crianza.
- El Nivel 2, consta de 2 sesiones de intervención sobre cuidados de salud primaria, en cuanto a una temprana guía a padres de niños con pocos problemas de conducta.
- El Nivel 3 es de 4 sesiones de intervención y los niños tienen pocos o moderados problemas de conducta por lo que incluye habilidades de entrenamiento para padres.

- El Nivel 4 incluye 10 sesiones individuales y el programa incluye una autodirección de entrenamiento a padres de niños con severos problemas de conducta.
- El Nivel 5 es una intervención que incluye a la familia sobre mejoramiento de conducta, ya que en estas familias hay niños con problemas de conducta persistente y dificultades de crianza provocados por conflictos matrimoniales, depresión parental o altos niveles de estrés de los padres.

La evidencia empírica de los resultados de los estudios basados en el Triple P ha sido consistente en el decremento de problemas en niños, además de haber sido aceptado con satisfacción por los padres, los cuales han incluido familias con ambos padres, con un solo padre o madre, con familias con padrastro o madrastra, familias con depresión maternal, con problemas matrimoniales y familias con niños con incapacidad intelectual (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003).

Uno de los estudios con el Triple P, fue el de Ralph y Sanders (2006) con niños de entre 12 y 13 años que vivían en una zona de altos índices de criminalidad juvenil y fue implementado en las escuelas del barrio. Los resultados mostraron que hubo una reducción de conflictos en el post-tratamiento, mejoraron los estilos de crianza, redujeron los descuidos hacia los hijos y hubo en los padres un mejoramiento de la auto-eficacia. Por lo que el programa mostró resultados positivos en los niños con la participación de sus padres.

Los problemas de ansiedad en la niñez han sido la causa de estrés generado en los miembros de la familia, teniendo repercusiones negativas en el rendimiento escolar, un factor importante en el tratamiento de este problema es la familia, ya que el trabajo con los miembros de ésta repercute directamente en el trabajo que se tiene con los niños y adolescentes. Algunos de los programas implementados para la reducción de la ansiedad se han basado en el enfoque cognitivo-conductual, el cual tiene un protocolo de sesiones en las cuales se enseña a los niños el reconocimiento afectivo, habilidades de relajación, restructuración

cognitiva y habilidades para resolver problemas; además, se ha encontrado que el involucramiento de los padres en el tratamiento de los niños ayuda a una rápida reducción del problema, un programa de entrenamiento a padres con niños con problemas de ansiedad incluye entrenar a los padres sobre resolver problemas de ansiedad y crear en ellos habilidades de comunicación (Farrell & Barrett, 2007).

Díaz-Sibaja, Trujillo, Peris-Mencheta y Pérez (2008) demostraron la eficacia de un programa de escuela para padres para la prevención de los trastornos de comportamiento perturbador (el trastorno negativista, desafiante y el trastorno disocial) en la infancia y adolescencia, la muestra consistió en madres y padres que tenían hijos menores de 12 años y con un diagnóstico de trastorno de comportamiento perturbador, de una Unidad de Salud Mental al sur de España, el programa consistió de 12-15 sesiones con dos horas de duración cada una con una periodicidad semanal. Los resultados obtenidos mostraron que después del tratamiento hubo una tendencia de los padres a percibir una disminución de los problemas de conducta de sus hijos en las variables de agresividad, atención-hiperactividad y ansiedad, obteniendo en la variable de agresividad una mejoría estadística significativa. En la evaluación de las madres, hubo una tendencia a percibir menos problemas de conducta en sus hijos en las variables de agresividad, déficit académico, atención-hiperactividad, ansiedad y retraimiento, pero solo se presentó una diferencia estadística en atención-hiperactividad.

En México, Pedroza (2006) realizó un estudio con familias padres-hijos, los niños tenían de 6 a 12 años de edad, además fueron clasificados como agresivos por sus padres y por sus maestros. El objetivo del estudio fue probar el efecto de un programa sobre el comportamiento agresivo de los niños, el comportamiento agresivo de los padres y la disciplina no coercitiva de los padres. Los resultados indicaron que hubo una disminución en la frecuencia del comportamiento agresivo de los niños y del comportamiento agresivo de los padres, en la fase de tratamiento y en la fase de seguimiento, hubo también un incremento en la disciplina no coercitiva de los padres, además los padres emplearon disciplina no coercitiva para controlar la conducta agresiva de sus hijos.

Fajardo-Vargas y Hernández-Guzmán (2008) realizaron un tratamiento dirigido tanto a niños de la Ciudad de México, de 6 a 12 años, como a sus padres para observar si el entrenamiento en el manejo de la agresividad infantil, proporcionado a los padres en combinación con el tratamiento de sus hijos, resultaba mejor que la intervención dirigida solo a los niños. Los resultados obtenidos mostraron que en el grupo combinado, en el que además del tratamiento cognitivo-conductual de los niños se incluyó a los padres, no resultó superior al grupo en el que participaron solo los niños, debido a que ambos grupos se observó una mejoría después del tratamiento tanto en la agresividad infantil como en los problemas sociales observados por sus padres, es decir, disminuyó la agresividad infantil y los problemas sociales después del tratamiento. Las autoras mencionaron que fue muy probable que no encontraran diferencias debido al desinterés y ausentismo de los padres que participaron en el estudio.

A partir de los resultados sobre la prevalencia de problemas y los factores asociados a dichos problemas, se considera necesario obtener mayor información acerca de los factores que pudieran estar involucrados en los problemas emocionales y de conducta en la niñez, para brindar indicadores válidos y confiables en la población mexicana y poder desarrollar e implementar programas para la prevención y disminución de problemas. Por tal motivo se describen a continuación dos estudios, el primero sirvió como base para el desarrollo de un programa de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes y el segundo es un estudio piloto donde se implementó un programa dirigido a padres.

Planteamiento del Problema

Los resultados sobre problemas en niños muestran la prevalencia de manifestaciones sintomáticas, tales como depresión, ansiedad, trastornos de conducta, déficit de atención, desobediencia, trastorno negativista desafiante, entre otros (Alaéz, Martínez & Rodríguez, 2000; Benjet, et al, 2009; Caraveo, Colmenares & Martínez-Vélez, 2002). Los estudios que han retomado las dimensiones de problemas emocionales y de conducta, que indican que tanto los hombres como las mujeres presentan este tipo de problemas, siendo las mujeres las que presentan más problemas emocionales, mientras que los varones presentan más problemas de conducta, hiperactividad/falta de atención y problemas con sus compañeros (Cury y Golfeto, 2003; Giannakopoulos et al., 2009; Schojaei, Wazana, Pitrou y Kovess, 2009; Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker y Schlack, 2008), aunque también hay estudios que no muestran diferencias en problemas emocionales, pero sí en problemas de conducta e hiperactividad/falta de atención, que al igual que otros autores mencionan que son los varones quienes presentan más este tipo de conducta (Syed, Hussein y Mahmud, 2007).

Estudios en México también han reportado la presencia de problemas emocionales o internalizados y de conducta o externalizados (Valencia & Andrade, 2005, Betancourt & Andrade, 2008).

Ante la presencia de problemas emocionales y de conducta durante, en algunos modelos se han identificaron factores asociados este tipo de problemas, tales como prácticas parentales (Guion, Mrug y Windle, 2009), síntomas depresivos de los padres (Hall, Rayens & Peden, 2008), contexto sociocultural (Dodge & Pettit, 2003) y conflicto marital (Ary, Duncan Biglan, Metzley, Noell & Smolkowski, 1999).

Los factores asociados a la presencia de problemas se pueden clasificar por factores biológicos y factores familiares (Abidin, 1996; Berkley, 1997). Dentro de los factores biológicos se encuentran las diferencias por sexo, la mayoría de estudios sobre las diferencias por sexo han reportado que las mujeres muestran

mayor índice de problemas emocionales o internalizados y los hombres más problemas de índole conductual o externalizado (Bragardo, Bersabé & Carrasco, 1999; Hammarberg & Hagekull, 2006; Magarto & Garaigordobil, 2010), aunque también hay estudios que muestran que los niños muestran un rango mayor depresivo que las niñas (Méndez, Vargas, Pozos y López, 2008).

Dentro de los factores familiares asociados a la presencia de problemas emocionales y de conducta se encuentran la sintomatología depresiva, en los estudios se ha reportado que madres que muestran más grado de estos síntomas presentan rechazo parental, lo cual ocasiona problemas emocionales y de conducta en los hijos (Elgar, et al., 2007) o bien conducta antisocial (Gross, Shaw & Moilanen, 2008). Otro factor más son las estrategias de manejo o resolución del conflicto que los padres utilizan en pareja, Marchand y Hock (2003) examinaron la evitación y la agresión como estrategias de resolución de conflicto en el matrimonio y su sintomatología depresiva las cuales se asociaron con problemas internalizados y externalizados de sus hijos. Un factor familiar más son las prácticas parentales, Betancourt (2007) y Gracia, Lila y Musito (2005) mencionaron que las prácticas parentales impactan de manera directa en los problemas de los niños, indicando que ante un pobre control conductual y un alto control psicológico se presentan problemas en los niños, también se ha encontrado que si los padres son controladores, hostiles y amenazadores los niños presentaban baja autoestima, son más agresivos, controladores y hostiles (Castro, 2005).

De acuerdo con la evidencia empírica revisada, se consideró realizar en esta investigación dos estudios, el primer estudio consta de probar diversos modelos estructurales en donde se observó si la sintomatología depresiva y las estrategias de manejo del conflicto con la pareja influyen en las prácticas parentales y estas a su vez en la presencia de síntomas emocionales y problemas de conducta preadolescentes, tomando en cuenta tanto el sexo de los padres como el de los hijos.

Con base en los resultados obtenidos se realizó un segundo estudio en el cual se diseñó, implementó y evaluó un programa de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes, dirigido a padres, con el fin de intervenir en los factores que influyen en la presencia de problemas en los preadolescentes y al mismo tiempo disminuir los problemas o evitarlos.

ESTUDIO 1

MODELOS ESTRUCTURALES DE FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS EMOCIONALES Y PROBLEMAS DE CONDUCTA EN PREADOLESCENTES

Pregunta de investigación

¿Los factores de sintomatología depresiva parental y estrategias de manejo del conflicto con la pareja predicen las prácticas parentales y éstas a su vez influyen en los síntomas emocionales y problemas de conducta que presentan los preadolescentes?

Objetivo

Determinar si los factores de sintomatología depresiva parental y estrategias del manejo de conflicto con la pareja predicen las prácticas parentales y éstas a su vez influyen en los síntomas emocionales y problemas de conducta que presentan los preadolescentes.

Hipótesis

La sintomatología depresiva parental y estrategias del manejo de conflicto con la pareja predicen las prácticas parentales y éstas a su vez influyen en los síntomas emocionales y problemas de conducta que presentan los preadolescentes.

Definición conceptual de variables

Variables independientes

Sintomatología depresiva. Se encuentra constituida por una variedad de componentes, ya sean afectivos (ansiedad, ira, tristeza), motivacionales (perdida de la emoción, tendencia a la evitación y dependencia), cognitivos (pensamiento absolutista, problemas de memoria y concentración, visión negativa del mundo, de sí mismo y del futuro), conductuales (pasividad, evitación, inercia) y fisiológicos (alteraciones del sueño, sexuales y del apetito) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2005).

Estrategias de manejo del conflicto con la pareja. Medios por los cuales cada uno de los miembros de la pareja responde cuando no pueden llegar a un acuerdo o tienen dificultad para conciliar sus intereses personales o existe una falta de entendimiento entre éstos (Sánchez-Aragón, 2000).

Prácticas parentales. Son prácticas que utilizan los padres en la educación de sus hijos, estas se han agrupado en las dimensiones de comunicación, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual (Andrade & Betancourt, 2008).

Variable dependiente

Síntomas emocionales y problemas de conducta. Los problemas de conducta son conductas externas que ocasionan desajustes en los niños y adolescentes estas pueden ser hiperactividad, falta de atención, problemas con pares y problemas de conducta, mientras que los síntomas emocionales se refieren a conductas que ocasionan un desajuste interno (Goodman, 1997).

Definición operacional de variables

Variables independientes.

Sintomatología depresiva. Puntaje obtenido de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D-R (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008).

Estrategias de manejo del conflicto. Puntaje obtenido de la Escala de Estrategias de Manejo del Conflicto (Arnaldo, 2001).

Prácticas parentales. Puntaje obtenido en la Escala de Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2010).

Variable dependiente

Síntomas emocionales y problemas de conducta. Puntaje obtenido en las dimensiones correspondientes de la escala de Capacidades y Dificultades (Goodman, 1997).

Diseño

Es un diseño no experimental, de tipo transeccional, debido a que se realiza sin manipular intencionalmente alguna variable, permitiendo describir las variables y analizar su interrelación en un momento dado.

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por 1068 participantes entre ellos preadolescentes varones (248), preadolescentes mujeres (241), mamás (321) y papás (258), de escuelas primarias del Distrito Federal, seleccionada de manera no probabilística. Los preadolescentes tuvieron una media de edad de 11.2 años ($DE = 0.82$), mientras que las mamás presentaron una media de edad de 37.1 años ($DE = 6.8$) y los papás 40.0 años ($DE = 7.5$).

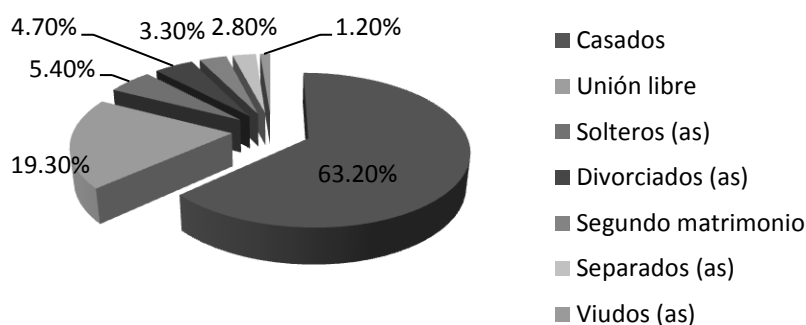
Los preadolescentes proporcionaron la siguiente información acerca de la estructura familiar de sus hogares (Tabla 1).

Tabla 1. Estructura familiar

	fr.	%
Mamá, papá y/o hermanos	232	47.4
Mamá, papá, hermanos y familiares	157	32.1
Mamá y familiares	42	8.6
Mamá y/o hermanos	44	8.9
Papá y familiares	8	1.6
Papá y/o hermanos	4	0.8
Familiares	3	0.6

Otras de las características que se obtuvieron en los cuestionarios fue el estado civil de los padres, reportando que son casados (361), que viven en unión libre (110), solteros (31), divorciados (27), con un segundo matrimonio (19), separados (16) y viudos (7) (Figura 12). Teniendo un promedio de vivir con su pareja actual de 14.8 años (D.E.= 5.8).

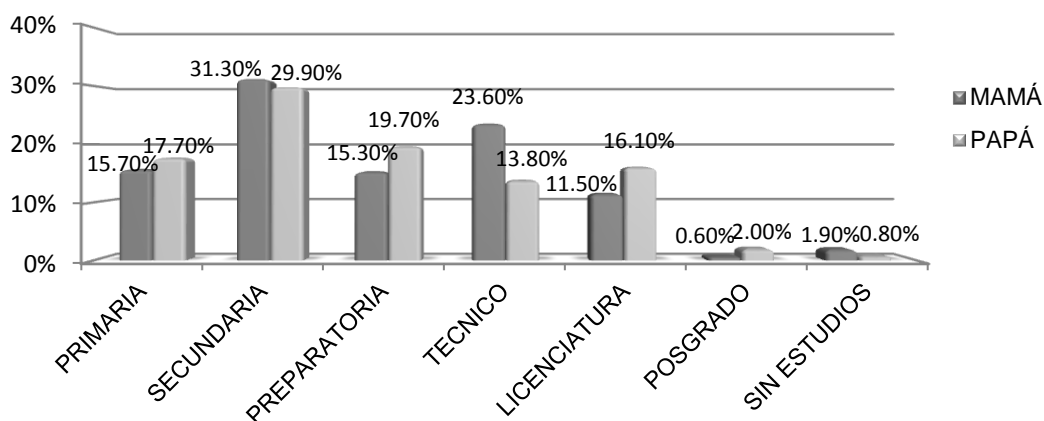
Figura 12. Estado civil de los padres



El número total de hijos e hijas que los padres reportaron fue: 1 hijo (11.9%), 2 hijos (39.6%), 3 hijos (31.4%), 4 hijos (11.1%) y de 6 a 12 hijos (6.2%). Concentrándose el porcentaje mayor entre 2 y 3 tres hijos e hijas.

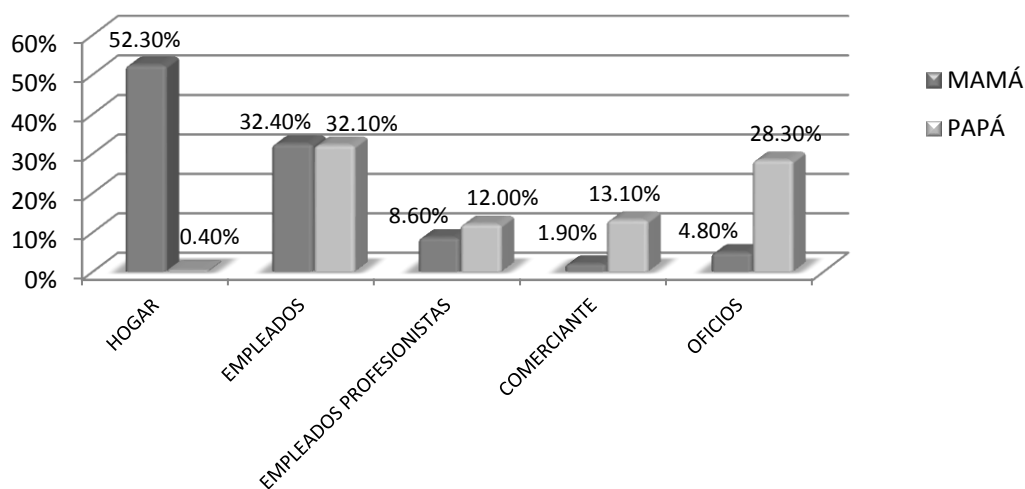
La educación que tienen los padres se puede apreciar en la Figura 13, en esta se puede observar que los papás tienen estudios principalmente de secundaria, seguidos por preparatoria, primaria, licenciatura, carreras técnicas, estudios de posgrado y sin estudios; las mamás también tuvieron en primer lugar los estudios de secundaria, seguidos de carreras técnicas, primaria, preparatoria, licenciatura, sin estudios y posgrado.

Figura 13. Educación de los padres



En la Figura 14, se observa las ocupaciones que reportaron los padres. Siendo los papás quienes reportaron ser empleados, ejercer algún oficio (p.e. albañil, carpintero, herrero, florista, entre otros), fueron empleados profesionistas (p.e. médico, dentista, abogado, contador, entre otros), ser comerciantes y únicamente un papá reportó que su actividad era el hogar. Poco más de la mitad de las mamás mencionaron que su principal actividad era el hogar, también fueron empleadas, empleadas profesionistas (p.e. enfermera, contadora, profesora, entre otros), ejercían algún oficio (p.e. costurera, estilista, cocinera, entre otros) y se dedicaban al comercio.

Figura 14. Ocupación de los padres.



Instrumentos

- Escala de Capacidades y Dificultades (Goodman, 1997). Se realizó un análisis de confiabilidad de la escala, debido a que no se había probado en población mexicana, se obtuvieron coeficientes de alpha de Cronbach aceptables en tres de las cuatro dimensiones de la escala original, siendo la dimensión de problemas con compañeros, donde se obtuvo una consistencia baja, por lo que se decidió ya no incluir dicha dimensión en los análisis posteriores. La consistencia interna que se obtuvo por dimensión para este estudio fue:
 - ✓ Síntomas emocionales (5 reactivos, $\alpha = .668$).
 - ✓ Problemas de conducta (5 reactivos, $\alpha = .576$).
 - ✓ Hiperactividad/Falta de atención (5 reactivos, $\alpha = .664$).
 - ✓ Problemas con compañeros (5 reactivos, $\alpha = .450$)

Las opciones de respuesta para los niños fueron: no es verdad, es verdad a medias y verdaderamente sí.

Las opciones de respuesta para las mamás y los papás fueron: no es cierto, un tanto cierto y absolutamente cierto.

- Escala de Depresión del Centro de Estudio Epidemiológicos CES-D-R (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008). Debido a que el instrumento de Sintomatología Depresiva ya había sido validado en población mexicana y había reportado valores de confiabilidad aceptables, no se realizaron modificaciones a la escala. Sólo se realizó un análisis de confiabilidad con la muestra de este estudio, quedando los factores de la siguiente manera:
 - ✓ Afecto deprimido (5 reactivos, $\alpha = .836$)
 - ✓ Afecto positivo (3 reactivos, $\alpha = .836$)
 - ✓ Inseguridad emocional y problemas interpersonales (10 reactivos, $\alpha = .861$)
 - ✓ Somatización (7 reactivos, $\alpha = .821$)

- ✓ Bienestar emocional (3 reactivos, $\alpha = .774$)
- ✓ Actividad retardada (6 reactivos, $\alpha = .818$)

Las opciones de respuesta para esta escala fueron. 0 días, 1-2 días, 3-4 días, 5-7 días y 8-14 días para evaluar sintomatología depresiva durante las dos últimas semanas.

➤ Escala de Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2010). La escala de Prácticas Parentales también había reportado coeficientes de confiabilidad aceptables en estudios previos por lo que únicamente se llevaron a cabo análisis de confiabilidad con la muestra de este estudio. Se obtuvieron coeficientes de alpha de Cronbach aceptables en las prácticas parentales tanto de las mamás como de los papás. Las dimensiones de la escala se presentan a continuación:

❖ Prácticas parentales mamá:

- ✓ Comunicación/Confianza (12 reactivos, $\alpha = .887$)
- ✓ Autonomía (7 reactivos, $\alpha = .797$)
- ✓ Imposición (7 reactivos, $\alpha = .722$)
- ✓ Control psicológico (5 reactivos, $\alpha = .661$)
- ✓ Control conductual (5 reactivos, $\alpha = .691$)

Las opciones de respuesta fueron: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre.

❖ Prácticas parentales papá:

- ✓ Comunicación/Control conductual (16 reactivos, $\alpha = .949$)
- ✓ Autonomía (8 reactivos, $\alpha = .875$)
- ✓ Imposición (8 reactivos, $\alpha = .801$)
- ✓ Control psicológico (4 reactivos, $\alpha = .798$)

Las opciones de respuesta fueron: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre.

➤ Escala de Estrategias de Manejo del Conflicto (Arnaldo, 2001). Se realizó un análisis factorial y de confiabilidad del instrumento de Estrategias de Manejo del Conflicto. De los 79 reactivos propuestos por Arnaldo (2001) únicamente se retomaron aquellos cuyas cargas factoriales estuvieran por arriba del valor de .60, por lo que se obtuvo una escala de 37 reactivos, con estos reactivos se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, obteniendo 7 factores que explicaron el 60.7% de la varianza. Para determinar su consistencia interna se realizó un análisis de *alpha* de Cronbach (Anexo 1). La escala que se utilizó en este estudio quedó constituida de la siguiente manera:

- ✓ Afecto (5 reactivos, $\alpha = .917$)
- ✓ Negociación/comunicación (13 reactivos, $\alpha = .926$)
- ✓ Automodificación (5 reactivos, $\alpha = .799$)
- ✓ Evitación (5 reactivos, $\alpha = .754$)

Las opciones de respuesta para esta escala fueron: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre.

Procedimiento

Se solicitó a las autoridades correspondientes la autorización para poder aplicar los cuestionarios correspondientes a los preadolescentes y sus padres, en escuelas primarias del Distrito Federal en la Ciudad de México. Dentro de las aulas de 4º, 5º y 6º grado, se les dio a los alumnos un cuestionario para ellos y un sobre que contenía un cuestionario para su mamá y otro para su papá. Se les indicó a los alumnos que contestaran el cuestionario de manera anónima, para lo cual no tardaron más de 15 minutos, se les pidió que llevaran el sobre a sus casas y que le dieran los cuestionarios correspondientes a su mamá y su papá y que entregaran el sobre, con los cuestionarios contestados, a su profesor al día siguiente. Un día posterior a la aplicación se recogieron los sobres con los cuestionarios contestados.

