



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA CARRERA  
DE PSICOLOGÍA**

**DEPRESIÓN Y ESCOLARIDAD: FACTORES  
INTERVINIENTES EN LOS ESTILOS DE CRIANZA**

**T E S I S**

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

**JULIO OSCAR MARTÍNEZ ORTIZ**

**PROYECTO UNAM-DGAPA-PAPIIT IN304712**

**JURADO DEL EXAMEN  
TUTORA: DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ  
COMITÉ: LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ  
LIC. JOSÉ MANUEL GARCÍA CORTÉS  
LIC. ANA TERESA ROJAS RAMÍREZ  
DRA. ELIZABETH ÁLVAREZ RAMÍREZ**



México, D. F

Marzo, 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

Gracias a mis padres, mis hermanos y tías por apoyarme, que si bien no tenemos todas las cualidades desarrolladas que quisiéramos pero el apoyo y el amor que me brindan me motivan para que esta tesis y mi perspectiva ante la vida tengan una dirección positiva. Gracias a su paciencia, amistad, esfuerzo, motivación, compañía, verdades y retos he podido salir a la vida académica firme y espero nunca decepcionarlos.

Gracias a mis amigos por estar conmigo en los buenos momentos y en aquellos de mayor tensión donde su humildad y amistad se pudo reflejar en mí. A Celina por ser mi compañera incansable que no dejaba de apoyarme en los momentos difíciles y, mejor aún, cumplía con motivarme en mis sueños y retos hasta llegar a cumplirlos.

Tesis realizada gracias al financiamiento del Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT, IN304712.

*Lo mejor de los miedos y los errores es que la gente se une para superarlos.*

# ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1.....	4
DEPRESIÓN.....	8
LA DEPRESIÓN EN MÉXICO.....	8
ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN.....	11
<i>Etapa Presocratica</i> .....	11
<i>Edad Media</i> .....	14
<i>Siglo XIX. El comienzo de la psiquiatría moderna</i> .....	16
DEPRESIÓN EN DISTINTAS CULTURAS.....	17
TEORÍA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN.....	21
CAPÍTULO 2.....	32
ESTILOS DE CRIANZA.....	32
MECANISMOS Y ESTRATEGIAS DE SOCIALIZACIÓN FAMILIAR.....	36
TIPOLOGÍAS DE BAUMRIND.....	39
ESTILOS DE CRIANZA.....	44
<i>Estilo Democrático</i> .....	44
<i>Estilo autoritario</i> .....	46
<i>Estilo permisivo</i> .....	48
<i>Estilo negligente</i> .....	49
ESTILO DE CRIANZA Y SUS REPERCUSIONES EN CASOS DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	53

CAPÍTULO 3 .....	57
MÉTODO .....	57
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	57
OBJETIVO GENERAL .....	57
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	57
DEFINICIÓN OPERACIONAL.....	57
HIPÓTESIS .....	59
INSTRUMENTOS .....	60
PARTICIPANTES.....	62
PROCEDIMIENTO.....	63
RESULTADOS .....	64
DISCUSIÓN .....	67
REFERENCIAS.....	70
ANEXOS.....	74

# Resumen

La depresión es un trastorno multideterminado, es una reacción ante situaciones frustrantes, injustas o que están fuera del control de la persona, refleja una falta de beneficio y una carencia de control sobre el medio ambiente. Algunos de los factores que intervienen en la sintomatología depresiva son las diferencias económicas, el cuidado de los hijos, el hogar y la prevalencia de relaciones asimétricas. En el caso de los hijos, los padres de familia son modelos de apoyo y responsabilidad de sus hijos (Torío, Peña & Rodríguez, (2008). Los estilos de crianza son un fenómeno multicausal en el que intervienen diversas variables vinculadas al comportamiento adulto y al bienestar emocional, de tal modo que las cogniciones, actitudes y creencias son factores que influyen en los estilos de crianza empleados por los papás y las mamás (García-Méndez, Rivera Aragón & Reyes-Lagunes, 2014). El nivel educativo puede modificar la dinámica de la relación, por ejemplo, cambia el rol de la mujer, se incrementa la edad para casarse y tener hijos. A partir de lo expuesto, el objetivo de este estudio fue describir las diferencias entre los síntomas depresivos y el grado de escolaridad de los padres en los estilos de crianza que utilizan con sus hijos. Participaron 207 padres de familia con hijos de 6 a 12 años de edad, respondieron de manera voluntaria dos instrumentos: El Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 2006) y La Escala de estilos de crianza (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes, 2014). Se aplicaron dos ANOVAS simples a los datos recabados. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los síntomas depresivos y los estilos de crianza castigo  $F(3, 203) = 2.667, p < .05$ ; permisivo  $F(3, 202) = 8.424, p < .001$  y cognición negativa  $F(3, 203) = 5.561, p < .01$ . En escolaridad las diferencias se obtuvieron en emocional negativo  $F(5, 204) = 3.788, p = .003$  y cognición negativa  $F(5, 206) = 2.566, p = .028$ . Se concluye que la sintomatología depresiva y la escolaridad de los padres influyen en los estilos de crianza empleados. Al aumentar la sintomatología depresiva y con una escolaridad baja, se incrementan las cogniciones y emociones negativas asociadas a los estilos de crianza utilizados.