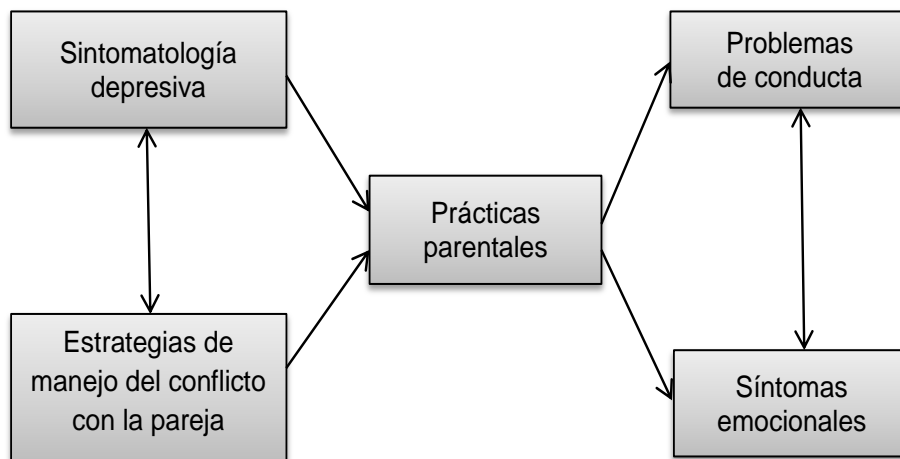
Consideraciones éticas

Los cuestionarios fueron contestados de manera anónima, se indicó a los participantes que sus respuestas serían utilizadas con fines de investigación. Se les envió a los padres una carta en la se explicaba el objetivo de la investigación, enfatizando el anonimato de sus respuestas.

Resultados

Con base en los antecedentes recabados y en los planteamientos teóricos, se planteó un modelo hipotético de los efectos directos e indirectos para determinar si los factores de sintomatología depresiva y estrategias de manejo del conflicto con la pareja predicen prácticas parentales y éstas a su vez influyen en los síntomas emocionales y problemas de conducta de los preadolescentes (Figura15).

Figura 15. Modelo hipotético para predecir síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes



Se contrastó el modelo hipotético especificado con los modelos estructurales de análisis de senderos realizados con el programa de ecuaciones estructurales (AMOS v. 18).

Como primer paso se llevaron a cabo análisis de diferencias de medias de las variables de estudio para observar si los informantes tenían diferencias significativas en sus respuestas y de esta manera decidir si se realizaba un solo modelo o varios.

En los análisis se encontró que las mamás ($M = 26.60$, $DE = 19.05$) presentaron más sintomatología depresiva que los papás ($M = 21.79$, $DE = 15.57$), $t = 2.834$, $gl = 428$, $p < .0.05$.

También se encontró que en el factor de estrategias de manejo del conflicto de Evitación los papás puntuaron más alto ($M = 11.06$, $DE = 2.36$) que las mamás ($M = 10.02$, $DE = 2.17$), $t = -3.254$, $gl = 479$, $p < .0.001$; en el factor de Negociación/Comunicación las mamás ($M = 42.77$, $DE = 5.72$) puntuaron más alto que los papás ($M = 40.36$, $DE = 6.14$), $t = 2.867$, $gl = 460$, $p < .0.05$; en el factor de Afecto no se encontraron diferencias significativas entre los papás ($M = 15.06$, $DE = 4.20$) y las mamás ($M = 14.53$, $DE = 4.61$), $t = -1.318$, $gl = 496$, $p > .0.05$; tampoco se encontraron diferencias significativas en el factor de Automodificación entre los papás ($M = 14.91$, $DE = 2.33$) y las mamás ($M = 15.20$, $DE = 2.25$), $t = -0.891$, $gl = 492$, $p > .0.05$.

Además se encontró que las mamás fueron las que percibieron más los síntomas emocionales de sus hijos e hijas ($M = 2.48$, $DE = 2.12$) en comparación con los papás ($M = 2.07$, $DE = 2.06$), $t = 2.352$, $gl = 577$, $p < .0.05$; no encontrando diferencias significativas en la percepción de la hiperactividad/falta de atención entre las mamás ($M = 3.52$, $DE = 2.26$) y los papás ($M = 3.42$, $DE = 2.28$) $t = .494$, $gl = 577$, $p > .0.05$; tampoco en la percepción de los problemas de conducta entre

las mamás ($M = 2.50$, $DE = 1.81$) y los papás ($M = 2.23$, $DE = 1.62$), $t = 1.903$, $gl=577$, $p > .0.05$.

También se tomó en cuenta el sexo de los preadolescentes, encontrando que los varones percibieron de diferente manera las prácticas parentales que ejerce su mamá y las prácticas parentales de su papá, lo mismo paso con las mujeres, con la percepción que tuvieron de las prácticas parentales de su mamá y de las prácticas parentales de su papá (Anexo 2).

Al hacer el cruce de las diadas por sexo de los participantes, se encontraron diferentes las respuestas que dieron en cuanto a la percepción de los síntomas emocionales y problemas de conducta que tienen los padres y lo que reporta sus hijos, es decir, entre la diada mamá-hijo y mamá-hija; papá-hijo y papá-hija (Anexo 3).

Con base en estos hallazgos se decidió realizar modelos diferentes con las respuestas de los preadolescentes, de las mamás y de los papás.

Como primer paso para dar respuesta a la pregunta de investigación, se realizaron correlaciones r de Pearson entre las variables consideradas, las cuales se describen en cada uno de los apartados de los modelos estructurales. Posteriormente se procedió a analizar ocho modelos de análisis de senderos de ecuaciones estructurales, segmentando los datos recabados por diadas: 1) mamás que tenían hijos varones (mamás-hijos), 2) mamás que tuvieron hijas (mamás-hijas), 3) papás cuyos hijos fueran varones (papás-hijos), 4) papás que tuvieran hijas (papás-hijas), también se segmentaron los datos recabados de las respuestas que proporcionaron los preadolescentes de la percepción de las prácticas parentales y sus síntomas emocionales y problemas de conducta, dando otras cuatro diadas: 5) varones-mamás, 6) varones-papás, 7) mujeres-mamás y 8) mujeres-papás.

Para determinar la bondad de ajuste de los modelos y la significación estadística de los coeficientes se utilizaron estimadores robustos de máxima verosimilitud. Los índices de bondad de ajuste que se tomaron en cuenta en los análisis fueron el Índice Comparativo de Ajuste de Bentler (CFI), el Índice de Ajuste Normado de Bentler-Bonett (NFI), el Índice de Ajuste de Incremento de Bollen (IFI), el Error de Aproximación Cuadrático Medio (RMSA) y Chi-cuadrado del modelo (χ^2).

Los modelos estructurales se presentan a continuación considerando las respuestas de los participantes, primero se presentan los modelos estructurales de las respuestas de los preadolescentes, posteriormente se presentan los modelos estructurales analizados con las respuestas de las mamás y por últimos los modelos estructurales con las respuestas que otorgaron los papás.

Modelos que explican la percepción de las prácticas parentales de los preadolescentes, sus síntomas emocionales y problemas de conducta

Como análisis preliminar de la percepción de las prácticas parentales de la mamá que reportan los preadolescentes, sus síntomas emocionales y problemas de conducta, se llevó a cabo un análisis de correlación de los datos que reportaron los varones y otro para los que reportaron las mujeres.

Como se observa en la Tabla 2, la práctica de la mamá de comunicación/confianza y el control conductual que reportan los preadolescentes varones se asociaron de manera negativa con los problemas de conducta; la autonomía se asoció negativamente con hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y problemas de conducta; la imposición y el control psicológico se asociaron positivamente con síntomas emocionales, hiperactividad/falta de atención y problemas de conducta.

Tabla 2. Correlación entre prácticas parentales de la mamá que perciben los preadolescentes y sus síntomas emocionales y problemas de conducta.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Comunicación/ Confianza	-	.605**	-.214*	-.218*	.575**	-.071	-.126	-.321**
2. Autonomía		-	-.198*	-.247**	.465**	-.102**	-.251**	-.310**
3. Imposición			-	.502**	-.154	.191*	.292**	.285**
4. Control psicológico				-	-.260**	.171*	.249**	.396**
5. Control Conductual					-	-.107	-.021	-.227**
6. Hiperactividad/ Falta de atención						-	.196*	.470**
7. Síntomas emocionales							-	.355**
8. Problemas de conducta								-

** Correlación significativa a 0.01

* Correlación significativa a 0.05

En la tabla 3 se observan las correlaciones de las prácticas de la mamá que perciben las preadolescentes, sus síntomas emocionales y problemas de conducta. La comunicación/confianza, el control conductual y la autonomía se asociaron de manera negativa con hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y problemas de conducta; la imposición se asoció positivamente con síntomas emocionales y problemas de conducta; y el control psicológico se asoció positivamente con hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y problemas de conducta.

Tabla 3. Correlación entre prácticas parentales de la mamá que perciben las preadolescentes y sus síntomas emocionales y problemas de conducta.

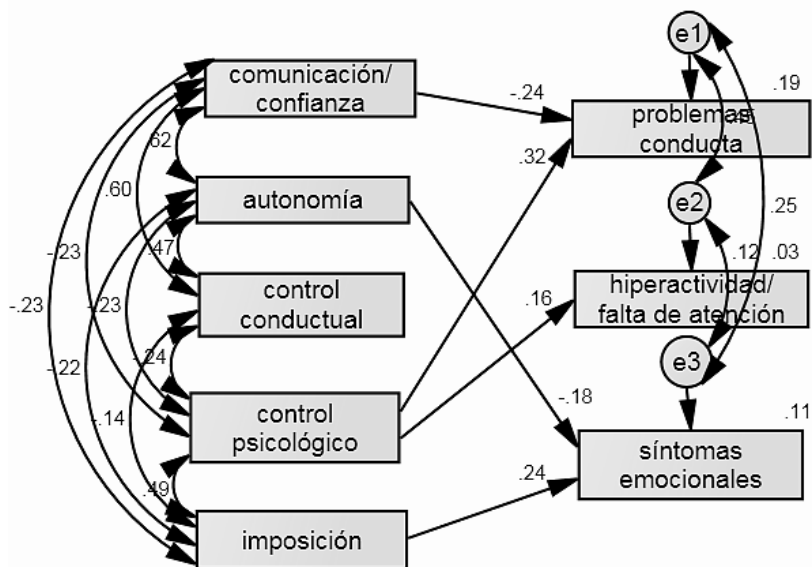
Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Comunicación/ Confianza	-	.589**	-.125	-.534*	.625**	-.222**	-.228**	-.216**
2. Autonomía		-	-.279**	-.476**	.523**	-.330**	-.359**	-.335**
3. Imposición			-	.345**	-.159	.144	.221**	.261**
4. Control psicológico				-	-.382**	.219**	.288**	.341**
5. Control Conductual					-	-.387**	-.318**	-.305**
6. Hiperactividad/ Falta de atención						-	.473**	.500**
7. Síntomas emocionales							-	.551**
8. Problemas de conducta								-

** Correlación significativa a 0.01

* Correlación significativa a 0.05

Tomando en cuenta las correlaciones de las prácticas parentales de la mamá, los síntomas emocionales y problemas de conducta, se realizaron dos modelos de ecuaciones estructurales de análisis de senderos (Figura 16 y 17). Ambos modelos tuvieron índices de ajuste adecuados.

Figura 16. Modelo de las prácticas parentales de la mamá que perciben los preadolescentes, sus síntomas emocionales y problemas de conducta

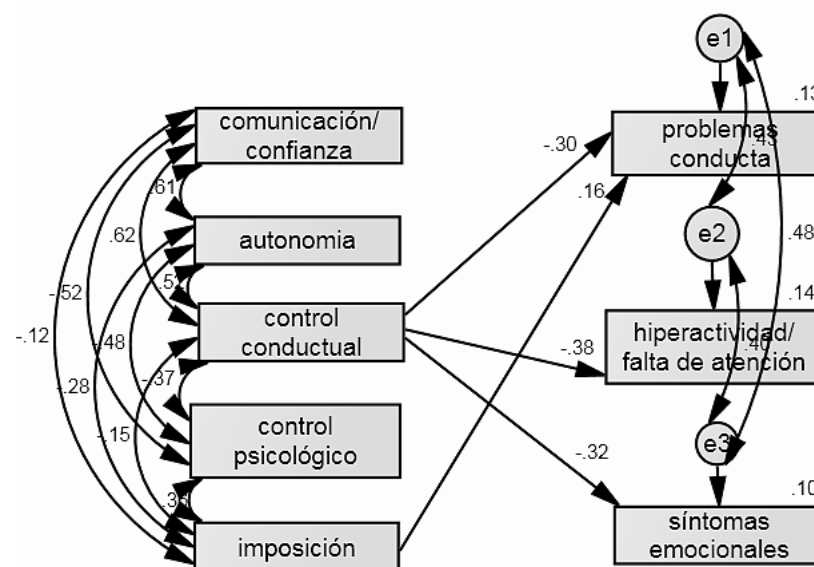


ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2 = 12.171$ (10 gl, $p > .05$)

CFI	IFI	RMSEA
.991	.992	.037

Figura 17. Modelo de las prácticas parentales de la mamá que perciben las preadolescentes, sus síntomas emocionales y problemas de conducta



ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2 = 15.540$ (11 gl, $p > .05$)

CFI	IFI	RMSEA
.987	.988	.050

Los resultados confirman la influencia directa de las variables de las prácticas parentales en los síntomas emocionales, problemas de conducta e hiperactividad/falta de atención.

En el análisis de senderos de las prácticas parentales de la mamá que perciben los preadolescentes, sus síntomas emocionales y problemas de conducta se obtuvo un 19 % de varianza explicada para los problemas de conducta, influidos por las variables exógenas de comunicación/confianza ($\beta = -.242$, $p < .001$) y control psicológico ($\beta = .318$, $p < .001$); los síntomas emocionales tuvieron una varianza explicada del 11 %, influidos por las prácticas de autonomía ($\beta = -.184$, $p < .05$) e imposición ($\beta = .241$, $p < .05$); finalmente la hiperactividad/falta de atención tuvo una varianza explicada del 3 %, obteniendo efectos directos del control psicológico ($\beta = .162$, $p < .05$).

En el análisis de senderos de las prácticas parentales de la mamá que perciben las preadolescentes, sus síntomas emocionales y problemas de conducta se obtuvo una varianza explicada del 14 % para la variable endógena de hiperactividad/falta de atención, siendo la variable exógena de control conductual la que influyó en esta conducta ($\beta = -.379$, $p < .001$); los problemas de conducta fueron explicados en un 13 %, influyendo las variables exógenas de control conductual ($\beta = -.297$, $p < .001$) y la práctica de imposición de la madre ($\beta = .160$, $p < .05$); los síntomas emocionales tuvieron una varianza explicada del 10 %, teniendo influencia directa de la práctica de control conductual ($\beta = -.324$, $p < .001$).

Una vez analizados los modelos sobre la percepción de las prácticas parentales de la mamá, se procedió a la realización de otros dos modelos referentes a la percepción de las prácticas parentales de papá y los problemas emocionales y de conducta que reportaron los niños y niñas.

Como análisis preliminar de la percepción de las prácticas parentales del papá que reportan las y los preadolescentes de los síntomas emocionales y problemas de conducta que reportaron ellos mismos, se realizaron correlaciones r de Pearson

para los datos que reportaron los varones y otra para los que reportaron las mujeres.

En las correlaciones de las prácticas parentales del papá que perciben los varones y sus síntomas emocionales y problemas de conducta se encontró que la autonomía se asoció de manera negativa con hiperactividad/falta de atención y problemas de conducta; la imposición y el control psicológico se asociaron positivamente con hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y problemas de conducta (Tabla 4).

Tabla 4. Correlación entre prácticas parentales de del papá perciben los niños y sus problemas emocionales y de conducta.

Variabes	1	2	3	4	5	6	7
1. Comunicación/ Control conductual	-	.630**	-.156	-.448**	-.101	-.109	-.168
2. Autonomía		-	-.278**	-.485**	-.303**	-.168	-.212*
3. Imposición			-	.497**	.335**	.306**	.235**
4. Control psicológico				-	.284**	.324**	.187*
5. Hiperactividad/ Falta de atención					-	.196*	.470**
6. Síntomas emocionales						-	.355**
7. Problemas de conducta							-

** Correlación significativa a 0.01

* Correlación significativa a 0.05

En los análisis de correlación entre las prácticas parentales del papá que percibieron las mujeres y los síntomas emocionales y problemas de conducta que ellas mismas reportaron, se obtuvo que la comunicación/control conductual y autonomía se asociaron de manera negativa con hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y problemas de conducta; la imposición no tuvo correlaciones significativas; y el control psicológico se asoció positivamente con hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y problemas de conducta (Tabla 5).

Tabla 5. Correlación entre prácticas parentales del papá que perciben las preadolescentes y sus síntomas emocionales y problemas de conducta

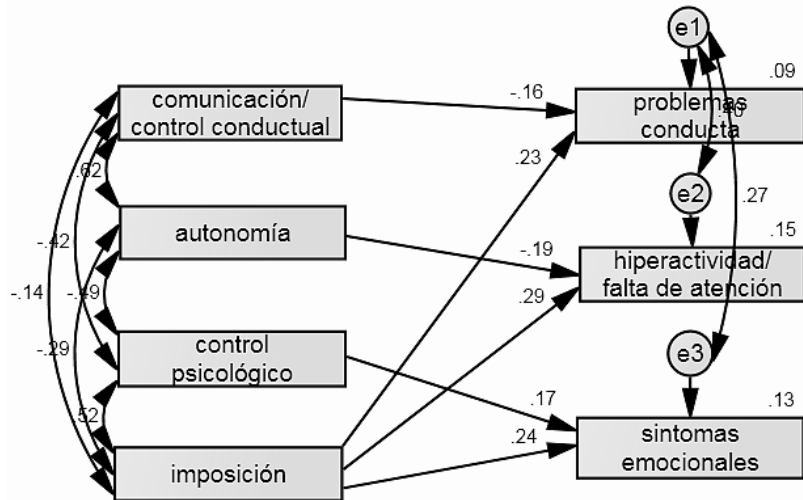
Variabales	1	2	3	4	5	6	7
1. Comunicación/ Control conductual	-	.650**	-.106	-.415**	-.331	-.379**	-.308**
2. Autonomía		-	-.287**	-.436**	-.333**	-.271**	-.319**
3. Imposición			-	.410**	.109	.168	.153
4. Control psicológico				-	.175*	.286**	.318**
5. Hiperactividad/ Falta de atención					-	.473**	.500**
6. Síntomas emocionales						-	.551**
7. Problemas de conducta							-

** Correlación significativa a 0.01

* Correlación significativa a 0.05

Tomando en cuenta las correlaciones, se realizaron dos modelos de ecuaciones estructurales de análisis de senderos, uno correspondiente a aquellos papás que tienen hijos y otro cuyos papás hijas (Figura 18 y 19). Ambos modelos tuvieron índices de ajuste adecuados.

Figura 18. Modelo de las prácticas parentales del papá que perciben los preadolescentes, sus síntomas emocionales y problemas de conducta

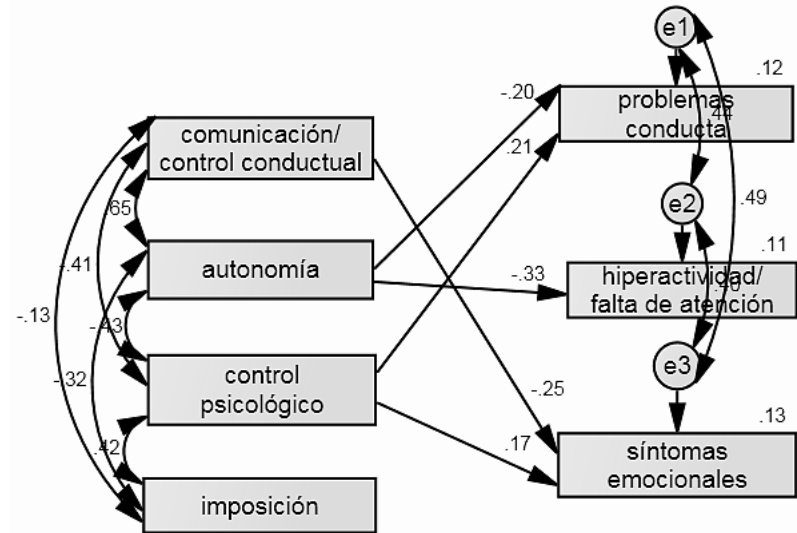


ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2 = 3.877$ (7 gl, $p > .05$)

CFI	IFI	RMSEA
1.000	1.013	.000

Figura 19. Modelo de las prácticas parentales del papá que perciben las preadolescentes, sus síntomas emocionales y problemas de conducta



ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2 = 4.849$ (7 gl, $p > .05$)

CFI	IFI	RMSEA
1.000	1.007	.000

En el análisis de senderos de la percepción de las prácticas parentales del papá y los síntomas emocionales y problemas de conducta que reportaron los varones se obtuvo una varianza explicada del 15 % para la hiperactividad/falta de atención, tendiendo influencia directa de las prácticas parentales de imposición ($\beta = .286$, $p < .001$) y autonomía ($\beta = -.188$, $p < .05$); la varianza explicada de los síntomas emocionales fue de 13 %, siendo influida por el control psicológico que ejercen los papás ($\beta = .175$, $p < .05$) y la imposición ($\beta = .237$, $p < .05$); los problemas de conducta tuvieron una varianza explicada de 0.9 %, con influencia directa de el ejercicio de la imposición ($\beta = .225$, $p < .05$) y la comunicación/control conductual ($\beta = -.165$, $p < .05$).

En el modelo estructural de análisis de senderos de la percepción de las prácticas parentales del papá y los síntomas emocionales y problemas de conducta que reportaron las mujeres se obtuvo una varianza explicada del 13 % para los síntomas emocionales, influidos de manera directa por la comunicación/control conductual de los papás ($\beta = -.251$, $p < .001$) y el control psicológico ($\beta = .171$, $p < .05$); los problemas de conducta fueron tuvieron una varianza explicada del 12 %, siendo influidos por las prácticas parentales de control psicológico ($\beta = .215$, $p < .05$) y autonomía ($\beta = -.200$, $p < .05$); la hiperactividad/falta de atención tuvo una varianza explicada del 11 %, teniendo la influencia directa la práctica parental de autonomía ($\beta = -.330$, $p < .001$).

Cabe destacar que en los análisis se encontró que las mujeres reportaron más los síntomas emocionales ($M = 3.55$, $DE = 2.48$) en comparación con los varones ($M = 2.79$, $DE = 2.21$), $t = -3.586$, $gl = 487$, $p < .001$; siendo los varones quienes reportaron más los problemas de conducta ($M = 2.87$, $DE = 2.11$) que las mujeres ($M = 2.17$, $DE = 1.79$), $t = 3.940$, $gl = 487$, $p < .001$; y las hiperactividad/falta de atención fueron reportadas más por los varones ($M = 3.94$, $DE = 2.28$) que las mujeres ($M = 3.43$, $DE = 2.28$), $t = 2.433$, $gl = 487$, $p < .05$.

Modelos estructurales sobre la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen las mamás y la percepción que tiene de los síntomas emocionales y problemas de conducta de los y las preadolescentes.

Se llevaron a cabo análisis de correlación r de Pearson, como análisis previo a la realización de los análisis de senderos, uno correspondiente a las mamás que reportaron tener hijos y otro con aquellas mamás que mencionaron tener hijas.

En el análisis de correlación de las respuestas que proporcionaron las mamás sobre la sintomatología depresiva, las estrategias de manejo del conflicto, sus prácticas parentales y la percepción de los síntomas emocionales y problemas de conducta que tienen de los hijos, se obtuvo que la sintomatología depresiva se asoció de manera negativa con la práctica parental de comunicación/afecto, de manera positiva con las prácticas de imposición y control psicológico; también correlacionó positivamente con la estrategia de manejo del conflicto de evitación y de manera negativa con afecto, negociación/comunicación y automodificación; la sintomatología depresiva de las mamás se asoció de manera positiva con los problemas de conducta de sus hijos, los síntomas emocionales y la hiperactividad/falta de atención.

Las estrategias de manejo de conflicto de afecto se asociaron de manera positiva con las prácticas parentales de comunicación/confianza y control conductual, y de manera negativa con el control psicológico; la estrategia de afecto también se asoció de manera negativa con la hiperactividad/falta de atención. La estrategia de manejo del conflicto de negociación/comunicación se asoció positivamente con las prácticas de comunicación/confianza, autonomía y control conductual, y se asoció negativamente con la práctica de control psicológico; también correlacionó negativamente con la hiperactividad/falta de atención de sus hijos y los problemas de conducta. La estrategia de automodificación se asoció de manera positiva con la comunicación/confianza y la práctica de autonomía y de manera negativa con el control psicológico, además se asoció negativamente con los problemas de

conducta de los preadolescentes. La estrategia de manejo del conflicto de evitación se asoció de manera positiva con la práctica parental de imposición y el control psicológico de manera negativa con el control conductual.

Las prácticas parentales de la mamá de comunicación/confianza y autonomía se asociaron negativamente con la hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de sus hijos; el control conductual se asoció de manera negativa con los síntomas emocionales y los problemas de conducta, mientras que el control psicológico se asoció positivamente con la hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y los problemas de conducta, la práctica de imposición se asoció positivamente solo con los síntomas emocionales (Tabla 6).