**Palabras clave:** depresión, estilos, crianza, hijos, papás.

# Introducción

La familia y la sintomatología depresiva son variables estudiadas a través del tiempo por su relevancia en el entorno social. Cuando algún miembro de la familia tiene sintomatología depresiva afecta considerablemente el ambiente, esto genera un desequilibrio en las relaciones interfamiliares. No obstante, cuando se utiliza un estilo de crianza inadecuado provoca repercusiones sociales en los miembros y se crea un ambiente hostil para todos siendo posible encontrar sintomatología depresiva.

Los padres, en relación con los hijos, son los modelos de referencia más importantes de su vida, entonces la falta de apoyo y de responsabilidad parental son actos que ocasionan graves consecuencias para un desarrollo equilibrado (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

La familia es un factor importante que puede influir en el desarrollar de la sintomatología depresiva en los adolescentes; es frecuente que crezcan en una familia donde alguno de los padres puede padecer problemas mentales, como la depresión (Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008).

Algunos estilos de crianza motivan a un desarrollo óptimo del hijo, creando personas equilibradas dentro de distintos roles sociales donde lleguen a relacionarse, por el contrario, otros estilo pueden desfavorecer a la persona permitiendo tener alteraciones psicológicas tales como la sintomatología depresiva.

La prevalencia de la depresión es de un 2% en la niñez y un 4-8% en la adolescencia, aumentando con la edad, y con claras diferencias por sexos después de la pubertad (Rodríguez & Granada, 2007).

Un estudio realizado por Vallejo, Osorno & Mazadiego (2008) concluyó que el estilo parental autoritario de ambos padres afecta por igual entre hombres y mujeres desarrollando sintomatología depresiva, siendo la muestra de las mujeres quienes la presentan de manera más intensa.

Aunado a los elementos citados, el nivel de estudio de los padres puede intervenir en los estilos de crianza que emplee con sus hijos, esto se asocia a que los padres con una escolaridad de licenciatura o más, cuentan con mayores recursos para educar a sus hijos.

Con base en lo anterior objetivo de este estudio fue describir las diferencias entre los síntomas depresivos y el grado de escolaridad de los padres en los estilos de crianza que utilizan con sus hijos.



# CAPÍTULO 1

## DEPRESIÓN

Las personas son seres sociales y crean lazos de distintos tipos para su supervivencia. La socialización les permite avanzar por el camino que construye la cultura para poder desarrollar las capacidades singulares aprendidas aunque, en algunos casos, obstruyen las relaciones con los demás.

Las personas pueden tener una vida social con interpretaciones negativas que interfieren con sus capacidades, por ejemplo, disminuyen su desarrollo en distintos ámbitos, se alejan de círculos sociales cercanos, provocan pensamientos derrotistas, intentos de suicidio o algunas se encaman por muchas horas como si en el sueño tuvieran un escape de la vida que no es de su agrado y más.

Las situaciones de la vida relacionadas con pérdidas, estado anímico bajo y algunos agentes biológicos son factores de riesgo para la sintomatología depresiva. Una de las características del paciente depresivo es que reporta de manera consistente dificultades importantes en sus relaciones interpersonales e interacciones sociales insatisfactorias (De la Fuente, 2000).

La depresión es un fenómeno cultural y en la actualidad se sabe que es una enfermedad psicológica que cualquier persona puede padecer en algún momento de su vida. Los problemas económicos, problemas en las relaciones sentimentales, mala interacción familiar, sucesos traumáticos, bullying, violencia intrafamiliar, son algunos de los factores que puede provocar la depresión.

Desde la perspectiva fenomenológica (Anthony & Benedek, 1981) mencionan que la depresión es la antítesis de la socialización. Vuelve la vigilancia hacia adentro y al inhibir la atención hacia el entorno, proporciona una sensación de aislamiento. En vez de activar los procesos mentales, hace más lenta el habla, limita la fantasía, disminuye la confianza en sí mismo y reduce el amor propio.

Aunque la gran mayoría de las personas pasan por situaciones muy difíciles no todos tienden a tener depresión. De acuerdo con la aceptación común, el término propone que la persona se siente *bajo de ánimo* o *triste*, aunque esta característica omite la naturaleza básica de *síndrome* del trastorno clínico, esto es, consiste más en una combinación de elementos que en una característica única (Segal et al., 2006).

Según el criterio del DSM-IV, en base a episodios del estado de ánimo, trastornos del estado de ánimo y especificadores que describen el episodio más reciente y el curso de reincidencia son el criterio para diagnosticar los problemas mentales relacionados con el estado de ánimo (Morrison, 2008).

Un episodio del estado de ánimo se conoce como cualquier periodo de tiempo durante el cual un paciente se siente inusualmente feliz o triste. Aunque los episodios por sí mismo no son codificables si son esenciales para considerar un trastorno del

estado de ánimo. Normalmente, los trastornos del estado de ánimo se basan en la presencia de varios episodios.

La duración de los episodios no debe ser menor a dos semanas, tiempo donde la persona, casi diario y durante gran parte de día presenta síntomas.

Los síntomas son: estado de ánimo deprimido o pérdida de la capacidad del sentir placer por las actividades, privación del apetito y pérdida de peso corporal, dificultades para dormir, regularmente los pacientes despiertan horas antes de lo habitual, aunque algunos reportan comer y dormir más.

Los pacientes deprimidos se quejan de fatiga manifestada como cansancio o pérdida de energía, pueden presentar enlentecimiento en su lenguaje o movimientos y, en ocasiones, cuando se les pregunta o pide algo directamente a ellos marcan una pausa para poder contestar o realizar una acción, a esto se le llama enlentecimiento psicomotor.

Algunos pacientes solo hablan si se les pregunta directo a ellos, de no ser así, dejan de hablar completamente. Pueden llegar a tener un tono de voz muy bajo, tanto así que casi es inaudible. En algunos casos extremos el paciente continúa hasta presentar mutismo total.

También se puede manifestar demasiada angustia y entrar en un estado de agitación donde se puede representar en la caligrafía, la manera de caminar o con un constante movimiento mientras está sentado sin poder quedarse quieto.

Su autoimagen decae demasiado y presenta baja autoestima o sentimiento de culpa.

También puede tener problemas para concentrarse (reales o percibidas) tan intensas que ocasionalmente se cae en el error de diagnosticarlos con demencia (Morrison, 2008).

Los síntomas más graves son los pensamientos acerca de la muerte, deseos de morir e ideas suicidas ya que es un riesgo potencial el que actúen bajo esas ideas.

En general, entre más síntomas presente el paciente más confiable será el diagnóstico de Episodio depresivo mayor.

Por su parte, el CIE 10 menciona que el episodio depresivo típico, así como leve, moderado o grave, se manifiesta con un decaimiento del ánimo, una baja de energía y disminución de su actividad. Se desgasta la capacidad de disfrutar, de tener interés y afecta la concentración. Se presenta un cansancio importante, incluso después de pequeños esfuerzos.

Continuamente, hay perturbación del sueño, disminución del apetito, decae la autoestima y la confianza. A menudo el paciente se percibe inútil y manifiesta ciertas ideas de culpa, esto incluso en las formas leves de episodio depresivo típico. El decaimiento del ánimo varía poco de un día para otro. Las circunstancias positivas las perciben contrarias y puede estar acompañado con los nombrados *síntomas somáticos*, como por ejemplo, la pérdida de interés y de los sentimientos placenteros, se despierta varias horas antes de lo normal y se presenta un agudo nivel de depresión por las mañanas.

Se exhibe un notorio retraso psicomotor, se manifiesta agitación, pérdida de apetito, de peso y de libido.

El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y gravedad de sus síntomas, incluye episodios únicos de:

Depresión psicogénica.