Tabla 6. Correlaciones entre la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen las mamás y los problemas emocionales y de conducta que perciben de los niños.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Comunicación/ confianza	---	.527**	-.147	-.268**	.637**	-.236*	.250**	.364**	.193*	-.145	-.325**	-.366**	-.362**
2. Autonomía		-----	-.206*	-.200*	.366**	-.132	.106	.262**	.186*	-.085	-.187*	-.386**	-.148
3. Imposición			-----	.414**	-.066	.302**	-.095	-.077	-.173	.198*	.056	.182*	.086
4. Control Psicológico				-----	-.183*	.331**	-.200**	-.247**	-.315**	.273**	.218*	.337**	.386**
5. Control Conductual					-----	-.169	.228**	.248**	.099	-.267**	-.121	-.332**	-.180*
6. Sintomatología depresiva						-----	-.225*	-.282**	-.235**	.304**	.225*	.415**	.303**
7. EC Afecto							-----	.761**	.465**	-.479**	-.196*	-.095	-.132
8. EC Negociación/ Comunicación								-----	.622**	-.463**	-.220*	-.138	-.217*
9. EC Automodificación									-----	-.268**	-.139	-.046	-.208*
10. EC Evitación										-----	.147	.167	.091
11. Hiperactividad/ Falta de atención											-----	.288**	.616**
12. Síntomas emocionales												-----	.364**
13. Problemas de conducta													-----

** Correlación significativa a 0.01

* Correlación significativa a 0.05

En la Tabla 7, se muestra el análisis de correlación de las respuestas que proporcionaron las mamás sobre la sintomatología depresiva, las estrategias de manejo del conflicto, sus prácticas parentales y la percepción de los síntomas emocionales y problemas de conducta que tienen de sus hijas. Se obtuvo que la sintomatología depresiva se asoció positivamente con las prácticas parentales de imposición y control psicológico, y se asoció de manera negativa con las prácticas de comunicación/confianza, autonomía y control conductual; la sintomatología depresiva se asoció de manera positiva con las estrategias de manejo del conflicto de evitación y de manera negativa con las estrategias de afecto, negociación/comunicación y automodificación; también se asoció positivamente con la hiperactividad/falta de atención, los síntomas emocionales y los problemas de conducta de sus hijas.

La estrategia de manejo de conflicto de afecto se asoció de manera positiva con las prácticas parentales de comunicación/confianza y control conductual; la estrategia de afecto también se asoció de manera negativa con la hiperactividad/falta de atención. La estrategia de negociación/comunicación se asoció positivamente con las prácticas de comunicación/confianza, autonomía y control conductual, y se asoció negativamente con la práctica de control psicológico; también correlacionó negativamente con la hiperactividad/falta de atención. La estrategia de automodificación se asoció de manera positiva con las prácticas de comunicación/confianza, autonomía y control conductual, y de manera negativa con el control psicológico e imposición, la estrategia de automodificación también se asoció negativamente con la hiperactividad/falta de atención y los problemas de conducta de las niñas. La estrategia de manejo del conflicto de evitación se asoció de manera positiva con la práctica parental de control psicológico de manera negativa con el control conductual, comunicación/confianza y autonomía, también se asoció de manera positiva con la hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y problemas de conducta.

Las prácticas parentales de la mamá de comunicación/confianza, autonomía y control conductual se asociaron negativamente con la hiperactividad/falta de

atención, síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de sus hijas; mientras que el control psicológico se asoció positivamente con la hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y los problemas de conducta, la práctica de imposición se asoció positivamente con los síntomas emocionales y con la hiperactividad/falta de atención.

Con base en los análisis de correlaciones r de Pearson se procedió a la realización de dos análisis de senderos de modelos estructurales, uno con las prácticas parentales cuyas mamás tuvieron hijos y otro con las mamás que tienen hijas (Figura 20 y 21). Ambos modelos tuvieron índices de ajuste adecuados.

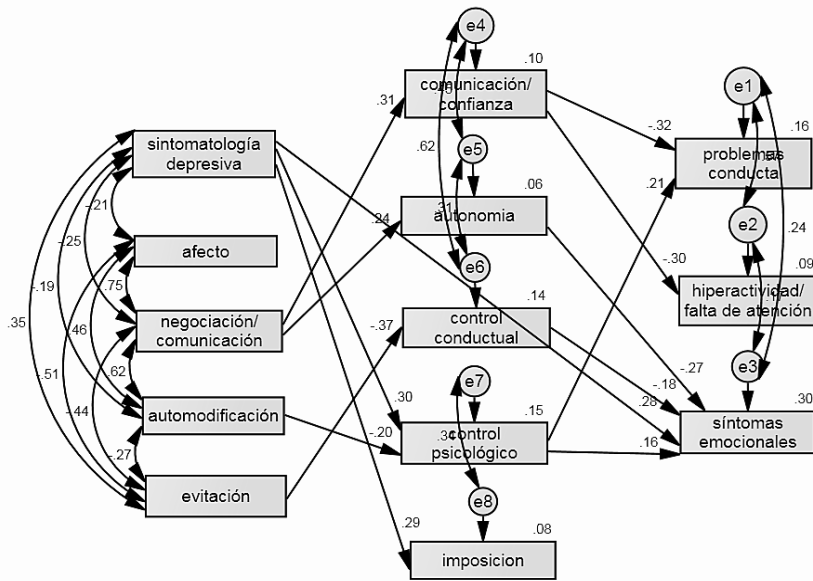
Tabla 7. Correlaciones entre la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen las mamás y los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de sus hijas

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Comunicación/ confianza	-	.597**	-.341**	-.508**	.624**	-.460*	.296**	.419**	.543**	-.268**	-.263**	-.225**	-.276**
2. Autonomía		-----	-.505**	-.468*	.459**	-.358**	.005	.232*	.368**	-.234*	-.376**	-.321**	-.320**
3. Imposición			-----	.358**	-.271**	.339**	-.117	-.168	-.259**	.175	.238**	.235**	.114
4. Control Psicológico				-----	-.421**	.444**	-.117	-.215*	-.383**	.216**	-.384**	.304**	.226**
5. Control Conductual					-----	-.323**	.207*	.316**	.335**	-.319**	-.272**	-.258**	-.161*
6. Sintomatología depresiva						-----	-.228*	-.397**	-.311**	.354**	.301**	.537**	.217*
7. EC Afecto							-----	.714**	.473**	-.533**	-.183*	-.098	-.021
8. EC Negociación/ Comunicación								-----	.623**	-.613**	-.277**	-.182	-.087
9. EC Automodificación									-----	-.406**	-.302**	-.168	-.271**
10. EC Evitación										-----	.304**	.185*	.140
11. Hiperactividad/ Falta de atención											-----	.515**	.526**
12. Síntomas emocionales												-----	.395**
13. Problemas de conducta													-----

** Correlación significativa a 0.01

* Correlación significativa a 0.05

Figura 20. Modelo de la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen las mamás, los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de los preadolescentes

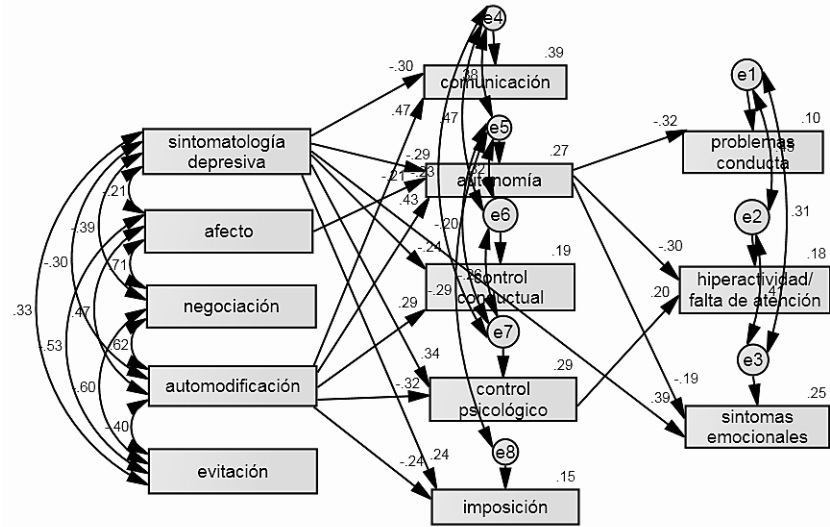


ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2 = 46.976$ (48 gl, $p > .05$)

CFI	IFI	RMSEA
1.000	1.002	.000

Figura 21. Modelo de la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen las mamás, los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de las preadolescentes



ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2 = 51.310$ (42 gl, $p > .05$)

CFI	IFI	RMSEA
.985	.986	.037

Los resultados confirman la influencia directa de las variables de sintomatología depresiva y estrategias de manejo del conflicto sobre las prácticas parentales y estas sobre los síntomas emocionales, problemas de conducta e hiperactividad/falta de atención.

En los resultados obtenidos en los análisis de senderos de las respuestas de la mamá para la sintomatología depresiva, las estrategias del manejo del conflicto, sus prácticas parentales y la percepción que tienen de los síntomas emocionales y problemas de conducta de los varones, se obtuvo una varianza explicada del 15 % para la práctica parental de control psicológico, siendo influida por la sintomatología depresiva ($\beta = .299$, $p < .05$) y la estrategia de automodificación ($\beta = -.201$, $p < .05$); la práctica de control conductual tuvo una varianza explicada de 14 %, teniendo efectos directos de la estrategias de manejo del conflicto de evitación ($\beta = -.372$, $p < .001$); la comunicación/confianza tuvo una varianza explicada del 10 %, teniendo como predictores la estrategia de negociación/comunicación ($\beta = .311$, $p < .001$); la imposición tuvo una varianza explicada del 8 %, siendo influida por la variable exógena de sintomatología depresiva ($\beta = .290$, $p < .05$) y la práctica de autonomía tuvo una varianza explicada del 6 %, teniendo efectos directos de la estrategia de negociación/comunicación ($\beta = .239$, $p < .05$).

Los síntomas emocionales que percibieron las mamás de los varones tuvieron una varianza explicada del 30 %, teniendo efectos directos de el ejercicio de la autonomía ($\beta = -.269$, $p < .001$), el control conductual ($\beta = -.182$, $p < .05$), control psicológico ($\beta = .165$, $p < .05$) y la sintomatología depresiva que reportaron las mamás ($\beta = .281$, $p < .001$); los problemas de conducta tuvieron una varianza explicada del 16 %, siendo sus predictores las prácticas parentales de comunicación/confianza ($\beta = -.320$, $p < .001$) y control psicológico ($\beta = .214$, $p < .05$); finalmente la hiperactividad/falta de atención tuvo una varianza explicada del 9 %, siendo influida por la práctica de comunicación/confianza ($\beta = -.298$, $p < .001$).

Los resultados obtenidos en los análisis de senderos de las respuestas de la mamá para la sintomatología depresiva, las estrategias del manejo del conflicto, sus prácticas parentales y la percepción que tiene de los síntomas emocionales y problemas de conducta de sus hijas, indicaron que la variable de las prácticas parentales de comunicación/confianza tuvo una varianza explicada del 39 %, tendiendo efectos directos de las variables exógenas de sintomatología depresiva ($\beta = -.297$, $p < .001$) y la estrategia de manejo del conflicto de automodificación ($\beta = .466$, $p < .001$); la práctica de control psicológico tuvo una varianza explicada del 29 %, siendo influida por la sintomatología depresiva ($\beta = .339$, $p < .001$) y la estrategia de automodificación ($\beta = -.324$, $p < .001$); la autonomía tuvo una varianza explicada del 27 %, obteniendo efectos directos de la sintomatología depresiva ($\beta = -.289$, $p < .001$), y las estrategias de manejo del conflicto de afecto ($\beta = -.209$, $p < .05$) y automodificación ($\beta = .428$, $p < .001$); la práctica de control conductual tuvo una varianza explicada del 19 %, tendiendo como predictores la sintomatología depresiva ($\beta = -.242$, $p < .05$) y las estrategias de automodificación ($\beta = .293$, $p < .001$); la imposición tuvo una varianza explicada del 15 %, tendiendo efectos directos de la sintomatología depresiva ($\beta = .242$, $p < .05$) y automodificación ($\beta = -.239$, $p < .05$).

Los síntomas emocionales que percibieron las mamás de sus hijas presentaron una varianza explicada del 25 %, teniendo efectos directos de el ejercicio de la autonomía ($\beta = -.193$, $p < .05$) y la sintomatología depresiva que reportaron las mamás ($\beta = .392$, $p < .001$); la hiperactividad/falta de atención presentó una varianza explicada del 18 %, siendo influidos por las prácticas de autonomía ($\beta = -.295$, $p < .001$) y control psicológico ($\beta = .204$, $p < .05$); finalmente los problemas de conducta tuvieron una varianza explicada del 10 %, siendo su predictor la práctica parental de autonomía ($\beta = -.315$, $p < .001$).

Modelos estructurales sobre la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen los papás y la percepción que tiene de los síntomas emocionales y problemas de conducta de las y los preadolescentes

Se llevaron a cabo análisis de correlación r de Pearson, como análisis previo a la realización de los análisis de senderos, uno correspondiente a los papás que reportaron tener hijos y otro los papás que mencionaron tener hijas.

En el análisis de correlación de las respuestas que proporcionaron los papás sobre la sintomatología depresiva, las estrategias de manejo del conflicto, sus prácticas parentales y la percepción de los síntomas emocionales y problemas de conducta que tienen de sus hijos, se obtuvo que la sintomatología depresiva se asoció de manera negativa con la práctica parental de comunicación/control conductual, autonomía, y manera positiva con la práctica de control psicológico; con las estrategias de manejo del conflicto no tuvo correlaciones significativas; la sintomatología depresiva de los papás se asoció de manera positiva con los problemas de conducta de los preadolescentes varones.

Las estrategias de manejo de conflicto de afecto se asociaron de manera positiva con las prácticas parentales de comunicación/control conductual y autonomía, y de manera negativa con imposición; la estrategia de afecto también se asoció de manera negativa con los problemas de conducta de los varones; la estrategia de manejo del conflicto de negociación/comunicación se asoció positivamente con las prácticas de comunicación/control conductual, y se asoció negativamente con la práctica de imposición y control psicológico; también correlacionó negativamente con los problemas de conducta; la estrategia de automodificación se asoció de manera positiva con la comunicación/control conductual y de manera negativa con el control psicológico; la estrategia de manejo del conflicto de evitación se asoció de manera positiva con la práctica parental de control psicológico y de manera negativa con la práctica de comunicación/control conductual y autonomía, también se asoció de manera positiva con los problemas de conducta.

Las prácticas parentales de los papás de comunicación/control conductual y autonomía se asociaron negativamente con la hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de sus hijos; el control psicológico se asoció positivamente con los síntomas emocionales y los problemas de conducta y la práctica de imposición se asoció positivamente solo con los síntomas emocionales (Tabla 8).

Tabla 8. Correlaciones entre la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen los papás y los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de sus hijos varones.

Variabes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Comunicación/ Control conductual	---	.506**	-.035	-.296**	-.328**	.323**	.366**	.319**	-.276**	-.287**	-.324**	-.375**
2. Autonomía		-----	-.231*	-.282**	-.335**	.229*	.182	.089	-.297**	-.334**	-.284**	-.334**
3. Imposición			-----	.564**	.178	-.209	-.261**	-.159	.179	-.005	.199*	.028
4. Control Psicológico				-----	.329**	-.156	-.294**	-.239*	.266**	.143	.347**	.254**
5. Sintomatología depresiva					-----	.202	-.210	-.174	.161	.391**	.387**	.252*
6. EC Afecto						-----	.747**	.588**	-.442**	-.106	-.133	-.203*
7. EC Negociación/ Comunicación							-----	.766**	-.414**	-.063*	-.075	-.210*
8. EC Automodificación								-----	-.290**	-.002	-.097	-.148
9. EC Evitación									-----	.106	.121	.337**
10. Hiperactividad/ Falta de atención										-----	.285**	.646**
11. Síntomas emocionales											-----	.323**
12. Problemas de conducta												-----

** Correlación significativa a 0.01

* Correlación significativa a 0.05

En la Tabla 9, se muestra el análisis de correlación de las respuestas que proporcionaron los papás sobre la sintomatología depresiva, las estrategias de manejo del conflicto, sus prácticas parentales y la percepción de los síntomas emocionales y problemas de conducta que tienen de las preadolescentes mujeres. En los análisis se obtuvo que la sintomatología depresiva se asoció positivamente con la práctica parental de control psicológico, y se asoció de manera negativa con las prácticas de comunicación/control conductual y autonomía; la sintomatología depresiva se asoció de manera positiva con las estrategias de manejo del conflicto de evitación y de manera negativa con las estrategias de afecto, negociación/comunicación y automodificación; también se asoció positivamente con la hiperactividad/falta de atención, los síntomas emocionales y los problemas de conducta de las mujeres.

Las estrategias de manejo de conflicto de afecto se asociaron de manera positiva con la práctica parental de comunicación/control conductual, también se asoció de manera negativa con los síntomas emocionales. La estrategia de manejo del conflicto de negociación/comunicación se asoció positivamente con las prácticas de comunicación/control conductual y autonomía, y se asoció negativamente con la práctica de control psicológico; también correlacionó negativamente con la hiperactividad/falta de atención y los síntomas emocionales. La estrategia de automodificación se asoció de manera positiva con las prácticas de comunicación/control conductual y autonomía, y de manera negativa con el control psicológico, la estrategia de automodificación también se asoció negativamente con los síntomas emocionales de las mujeres. La estrategia de manejo del conflicto de evitación se asoció de manera positiva con las prácticas parentales de imposición y control psicológico y de manera negativa con la comunicación/control conductual y autonomía, se asoció de manera positiva con la los síntomas emocionales.

Las prácticas parentales de los papás de comunicación/control conductual y autonomía se asociaron negativamente con la hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de sus hijas; mientras que el control psicológico se asoció positivamente con los síntomas

emocionales y los problemas de conducta, la práctica de imposición no tuvo correlaciones significativas.

Con base en los análisis de correlaciones r de Pearson se procedió a la realización de dos análisis de senderos de modelos estructurales, uno con las prácticas parentales cuyos papás tuvieron hijos y otro con los papás que tienen hijas (Figura 22 y 23). Ambos modelos tuvieron índices de ajuste adecuados.

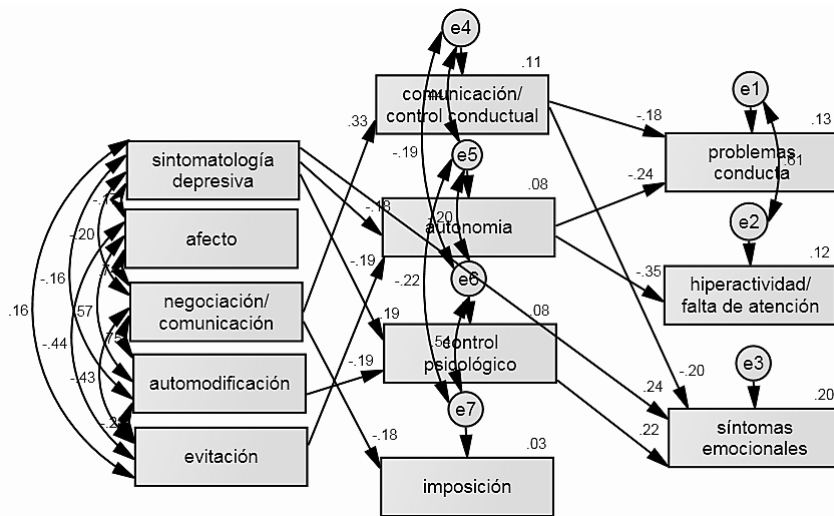
Tabla 9. Correlaciones entre la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen los papás, los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de sus hijas preadolescentes

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Comunicación/ Control conductual	---	.588**	-.005	-.497**	-.495**	.200*	.361**	.407**	-.278**	-.392**	-.362**	-.355**
2. Autonomía		----	-.282**	-.488**	-.400**	.115	.298**	.406**	-.292**	-.357**	-.274**	-.349**
3. Imposición			----	.321**	.128	.007	-.026	.011	.239*	-.023	.018	.076
4. Control Psicológico				----	.389**	-.147	-.290**	-.389**	.354**	.167	.258**	.230*
5. Sintomatología depresiva					----	-.217*	-.373**	-.341**	.308**	.342**	.440**	.234*
6. EC Afecto						----	.700**	.605**	-.481**	-.076	-.225*	-.032
7. EC Negociación/ Comunicación							----	.792**	-.505**	-.217*	-.228*	-.059
8. EC Automodificación								----	-.461**	-.179	-.265**	-.117
9. EC Evitación									----	.164	.352**	.147
10. Hiperactividad/ Falta de atención										----	.438**	.656**
11. Síntomas emocionales											----	.404**
12. Problemas de conducta												----

** Correlación significativa a 0.01

* Correlación significativa a 0.05

Figura 22. Modelo de la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen los papás, los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de sus hijos

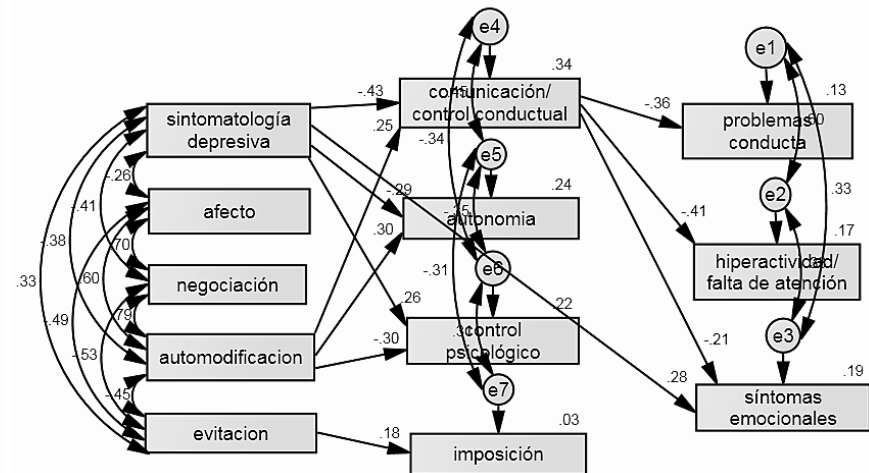


ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2 = 45.942$ (38 gl, $p > .05$)

CFI	IFI	RMSEA
.980	.982	.041

Figura 23. Modelo de la sintomatología depresiva, estrategias de manejo del conflicto y prácticas parentales que ejercen los papás, los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de sus hijas



ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2 = 36.213$ (37 gl, $p > .05$)

CFI	IFI	RMSEA
1.000	1.001	.000

En los resultados obtenidos en los análisis de senderos de las respuestas de los papás para la sintomatología depresiva, las estrategias del manejo del conflicto, sus prácticas parentales y la percepción que tiene de los síntomas emocionales y problemas de conducta de sus hijos, se obtuvo una varianza explicada del 11 % para la práctica de comunicación/control conductual, siendo influida por la estrategia de manejo del conflicto de negociación/comunicación ($\beta = .328$, $p < .001$); la práctica parental de autonomía tuvo una varianza explicada 8 % siendo influida por la variable exógena de sintomatología depresiva que reportaron los papás ($\beta = -.178$, $p < .05$) y la estrategia de manejo del conflicto de evitación ($\beta = -.188$, $p < .05$); la práctica de control psicológico también tuvo una varianza explicada del 8 %, teniendo efectos directos de la sintomatología depresiva ($\beta = .185$, $p < .05$) y la estrategia de automodificación ($\beta = -.187$, $p < .05$); la imposición fue explicada por un 3 %, teniendo efectos directos de la estrategia de negociación/comunicación ($\beta = -.181$, $p < .05$).

Los síntomas emocionales que percibieron los papás de los hijos tuvieron una varianza explicada del 20 %, teniendo efectos directos de el ejercicio de la comunicación/control conductual ($\beta = -.201$, $p < .05$), el control psicológico ($\beta = .224$, $p < .05$) y la sintomatología depresiva que reportaron los papás ($\beta = .237$, $p < .05$); los problemas de conducta tuvieron una varianza explicada del 13 %, siendo sus predictores las prácticas parentales de comunicación/control conductual ($\beta = -.182$, $p < .05$) y la autonomía ($\beta = -.237$, $p < .05$); finalmente la hiperactividad/falta de atención tuvo una varianza explicada del 12 %, siendo influida por la práctica de autonomía ($\beta = -.347$, $p < .001$).