Depresión reactiva.

Reacción depresiva.

**Excluye:** Cuando se asocia con trastornos de la conducta como Trastorno de la Conducta Limitada al Contexto Familiar, Trastorno Depresivo de la Conducta, Trastorno de Adaptación, Trastorno Depresivo Recurrente (Organización Mundial de la Salud, 2003).

### **La Depresión en México**

de la Fuente (2000) señalaron que el 15 % de la población presenta por lo menos un episodio depresivo a lo largo de su vida adulta lo suficientemente intenso como para afectar su funcionamiento y requerir tratamiento. Datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía en 2011, basándose en las estadísticas de mortalidad, mencionan que los suicidios son un problema presente en la salud pública de México, En ese mismo año se registraron 5 mil 718 suicidios de los cuales 80.8% fueron consumados por hombres y 19.2% correspondió a mujeres, lo que significa que ocurren cuatro suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer. Además el INEGI indica que entre los años 1990 a 2011 hubo un incremento en la tasa de suicidios de 2.2 a 4.9 por cada 100 mil habitantes.

Mediante los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en México entre los años 2001 y 2002, dirigida a una población con edades oscilantes de 18 a 65 años de edad y que viven en zonas urbanas, indicaron que los tipos de trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). La prevalencia de adquirir una enfermedad psiquiátrica es más alta en hombres que en mujeres; 30.4% y 27.1% respectivamente. Por trastorno individual, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%) (Medina-Mora et al., 2003).

Lara et al. (2007) investigaron acerca del costo social de los desórdenes mentales en México y definieron a la discapacidad como el deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto de cierta edad y sexo en un contexto social, y que forma parte del costo social de la enfermedad. En su estudio refieren a El Estudio de Carga Global de la Enfermedad y colocan a la Depresión en el cuarto lugar de las enfermedades más incapacitantes. La depresión afecta al cuerpo de manera severa y disminuye significativamente la calidad de vida de la persona en todos sus ámbitos.

Scott et al. (2007) estudiaron a poblaciones clínicas de 17 países desarrollados, los encuestaron acerca de la relación ansiedad-depresión con condiciones físicas crónicas, los resultados arrojaron una relación clínicamente significativa con la comorbilidad de la Depresión con Trastornos de Ansiedad y condición física, sin embargo no se encontró relación cuando no hay morbilidad. Además, encontraron un

hallazgo novedoso, la comorbilidad del Trastorno de Ansiedad y la Depresión aumentan más el riesgo de una serie de condiciones físicas coocurrencia.

La depresión es el trastorno mental que más daña a la población y es, además, uno de los principales motivos de discapacidad en el mundo. Aunque es una enfermedad tratable, seis de cada diez personas que la padecen en América Latina y el Caribe, no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan.

Algunas cifras sobre la salud mental y depresión arrojan los siguientes datos:

- Se calcula que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida.
- Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel Latino América y el Caribe.
- Más de 350 millones de personas de todas las edades sufren de depresión globalmente. En América Latina y el Caribe le padece 5% de la población adulta.
- Entre el 60 y 65% de las personas que necesitan atención por depresión en América Latina y el Caribe no la reciben.
- Un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa de suicidio, en las Américas alcanzan alrededor de 63.000.
- Entre los trastornos mentales de América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), y el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de

pánico y psicosis no afectivas (1% cada una) y el trastorno bipolar (0,8%) entre otros. (OMS, 2012).

## **Antecedentes de la depresión.**

### **Etapa Presocratica**

Numerosas descripciones acerca de síntomas depresivos han sido testimonio fiel de cómo las personas manifiestan la depresión a través de los siglos. La importancia de las descripciones, tal como Zilboorg (citado en Arieti & Bemporad, 1993), menciona radican en la sintomatología del desorden afectivo, la cual se establece siendo esencialmente la misma durante veinticinco siglos. No obstante, la constancia histórica de la descripción sintomatológica, las causas y los tratamientos indicados para la depresión han cambiado a través del tiempo, como resultado de teorías y tendencias etiológicas de cada época.

A pesar de tener aproximadamente un cuarto de siglo conociendo el término de depresión y sea contemporáneo del inicio de la psicofarmacología su cuadro patológico en su forma severa fue registrada desde la época grecorromana con el nombre de *melancolía* (Calderón, 1990).