Los resultados obtenidos en los análisis de senderos de las respuestas de los papás para la sintomatología depresiva, las estrategias del manejo del conflicto, sus prácticas parentales y la percepción que tiene de los síntomas emocionales y problemas de conducta de sus hijas, indicaron que la variable de las prácticas parentales de comunicación/control conductual tuvo una varianza explicada del 34 %, teniendo efectos directos de la sintomatología depresiva ($\beta = -.435$, $p < .001$) y la estrategia de manejo del conflicto de automodificación ($\beta = .254$, $p < .05$); la

práctica de control psicológico tuvo una varianza explicada del 22 %, siendo influida por la sintomatología depresiva ($\beta = .258$, $p < .05$) y la estrategia de automodificación ($\beta = -.299$, $p < .001$); la autonomía tuvo una varianza explicada del 24 %, obteniendo efectos directos de la sintomatología depresiva ($\beta = -.286$, $p < .001$), y la estrategia de manejo del conflicto de automodificación ($\beta = .298$, $p < .001$); la imposición tuvo una varianza explicada del 3 %, teniendo efectos directos de la estrategia de evitación ($\beta = .183$, $p < .05$).

Los síntomas emocionales que percibieron los papás de sus hijas presentaron una varianza explicada del 25 %, teniendo efectos directos de el ejercicio de la comunicación/control conductual ($\beta = -.215$, $p < .05$) y la sintomatología depresiva que reportaron los papás ($\beta = .276$, $p < .05$); la hiperactividad/falta de atención presentó una varianza explicada del 17 %, siendo influidos por las prácticas de comunicación/control conductual ($\beta = -.407$, $p < .001$); finalmente los problemas de conducta tuvieron una varianza explicada del 13 %, siendo su predictor la práctica parental de comunicación/control conductual ($\beta = -.363$, $p < .001$).

ESTUDIO 2

EVALUACIÓN PILOTO DE UNA INTERVENCIÓN DIRIGIDA A PADRES

Pregunta de investigación

¿Existen diferencias significativas en las estrategias de manejo del conflicto con la pareja, sintomatología depresiva y prácticas parentales que ejercen las mamás antes y después de haber asistido al programa?

¿Existen diferencias significativas en los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben las madres de sus hijos e hijas antes y después de haber asistido al programa?

Objetivo

Diseñar, implementar y evaluar un programa para padres sobre prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes.

Hipótesis

Las madres que asistan al programa incrementarán sus estrategias positivas de manejo de conflicto que tienen con su pareja, disminuirán su sintomatología depresiva e incrementarán las prácticas parentales positivas.

Definición conceptual de las variables

Variable independiente

Programa de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes. Programa universal de educación en donde toda la población se ve beneficiada y el objetivo es prevenir futuros problemas de conducta y síntomas emocionales (Hoard & Shepard, 2005).

Variables dependientes

Sintomatología depresiva. Se encuentra constituida por una variedad de componentes, ya sean afectivos (ansiedad, ira, tristeza), motivacionales (pérdida de la emoción, tendencia a la evitación y dependencia), cognitivos (pensamiento absolutista, problemas de memoria y concentración, visión negativa del mundo, de sí mismo y del futuro), conductuales (pasividad, evitación, inercia) y fisiológicos (alteraciones del sueño, sexuales y del apetito) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2005).

Prácticas parentales. Son utilizadas por los padres en la educación de sus hijos, estas se han agrupado en las dimensiones de comunicación, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual (Andrade & Betancourt, 2008).

Estrategias de manejo del conflicto con la pareja. Medios por los cuales cada uno de los miembros de la pareja responde cuando no pueden llegar a un acuerdo o tienen dificultad para conciliar sus intereses personales o existe una falta de entendimiento entre éstos (Sánchez-Aragón, 2000).

Problemas de conducta y síntomas emocionales. Los problemas de conducta son conductas externas que ocasionan desajustes en los niños y adolescentes, estas pueden ser hiperactividad, falta de atención, problemas con pares y problemas de conducta, mientras que los síntomas emocionales se refieren a síntomas que ocasionan un desajuste interno (Goodman, 1997).

Definición operacional de las variables

Variable independiente

Programa de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes. Programa de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta dirigido a padres, realizada para esta investigación.

Variables dependientes

Sintomatología depresiva. Puntaje obtenido en la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D-R (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008).

Prácticas parentales. Puntaje obtenido en la Escala de Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2010).

Estrategias de manejo del conflicto con la pareja. Puntaje obtenido de la Escala en Estrategias de Manejo del Conflicto (Arnaldo, 2001).

Síntomas emocionales y problemas de conducta. Puntaje obtenido en las dimensiones correspondientes de la escala de Capacidades y Dificultades (Goodman, 1997).

Diseño

Se realizó un diseño pre-experimental de preprueba-posprueba con un solo grupo, debido a que fue un estudio piloto y se requería observar si las actividades del taller eran adecuadas y claras para los participantes, en una primera intervención.

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por 12 mamás de preadolescentes de quinto grado de una escuela primaria del Distrito Federal, seleccionada de manera no probabilística. Las madres tuvieron una media de edad 36.33 años ($DE = 3.96$).

Las mamás indicaron su estado civil: 4 casadas, 4 que viviendo en unión libre, 2 divorciadas, 1 separada y 1 viuda. Tenían un promedio de vivir o haber vivido con su pareja de 11.4 años ($DE = 3.39$).

El número total de hijos e hijas que las madres reportaron fue: 1 hijo (33.3 %), 2 hijos (50 %), 3 hijos (8.3 %) y 5 hijos (8.3 %).

Las mamás mencionaron que el 33.3 % tienen estudios hasta secundaria, otro 33.3 % estudiaron alguna licenciatura, el 16.7 % estudiaron una carrera técnica, el 8.3% tenían estudios de preparatoria y el 8.3 % tienen únicamente educación primaria.

Las mamás reportaron que el 66.7 % se dedican al hogar, el 16.7 % son empleadas, el 8.3 % son comerciantes y el 8.3 % ejercían algún oficio (costurera, estilista).

Escenario

La implementación del taller se hizo dentro de las instalaciones de una escuela primaria del Distrito Federal. Se utilizó un salón que correspondía a la biblioteca de la escuela, el salón era amplio, ventilado, agradable y tranquilo, no había estímulos visuales y ruido que interfirieran con las actividades del taller, hubo suficientes sillas para los participantes y diversas mesas.

Instrumentos

Se utilizaron los cuestionarios analizados y descritos en el primer estudio de esta investigación, a excepción de las prácticas parentales del papá, debido a que todas las participantes durante la aplicación del programa fueron mamás.

Los cuestionarios utilizados fueron:

- Escala de Capacidades y Dificultades (Goodman, 1997).
- Escala de Depresión del Centro de Estudio Epidemiológicos CES-D-R (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008).
- Escala de Prácticas Parentales de la mamá (Andrade & Betancourt, 2010).
- Escala de Estrategias de Manejo del Conflicto (Arnaldo, 2001).

Materiales

En cada una de las sesiones se utilizaron diversos materiales de acuerdo al tema expuesto. Siendo principalmente los siguientes:

- Rotafolios
- Etiquetas
- Plumones
- Lap top
- Hojas blancas
- Lápices o bolígrafos

Las presentaciones de Power Point se realizaron mediante rotafolios debido a la falta de equipo de proyección en el salón.

Procedimiento

Se diseñó un programa de prevención enfocado a disminuir síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes. El programa consistió en 8 sesiones de una hora y media y estuvo dirigido a padres y madres que tuvieran hijos entre 9 y 11 años de edad. El objetivo del programa fue brindar a padres de preadolescentes una fuente de apoyo que les facilite el desempeño de manera exitosa y eficaz de sus tareas y responsabilidades.

La primera parte del manual consta de una introducción y objetivo acerca del programa, el número y características de los participantes a quien va dirigido, el perfil de la persona que implementa el programa y la duración y número de sesiones. La primera y última sesión se utilizaron para la evaluación del programa; de la segunda a la séptima sesión se trabajó con las temáticas que cubrieran el objetivo del programa. Cada una de las sesiones estuvo integrada por una parte teórica del tema a tratar, así como los objetivos, la duración, el lugar y espacio, los materiales a utilizar y la descripción de cada una de las actividades a realizar, al

final de cada sesión se incluyeron los anexos y material a utilizar. En el anexo 4 se presenta una versión reducida del manual utilizado.

Una vez diseñado el manual, se solicitó a las autoridades competentes de una escuela primaria la autorización para implementar el programa; posteriormente se invitó a los padres de los preadolescentes de quinto grado para asistir al taller durante el horario de 8:00 a 9:30 de la mañana.

Consideraciones éticas

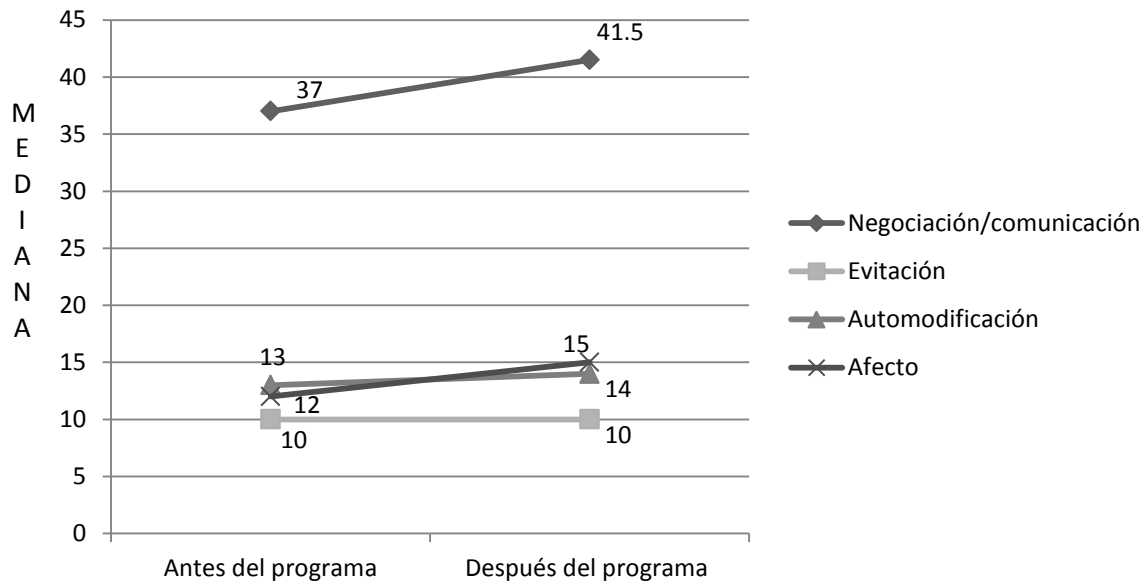
Se mencionó a los participantes que las respuestas dadas en los instrumentos de evaluación serían confidenciales y se utilizarían con fines de investigación. También se enfatizó sobre la confidencialidad verbal de las participaciones en cada una de las sesiones. La participación de las madres fue voluntaria, se les mencionó a las madres que podían retirarse del taller sin afectar el desarrollo de su hijo (a) en la escuela.

Resultados

Se realizaron pruebas de rangos de Wilcoxon para probar diferencias significativas entre las variables de estudio antes y después de haber asistido al programa.

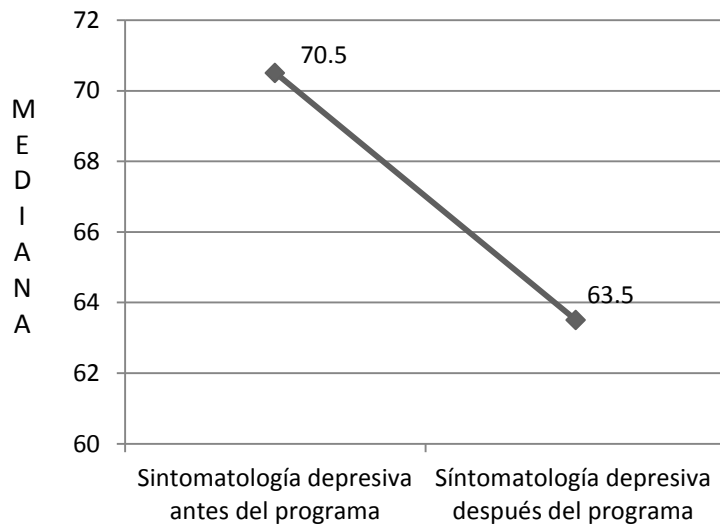
En la Figura 24 se observan los datos obtenidos en los análisis de las estrategias de manejo del conflicto con la pareja, como se puede apreciar no se encontraron diferencias en la dimensión de negociación/comunicación ($z = -.756$, $p > .05$), tampoco hubo cambios en la dimensión de evitación ($z = -.255$, $p > .05$), ni en la automodificación ($z = -1.126$, $p > .05$), la dimensión de afecto tampoco presentó cambios ($z = -.891$, $p > .05$) antes y después de haber asistido al programa.

Figura 24. Estrategias de manejo del conflicto con la pareja antes y después de haber asistido al programa.



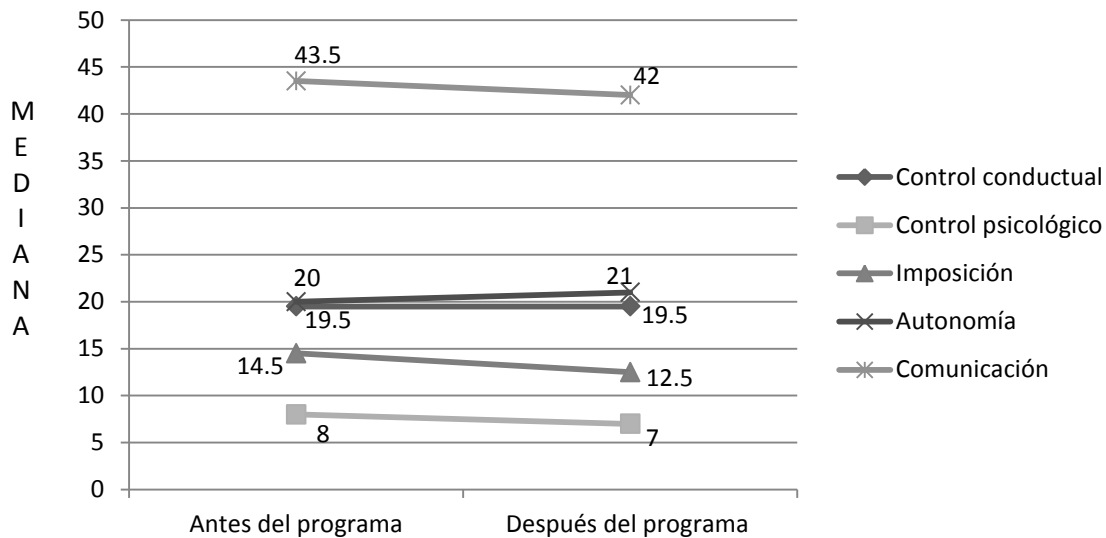
Tampoco se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva que reportaron las mamás antes y después de haber asistido al programa ($z = -.629, p > .05$) (Figura 25).

Figura 25. Sintomatología depresiva antes y después de haber asistido al programa.



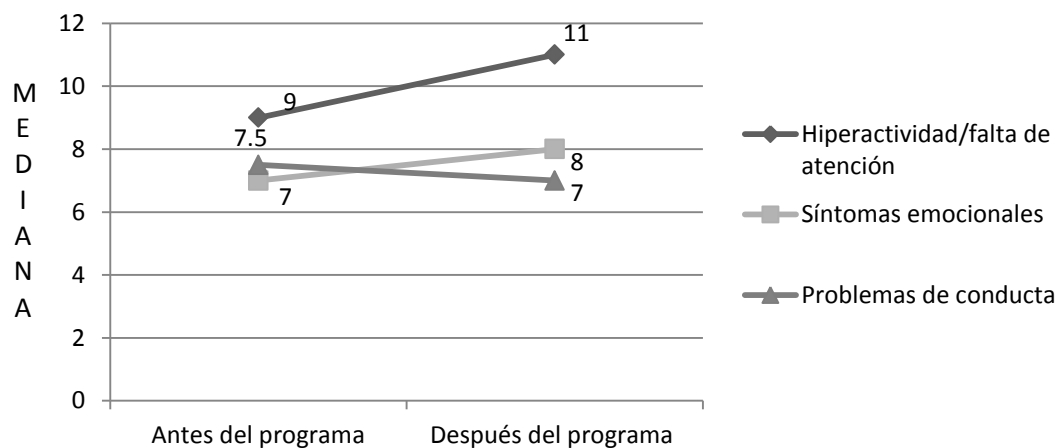
En los resultados de los análisis no paramétricos realizados para observar cambios de las prácticas parentales que ejercen las mamás con sus hijos e hijas, encontró que la práctica de control conductual no mostró cambio significativos antes y después de haber asistido al programa ($z = -.333, p > .05$), tampoco presentaron cambios las prácticas de control psicológico ($z = -.569, p > .05$), imposición ($z = -.907, p > .05$), autonomía ($z = -.837, p > .05$) y comunicación ($z = -.354, p > .05$) antes y después de la implementación del programa (Figura 26).

Figura 26. Prácticas parentales antes y después de haber asistido al programa.



En las dimensiones de los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben las mamás de sus hijos e hijas, no hubo cambios en la percepción de los síntomas emocionales ($z = -.493, p > .05$), problemas de conducta ($z = -.119, p > .05$), ni en la percepción de hiperactividad/falta de atención ($z = -1.786, p > .05$) antes y después de haber asistido a las sesiones (Figura 27).

Figura 27. Percepción de los síntomas emocionales y problemas de conducta que tuvieron las mamás antes y después de haber asistido al programa.



En las pruebas estadísticas realizadas para observar cambios antes y después de la implementación del programa no se reportaron cambios significativos. Irigui (2010) mencionó que en la práctica clínica rara vez se comparan grandes grupos o por lo menos grupos con las suficientes características para realizar análisis estadísticos, siendo los más frecuentes los casos individuales o pequeños grupos. Por lo tanto, para conocer si la intervención tuvo un efecto importante se deben realizar métodos para medir la sensibilidad al cambio.

El Índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) es un método para observar diferencias individuales ocultas en los resultados grupales.

En este estudio se realizó un análisis de cada caso por la significancia clínica de sus cambios ($> .20$), la cual se estimó por medio del Índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) propuesto por Cardiel (1994). Para identificar el cambio clínico objetivo de los participantes después de la intervención se utilizó la siguiente fórmula:

$$PC = \frac{P_2 - P_1}{P_1}$$

PC= porcentaje de cambio

P1= puntaje de la pre-evaluación

P2= puntaje de la post-evaluación

En la Tabla 10 se muestra el CCO para cada una de las variables del estudio. En la primer columna se encuentran las variables medidas antes y después de la implementación del programa, en la segunda la frecuencia de los pacientes que mostraron cambio clínico significativo positivo, en la tercera columna aparece la frecuencia de los participantes que no mostraron cambio y en la siguiente columna la frecuencia de aquellos que mostraron cambio negativo, en la última columna se presentan la cantidad de participantes evaluados.

Tabla 10. Cambio Clínico Objetivo observado en cada una de las variables de estudio.

VARIABLES	Cambio Positivo ≥ .20 (porcentaje)	Sin cambio ≤.20 y ≥ .20 (porcentaje)	Cambio negativo ≤-.20 (porcentaje)	Total de participantes
ESTRATEGIAS DE MANEJO DEL CONFLICTO CON LA PAREJA				
Afecto	7 (63.6%)	2 (18.1%)	2 (18.1%)	11
Negociación/Comunicación	4 (36.3%)	4 (36.3%)	3 (27.2%)	11
Automodificación	6 (54.5%)	3 (27.2%)	2 (18.1%)	11
Evitación	4 (33.3%)	3 (25.0%)	4 (33.3%)	11
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				
Sintomatología depresiva	4 (33.3%)	4 (33.3%)	4 (33.3%)	12
PRÁCTICAS PARENTALES				
Comunicación	0 (0%)	12 (100%)	0 (0%)	12
Autonomía	1 (8.3%)	10 (83.3%)	1 (8.3%)	12
Imposición	2 (16.6%)	7 (58.3%)	3 (25.0%)	12
Control psicológico	2 (16.6%)	7 (58.3%)	3 (25.0%)	12
Control conductual	0 (0%)	12 (100%)	0 (0%)	12
SÍNTOMAS EMOCIONALES Y PROBLEMAS DE CONDUCTA				
Hiperactividad/Falta de atención	7 (58.3%)	3 (25.0%)	2 (16.6%)	12
Problemas emocionales	5 (41.6%)	3 (25 %)	4 (33.3%)	12
Problemas de conducta	3 (25.0%)	5 (41.6%)	4 (33.3%)	12

Las dimensiones de las estrategias de manejo del conflicto que mostraron mayor frecuencia de cambios positivos fueron el afecto y la automodificación, las dimensiones de negociación/comunicación y evitación mostraron porcentajes similares de cambio positivo, sin cambio y cambio negativo. La sintomatología depresiva que reportaron las mamás mostró igual porcentaje de participantes que tuvieron un cambio positivo, un cambio negativo y sin cambio.

La mayoría de las mamás no mostraron cambio en las prácticas parentales que ejercen con sus hijos. Siendo que la mayoría de ellas tuvieron un cambio positivo en la percepción de la hiperactividad/falta de atención de sus hijos e hijas al igual que los síntomas emocionales, la mayoría de las mamás no presentó cambio de la percepción de los problemas de conducta de sus hijos e hijas.

Otras consideraciones que se tomaron en cuenta en cada una de las sesiones fueron las respuestas individuales ante las preguntas abiertas que formaban parte de las actividades programadas. Los comentarios escritos de las madres se presentan a continuación por cada una de las sesiones:

Sesión 3. Estrategias positivas de manejo del conflicto con la pareja

¿Creen que expresar sus sentimientos le ha beneficiado o le ha hecho daño?

“A veces es malo expresar los sentimientos porque la otra persona se aprovecha”

“Mis sentimientos me ayudan a demostrar lo que siento y me desahogo”

“Nos ayudan a resolver nuestros problemas”

“Es bueno expresar los sentimientos porque expresamos lo que sentimos sea bueno o malo y así nos desahogamos de todo lo que tenemos dentro”

¿Que aprendí hoy?

“A entender a mi pareja”, “pensar antes de actuar”, “comprender a mi pareja”,

“Ponerme en sus zapatos y comprenderlo y tener que resolver el problema juntos”

Sesión 4. Autoestima y autoconcepto parental

Características negativas de mi forma de ser: “no decir no”, “estallo de repente”, “no olvido las cosas”.

Características positivas de mi forma de ser: “soy tolerante y alegre” “siempre escucho a los demás”, “estoy para todos”

En mi familia he logrado: “superarme como madre y como persona”, “he mantenido a mi familia”, “he mantenido unida a mi familia”.

En mi vida he logrado: “ser madre de tiempo completo”, “mantener una relación buena con mis padres”, “superar mi divorcio”.

¿Qué aprendí hoy?

“Quererse a sí misma, para querer a los demás”

Sesión 5. Prácticas parentales I. Disciplina y supervisión

Escriba tres cosas que le hayan resultado nuevas o interesantes en esta sesión.

“Conocer los diferentes tipos de castigo”, “reconocer que están mal los diversos tipos de castigos”, “cumplir con lo que se les promete tanto castigos como premios”

Escriba tres cosas que considere le servirán en su práctica como madre o padre.

“Tener paciencia con los hijos”, “medir las palabras para con ello”, “no llegar a golpear, para que no se rompa el respeto”

Sesión 6. Prácticas parentales II. Comunicación entre padres e hijos.

¿Qué aprendí hoy?

“A escuchar”, “que a veces no escucho”

Sesión 7. Prácticas parentales III. Fomento de la autonomía.

¿Que aprendí hoy?

“Que mi hijo es una personita que puede tomar sus propias decisiones”, “que las personas no siempre pueden hacer a mi manera”

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue diseñar, implementar y evaluar un programa de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes, para lograr el objetivo planteado se realizaron dos estudios, en el estudio 1 se probaron diversos modelos estructurales tomando en cuenta el sexo de los padres y de los preadolescentes para determinar si los factores de sintomatología depresiva de los padres y sus estrategias de manejo del conflicto con su pareja influyen en el ejercicio de las prácticas parentales y estas a su vez en la presencia de síntomas emocionales y problemas de conducta en sus hijos. Con base en los resultados obtenidos se procedió a realizar en estudio 2 donde se diseñó, implementó y evaluó un programa de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta, el programa estuvo dirigido a los padres.

Las escalas utilizadas para la evaluación de ambos estudios presentaron índices de confiabilidad aceptables. La Escala de Depresión del Centro de Estudio Epidemiológicos CES-D-R, mostró valores de *alpha* de Cronbach confiables en todas sus dimensiones, lo cual corroboró los datos obtenidos por González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner (2008). La escala de prácticas parentales de la mamá y del papá, también mostró ser confiable para la evaluación de la conducta parental, datos que concuerdan con los reportados por Andrade y Betancourt (2010).

Se realizaron algunas modificaciones de la escala propuesta por Arnaldo (2001) con el objetivo de que la escala fuera confiable quedando conformada al final solo por cuatro de las siete variables originales, las cuales tuvieron un valor de *alpha* de Cronbach aceptable, si bien Flores, Díaz y Rivera (2004) mencionan que la dimensión de acomodación ha presentado índices de *alpha* de Cronbach aceptables, en este estudio se eliminó, quizá por las características de la muestra o porque los reactivos que se utilizaron en este estudio no fueron los mismos, otra de las dimensiones que el presente estudio comparte con el de Flores et al. (2004) es la evitación, teniendo un grado de confiabilidad aceptable en ambos estudios.

Las dimensiones que se eliminaron (acomodación, separación y racional reflexivo) se debió principalmente a que las dimensiones tenían pocos reactivos, por lo que se recomienda incrementar el número de reactivos y probar su confiabilidad.

La escala de SDQ quedó conformada al final solo por tres de los cuatro factores originales debido a que el valor de *alpha* de Cronbach no fue aceptable en el factor de problemas con compañeros, ya en estudios previos se había reportado que este factor tenía confiabilidades bajas (Goodman, 2001; Giannakopoulos et al., 2009; Janssens & Deboutte, 2009; Rothenberger et al., 2008) por lo que es recomendable incluir otros reactivos en la escala que permitan incrementar la confiabilidad de cada una de las dimensiones del instrumento. Si bien la escala SDQ es fácil de aplicar porque es muy corta e incluye ítems positivos en comparación con los instrumentos de ASEBA, los índices de confiabilidad varían de buenos en los reportes de los padres, pero están en satisfactorios en los auto-reportes (Janssens & Deboutte, 2009). Una limitación del SDQ en México fue el lenguaje que utiliza, ya que los niños reportaron dificultad de comprensión en las opciones de respuesta “no es cierto”, “un tanto cierto” y “absolutamente cierto” y en algunas palabras de los reactivos por ejemplo “chucherías”, los padres también reportaron dificultades con las opciones de respuesta “no es verdad”, “es verdad a medias”, “verdaderamente sí”. La escala presentó confiabilidades aceptables en las dimensiones que se trabajaron, pero es necesario revisar el lenguaje para la población mexicana e incrementar la confiabilidad de la escala, mediante el incremento de los reactivos.

Antes de realizar los análisis de modelos estructurales se analizaron diferencias por sexo en cada una de las variables, encontrando que las mamás presentaron más sintomatología depresiva en comparación con los papás, estos resultados concuerdan los resultados mostrados en 2008 por González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira y Wagner, quienes reportaron que las mujeres reportan un episodio de depresión mayor en comparación con los hombres, Ewell, Garber y Durlak (2008) también reportaron que las mujeres reportan más depresión severa o crónica que los hombres.

En cuanto a los resultados acerca de las estrategias de manejo del conflicto en la pareja, se encontró que los papás utilizan más las estrategias de evitación y las mamás la negociación/comunicación, Flores, Díaz y Rivera (2004) reportaron resultados similares, sin embargo, los resultados no coinciden con lo indicado por Arnaldo (2001) quien mencionó que los hombres utilizaban más la automodificación, en este estudio no hubo diferencias significativas.

Al realizar los análisis acerca de las diferencias que se podrían presentar en los reportes en las prácticas parentales que ejercen los padres y que a su vez perciben su hijos, se encontró que la madre ejerció más la comunicación, imposición, control psicológico y control conductual en comparación con sus hijos, mientras que es el papá únicamente reportó más control psicológico que sus hijos. En 2009, Guion, Mrug y Windle reportaron que los padres y sus hijos no reportan los mismos comportamientos indicando además que las discordancias entre padres e hijos son saludables pero una discordancia extrema es un indicativo de un pobre ajuste parental.

Las diferencias de sexo ante la percepción de problemas han sido objeto de estudio en diversas investigaciones, en este estudio se encontró que los varones presentaron más hiperactividad y problemas de conducta, mientras que las mujeres presentaron más síntomas emocionales, datos similares presentan otras investigaciones (por ejemplo de la Andrade, Betancourt & Orozco, 2006; Bailey, Zauszniewski, Heinzer & Hemstrom-Krainess, 2007; Betancourt, 2007; Olsen et al. 2002; Valencia & Andrade, 2005; Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008) quienes reportan más problemas internalizados en las mujeres y más problemas externalizados en los hombres, además de apoyar otros estudios como el de Aláez, Martínez y Rodríguez (2000), Caraveo, Colmenares y Martínez-Vélez (2002) y Benjet et al. (2009) que reportan más problemas emocionales en las mujeres y más problemas de conducta en los varones; pero los datos no apoyan lo mencionado por Méndez, Vargas, Pozos y López (2008) debido a que los autores reportaron que los hombres de entre 8 y 15 presentaron un grado mayor en rasgos depresivo en comparación con las mujeres.

En este estudio también se encontró que en las diadas madre-hijo, madre-hija y padre-hijo, padre-hija, son los varones quienes reportaron más síntomas emocionales en comparación con los padres, esto debido a que la percepción que tienen los padres de la conducta de sus hijos difiere de los reportes de los preadolescentes (Gracia, Lila y Musitu, 2005). También se encontró que el conocimiento de la conducta de los preadolescentes no es igual para los papás que para las mamás, ya que son las mamás quienes perciben más los síntomas emocionales que los papás, esto podría justificarse porque las madres pasan más tiempo con sus hijos.

Para comprobar la hipótesis planteada y determinar si los factores de sintomatología depresiva y estrategias de manejo del conflicto con la pareja influyen en las prácticas parentales y estos en los síntomas emocionales y problemas de conducta en los preadolescentes se realizaron diversos modelos, esto debido a se obtuvieron diferentes respuestas en los participantes, estudios que tienen diferentes informantes reportan discrepancias entre lo que dicen los preadolescentes y lo que dicen sus padres o maestros (Ulu & Fisiloglu, 2002), siendo además las discrepancias de los informantes un factor que influye en la presencia de problemas internalizados y externalizados al indicar que los hijos reportan más conductas negativas de los padres, tales como disciplina severa e inconsistente y menor cuidado (Guion, Mrug & Windle, 2009).

En los dos primeros modelos se reportó la percepción de las prácticas parentales de los preadolescentes, los síntomas emocionales y problemas de conducta, ambos tuvieron índices de ajuste semejantes, sin embargo, las predicciones no fueron las mismas en los dos modelos, a pesar de que en la literatura se menciona que las mamás tienen más interacciones con las hijas que con los hijos (Rocha, 2004), hubo más predicciones de las prácticas parentales de la mamá que reportaron los varones que las que reportaron las mujeres, siendo en el caso de las mujeres el control conductual asociados de manera negativa con síntomas emocionales y problemas de conducta. Los varones reportaron que el control psicológico y la imposición influye en la presencia de la hiperactividad/falta de

atención y problemas de conducta, en los reportes de las mujeres solo hubo una predicción baja de imposición a problemas de conducta, estos datos apoyan lo que Rocha (2004) quien reportó que las mamás realizan más imposiciones de control sobre su hijo que con las hijas.

Los dos siguientes modelos son los reportes de las y los preadolescentes de las prácticas parentales que ejercen sus papás. Ambos modelos presentaron índices de ajuste adecuados, en el modelo estructural de los varones el control psicológico y la imposición fueron predictores de síntomas emocionales, problemas de conducta e hiperactividad/falta de atención, los datos corroboran lo indicado por Rocha (2004) al mencionar que los papás tienen más conductas de imposición de control en los varones; la práctica de autonomía influyó de manera negativa en los problemas de conducta e hiperactividad/falta de atención tanto de las preadolescentes como de los varones, datos que concuerdan otros estudios en donde mencionan que la autonomía es un predictor negativo de síntomas emocionales y problemas de conducta (Gondoli & Silverberg, 1997; Herman, et al. 1997).

En los modelos estructurales con las respuestas que dieron las mamás sobre su sintomatología depresiva, las estrategias de manejo del conflicto que hace con su pareja, las prácticas parentales que ejerce y los síntomas emocionales y problemas de conducta que perciben de sus hijos e hijas. Si bien en ambos modelos presentaron índices de ajuste adecuados, las predicciones fueron diferentes principalmente en la sintomatología depresiva, en el modelo estructural donde las mamás reportan tener hijas se presentaron más predicciones con las prácticas parentales que cuando reportaron tener hijos, Gross, Shaw y Moilaner (2008) mencionaron que los síntomas depresivos y los problemas en los hijos no se dan como un proceso lineal, sino que son procesos bidireccionales que influyen tanto en el desarrollo de los hijos como en la salud de los padres.

En ambos modelos la sintomatología influyó en las prácticas parentales de autonomía, control psicológico e imposición, y en el modelo donde hubo hijas, la

sintomatología depresiva también se asoció con comunicación, autonomía y control conductual, estos hallazgos apoyan lo reportado por Ewell, Garber y Durlak (2008) quienes encontraron que los síntomas depresivos se asociaron con bajos niveles de afecto positivo, además las madres con depresión severa o crónica presentaron asociaciones negativas con conducta positiva en sus hijos. En cuanto a las estrategias de manejo del conflicto también se asociaron a las prácticas parentales, datos que corroboran lo reportado por Doyle y Markiewicz (2005) quienes indicaron que el conflicto afecta negativamente la crianza de los hijos y cómo los padres interactúan con sus hijos. Wheeler, Updegraff, Thayer (2010) mencionaron que la resolución de conflictos influye en los efectos de la no-confrontación en la pareja.

En estos modelos, la presencia de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes fueron influidas tanto por la sintomatología depresiva de las madres, las estrategias de manejo del conflicto y las prácticas parentales que ejercen las madres, estos resultados apoyan lo reportado por Marchand y Hock (2003) quienes encontraron que síntomas depresivos de las madres se asociaron con las estrategias de evitación y de agresión, así como con lo obtenido por Hall, Rayens y Peden (2008) quienes reportaron que la percepción de las madres de niños con problemas internalizados y externalizados se correlacionó positivamente con síntomas depresivos.

También se corroboran los datos que Leve et al. (2005) quienes encontraron que la depresión materna está asociada a los problemas en los niños, así como con los problemas matrimoniales, sí como con lo reportado por Voltanis et al. (2006) quienes mencionaron que la psicopatología parental (depresión, ansiedad, problemas somáticos y problemas sociales) y estrategias de crianza están relacionadas con la presencia de problemas en los niños.

Lo obtenido en esta investigación también apoya lo obtenido por Elgar, Mill, McGrath, Waschbusch y Brownridge (2007) al determinar que los síntomas depresivos parentales se relacionan con la conducta parental (bajo cuidado,

rechazo y pobre monitoreo) contribuyendo, a su vez, a la presencia de problemas en sus hijos; y lo obtenido por Ewell, Garber y Durlak (2008) y Hall, Rayens y Peden (2008) quienes reportaron que los niños con problemas emocionales y de conducta tuvieron madres con síntomas depresivos, además de que estas madres tenían altos niveles de conducta negativa materna y bajos niveles de conducta positiva.

En los dos últimos modelos referentes a las respuestas de dieron los papás, se observó que si bien ambos modelos tuvieron índices de ajuste adecuado, cuando los reportaron los papás tener hijas, los índices de ajuste fueron mejores que cuando indicaron tener hijos. Los síntomas depresivos que reportaron los papás influyeron en las prácticas parentales en ambos modelos, datos que se apoyan con los Elgar et al. (2007) quienes reportaron que la depresión parental se asoció con menos cuidado y monitoreo y más rechazo parental en los papás. Además las prácticas parentales influyeron en la presencia de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes, ya en estudios anteriores se había presentado que el control psicológico del papá se asoció con problemas de pensamiento, siendo la comunicación asociada de manera negativa con problemas externalizados e internalizados (Betancourt, 2007), lo cual concuerda con lo encontrado en este estudio. Cuando las prácticas se basan en control psicológico seguramente ocasionara problemas de conducta e hiperactividad/falta de atención, estos datos confirman los presentados por algunos autores como Garber, Robinson y Valentiner (1997), Mason, Cauce, Gonzáles y Higara (1996), Steinberg (2005) y Stone, Buehler y Barber (2002). También Castro (2005) encontró que si los padres son controladores, exigentes y hostiles en la educación, los niños tienen una baja autoestima, son más agresivos, hostiles e impacientes, mientras que Oliva, Parra, Sánchez-Queija y López (2007) mencionaron que el afecto/comunicación se asocia con un buen ajuste del adolescente.

En el estudio de esta investigación se comprobó la hipótesis planteada, observando en los modelos que la sintomatología depresiva y las estrategias de manejo del conflicto influyeron en las prácticas parentales y estas a su vez en los

síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes. Datos que apoyan lo reportado por Marchand y Hock (2003) al indicar que evitación y la agresión como estrategias de resolución de conflicto en el matrimonio, además de la sintomatología depresiva que presentan las mamás esta asociada a los problemas internalizados y externalizados de sus hijos.

Una aportación de este estudio fue el haber realizado diversos modelos tomando en cuenta el sexo de los padres y de los hijos, ya que dentro del proceso de socialización se hace un trato diferenciado en el trato de los niños y de las niñas (Campos et al., 2000). Además, el haber evaluado características de los padres que influyen en las prácticas parentales y en el comportamiento de los niños permite tener un conocimiento más amplio de los factores que se asocia con los problemas en los niños y niñas, si bien algunos modelos han retomado factores de crianza y problemas con la pareja (Ary et al., 1999; Verlaan & Schwartzman, 2002) los estudios son de otros países diferentes a México, sin embargo los resultados reportados en la literatura previamente corroboran lo encontrado en este estudio.

En el segundo estudio se logró el objetivo general de esta investigación, ya que con base en los hallazgos del estudio 1, se diseñó implementó y evaluó un programa de prevención de problemas en preadolescentes, el cual fue dirigido a los padres.

Esta implementación si bien tuvo como objetivo disminuir la presencia de síntomas emocionales y problemas de conducta, fue también una implementación piloto en donde se observó si las dinámicas, el tiempo y los temas planteados fueron adecuados para la muestra a la que fue dirigida. Se pretendió que fuera un programa de educación a padres, en donde toda la población se viera beneficiada con este trabajo y al final se disminuyan síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes (Hoard & Shepard, 2005).

El número de sesiones se determinó de acuerdo a los temas a revisar, los contenidos de las sesiones fueron acordados de acuerdo a los resultados del estudio 1, las actividades fueron seleccionadas de acuerdo a los temas, tratando

de tener actividades que permitieran la participación activa y dinámica del grupo; el espacio solicitado a las autoridades en donde se implementó al programa tuvo características apropiadas para la realización de las sesiones, de acuerdo con lo propuesto por Oliva et al., (2007) quienes recomiendan que las sesiones se hagan en un lugar libre de distractores para que se logre el objetivo de la sesión; si bien se hizo la invitación a todos los padres del quinto grado, únicamente se quedaron 12 mamás, lo cual ayudó para que se realizaran adecuadamente las dinámicas y contenidos del programa, Martínez (2009) indicó que los grupos deben de ser de entre 15 y 20 personas, ya que esto permite tener una mayor calidad en los procesos de dinamización de las sesiones, en el programa implementado todas las sesiones fueron de carácter activo, grupal y participativo.

En cuanto a la duración de las sesiones, inicialmente se planteó que las sesiones tuvieran una duración de dos horas, sin embargo, se modificó el tiempo a una hora y media, debido a la disponibilidad del tiempo de las participantes, las sesiones tuvieron un intervalo de una semana entre ellas, Martínez (2009) recomienda este intervalo, al igual que la primera y última sesión este destinadas a la evaluación, lo cual fue realizado en este estudio.

Los materiales utilizados en cada una de las sesiones se modificaron debido a la falta de proyector, pero la información de las presentaciones fue escrita en rotafolio, no perdiendo información del contenido de las sesiones.

El grupo en donde se implementó el programa estuvo conformado únicamente por mamás, Stemmler et al., (2007) mencionó que los programas implementados para el mejoramiento de las prácticas de crianza en la mayoría se realizan con mamás; sin embargo, los papás también tienen influencia sobre los niños, Sirridge (2000) mencionó que cuando se les enseña a los papás a tener una interacción con sus hijos hay un cambio en sus emociones, un aspecto que no se logró en este estudio debido a que los papás no asistieron a las sesiones. Kazdin (1987) mencionó que los programas con mayor efectividad son los que incluyen la intervención en ambos padres.

En los resultados no se encontraron diferencias significativas antes y después de haber asistido a las sesiones en todas las variables evaluadas (estrategias de manejo del conflicto con la pareja, sintomatología depresiva, prácticas parentales y percepción de los síntomas emocionales y problemas de conducta de los preadolescentes).

Los resultados del presente estudio fueron discordantes con los obtenidos por Hutching et al. (2007) ya que ellos implementaron un programa en donde lograron incrementar las habilidades de crianza y reducir niveles de depresión en los padres, cabe mencionar que el programa que implementaron fue de 12 semanas y su muestra fue de institutos de salud, aspectos que no se retomaron en este estudio.

Al igual que en el estudio realizado por Hiscock et al. (2008) no se encontraron diferencias significativas en los problemas de conducta, aunque los autores reportaron que se redujo la disciplina con castigos, siendo que en este estudio en las prácticas parentales no se encontraron cambios.

Los estudios que reportan diferencias significativas después de una implementación o intervención han sido desarrollados a través de varios años, como en el caso de Stormshak et al. (2005) quien reporta cambios después de tres años seguimiento de un programa implementado; o bien tienen muestra clínica que les permite un mejor control de las variables (Foster & Robert, 2003). Tomando en cuenta estas características es recomendable seguir trabajando con el Manual de prevención de problemas en niños en diferentes muestras y darle un seguimiento a la conducta parental.

Un análisis que también llevó a cabo en este estudio fue un Cambio Clínico Objetivo (Cardiel, 1994), en donde se observaron más cambios en las estrategias de manejo del conflicto con la pareja y en la percepción de los síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes; en las prácticas parentales no se encontraron cambios y la sintomatología depresiva tampoco

presentó mayores cambios en la muestra, si bien este análisis no permite ver los cambios por persona, las análisis indicaron que los cambios fueron pocos.

Otros aspectos que se tomaron en cuenta fueron los reportes verbales de las madres, quienes mencionaron sus propios resultados al poner en práctica lo que habían aprendido en cada sesión, por ejemplo, las madres mencionaron que “aprendí que las cosas no siempre se deben hacer a mi manera”, “no llegar a gritar, ni golpear, para que no se rompa el respeto”, “aprendí que mi hijo es una personita que puede tomar sus propias decisiones”; estas afirmaciones nos permiten observar pequeños cambios que las madres presentaron al asistir a las sesiones.

Una de las dificultades en esta intervención fue el no haber evaluado un grupo control con el que se hubieran comparado los resultados con las mamás que fueron a las sesiones, Boutin y Durning (1996) mencionaron que dentro de las dificultades de la evaluación de los programas de formación a padres suelen estar en los procedimientos de muestreo poco rigurosos, medidas poco sistemáticas, ausencia de grupo de control y escasez de estudios de seguimiento de los efectos a largo plazo, como fue el caso de este estudio al no haber evaluado a un grupo control y no contar con un seguimiento para observar los efectos a largo plazo.

Heinrichs et al. (2005) mencionó que a pesar de los grandes esfuerzos por crear programas para padres, algunos tienen grandes limitaciones por dos factores: 1) los programas no son realmente accesibles a las familias y 2) la retención de las familias en los programas es de gran dificultad. Aspectos que se apoyan en este estudio, al no contar con un grupo más grande de mamás y la no asistencia de los papás.

Aunque los datos de la implementación del programa no fueron los esperados, es solo una propuesta de intervención que debe complementarse con otras intervenciones que refuercen el mantenimiento de cambio de conducta.

Por último, cabe señalar algunas limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones. Una de las limitaciones de este estudio fue la falta de un grupo control con el que se pudieran comparar los resultados, siendo recomendable un estudio con el diseño de cuatro grupos de Solomon, para observar la eficacia del programa; el grupo con el que se trabajó el programa fue pequeño, que si bien ayudó para que hubiera más participación en las dinámicas y se realizaran los cambios en cuanto a comprensión de las dinámicas, tiempo considerado y planeación, se considera necesario implementar el programa con más grupos a fin de observar su efectividad.

Otra limitación fue el haber reducido el tiempo de dos a horas a una hora y media, ya que esto limitó que se llevarán a cabo las actividades de acuerdo al manual.

El programa como estudio piloto permitió observar si las dinámicas de las sesiones fueron las adecuadas para la muestra de estudio, además del tiempo y el material utilizados, realizar los cambios en las sesiones establecidas y evaluar a más padres, permitirá que el programa tenga mayor eficacia y se prevengan los síntomas emocionales y problemas de conducta que presentan los preadolescentes.

El presente estudio puede servir de base para la realización de otros programas de prevención de problemas en niños, tomando en cuenta las recomendaciones y limitaciones dadas, o bien seguir enriqueciendo este programa en investigaciones futuras.

REFERENCIAS

- Abdul, H. A. (2008). Behavioral problems among children attending private and community schools in Karachi, Pakistan. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 23 (1-2), 1-11.
- Abidin, R. R. (1996). Parenting stress index: *Manual*. Pediatric Psychology Press. Charlottesville, VA.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1984). Psychopathology of childhood. *Annual Reviews Psychology*, 35, 227-256.
- Achenbach, T. M. (1982). *Developmental Psychopathology*. New York: J. Wiley.
- Achenbach, T. M. (1990). What is "developmental" about developmental psychopathology?. En Rolf, J., Masten, A., Cicchetti, D., Nuechterlein, K. & Weintraub, S. (Eds.). Risk and protective factors in the development of psychopathology, Cambridge: Cambridge University Press, 29-48.
- Aguilar-Morales, E. O., Aguilar-Morales, J. E. & Vargas-Mendoza, J. E. (2006). Problemas de conducta infantil en una comunidad de la mixteca oaxaqueña. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 1, 29-32.
- Aláez, F. M., Martínez, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el sexo. *Psicothema*, 12 (4), 525-532.
- Andrade, P. P. & Betancourt, O. D. (2010). Evaluación de las prácticas parentales en padres e hijos. En A. S. Rivera, R. Díaz-Loving, L., I. Reyes, A. R. Sánchez & M. L. M. Cruz (Eds.), *La psicología social en México* (vol. XIII, pp. 137-142). México: AMEPSO.
- Andrade, P. P., Betancourt, O. D., & Orozco, M. (2006). Control Parental y depresión en niños. En A. R. Sánchez, R. Díaz-Loving & A. S. Rivera (Eds.), *La psicología social en México* (vol. XI, pp. 744-749). México: Amepso.
- Arnaldo, O. O. (2001). Construcción y validación de un instrumento de conflicto para parejas mexicanas. Tesis de licenciatura, no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W. & Smolkowski, K. (1999). Development of Adolescent Problem Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27 (2), 141-150.
- Asscher, J., Hermanns, J., & Deković, M. (2008). Effectiveness of the Home-Start parenting support program: Behavioral outcomes for parents and children. *Infant Mental Health Journal*, 29(2), 95-113.
- Bailey, M. K., Zauszniewski, J. A., Heinzer, M. M. & Hemstrom-Krainess (2007). Patterns of Depressive Symptoms in Children. *Journal of Child Adolescent Psychiatric Nursing*, 20 (2), 86-95.
- Bailey, M. K., Zauszniewski, J. A., Heinzer, M. M. & Hemstrom-Krainess, M. (2007). Patterns of depressive symptoms in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20 (2), 86-95.
- Barber, B. K (2002). Reintroducing parental psychological control. En B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting* (pp. 3-13). Washington, DC, EE. UU.: American Psychology Association.
- Barber, B. K. & Lovelady, H. E. (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescent. . En B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting* (pp. 15-52). Washington, DC, EE UU: American Psychology Association.

- Barber, B. K., Olsen, J. E. & Shagle, S.C. (1994). Associations between parental psychological and behaviors control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development*, 65, 1120-1136.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children. A clinician's manual for assessment and parent training*. The Guilford Press. New York.
- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2005). Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany. An epidemiological screening. *Society Psychiatry Epidemiological*, 40, 357-566.
- Benjet, C., Guilherme, B., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 31, 155-163.
- Berk, L. (2001). *Desarrollo del niño y el adolescente* (pp.315-319, 532-535). España: Prentice Hall.
- Bernardino-García, A. B., Martínez-Jiménez, C., Vargas-Mendoza, J. E. & Aguilar-Morales, J. E. (2010). La salud mental en Oaxaca: un registro epidemiológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 4, 25-30.
- Betancourt, O. D. & Andrade, P. P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20 (1), 27-41.
- Betancourt, O. D. (2007). Control Parental y Problemas Internalizados y Externalizados en Niños y Adolescentes. Tesis de Doctorado, no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.
- Betancourt, O. D. y Andrade P.P (2008). La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (1), 29-48.
- Boutin, G. & Durning, P. (1996). *Intervenciones socioeducativas en el medio familiar*. España: Narcea.
- Bragado, C., Bersabé, R. & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11 (4), 939-956.
- Briesmeister, J. M. & Schaefer, C. E. (1998). *Handbook of Parent Training*. Second edition, John Wiley & Sons, USA.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human behavior*. Cambridge: Harvard University Press.
- Campos, M., Eceiza, A. y Páez, D. (2004). Socialización, familia y cultura. En D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos y E. Zubieta (Ed.). *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 845-888). España: Pearson Prentice Hall.
- Capaldi, M. C., Pears, K. C., Patterson, G. R. & Owen, L. D. (2003). Continuity of parenting practices across generations in an at-risk sample: A Prospective Comparison of Direct and Mediated Associations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31 (2), 127.
- Caraveo, J. J., Colmenares, E. y Martínez-Vélez, N. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. *Salud pública de México*, 44 (6), 492-498.
- Caraveo, J. J., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., López, E. K. y Martínez-Vélez, A. (1995). Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud pública de México*, 37 (5), 445-451.
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds). *Epidemiología clínica* (pp.189-199). México. Interamericana. McGraw-Hill.
- Caron, A., Weis, B., Harris, V. & Catron, T. (2006). Parenting behavior dimension and child psychopathology: specificity, task, dependency and interactive relations.

- Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (1), 34-45.
- Carpeta Didáctica para la Resolución Creativa de Conflictos (2001). Programa de Educación y Sexo del Grupo de Educación Popular con Mujeres, A. C.
- Cascón, S. F. (2006). Educar para la convivencia. Prevención, análisis y negociación, ayuda entre iguales, mediación. *Andalucía Educativa*, No. 53.
- Castro, F. J. (2005). Disciplina y estilo educativo familiar. En L. Ezpeleta *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (319-336). España: Masson.
- Cova, S. F., Maganto, M. C. y Melipillán, A. R. (2005). Adversidad familiar y desarrollo de trastornos internalizados y externalizados en preadolescentes. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43 (4), 287-296.
- Cury, R. & Golfeto, H. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (3), 139-145.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An Integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Davé, S., Sherr, L., Senior, R. & Nazareth, I. (2008). Associations between paternal depression and behavior problems in children of 4-6 years. *European Child Adolescent Psychiatry*, 17, 306-315.
- Davies, P. T. & Cummings, M. (1994). Marital Conflict and Child Adjustment: An Emorional Security Hipothesis. *Psychological Bulletin*, 116 (3), 387-411.
- Díaz-Sibaja, M. A., Trujillo, A., Peris-Mencheta, L. & Pérez, P. L. (2008). Tratamiento de los problemas de conducta mediante un programa protocolizado de escuela para padres. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 8 (1), 12-20.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R. & Kavanagh, K. (1992). An Experimental Test of the Coercion Model: Linking theory, measurement and Intervention. In J. McCord & R. Tremblay (Eds) *The Interaction of the theory and practice: Experimental studies of intervention*. New York: Wuilford, 253-282.
- Dodge, K. A. & Pettit, G. S. (2003). A Biopsychosocial Model of the Development of Chronic Conduct Problems in Adolescence. *Developmental Psychology*, 39 (2), 349-371.
- Doyle, A. B. y Markiewicz, D. (2005). Parenting, marital conflict and adjustment from early- to mid-adolescence: Mediated by adolescent attachment style? *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 97-110
- Eccles, J. S., Early, D., Frasier, K., Belansky, E. & McCarthy, K. (1997). The regulation of connection, regulation, and support for autonomy to adolescent's functioning. *Journal of Adolescents Research*, 12 (2), 263-286.
- Elgar, F. J., Mills, R. S., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A. & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and Paternal Depressive Symptoms and Child Maladjustment: The Mediating Role of Parental Behavior. *Journal Abnormal Child Psychology*, 35, 943-955.
- Elhamid, A. A., Howe, A. & Reading, R. (2009). Prevalence of emotional and behavioural problems among 6-12 year old children in Egypt. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 8-14.
- Ewell, F. C., Garber, J., Durlak, J. A. (2008). Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors and children's externalizing and internalizing symptoms. *Journal Abnormal Child Psychology*, 36, 527-537.
- Fajardo-Vargas, V. & Hernández-Guzmán, L. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de la conducta agresiva infantil. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34 (2), 371-389.

- Farrell, L. J., & Barrett, P. M. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 12 (2), 58-65.
- Febregat, F. & Gimeno, P. (2009). Cribado de problemas psicosociales en atención primaria. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 11, 425-437.
- Finkenauer, C., Engels, R. C. & Baumeister, R. F. (2005). Parenting behavior and adolescent behavioral and emotional problems: The role of self-control. *International Journal of Behavioral Development*, 28 (1), 58-69.
- Flores, G. M., Díaz, L. R. & Rivera, A. S. (2004). Validación psicométrica del inventario de negociación del conflicto en parejas de una subcultura tradicional. *Revista de la Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 17, 39-55.
- Foster, B., & Roberts, M. (2007). Training Parents with Videotapes: Recognizing Limitations. *Child & Family Behavior Therapy*, 29(1), 21-35.
- Frías-Armenta, M., López-Escobar, A. E. & Díaz-Méndez, S. G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8 (1), 15-24.
- Fuquen, A. M. (2003). Los conflictos y las formas alternativas de resolución. *Tabula Rasa*, 265-278.
- Galambos, N. L., Barker, E. T. & Almeida, D. M. (2003). Parents do matter: trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, 74 (2), 578-594.
- Garber, J., Robinson, N. S. & Valentiner, D. (1997). The relation between parenting and adolescent depression: self-worth as a mediator. *Journal Adolescent Research*, 12 (1), 12-33.
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V. & Tountas Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 1-7.
- Gondoli, D. M. & Silverberg, S. B. (1997). Maternal emotional distress and diminished responsiveness: the mediating role of parenting efficacy and parental perspective taking. *Development Psychology*, 33 (5), 861-868.
- González, R., Calvo, A., Benavides, G. y Sifre, S. (2000). Sistema de clasificación en psicología infantil. En Remedio, González, Barrón. Psicopatología del niño y del adolescente. Ediciones pirámide. España.
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J. A., Ramos-Lira, L. & Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública*, 50, 292-299.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 38 (5), 581-587.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (11), 1337-1345.
- Gorman-Smith, D., Tolan, P. H. & Henry, D. B. (2000). A developmental-Ecological Model of the Relation of Family Functioning to Patterns of Delinquency. *Journal of Quantitative Criminology*, 16 (2), 169-198.
- Gracia, E., Lila, M. y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28 (2), 73-81.
- Gross, H. E., Shaw, D. S. y Moilanen, K. L. (2008). Reciprocal Associations between boy's externalizing problems and mother's depressive symptoms. *Journal Abnormal Child Psychology*, 36, 693-709.
- Guion, K., Mrug, S. & Windle, M. (2009). Predictive Value of Informant Discrepancies in Reports of Parenting: Relations to Early Adolescents' Adjustment. *Journal*

- Abnormal Children Psychology*, 37, 17-30.
- Hall, L. A., Rayens, M. K. & Peden A. R. (2008). Maternal Factors Associated with Child Behavior. *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (2), 124- 130.
- Hammarberg, A. & Hagekull, B. (2006). Changes in Externalizing and Internalizing Behaviours over a School-year: Differences between 6-Years-Old Boys and Girls. *Child Development*, 15, 123-137.
- Harold, G., Shelton, K., Goeke., M. & Cummings, M. (2004). Marital conflict, child emotional security about family relationships and child adjustment. *Marital conflict and Child Adjustment*, 13 (3), 350-376.
- Heinrichs, N., Bertran, H., Kuschel, A. & Hahlweg, K. (2005). Parent Recruitment and Retention in a Universal Prevention Program for Child Behavior and Emotional Problems: Barriers to Research and Program Participation. *Prevention Science*, 6 (4), 275-286.
- Helpfenbaum-Kun, E. D. & Ortiz, C. (2007). Parent-Training Groups for fathers of health start children: A pilot study of their feasibility and impact on Child Behavior and intra-familial relationships. *Child & Family Behavior Therapy*, 29(2), 47-64.
- Herbert, M. (1983). Trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia. (pp.33, 37-39). España: Paidós.
- Herbert, M. (1990). Problemas en la infancia. En A. Gale y A. Chapman (Ed.) *Psicología y problemas sociales* (pp. 47-52). México: Limusa.
- Herbert, M. R. (1998). *Clinical Child Psychology* (pp. 7-40). Inglaterra: J. Wiley.
- Herman, M. R., Dornbusch, S. M., Herron, M. C. & Herting, J. R. (1997). The influence of family regulation, connection, and psychology autonomy on six measures of adolescent functioning. *Journal of Adolescent Research*, 12 (1), 34-67.
- Hiscock, H., Bayer, J. K. Price, A., Ukoumunne, O. C., Rogers, S., Wake, M. (2008). Universal parenting programme to prevent early childhood behavioural problems: cluster randomised trial. *British Medical Journal*. , 336 (7639), 318-321.
- Hoard, D. & Shepard, K. N. (2005). Parent education as Parent-Centered Prevention: A Review of School-Related Outcomes. *School Psychology Quarterly*. 20 (4), 434-454.
- Hölling, H., Kurth, B. M., Rothenberger, A. & Schlack, R. (2008). Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German Health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 34-41.
- Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., Jones, K., Eames, C. & Edwards, R. T. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorders: pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 1-7.
- Janssens, A. & Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of empirically based assessment (ASEBA). *European Child & Adolescents Psychiatry*, 18, 691-700.
- Kelley, M. L., Schwerin, K. F. & Lane, M. E. (2007). A Participant Evaluation of the U. S. Navy Parent Support Program. *Journal Family Violence*, 22, 131-139.
- Leve, L. D., Kim, H. K. & Pears, K. C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from age 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (5) 505-520.
- Lila, M. y Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental. *Psicothema*, 17, 107-111.
- Luster, T. & Okagaki, L. (1993). Multiple Influence on Parenting: Ecological and Life-

- Course Perspectives. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, USA. 227-250.
- Maccoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the family: parent-child interaction. En E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of Child Psychology: vol. 4. Socialization, Personality and Social Development* (pp. 1-101). New York: Wiley.
- Marchand, L. F. & Hock, E. (2003). Mothers' and fathers' depressive symptoms and conflict-resolution strategies in the marriage and children's externalizing behaviours. *Journal of Genetic Psychology*, 164- 227-239.
- Marinés, M. (1996). Mediación: conducción de disputas, comunicación y técnicas. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez, G. R. (2009). Guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales. España: Solana e Hijos A. G., S. A.
- Marzocchi, G., Capron, C., Di Pietro, M., Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M., Hamilton, H., Pithon, G., Simões, A. & Thérond, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European Countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2, 40-46.
- Mason, C. A., Cauce, A. M., Gonzales, N. & Hiraga, Y. (1996). Neither too sweet nor too sour: problem peers, maternal control, and problem behavior in African American adolescent. *Child Development*, 67, 2115-2130.
- Masten, A. S., Burt, K., & Coatsworth, J. D. (2006). Competence and psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.) *Developmental Psychopathology*, vol. 3, Risk, disorder and psychopathology (2nd ed.) pp.696-738. New York: Wiley.
- McDowell, D. J. & Parke, R. D. (2005). Parental control and affect as predictors of children display rule use and social competence with peers. *Social Development*, 14 (3), 440-457.
- Méndez, C. A., Vargas, N. B., Pozos, G. J. y López, P. M. (2008). Depresión infantil: diferencias por sexo y edad. *La Psicología Social en México*, XII, 721-725.
- Méndez, S. M. (2008). Control Parental Psicológico y Problemas Internalizados y Externalizados en niños. Tesis de Licenciatura, no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.
- Morales, C. S., Flores, R., Barragan, T. N. y Ayala, V. H. (1998). Manual de Entrenamiento a Padres en Actividades Planeadas.
- Mosmann, C. & Wagner, A. (2008). Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad: un modelo correlacional. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), 79-103.
- Musitu, O. G., Martínez, F. B. y Murgui, P. S. (2006). Conflicto marital, apoyo parental y ajuste escolar en adolescentes. *Anuario de Psicología*, 37 (3), 249, 261.
- Obel, C., Heiervang, E., Rodriguez, A., Heyerdahl, S., Smedje, H., Sourander, A. et al. (2004). The strengths and difficulties questionnaire in the Nordic countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2, 32-39.
- Oliva, D. A., Parra, J. A., Sánchez-Queija, I. y López, G. F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de la Psicología*, 23 (1), 49-56.
- Olsen, S. F., Yang, C., Hart C. H., Robinson, C. C., Wu, P., Nelson, D. A., Nelson, L. J., Jin, S. & Wo, J. (2002). Maternal psychological control and preschool children's behavioral outcomes in China, Russia, and United State. En B. K. Barber (Ed), *Intrusive parenting* (pp. 235-262). Washington, DC, E. U.: American Psychology Association.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercitive Family Process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boy's. *American Psychologies*, 41, 432-444.
- Patterson, G. R. (2002). The Early Development of Coercive Family Process. En Reid, J.

- B., Patterson, G. R. & Snyder, J. (Eds.), *Antisocial Behavior in Children and Adolescents* (25-44). American Psychological Association, Washington, DC.
- Paulussen-Hoogbeem, M. C., Stams, G. J., Peetsma, T. T. & Van Den Wittenboer G. L. (2008). Parenting style as a mediator between children's negative emotionality and problematic behavior in early childhood. *The Journal of Genetic Psychology*, 169 (3), 209-226.
- Pedroza, C. F. (2006). Desarrollo y evaluación de un programa de entrenamiento conductual a padres de niños clasificados como agresivos. Tesis de Doctorado, no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.
- Pihlakoski, L., Sourander, A., Aromaa, M., Rautava, P., Helenius, H., Sillanpää, M. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence. A prospective cohort study of 3-12-years-old children. *European Child Adolescence Psychiatry*, 15, 409-417.
- Ralph, A. & Sanders, M. (2006). The "Teen Triple P" Positive Parenting Program: a preliminary evaluation. *Youth Studies Australia*, 25 (2), 41-48.
- Ramos, C. & Golfeto, J. (2003). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirao Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (3), 139-145.
- Rescola, L., Achenbach, T., Inanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. et al. (2007). Behavioral and Emotional problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*, 15 (3), 130-142.
- Rey, A. C. (2006). Entrenamiento a padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*. 1 (1), 61-84.
- Rocha, S. T. (2004). Socialización, cultura e identidad de sexo: el impacto de la diferenciación entre los sexos. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.
- Rothenberger, A., Becker, A., Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer (2008). Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study. *European Child & Adolescents Psychiatry*, 17 (1), 99-105.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. & Turner, K. M. (2003). Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence. *Parenting Research and Practice Monograph*, 1-24.
- Schaefer, E. (1965). Children report of parental behavior: an inventory. *Child Development*, 36 (2), 413-424.
- Secretaría de Salud (2002). Programa específico de psicopatología infantil y de la adolescencia 2001-2006. México.
- Shaffer, R. H. (2000). *Desarrollo social* (pp.109-129, 255-304). México: Siglo veintiuno.
- Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I. & Kovess, V. (2009). The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 740-747.
- Sirridge, S. T. (2000). Parent Education for Fathers. En Fine, M. J. & Lee, S. W. *Handbook of Diversity in Parent Education*. Academic Press. USA. 179-197.
- Slade, A. (2006). Reflective Parenting Programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26 (4), 640-657.
- Smetana, J. G. (2000). Middle-class African American adolescent's and parent's conceptions of parental authority and parenting practice: A longitudinal investigation. *Child Development*, 71, 1672-1686.
- Smith, C., Perue, R. & Lesesme, C. (2002). Parent Education. En Bornstein, M. A. (Eds) *Handbook of Parenting*, Second edition, No. 4.
- Snyder, J. & Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and Coercion Mechanisms in the

- development of antisocial Behavior: The Family. En J. B. Reid, G. P. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial Behavior* (pp 65-100). Whashington, E. U. American Psychological Association.
- Steinberg, L. (2005). Psychological control: style or substance?. *Child and Adolescent Development, 108*, 71, 78.
- Stemmler, M., Beelmann, A., Jaurusch, S. & Lösel, F. (2007). Improving parenting practices in order to prevent child behavior problems: A Study operant training as part of the EFFEKT program. *International Journal of Higiene and Environmental Health, 210*, 563-570.
- Stone, G., Buehler, C. & Barber, B. K. (2002). Interparental conflict, parental psychology control, and youth problem behavior. En B. K. Barber (Ed), *Intrusive parenting* (pp. 53-96). Washington, DC, E. U.: American Psychology Association.
- Stormshak, E. A., Dishion T. J., Light, J. & Yasui, M. (2005). Implementing Family-Centered Interventions Withn the Public Middle School: Linking Service Delivery to Change in Student Problem Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33* (6), 723-733.
- Sttatin, H. & Kerr, M. (2002). Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Development, 71* (4), 1072-1085.
- Syed, E. U., Hussein, H. S & Mahnud, S. (2007). Screening for emotional and behavioural problems amongst 5–11-year-old school children in Karachi, Pakistan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*, 421-427.
- Ulu, P. & Fisiloglu, H. (2002). The relationship between turkish children's perceptions of marital conflict and their internalizing and externalizing problems. *International Journal of Psychology, 37* (2), 369-378.
- Valencia, G. R. y Andrade, P. P. (2005). Validez del youth self report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, (3), 499-520.
- Vallejo, C. A., Osorno, M. R. & Mazadiego, I. T. (2008). Sintomatología depresiva medida con las CES-D en adolescentes den norte de Veracruz. En P. Andrade, J. L. Cañas & D. Betancourt (Eds), *Investigación Psicosociales en Adolescentes* (pp 45-65). Tuxtla Gutierrez, Chiapas: UNICACH.
- Verhulst, F. C., Achembach, T. M., Ende, J., Erol, N., Lambert, M. C., Leung, P. W. L., Silva, M. A., Zilbert, N. & Zubrich, S. R. (2003). Comparations of problems reported by youths from seven countries. *American Journal Psychiatry, 160* (8), 1479-1785.
- Verlaan, P. & Schwartzman, A. E. (2002). Mother's and father's parental adjustment: Link to externalising behavior problems in sons and daughters. *International Journal of Behavioral Development, 26* (3), 214-224.
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa, L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C. & Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente Antioqueño a partir del "Child Depression Inventory" –CDI-. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología-*, 2 (2), 217-227.
- Vite, S., A. y López R., F. (2007). La regulación aversiva en las interacciones madre-hijo en díadas con historia de maltrato infantil. *Apuntes de Psicología, 25* (2), 145-156.
- Voltanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R. & Brugha T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health. *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiological, 41*, 509–514.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting Psychology, 65*, 93-109.
- Webster-Stratton, C. (1981). Videotape Modeling: A Method of Parent Education. *Journal of Clinical Child Psychology, 93-98*.

- Wheeler, L. A., Updegraff, K. A. & Thayer, S. M. (2010). Conflict resolution in Mexican-Origin Couples: Culture, Genders and Marital Quality. *Journal of Marriage and Family*, 72 (4), 991-1005.
- Wheeler, L. A., Updegraff, K. A. & Thayer, S. M. (2010). Conflict resolution in Mexican-origin couples: culture, gender, and marital quality. *Journal of Marriage and Family*, 72 (4), 991-1005.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Prentice Hall.
- Woerner, W., Fleitlich-Bilyk, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiaro, P., Dalgarrondo, P., Lui, M. & Tannack, R. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2, 47-54.
- Zimet, D. M. & Jacob, T. (2002). Influences of marital conflict on child adjustment: Review of theory and research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4 (4), 319-335.

ANEXOS

Anexo 1. Análisis factorial de la escala de Estrategias de Manejo del Conflicto

F1. Negociación/Comunicación		Pesos factorial
6	Hablo las cosas abiertamente	.691
7	Le pido que entre los dos lleguemos a una solución	.667
15	Platico con mi pareja hasta llegar a un acuerdo	.646
35	Le digo lo que pienso	.622
38	Hablo con mi pareja	.622
20	Llego a un acuerdo con mi pareja	.621
11	Trato de aumentar la comunicación	.620
36	Muestro deseos de solucionar los problemas	.588
37	Discuto el problemas hasta llegar a una solución	.585
32	Le digo como me siento	.535
31	Trato de entablar un diálogo con mi pareja	.518
18	Lo escucho	.510
2	Me preocupo porque se conserve la relación	.452
		α= .926
F2. Afecto		
9	Soy cariñosa	.839
10	Me muestro amorosa	.818
8	Lo acaricio	.787
30	Utilizo palabras cariñosas	.678
17	Le hago sentir que lo amo	.669
		α= .917
F3. Automodificación		
25	Trato de mantenerme calmada	.749
28	Procuro ser prudente	.701
29	Trato de no agredir	.608
12	Soy paciente	.539
13	Acepto mis errores	.473
		α= .799
F4. Evitación		
4	Dejo pasar un tiempo	.807
5	Me alejo	.754
14	Me alejo se él	.564
3	No le hablo	.548
16	Me muestro indiferente	.457
		α= .754
F5. Acomodación		
22	Acepto que quien está mal soy yo	.808
23	Acepto que yo tuve la culpa	.787
		α= .800
F6. Separación		
34	No discuto nada inmediatamente	.709
33	Le pido que me dé tiempo	.683
		α= .431
F7. Racional Reflexivo		
39	Cambio de tema	.787
		α= -----

Anexo 2. Diferencias de medias entre los reportes de las mamás, los papás, los niños y las niñas de las prácticas parentales.

	VARONES		MAMÁS		t	p	gl
	M	SD	M	SD			
Comunicación	38.41	6.93	40.42	6.36	-2.456	.015	262
Autonomía	20.31	4.40	20.62	3.97	-.615	.539	276
Imposición	13.50	4.16	14.52	3.70	-2.154	.032	273
Control psicológico	7.04	2.33	7.73	2.58	-2.362	.019	281
Control conductual	16.72	3.09	18.25	2.29	-4.832	.0001	294

	VARONES		PAPÁS		t	p	gl
	M	SD	M	SD			
Comunicación/Control conductual	46.34	12.82	47.21	11.70	-.521	.603	214
Autonomía	24.64	5.40	23.80	4.83	1.238	.217	223
Imposición	14.06	4.57	14.47	4.68	-.668	.505	224
Control psicológico	5.39	2.16	5.91	2.11	-1.825	.069	229

	MUJERES		MAMÁS		t	p	gl
	M	SD	M	SD			
Comunicación	40.56	7.04	41.35	6.59	-.970	.333	284
Autonomía	21.26	4.59	20.94	4.41	.607	.544	292
Imposición	12.68	3.85	13.76	3.36	-2.559	.011	290
Control psicológico	6.45	1.92	7.04	2.07	-2.536	.012	302
Control conductual	17.77	2.60	18.85	1.75	-4.309	.0001	312

	MUJERES		PAPÁS		t	p	gl
	M	SD	M	SD			
Comunicación/control conductual	46.86	12.32	49.25	11.81	-1.531	.127	237
Autonomía	25.00	5.62	25.11	5.30	-.151	.880	238
Imposición	13.33	5.04	14.09	4.53	-1.255	.211	238
Control psicológico	5.27	2.48	5.77	2.14	-1.694	.091	243

Anexo 3. Diferencias de medias entre los reportes de las mamás, los papás, las y los preadolescentes de los síntomas emocionales y problemas de conducta.

	NIÑOS		MAMÁS		t	p	gl
	M	SD	M	SD			
Hiperactividad/Falta de atención	3.90	2.17	3.95	2.18	-.209	.835	301
Síntomas emocionales	2.86	2.27	2.34	2.19	2.024	.044	293
Problemas de conducta	2.71	1.90	2.64	1.94	.297	.767	298

	NIÑAS		MAMÁS		t	p	gl
	M	SD	M	SD			
Hiperactividad/Falta de atención	3.38	2.36	3.07	2.26	1.215	.225	311
Síntomas emocionales	3.64	2.46	2.57	2.13	4.109	.0001	311
Problemas de conducta	2.15	1.80	2.40	1.67	-1.242	.215	317

	NIÑOS		PAPÁS		t	p	gl
	M	SD	M	SD			
Hiperactividad/Falta de atención	3.80	2.15	4.00	2.33	-.707	.480	238
Síntomas emocionales	2.89	2.29	2.08	2.14	2.824	.005	239
Problemas de conducta	2.65	1.89	2.35	1.69	1.305	.193	238

	NIÑAS		PAPÁS		t	p	gl
	M	SD	M	SD			
Hiperactividad/Falta de atención	3.29	2.42	2.86	2.16	1.528	.128	256
Síntomas emocionales	3.60	2.52	1.96	2.03	5.677	.0001	253
Problemas de conducta	2.06	1.86	2.07	1.62	-.043	.966	253

**MANUAL DE PREVENCIÓN DE SÍNTOMAS EMOCIONALES Y PROBLEMAS DE CONDUCTA EN
PREADOLESCENTES**



Elaborado por:

María del Pilar Méndez Sánchez

ESTRUCTURA GENERAL

OBJETIVO: brindar a padres de preadolescentes una fuente de apoyo que les permita desempeñar de manera exitosa y eficaz sus tareas y responsabilidades. El manual tiene la finalidad de intervenir en tres temas principales:

- Estrategias del manejo de conflicto con la pareja.
- Autoestima y autoconcepto parental.
- Promoción de las prácticas parentales positivas.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES: papás, mamás y/o tutores que tengan la responsabilidad educativa de preadolescentes de entre 9 y 12 años de edad.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: dado que el manual es de carácter activo, participativo y grupal, se sugiere que el número de participantes sea entre 15 y 20 para llevar una adecuada comunicación y dinamismo en cada una de las sesiones.