Se tiene registro de la depresión o melancolía desde el siglo VIII a.C. la cultura griega tiene información acerca de esta enfermedad.

El desenlace trágico de esta enfermedad (melancolía) fue y sigue siendo el suicidio. Esta conducta provocó fuertes discusiones entre filósofos y médicos, en base a argumentos morales (Platón), sociales frente a individuales (Sócrates) más que precisamente clínicos. Aunque no se estableció una relación entre la teoría griega de



los humores y el suicidio sí lo fue como garantía patológica secundaria a la angustia, desesperación o culpa (Gastó, 1993).

El Corpus Hipocraticum fue el compendio más importante de Grecia a finales del siglo III a.C. bajo la autoría de Hipócrates. Este importante compendio sirve como base de la evolución de la medicina los siguientes veinte siglos (Conti, 2007). En él se describe cómo percibían los griegos la dinámica del organismo.

En Grecia se basan en un enfoque elementalista y equilibrado, los mismos elementos que estructuran al hombre tienen la facultad de perjudicarlo. Así, la teoría griega de los "humores" indica que el hombre está compuesto por cuatro humores: la sangre, la bilis amarilla, la bilis negra y flema. Cada humor está relacionado con una de las cuatro estaciones del año, al igual se relacionan con dos de los cuatro opuestos primarios (calor, frío, húmedo y seco).

Un humor predomina en una de las estaciones al igual que un par de opuestos primarios. Por ejemplo, la sangre predomina en primavera siendo sus cualidades lo caliente y húmedo; la bilis amarilla en verano se relaciona con lo caliente y seco; la bilis negra en otoño se relaciona con el frío y lo seco y, por último, la flema en invierno tiene las cualidades frío y húmedo. El organismo funciona de manera equilibrada con sus elementos y cuando presentan una enfermedad, interna o externa, el humor se presentará excesivamente provocando daños (Conti, 2007).

Además, bajo este esquema, interpretan los cambios y conductas orgánicas en diferentes etapas de la vida del hombre al cruzar sus elementos. La juventud predomina, en primavera, el humor sanguíneo; la virilidad o madurez, en verano, tiene

predominio bilioso amarillo; en el ocaso del hombre, en otoño, tiene predominio bilioso negro y por último la vejez, en invierno, predomina el humor flemático.

La palabra melancolía viene de las lenguas romances, la transliteración de las palabras *melaina* y *chole* es "Bilis negra" ya que ésta la consideraban un síntoma de enfermedad. Cuando la bilis amarilla o la sangre degeneraban se producía la bilis negra (Conti, 2007).

Según Martiny (citado en Polaino-Lorente, 1985) la melancolía, desde la perspectiva hipocrática, se caracteriza por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia. Hipócrates resalta la sintomatología específicamente somática.

También se consideran síntomas los sueños horrorosos, las visiones espantosas, desaliento, ansiedad, la preferencia las tinieblas y la soledad, un gran miedo y además es en primavera cuando más afecta a los melancólicos ya que las condiciones climáticas propician que la bilis se seque y se agote quedando la parte más densa y agria.

Tiempo después en Roma, Sorano de Éfeso (93-138 d.C.), expone una nueva teoría acerca del *pneuma* o *spiritus*, un aire elaborado que pasa por hendiduras del cuerpo lo cual provoca el estado de salud del hombre.

El cuadro clínico de su teoría menciona a la tristeza, los deseos de morir, la suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y, ocasionalmente, jovialidad (Arieti & Bemporad, 1993).

Claudio Galeno de Pérgamo (130-201 d.C.) modifica la teoría de los humores añadiendo nueve tipos distintos de temperamentos y promoviendo al equilibrio como

pieza clave del organismo para obtener un perfecto estado de salud y un carácter ideal. Galeno estima que el punto de discusión a tratar es acerca de considerar a la melancolía como apenas un síntoma o más bien un estado fisiológico (Polaino-Lorente, 1985).

Galeno de Pérgamo menciona el curso de la bilis negra en el cuerpo donde pasa por el Bazo, órgano que limpia la bilis utilizando la sangre y termina en el estómago, donde realiza funciones digestivas. Aunque menciona que este proceso puede llegar a alterarse, terminando en tres órganos distintos; el primero es el cerebro, ya que después de pasar por todo el cuerpo y por causa de la inclinación llegaría a este órgano; el segundo es el estómago y el tercero es la zona de los *hipocondrios*; palabra griega que significa "bajo el cartílago", región superior abdominal y lateral; estando en estos órganos provocaría que la bilis negra sacara vapores, los cuales llegan y afectan al cerebro. A causa de los vapores en el cerebro, la zona del pensamiento se oscurece, y provoca los síntomas de la melancolía.