LUGAR: las sesiones deberán llevarse a cabo en un salón amplio, ventilado, agradable y tranquilo, en donde se puedan mover las sillas de su lugar. Hay que tratar de disminuir los estímulos visuales y el ruido, esto nos permite una mejor atención de los participantes.

PAPEL DE LA PERSONA QUE COORDINA: el programa está dirigido para profesionales en orientación educativa familiar, como psicólogos o pedagogos.

CANTIDAD Y DURACIÓN DE LAS SESIONES: el programa se llevará a cabo en 8 sesiones, concentrándose la carga principal de contenido en las sesiones de 2 a 7, debido que la primera será la presentación y la última el cierre de las sesiones. Cada una de las sesiones tendrá una duración de dos horas.

SESIÓN 1 PRESENTACIÓN

OBJETIVOS: que los padres conozcan a cada una de las personas con las que convivirán durante las sesiones, se revise el temario de las actividades y las reglas a seguir, además de realizar una pre-evaluación.

ACTIVIDADES				
1.1. PRESENTACIÓN DEL COORDINADOR				
OBJETIVO	TÉCNICA	DINÁMICA	DURACIÓN	MATERIAL
Que los participantes conozcan a la persona que los guiará en cada una de las sesiones y que éste genere confianza con los participantes.	Exposición oral	El coordinador se presentará tomando en cuenta los siguientes puntos: nombre y apellidos, profesión, institución de donde procede y otra información que considere importante (por ejemplo e-mail o teléfono). Realizada la presentación, el coordinador debe dar la bienvenida a los participantes y agradecerá su interés por formar parte de grupo.	5 min	Ninguno
1.2. PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES				
Identificar los nombres de cada uno de los participantes y crear un clima de confianza.	Dinámica "Personalidad".	Antes de comenzar la dinámica el coordinador pedirá a los participantes escribir su nombre en cada uno de los gafetes que se les dará y pedirá que se lo coloquen en un lugar visible. Posteriormente pedirá a los participantes que se presenten completando las siguientes oraciones. <ul style="list-style-type: none"> • Soy (nombre de la persona). • Tengo (número de hijos y edades). • Me gusta (un lugar). • Me identifico con (personaje de TV, escritores, etc.). 	20 min	Gafetes y plumones.
1.3. REVISIÓN DE LOS TEMAS A TRATAR DURANTE LAS SESIONES Y ESTABLECIMIENTO DE REGLAS				
Que los participantes conozcan los temas que se retomarán en cada una de las sesiones, la forma de trabajo que se va a llevar a cabo, así como las reglas a seguir.	Exposición oral	El coordinador entregará una hoja con los temas que se tratarán en cada una de las sesiones, los objetivos y la dinámica de trabajo. Leerá la hoja en voz alta y preguntará si hay dudas al respecto. Posteriormente se establecerán algunas reglas a seguir durante las sesiones (trataremos de que todos participen, seremos puntuales, etcétera). Las reglas establecidas se escribirán en un papel rotafolio y estarán pegadas en el salón durante todas las sesiones.	15 min	Copias necesarias con los temas a tratar.

1.4. INTERACCIÓN GRUPAL				
Que los padres se conozcan entre ellos y se fomente la interacción grupal, es decir, "romper el hielo" entre los participantes.	Dinámica "Te tengo una pregunta".	El coordinador pedirá a los participantes que se paren de su lugar y que completen el cuestionario que les dará (el cuestionario contiene preguntas sobre los gustos, preferencias y hábitos) con la información de al menos dos personas del grupo. El coordinador pedirá a cada uno de los participantes que lean sus respuestas. Esto permitirá ir conociendo a las personas que formarán el grupo.	30 min	Copias necesarias de la actividad a realizar, lápices o bolígrafos.
1.5. PRE-EVALUACIÓN				
Que los padres contesten el cuestionario para obtener una pre-evaluación de las sesiones.		El coordinador solicitará a los participantes que contesten el cuestionario de manera confidencial y les dirá que sus respuestas son anónimas y únicamente servirán para fines de investigación.	40 min	Cuestionarios correspondientes a la pre-evaluación del programa, lápices o bolígrafos.
1.6. DESPEDIDA Y CIERRE DE LA SESIÓN				
Realizar el cierre de la sesión.	Exposición oral.	El coordinador agradecerá a los padres su participación y les recordará que la siguiente sesión será en la fecha y lugar programados.	5 min	Ninguno

SESIÓN 2
NIÑEZ INTERMEDIA Y FAMILIA

OBJETIVOS: informar a los padres sobre las características físicas y psicológicas más relevantes de la etapa de desarrollo de sus hijos y analizar las repercusiones que estos cambios tienen en las relaciones padre/madre-hijo.

ACTIVIDADES				
2.1. ¿CÓMO HA CAMBIADO MI HIJO?				
OBJETIVO	TÉCNICA	DINÁMICA	DURACIÓN	MATERIAL
Informar a los padres de los cambios físicos y psicológicos que los preadolescentes de entre 9 y 12 años están experimentando.	Dinámica “¿Cómo ha cambiado mi hijo?”	El coordinador pedirá a los padres que piensen por unos minutos (2 o 3 min) en los cambios físicos, emocionales, en las relaciones con sus amigos, padres, hermanos, que ha experimentado su hijo últimamente. Una vez transcurrido el tiempo el coordinador pedirá a los padres que mencionen dichos cambios y los irá escribiendo en el pizarrón, tratando de agruparlos en físicos, emocionales, cognitivos y conductuales. El coordinador leerá lo que mencionaron los padres y hará una síntesis de los cambios en esta etapa de desarrollo.	30 min.	Pizarrón, plumones o gises
2.2. CAMBIO DEL PAPEL COMO PADRES				
Que los padres reflexionen acerca de cómo han cambiado o permanecen iguales sus tareas educativas cuando sus hijos estaban en los tres primeros años de primaria y actualmente.	Dinámica “Cambio de papel como padres”.	El coordinador pedirá a los padres que describan cómo sus tareas como padres han cambiado o permanecen iguales cuando sus hijos estaban en los primeros años de primaria y actualmente. Al finalizar el tiempo establecido el coordinador pedirá que de manera voluntaria lean lo que escribieron. El coordinador mencionará a los padres que conforme sus hijos crecen las prácticas y/o tareas que ejercen se irán modificando y adaptando de acuerdo a la edad de sus hijos.	30 min.	Hojas blancas, lápices o bolígrafos.

2.3. YO COMO MADRE/PADRE ME SIENTO				
Que los padres mencionen sentimientos negativos y positivos de su papel que tienen como padres o madres actualmente y analicen el impacto que podrían tener estos sentimientos en el desarrollo de sus hijos.	Dinámica “Yo como padres/madre me siento”.	El coordinador dividirá el pizarrón en dos partes iguales y en una parte pondrá el título de “Sentimientos negativos” y en otra de “Sentimientos positivos”. El coordinador preguntará a los padres ¿cómo se sienten ahora que sus hijos tienen de 9 a 12 años?, por ejemplo: se sienten tristes, porque ya no están mucho tiempo con ustedes, o tal vez orgullosos porque los ven crecer... Al final el coordinador leerá las palabras y reflexionará con los padres acerca de las palabras escritas.	30 min.	Pizarrón o hojas tipo rotafolio, gises o plumones.
2.4. ¿QUÉ APRENDI HOY?				
Que los padres expresen lo que aprendieron durante la sesión.	Escrita y oral.	El coordinador pedirá a los participantes que escriban tres cosas que les hayan resultado nuevas o interesantes y tres cosas que consideren le servirán en su práctica como padres o madres. Una vez terminado, el coordinador preguntará si alguien quiere leer sus respuestas y compartirlas con los demás.	20 min	Lápices o bolígrafos.
2.5. DESPEDIDA Y CIERRE DE LA SESIÓN				
Realizar el cierre de la sesión.	Exposición oral.	El coordinador agradecerá a los padres su participación y les recordará que la siguiente sesión será en la fecha y lugar programados.	10 min	Ninguno

SESIÓN 3
ESTRATEGIAS POSITIVAS DE MANEJO DE CONFLICTO CON LA PAREJA

OBJETIVOS: que los padres reconozcan el conflicto como algo natural y beneficioso en la dinámica de pareja e identifiquen y asimilen estrategias adecuadas e inadecuadas de manejo de conflicto con su cónyuge (o con la persona con la que conviven diariamente).

ACTIVIDADES				
3.1. EL CONFLICTO COMO ALGO NATURAL Y BENEFICIOSO				
OBJETIVO	TÉCNICA	DINÁMICA	DURACIÓN	MATERIAL
Que los padres comprendan que el conflicto es algo natural y beneficia la dinámica de pareja cuando se utiliza una adecuada estrategia en el manejo del conflicto.	Exposición oral.	<p>El coordinador dará una explicación contemplando los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cómo se define la palabra conflicto? ➤ El conflicto como una característica humana. ➤ Beneficios del conflicto en la dinámica de pareja. ➤ Orígenes del conflicto. ➤ ¿Cómo se puede solucionar un conflicto? ➤ Importancia del manejo de sentimientos y emociones cuando surge un conflicto. ➤ Algunas estrategias de manejo de conflicto. 	40 min	Pizarrón, gises o plumones.
3.2. SENTIMIENTOS Y EMOCIONES				
Que los padres identifiquen la forma en que expresan sus sentimientos y emociones y reconozcan la importancia de manejarlas, de tal manera que resulten apropiadas cuando surja algún conflicto con su pareja.	Dinámica "Sentimientos y emociones".	<p>El coordinador dará a los padres un formato, en el cuál describirán los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles sentimientos se están representando? • ¿Cuál es el sentimiento que más los identifica? • ¿Cuáles sentimientos son más frecuentes en usted? • ¿Qué es lo que a cada uno de ustedes les entristece, enoja, alegra, etc.? • ¿De qué manera expresa cada uno de esos sentimientos? • ¿Cuál y cuáles sentimientos les son más fácil de manejar? • ¿De cuántas maneras podrían expresar su desacuerdo o enojo, ante un hecho que haya cometido tu pareja? • ¿Cree que expresar sus emociones les ha beneficiado o les ha hecho daño? 	20 min.	Copias suficientes del formato a trabajar, lápices o bolígrafos.

		<p>Posteriormente, el coordinador pedirá a los padres que de manera voluntaria expresen lo que escribieron y cómo se sintieron al identificar sus sentimientos.</p> <p>Para terminar la actividad, el coordinador hará hincapié en la importancia de reconocer los sentimientos y emociones personales y la forma de expresarlos, de tal manera que podamos revisar la congruencia entre el decir y el hacer.</p>		
3.3. PASOS PARA RESOLVER CONFLICTOS CON LA PAREJA				
Que los padres identifiquen y analicen diversos pasos para solucionar algún conflicto que presenten con su pareja.	Análisis.	<p>El coordinador pedirá que analicen un ejemplo de conflicto con su pareja siguiendo los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuál fue conflicto? ➤ ¿Por qué surgió el conflicto, qué lo desencadenó? ➤ ¿Cómo se resolvería? ¿Cuáles con las posibles soluciones? ➤ De las soluciones encontradas ¿Cuál es la mejor solución? ➤ ¿Cómo nos comprometeríamos para cumplir la solución que elegimos? ➤ ¿Qué pasaría después de tomar la decisión y cumplir el compromiso? <p>Al finalizar el coordinador deberá guiar a los padres a hacer frente al conflicto, mencionándoles que una mala estrategia de manejo de conflicto es la evitación.</p>	40 min	Hojas blancas, lápices o bolígrafos.
3.4. ¿QUÉ APRENDI HOY?				
Que los padres expresen lo que aprendieron durante la sesión.	Escrita y oral.	<p>El coordinador pedirá a los participantes que escriban tres cosas que le hayan resultado nuevas o interesantes en esta sesión y tres cosas que consideren les servirán en la vida diaria.</p> <p>Una vez terminado este paso, el coordinador preguntará si alguien quiere leer sus respuestas y compartirlas con los demás.</p>	10 min	Lápices o bolígrafos.
3.5. DESPEDIDA Y CIERRE DE LA SESIÓN				
Realizar el cierre de la sesión.	Exposición oral.	El coordinador agradecerá a los padres su participación y les recordará que la siguiente sesión será en la fecha y lugar programados.	10 min	Ninguno

SESIÓN 4
AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO PARENTAL

OBJETIVOS: que los padres identifiquen características positivas y negativas de su persona, puedan comprender que pueden modificar sus características negativas y se acepten como son, además de que reconozcan sus logros obtenidos en su familia y en sí mismos.

ACTIVIDADES				
4.1. ACEPTANDOME				
OBJETIVOS	TÉCNICA	DINÁMICA	DURACIÓN	MATERIAL
Que los padres reconozcan las características de su cuerpo y logren aceptarse a sí mismos.	Dinámica "Conociéndome"	<p>El coordinador guiará una dinámica en la que se solicitará a los participantes identifique los siguientes puntos.</p> <p>"Parte de mi cuerpo que más me gusta": ¿Por qué me gusta? ¿Lo tengo en mente cuando me siento mal?</p> <p>"Parte de mi cuerpo que no me gusta": ¿Por qué no me gusta? ¿Qué podría hacer para que me guste?</p> <p>Posteriormente, el coordinador pedirá que compartan las respuestas en el grupo. El coordinador preguntará al grupo:</p> <p>¿Fue fácil escribir sus características positivas? ¿Qué dificultades tuvieron? ¿Pudieron compartirlas con las demás personas del grupo? ¿Les resultó más fácil "lo que no les gusta"?</p> <p>El coordinador concluirá la actividad mencionando la importancia de aceptar nuestro cuerpo.</p>	40 min	Hojas blancas, lápices o bolígrafo.
4.2. ACERCA DE MÍ				
Que los padres reflexionen sobre las características positivas y negativas de su forma de ser y puedan modificar sus características negativas.	Dinámica "Acercas de mí"	El coordinador pedirá a los padres que reflexionen sobre sus características positivas y negativas de su forma de ser o de su comportamiento y les pedirá que escriban esas características en la hoja que les dará a cada uno.	20 min.	Hojas blancas, bolígrafos o lápices.

		<p>Posteriormente, el coordinador pedir que escojan de entre las características negativas, aquella que les gustaría cambiar y que piensen en cómo lo harían y qué pasos seguirían para modificar dicha conducta.</p> <p>Para concluir, el coordinador mencionará que el conocernos a nosotros mismos implica un proceso reflexivo en el cual se adquiere conocimiento de las propias características positivas y negativas y de esta manera aprendemos a conocernos a nosotros mismos.</p>		
4.3. RECONOCIENDO MIS LOGROS				
Que los padres reconozcan sus logros obtenidos en diferentes contextos y se sientan orgullosos de ellos.	Dinámica “Mis sentimientos y emociones”.	<p>El coordinador pedirá a los padres que piensen acerca de sus logros obtenidos en el último año. Al terminar, el coordinador pedirá que de manera voluntaria lean lo que escribieron.</p> <p>El coordinador mencionará que nos podemos sentir mejor cuando valoramos nuestros objetivos, metas, deseos o proyectos alcanzados. Esto repercutirá en nuestra seguridad personal porque al hacer una reflexión sobre los logros alcanzados nos damos cuenta de que hemos realizado un gran esfuerzo por alcanzarlos, y es por ello que debemos estar orgullosos de nosotros mismos.</p>	30 min.	Hojas blancas, colores, lápices o bolígrafos.
4.4. QUE APRENDI HOY				
Que los padres expresen lo que aprendieron durante la sesión.	Escrita y oral.	<p>El coordinador pedirá a los participantes que escriban tres aspectos sobre la importancia del conocimiento de sí mismos. Una vez terminado este paso, el coordinador preguntará si alguien quiere leer sus respuestas y compartirlas con los demás.</p> <p>El coordinador agradecerá la participación de los padres.</p>	10 min	Lápices o bolígrafos.
4.5. DESPEDIDA Y CIERRE DE LA SESIÓN				
Realizar el cierre de la sesión.	Exposición oral.	El coordinador agradecerá a los padres su participación y les recordará que la siguiente sesión será en la fecha y lugar programados.	10 min.	Ninguno

SESIÓN 5
PRÁCTICAS PARENTALES I:
DISCIPLINA Y SUPERVISIÓN

OBJETIVOS: que los padres reflexionen sobre la importancia de las prácticas parentales de disciplina y supervisión, y profundicen en las ventajas y desventajas en el modo de llevar a cabo éstas.

ACTIVIDADES				
5.1. ¿CÓMO DISCIPLINO Y SUPERVISO A MI HIJO?				
OBJETIVO	TÉCNICA	DINÁMICA	DURACIÓN	MATERIAL
Que los padres identifiquen la forma en cómo llevan a cabo sus prácticas de disciplina y supervisión.	Dinámica “Lluvia de ideas”.	El coordinador dividirá el pizarrón en dos partes, en una pondrá la palabra “Disciplina” y en la otra parte “Supervisión”, y le pedirá a los participantes que mencionen cómo disciplinan a sus hijos y cómo los supervisan. Al término de la dinámica, el coordinador leerá las palabras que mencionaron y sin hacer ninguna mención dará inicio a la siguiente dinámica expositiva.	20 min.	Hojas blancas, lápices o bolígrafos, pizarrón, plumones o gises.
5.2. ¿QUÉ INVOLUCRA DISCIPLINAR Y SUPERVISAR A LOS NIÑOS?				
Que los padres reflexionen sobre la importancia de disciplinar y supervisar a sus hijos y las consecuencias que conlleva la falta de éstas prácticas o de hacerlo con violencia.	Exposición oral	El coordinador expondrá por medio de proyecciones los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es disciplinar y supervisar? • ¿Cuál es la diferencia entre disciplinar/supervisar y castigar? • ¿Cuáles son las consecuencias cuando se disciplina/supervisa con castigos? • ¿Por qué se debe disciplinar y supervisar a los niños? • ¿Algunas estrategias de disciplina y supervisión? 	20 min	Hojas blancas, lápices o bolígrafos, material de proyección (lap top y cañón).
5.3. CORTOMETRAJE “EL SUSURRO”				
Que los padres analicen un video, observen un ejemplo de disciplina con violencia y reflexionen acerca las consecuencias que ocasiona en el desarrollo emocional del niño.	Cortometraje “Susurro”	El coordinador pedirá a los padres que observen un video. Posteriormente, el coordinador pedirá a los padres que muevan las sillas a fin de formar un círculo. Una vez sentados los padres, el coordinador realizará las siguientes preguntas a los padres:	20 min	Video “cortometraje Susurro”, hojas blancas, bolígrafos o lápices, material de

		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué les pareció el cortometraje? • ¿Qué vemos en el video? • ¿Qué podría ocasionar en el niño una conducta así por parte del padre o la madre? • ¿Qué debemos hacer para no utilizar este tipo de comportamiento con los niños? 		proyección.
5.4. ANALISIS “CASO LUIS”				
Que los padres analicen el “Caso Luis” e identifiquen la importancia del establecimiento de normas y límites, como parte de la disciplina.	Dinámica “Caso Luis”	El coordinador pedirá a los participantes que formen grupos de cuatro personas y les dará la primera parte del “Caso Luis”, les pedirá a los participantes que analicen el caso y que busquen la mejor manera de disciplinarlo, sin ejercer algún tipo de violencia. Al finalizar pedirá a los participantes que mencionen su análisis al grupo. Posteriormente dará la siguiente parte del caso y pedirá que lo comparen con lo que ellos escribieron.	40 min.	Copias con los diálogos que los padres deben analizar.
5.5. ¿QUÉ APRENDI HOY?				
Que los padres expresen lo que aprendieron durante la sesión.	Escrita y oral.	El coordinador pedirá a los participantes que escriban tres cosas de lo que han aprendido durante la sesión y tres cosas que consideren les servirán como padres. Una vez terminado este paso, el coordinador preguntará si alguien quiere leer sus respuestas y compartirlas con los demás.	20 min	Copias suficientes de la ficha 5.3, lápices o bolígrafos.
5.6. DESPEDIDA Y CIERRE DE LA SESIÓN				
Realizar el cierre de la sesión.	Exposición oral.	El coordinador agradecerá a los padres su participación y les recordará que la siguiente sesión será en la fecha y lugar programados.	10 min	Ninguno

SESIÓN 6
PRÁCTICAS PARENTALES II:
COMUNICACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS

OBJETIVOS: que los padres profundicen sobre la importancia de la comunicación, identifiquen algunos obstáculos de comunicación entre padres e hijos y conozcan algunas estrategias de comunicación con sus hijos.

ACTIVIDADES				
6.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES BARRERAS DE COMUNICACIÓN				
OBJETIVO	TÉCNICA	DINÁMICA	DURACIÓN	MATERIAL
Que los padres reflexionen e identifiquen algunos de los obstáculos en la comunicación con sus hijos.	Dinámica "Reflexión".	<p>El coordinador pedirá a los participantes que de manera individual contesten a las dos siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuáles son las posibles causas por las cuáles los padres no pueden comunicarse con sus hijos? ➤ ¿Cuáles son las posibles causas por las cuáles los hijos no pueden comunicarse con los padres? <p>Al terminar, el coordinador pedirá que de manera voluntaria lean lo que escribieron. Posteriormente el coordinador resaltará los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hay que escuchar de manera atenta. ➤ Mostrar interés sobre lo que los niños quieren decir, verlo a los ojos. ➤ Dar tiempo para que los niños se expresen con tranquilidad, sin interrumpir continuamente. ➤ No juzgar antes de tiempo. 	20 min.	Hojas blancas, lápices o bolígrafos.
6.2. ANALISIS DE CASO				
Que los padres reflexionen sobre algunas de las dificultades de comunicación entre padres e hijos y sugieran algunas estrategias que faciliten la comunicación con sus hijos.	Sociodrama.	<p>El coordinador pedirá la participación de dos padres que quieran representar un sociodrama.</p> <p>El coordinador dará a los padres el papel que jugarán en la representación apoyándose en un formato establecido anteriormente.</p>	40 min.	Hojas blancas, lápices o bolígrafos.

		<p>Al finalizar la representación, el coordinador pedirá a los padres que formen equipos de tres o cuatro personas, y les pedirá que reflexionen acerca de la representación, buscando errores en la comunicación de la madre con el niño y que traten de darle un cambio a fin de que éste sea mejor, para ello se dará un tiempo de 15 min, al término de este tiempo, se pedirá a los padres que actúen de acuerdo a lo que ellos hayan pensado que debió ser mejor.</p> <p>El coordinador deberá finalizar la actividad mencionando que la comunicación es parte importante en el desarrollo de sus hijos, además que a una buena comunicación se dará un mejor ajuste emocional en los niños.</p>		
6.3. UTILIZANDO LENGUAJE POSITIVO Y MOTIVADOR				
Que los padres reflexionen y reconozcan que el uso del lenguaje positivo y motivador son algunas estrategias adecuadas de comunicación para con sus hijos.	Dinámica "Expresiones positivas".	<p>El coordinador pedirá a los participantes que formen grupos de tres o cuatro personas y les pedirá que comenten si utilizan palabras positivas con sus hijos y que recuerden una situación familiar con sus hijos en los que puedan utilizar estas frases y que mencionen cómo es que deben llevarlos a la práctica.</p> <p>Al finalizar el coordinador pedirá que mencionen a lo que llegaron, tratando de que uno haga el papel del hijo y otro el de padre. De esta manera se puede simular la reacción que puede tener un niño y animar a los padres a utilizar las frases que aprendieron en esta sesión.</p>	30 min.	Hojas blancas, lápices o bolígrafos.
6.4. ¿QUÉ TANTO CONOZCO A MI HIJO?				
Que los padres identifiquen qué tanta comunicación tienen con sus hijos mediante el conocimiento de sus gustos, intereses y amigos.	Dinámica Comunicación	<p>El coordinador pedirá a los participantes que cierren los ojos y que den respuesta de manera mental a las preguntas (p.e. deporte y comida favorito, mejores amigos, etc.) que dirá. Al término, el coordinador pedirá que abran los ojos y que reflexionen acerca de las cosas que si y no conocen de sus hijos, y que podrían hacer para conocerlos mejor.</p>	20 min	Preguntas acerca de los hijos.
DESPEDIDA Y CIERRE DE LA SESIÓN				
Realizar el cierre de la sesión.	Exposición oral.	El coordinador agradecerá a los padres su participación y les recordará que la siguiente sesión será en la fecha y lugar programados.	10 min	Ninguno

SESIÓN 7
PRÁCTICAS PARENTALES III
FOMENTO DE LA AUTONOMÍA

OBJETIVOS: que los padres profundicen sobre la importancia y los beneficios de la autonomía de sus hijos y conozcan algunas estrategias de promoción de la autonomía.

ACTIVIDADES				
7.1. ¿QUE INVOLUCRA LA AUTONOMÍA?				
OBJETIVO	TÉCNICA	DINÁMICA	DURACIÓN	MATERIAL
Que los padres conozcan qué es la autonomía y los beneficios que tiene el fomento de esta práctica.	Exposición oral.	<p>El coordinador explicará de manera clara los siguientes puntos mediante una exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué es la autonomía? ➤ ¿Cuáles son los beneficios del fomento de la autonomía? 	30 min	Hojas blancas, lápices o bolígrafos, cañón, lap top.
7.2. LLUVIA DE IDEAS SOBRE AUTONOMÍA				
Que los padres piensen y expresen las estrategias que llevan a cabo para fomentar la autonomía en sus hijos.	Dinámica de "lluvia de ideas".	<p>El coordinador pedirá a los padres que se sienten de manera que formen un círculo, les dará una hoja blanca y les dará las siguientes instrucciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enumeren cinco aspectos, que consideren debe tener una persona autónoma. ➤ Enumeren cinco aspectos que debe tener una persona autónoma de 9 a 12 años. ➤ ¿Qué hacen para ayudar a sus hijos a tener dichos aspectos? ➤ ¿Qué dificultades encuentran para fomentar la autonomía en sus hijos? ➤ ¿Qué les gustaría hacer para fomentar la autonomía en sus hijos? <p>El coordinador escuchará sus respuestas e irá apuntando en el pizarrón las ideas que le dirán los padres. Posteriormente mencionará algunas estrategias que los padres pueden seguir para lograr autonomía en sus hijos desde pequeños.</p>	35 min	Pizarrón, plumones o gises, hojas blancas, lápices o bolígrafos.

7.3. PADRES AUTONOMOS				
Que los padres analicen y expresen de manera escrita y verbal algunas técnicas de fomento de la autonomía con sus hijos.	Dinámica “Tu que dirías”.	El coordinador pedirá a los padres que formen grupos de dos personas y les pedirá que apunten lo que le dirían a su hijo si estuviera en las situaciones que se les mencionará. Posteriormente, el coordinador preguntará qué es lo que escribieron, retroalimentando la reacción con tácticas para el fomento de la autonomía.	30 min	Lápices o bolígrafos.
7.4. ¿QUÉ APRENDI HOY?				
Que los padres expresen lo que aprendieron durante la sesión.	Escrita y oral	El coordinador pedirá a los participantes que escriban tres cosas de lo que aprendieron durante la sesión y tres cosas que considere les servirán como padres. Una vez terminado este paso, el coordinador preguntará si alguien quiere leer sus respuestas y compartirlas con los demás. No es necesario que todos los padres participen de manera oral, solamente los que así lo deseen.	15 min	Lápices o bolígrafos.
7.5. DESPEDIDA Y CIERRE				
Realizar el cierre de la sesión.	Exposición oral.	El coordinador agradecerá a los padres su participación y les recordará que la siguiente sesión será en la fecha y lugar programados.	10 min	Ninguno

**SESION 8
CIERRE**

OBJETIVOS: que los padres expresen sus comentarios de acuerdo al trabajo realizado en las sesiones, además que realicen una post-evaluación del programa.

ACTIVIDADES				
8.1. POST-EVALUACIÓN				
OBJETIVO	TÉCNICA	DINÁMICA	DURACIÓN	MATERIALES
Que los padres contesten el cuestionario para obtener una evaluación posterior a las sesiones del programa.		El coordinador debe solicitar a los participantes que respondan un cuestionario de manera confidencial y les dirá que sus respuestas únicamente servirán para fines de investigación.	40 min	Lápices o bolígrafos y cuestionarios para la post-evaluación.
8.2. ESPACIO CATÁRTICO				
Que los padres expresen sus comentarios de acuerdo al trabajo realizado durante las sesiones.	Dinámica "Espacio catártico".	<p>El coordinador recordará a los participantes que pronto dejarán al grupo, pero se llevarán diversos aprendizajes que los harán mejorar su rol como padres.</p> <p>Posteriormente el coordinador colocará tres sillas frente al grupo y les mencionará que cada uno debe sentarse sucesivamente en cada silla para expresar sus comentarios de acuerdo al trabajo realizado durante las sesiones.</p> <p>En la primera silla expresarán ¿Cómo llegué?, en la del medio ¿Cómo me sentí durante las sesiones? y en la tercera ¿Cómo me voy?</p>	45 min	3 Sillas.
8.3. CIERRE DEL PROGRAMA				
Dar por terminado el programa, agradecer a los padres por su participación y animarlos para seguir participando en actividades similares.	Exposición oral	El coordinador agradecerá la participación de los padres en cada una de las sesiones, así como sus contribuciones y aportaciones a la dinámica y por haber creado un clima positivo de trabajo en el grupo y animará a los participantes a seguir participando en otros programas similares.	10 min	Ninguno

Anexo 5. Cuestionario de evaluación

Hola, somos personas que trabajamos en la Universidad Nacional Autónoma de México, queremos que por favor nos ayudes respondiendo este cuestionario acerca de la forma en la que piensan y sienten los niños y niñas de tu edad. Tus respuestas son anónimas y serán utilizadas con fines de investigación, por lo cual te agradeceremos que seas sincero y no dejes de responder alguna pregunta.

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

1. Grado <input style="width: 80px;" type="text"/>	Grupo <input style="width: 80px;" type="text"/>
2. ¿ERES?	
Niño <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Niña <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>
3. ¿Cuántos años tienes?	
<input style="width: 80px;" type="text"/> años cumplidos	
4. ¿Con quién vives?	
Mamá y Papá <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Mamá, Papá y Hermano (s) <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>
Solo Papá <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Solo Mamá <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>
Mamá y Hermanos <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Papá y Hermanos <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>
Más familiares (menciona cuales): <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>	

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que **TU MAMÁ** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que ella hace contigo.

MI MAMÁ:	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Sabe en dónde estoy cuando salgo de mi casa				
2. Le digo lo que hice, cuando salgo y regreso a casa				
3. Me hace sentir que soy un(a) inútil				
4. Sabe en dónde estoy después de la escuela				
5. Me dice que soy un(a) "burro(a)"				
6. Habla conmigo sobre mis problemas				
7. Me deja tomar mis propias decisiones				
8. Conoce a mis amigos (as)				
9. Respeta las decisiones que tomo				
10. Cuando me castiga me hace sentir culpable				
11. Cree que todos debemos pensar como ella				
12. Le platico sobre los planes que tengo con mis amigos				
13. Platica conmigo como buenos(as) amigos (as)				
14. Cuando estoy triste me consuela				

MI MAMÁ:	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
15. Apoya mis decisiones				
16. Me dice que soy un(a) mal(a) hijo(a)				
17. Ella cree que tiene la razón en todo				
18. Respeta mis ideas, sin criticarme				
19. Me dice groserías o insulta, si me porto mal				
20. Conoce lo que hago por las tardes después de la escuela				
21. Me pregunta qué hago con mis amigos (as)				
22. Platica conmigo de cómo me va en la escuela				
23. Me ayuda en mis problemas				
24. Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
25. Quiere que sea como ella es				
26. Me da confianza para platicarle algo muy personal de mí mismo (a)				
27. Respeta mi punto de vista, aunque sea diferente del que ella dice				
28. Quiere que haga todo lo que ella dice				
29. Me da confianza para que me acerque a ella				
30. Me dedica tiempo para platicar				
31. Quiere que piense como ella piensa				
32. Entiende las razones que le digo				
33. Respeta mis decisiones aunque no sean las mejores				
34. Platica conmigo de las cosas que me suceden				
35. Piensa que todo lo que dice está bien				
36. En la casa se hace lo que ella dice				

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que **TU PAPÁ** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que él hace contigo.

MI PAPÁ:	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Habla conmigo sobre mis problemas				
2. Me trata injustamente				
3. Platica conmigo como buenos amigos				
4. Me impone su manera de ser				
5. Me consuela cuando estoy triste				
6. Quiere que sea como él es				

MI PAPÁ:	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
7. Me culpa por todo lo que sucede				
8. Me escucha de forma paciente cuando le platico mis problemas				
9. Me dedica tiempo para platicar				
10. Me ayuda en mis problemas				
11. Respeta mis gustos				
12. Cree que todos debemos pensar igual que él				
13. Me da confianza para que me acerque a él				
14. Me culpa por cualquier cosa				
15. Le platico las cosas que me suceden				
16. Respeta mi punto de vista, aunque sea diferente del que él dice				
17. Platica conmigo de lo que hago en mi tiempo libre				
18. Respeta las decisiones que tomo				
19. Él cree que tiene la razón en todo				
20. Me deja tomar mis propias decisiones				
21. Entiende mi manera de ser				
22. Me pregunta sobre las cosas que me pasan durante un día normal en la escuela				
23. En la casa se hace lo que él dice				
24. Acepta mi forma de expresarme				
25. Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
26. Me pregunta sobre las cosas que hago en mi tiempo libre				
27. Se enoja conmigo por cualquier cosa				
28. Apoya mis decisiones				
29. Platica conmigo sobre los planes que tengo con mis amigos(as)				
30. Quiere que haga lo que él dice				
31. Platica conmigo sobre todo lo que hago				
32. Me pregunta qué hago con mis amigos(as)				
33. Me dice que sus ideas son las correctas y que no debo de dudarlas				
34. Platica conmigo sobre cómo me va en la escuela				
35. Cuando salgo y regreso a casa, le digo lo que hice				
36. Quiere que piense como él piensa				

Por favor pon una cruz en el recuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas. Es importante que contestes a todas las preguntas lo mejor que puedas. Responde a las preguntas según cómo te ha ido en los últimos seis meses.

	NO ES VERDAD	ES VERDAD A MEDIAS	VERDADE- RAMENTE SÍ
1. Soy inquieto(a), hiperactivo(a), no puede permanecer quieto(a) por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Soy más bien solitario(a) y tiendo a jugar solo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A menudo estoy preocupado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo un(a) buen(a) amigo(a) por lo menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me pongo nervioso(a) con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Otra gente de mi edad se meten conmigo o se burlan mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me llevo mejor con adultos que con otros de mí edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

¡Hola! Somos personas que trabajamos en la Universidad Nacional Autónoma de México y estamos realizando una investigación acerca de las emociones y situaciones que probablemente haya sentido o tenido, las respuestas que nos brinde serán utilizadas únicamente con fines de investigación. Los datos son anónimos por lo que le solicitamos sea lo más sincero posible y no deje de contestar alguna pregunta.

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

1. ¿Qué edad tiene?	2. ¿Cuántos hijos tiene?	3. ¿A qué se dedica?
4. ¿Hasta qué año estudio?		
Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Preparatoria <input type="checkbox"/>
Licenciatura <input type="checkbox"/>	Posgrado <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>
Otro (especifique): _____		
5. ¿Cuál es su estado civil?		
Casada <input type="checkbox"/>	Soltera <input type="checkbox"/>	Divorciada <input type="checkbox"/>
Segundo matrimonio <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	
Otro (especifique): _____		
6. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir con su pareja actual? _____		

A continuación hay oraciones sobre lo que las **MADRES** de familia hacen con su(s) hijo(s), escoja la respuesta que más se parezca a lo que hace usted con su hijo(a) de entre 9 y 12 años de edad.

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Sé en dónde está mi hijo(a) cuando no está en casa				
2. Mi hijo(a) me dice lo que hace, cuando sale y regresa a casa				
3. Le hago sentir a mi hijo(a) que es un(a) inútil				
4. Sé en dónde está mi hijo(a) cuando sale de la escuela				
5. Le digo a mi hijo(a) que es un "burro(a)"				
6. Hablo con mi hijo(a) sobre sus problemas				
7. Dejo que mi hijo(a) tome sus propias decisiones				
8. Conozco a los amigos(as) de mi hijo(a)				
9. Respeto las decisiones que toma mi hijo(a)				
10. Cuando castigo a mi hijo(a) lo(a) hago sentir culpable				
11. Creo que todos(as) deben pensar igual que yo				

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
12. Mi hijo(a) me platica sobre los planes que tiene con sus amigos(as)				
13. Platico con mi hijo(a) como buenos(as) amigos(as)				
14. Cuando mi hijo(a) está triste lo(a) consuelo				
15. Apoyo las decisiones que toma mi hijo(a)				
16. Le digo que es un(a) mal(a) hijo(a)				
17. Creo que tengo la razón en todo				
18. Respeto las ideas de mi hijo(a), sin criticarlo (a)				
19. Si se porta mal mi hijo(a), le digo groserías o lo insulto				
20. Sé realmente dónde está mi hijo(a) cuando sale de casa				
21. Le pregunto a mi hijo(a) lo qué hace con sus amigos(as)				
22. Platico con mi hijo(a) sobre cómo le va en la escuela				
23. Le ayudo a mi hijo(a) en sus problemas				
24. Dejo que mi hijo(a) haga sus propios planes sobre las cosas que quiere				
25. Quiero que mi hijo(a) sea como yo				
26. Le doy confianza a mi hijo(a) para que me platique algo muy personal				
27. Respeto el punto de vista de mi hijo(a), aunque sea diferente al mío				
28. Quiero que mi hijo(a) haga lo que yo le digo				
29. Le doy confianza a mi hijo(a) para que se acerque a mi				
30. Le dedico tiempo a mi hijo(a) para platicar				
31. Quiero que mi hijo(a) piense como yo				
32. Entiendo las razones que me da mi hijo(a)				
33. Respeto las decisiones que toma mi hijo(a) aunque no sean las mejores				
34. Platico con mi hijo(a) sobre las cosas que le suceden				
35. Pienso que todo lo que le digo a mi hijo(a) está bien				
36. En la casa se hace lo que yo digo				

Por favor escoja en recuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas. Responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo (a) de entre 9 y 12 años de edad, durante los últimos seis meses o durante el presente curso escolar.

	NO ES CIERTO	UN TANTO CIERTO	ABSOLUTA- MENTE CIERTO
1. Es inquieto(a), no puede permanecer quieto(a) por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es más bien solitario(a) y tiende a jugar solo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto(a) o preocupado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiene por lo menos un(a) buen(a) amigo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pelea con frecuencia con otros niños(a) o se mete con ellos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Por lo general cae bien a los otros niños(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Es nervioso(a) o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Los otros niños se meten con él(ella) o se burlan de él(ella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Se lleva mejor con adultos que con otros niños(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente haya sentido o tenido. Por favor escoja la respuesta para indicar durante cuántos días de las dos últimas semanas usted se sintió así.

Durante cuántos días...	0 Días	1-2 Días	3-4 Días	5-7 Días	8-14 Días
1. Tenía poco apetito					
2. No podía quitarme la tristeza					
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo					
4. Me sentía deprimida					
5. Dormía sin descansar					
6. Me sentía triste					
7. No podía seguir adelante					
8. Nada me hacía feliz					
9. Sentía que era una mala persona					
10. Había perdido interés en mis actividades diarias					
11. Dormía más de lo habitual					
12. Sentía que me movía muy lento					
13. Me sentía agitada					
14. Sentía deseos de estar muerta					
15. Quería hacerme daño					
16. Me sentía cansada todo el tiempo					
17. Estaba a disgusto conmigo misma					
18. Perdí peso sin intentarlo					
19. Me costaba mucho trabajo dormir					
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes					
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan					
22. Sentí que era tan buena como los demás					
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo					
24. Me sentía esperanzando hacia el futuro					
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso					
26. Me sentía temerosa					
27. Me sentía feliz					
28. Hablé menos de la usual					
29. Me sentía sola					
30. Las personas eran poco amigables					
31. Disfrute de la vida					
32. Tenía ataques de llanto					
33. Me divertí mucho					
34. Sentía que iba a darme por vencida					
35. Sentía que le desagradaba a la gente					

A continuación hay una lista de situaciones que las personas hacen cuando surgen problemas con su pareja, por favor escoja el recuadro que mejor indique lo que usted hace cuando surgen problemas con su pareja.

CUANDO SURGEN PROBLEMAS CON MI PAREJA YO...	SIEMPRE	MUCHAS VECES	POCAS VECES	NUNCA
1. Hago cosas que molestan a mi pareja				
2. Me preocupo porque se conserve la relación				
3. No le hablo				
4. Dejo pasar un tiempo				
5. Me alejo				
6. Hablo las cosas abiertamente				
7. Le pido que entre los dos lleguemos a una solución				
8. Lo acaricio				
9. Soy cariñosa				
10. Me muestro amorosa				
11. Trato de aumentar la comunicación				
12. Soy paciente				
13. Acepto mis errores				
14. Me alejo se él				
15. Platico con mi pareja hasta llegar a un acuerdo				
16. Me muestro indiferente				
17. Le hago sentir que lo amo				
18. Lo escucho				
19. Busco las causas de las discusiones				
20. Llego a un acuerdo con mi pareja				
21. Reflexiono sobre los motivos de cada uno				
22. Acepto que quien está mal soy yo				
23. Acepto que yo tuve la culpa				
24. Hago lo que mi pareja quiere				
25. Trato de mantenerme calmada				
26. Espero que las cosas se calmen				
27. Analizo las razones de cada uno				
28. Procuro ser prudente				
29. Trato de no agredir				
30. Utilizo palabras cariñosas				
31. Trato de entablar un diálogo con mi pareja				
32. Le digo como me siento				
33. Le pido que me dé tiempo				
34. No discuto nada inmediatamente				
35. Le digo lo que pienso				
36. Muestro deseos de solucionar los problemas				
37. Discuto el problemas hasta llegar a una solución				
38. Hablo con mi pareja				
39. Cambio de tema				



¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



¡Hola! Somos personas que trabajamos en la Universidad Nacional Autónoma de México y estamos realizando una investigación acerca de las emociones y situaciones que probablemente haya sentido o tenido, las respuestas que nos brinde serán utilizadas únicamente con fines de investigación. Los datos son anónimos por lo que le solicitamos sea lo más sincero posible y no deje de contestar alguna pregunta.

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

1. ¿Qué edad tiene?	2. ¿Cuántos hijos tiene?	3. ¿A qué se dedica?
4. ¿Hasta qué año estudio?		
Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Preparatoria <input type="checkbox"/>
Licenciatura <input type="checkbox"/>	Posgrado <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>
Otro (especifique): _____		
5. ¿Cuál es su estado civil?		
Casado <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>
Segundo matrimonio <input type="checkbox"/>		Unión libre <input type="checkbox"/>
Otro (especifique): _____		
6. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir con su pareja actual? _____		

A continuación hay oraciones sobre lo que las **PADRES** de familia hacen con su(s) hijo(as), escoja la respuesta que más se parezca a lo que hace usted con su hijo(a) de entre 9 y 12 años.

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Hablo con mi hijo(a) sobre sus problemas				
2. Trato injustamente a mi hijo(a)				
3. Platico con mi hijo(a) como buenos(as) amigos(as)				
4. Le impongo a mi hijo(a) mi manera de ser				
5. Consuelo a mi hijo(a) cuando esta triste				
6. Quiero que mi hijo(a) sea como yo soy				
7. Culpo a mi hijo(a) por todo lo que sucede				
8. Escucho de forma paciente cuando mi hijo(a) me platica sus problemas				
9. Le dedico tiempo a mi hijo(a) para platicar				
10. Le ayudo a mi hijo(a) en sus problemas				
11. Respeto los gustos de mi hijo(a)				

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
12. Creo que todos(as) deben pensar igual que yo				
13. Le doy confianza a mi hijo(a) para que se acerque a mi				
14. Culpo a mi hijo(a) por cualquier cosa				
15. Mi hijo(a) me platica las cosas que le suceden				
16. Respeto el punto de vista de mi hijo(a), aunque sea diferente al mío				
17. Platico con mi hijo(a) sobre lo que hace en su tiempo libre				
18. Respeto las decisiones que toma mi hijo(a)				
19. Creo que tengo la razón en todo				
20. Dejo que mi hijo(a) tome sus propias decisiones				
21. Entiendo la manera de ser de mi hijo(a)				
22. Le pregunto a mi hijo(a) sobre las cosas que le pasan durante un día normal en la escuela				
23. En la casa se hace lo que yo digo				
24. Acepto la forma de expresarse de mi hijo(a)				
25. Dejo que mi hijo(a) haga sus propios planes sobre las cosas que quiere				
26. Le pregunto a mi hijo(a) sobre las cosas que hace en su tiempo libre				
27. Me enojo con mi hijo(a) por cualquier cosa				
28. Apoyo las decisiones que toma de mi hijo(a)				
29. Platico con mi hijo(a) sobre los planes que tiene con sus amigos				
30. Quiero que mi hijo(a) haga lo que yo le digo				
31. Platico con mi hijo(a) sobre todo lo que hace				
32. Le pregunto a mi hijo(a) qué hace con sus amigos(as)				
33. Le digo a mi hijo(a) que mis ideas son las correctas y que no debe de dudarlos				
34. Platico con mi hijo(a) sobre cómo le va en la escuela				
35. Cuando mi hijo(a) sale y regresa a casa, me dice lo que hizo				
36. Quiero que mi hijo(a) piense como yo pienso				

Por favor escoja en recuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas. Responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo (a) de entre 9 y 12 años, durante los últimos seis meses o durante el presente curso escolar.

	NO ES CIERTO	UN TANTO CIERTO	ABSOLUTA- MENTE CIERTO
1. Es inquieto(a), no puede permanecer quieto(a) por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es más bien solitario(a) y tiende a jugar solo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto(a) o preocupado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiene por lo menos un(a) buen(a) amigo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pelea con frecuencia con otros niños(a) o se mete con ellos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Por lo general cae bien a los otros niños(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Es nervioso(a) o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Los otros niños se meten con él(ella) o se burlan de él(ella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Se lleva mejor con adultos que con otros niños(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente haya sentido o tenido. Por favor escoja la respuesta para indicar durante cuántos días de las DOS ÚLTIMAS SEMANAS usted se sintió así.

Durante cuántos días...	0 Días	1-2 Días	3-4 Días	5-7 Días	8-14 Días
1. Tenía poco apetito					
2. No podía quitarme la tristeza					
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo					
4. Me sentía deprimido					
5. Dormía sin descansar					
6. Me sentía triste					
7. No podía seguir adelante					
8. Nada me hacía feliz					
9. Sentía que era una mala persona					
10. Había perdido interés en mis actividades diarias					
11. Dormía más de lo habitual					
12. Sentía que me movía muy lento					
13. Me sentía agitado					
14. Sentía deseos de estar muerto					
15. Quería hacerme daño					
16. Me sentía cansado todo el tiempo					
17. Estaba a disgusto conmigo mismo					
18. Perdí peso sin intentarlo					
19. Me costaba mucho trabajo dormir					
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes					
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan					
22. Sentí que era tan bueno como los demás					
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo					
24. Me sentía esperanzando hacía el futuro					
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso					
26. Me sentía temeroso					
27. Me sentía feliz					
28. Hablé menos de la usual					
29. Me sentía solo					
30. Las personas eran poco amigables					
31. Disfrute de la vida					
32. Tenía ataques de llanto					
33. Me divertí mucho					
34. Sentía que iba a darme por vencido					
35. Sentía que le desagradaba a la gente					

A continuación hay una lista de situaciones que las personas hacen cuando surgen problemas con su pareja, por favor escoja el recuadro que mejor indique lo que usted hace cuando surgen problemas con su pareja.

CUANDO SURGEN PROBLEMAS CON MI PAREJA YO...	SIEMPRE	MUCHAS VECES	POCAS VECES	NUNCA
1. Hago cosas que molestan a mi pareja				
2. Me preocupo porque se conserve la relación				
3. No le hablo				
4. Dejo pasar un tiempo				
5. Me alejo				
6. Hablo las cosas abiertamente				
7. Le pido que entre los dos lleguemos a una solución				
8. La acaricio				
9. Soy cariñoso				
10. Me muestro amoroso				
11. Trato de aumentar la comunicación				
12. Soy paciente				
13. Acepto mis errores				
14. Me alejo de ella				
15. Platico con mi pareja hasta llegar a un acuerdo				
16. Me muestro indiferente				
17. Le hago sentir que la amo				
18. La escucho				
19. Busco las causas de las discusiones				
20. Llego a un acuerdo con mi pareja				
21. Reflexiono sobre los motivos de cada uno				
22. Acepto que quien está mal soy yo				
23. Acepto que yo tuve la culpa				
24. Hago lo que mi pareja quiere				
25. Trato de mantenerme calmado				
26. Espero que las cosas se calmen				
27. Analizo las razones de cada uno				
28. Procuro ser prudente				
29. Trato de no agredir				
30. Utilizo palabras cariñosas				
31. Trato de entablar un diálogo con mi pareja				
32. Le digo como me siento				
33. Le pido que me dé tiempo				
34. No discuto nada inmediatamente				
35. Le digo lo que pienso				
36. Muestro deseos de solucionar los problemas				
37. Discuto el problemas hasta llegar a una solución				
38. Hablo con mi pareja				
39. Cambio de tema				



¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