## **Edad Media**

Temprano en esa época sucedieron dos aportaciones de relevancia que imponen un cambio a la melancolía. San Agustín, basándose en el dualismo, teorizó dos mundos: el mundo espiritual donde está la *ciudad divina* que habitará el espíritu inmortal que se encuentra encerrado en el cuerpo mortal y, su contraparte, la tierra física donde el hombre está puesto a prueba, en esta *ciudad terrena* el sufrimiento está presente y sirve para preparar al espíritu para entrar al mundo espiritual.

En el mundo árabe, Isak Ibn-Imran, médico en Bagdad, es el único autor del único libro exclusivo acerca de la melancolía, *de Melancholía* (Conti, 2007).

Entre las distintas aportaciones que realizó, hace una relación entre la melancolía, el alma y la actividad intelectual. Las actividades del alma racional son el pensamiento arduo, el recuerdo, el estudio, la investigación, la imaginación, la búsqueda del sentido de las cosas, la fantasía y los juicios ya sean fundamentados en hechos o únicamente en sospechas. Todas estas condiciones, por una parte son fuerzas permanentes, refieren a las facultades mentales, y por otra parte son síntomas accidentales, refiriendo a las pasiones, pueden dirigir al alma en muy poco tiempo a la melancolía, si se profundiza demasiado menciona Isk Ibn-Imran (Conti, 2007).

Constantino el Africano (1020-1087) (citado en Conti, 2007) describe el origen de la melancolía en los factores biológicos que intervienen.

Constantino refiere que las causas de la melancolía son variadas, sugiere una malformación del cuerpo por la contaminación del esperma o de las menstruaciones de la matriz. Consecuencia de este suceso en la primera complexión del hombre, el cuerpo y el alma presentan mayor sensibilidad para contraer la melancolía.

El renacimiento se caracterizó por el exhaustivo estudio del hombre que los griegos iniciaron con Platón. Plater (1536-1614) (citado en Conti, 2007) desarrolla el diagnóstico diferencial entre el duelo y la melancolía. Señala que el duelo es consecuencia de la pérdida de algún ser u objeto querido, el tiempo es relativamente corto, aunque si llegase a demorar mucho ésta se convertiría en melancolía.

En el siglo XVII Newton postula dos leyes de movimiento como estandarte del cambio en distintas áreas del pensamiento del hombre con la denominada *matematización de lo real*.

Thomas Willis (1621-1675) publica en 1672 un libro donde respeta el núcleo de la concepción clásica: el miedo y la tristeza sin fiebre.

Como novedad clínica, menciona dos maneras de cómo se perciben las ideas en la conciencia y conducta del enfermo: una de forma universal, en la cual la perturbación delirante engloba a todas las cosas, y otra de forma particular, donde la perturbación se enfoca a una o dos cosas aunque mantiene la congruencia sobre el resto de la realidad; este sería el punto de partida de los conceptos de locura general o locura parcial que popularizó el médico filósofo John Locke (1632-1704), discípulo de Willis y muy influyente entre los médicos del siglo XVIII (Conti, 2007). Con su teoría Thomas Willis intenta eliminar la teoría de los humores y la religión de la melancolía y proponer una razón química.

### **Siglo XIX. El comienzo de la psiquiatría moderna.**

Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemán, diseñó un cuadro clínico como criterio básico para categorizar a la Hebefrenia, Catatonía y Demencia Paranoide como enfermedades. El enfermo puede llegar a tener un debilitamiento mental importante, al igual que una franca demencia aunque, esporádicamente, pueden curarse.

A partir del orden fundamentado por la taxonomía y diagnóstico diferencial de Kraepelin se aceptaron dos formas básicas de la depresión. Una forma es periódica, determinada por episodios de depresión melancólica a los que preceden o suceden accesos maníacos, otra forma es de temporalidad de los ataques melancólicos y maníacos junto con los intermedios asintomáticos, esto representó una norma demarcatoria con otras patologías mentales de curso crónico (Gastó, 1993).

El gran incremento mundial de la depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos, no incluidos en los cuadros psicóticos o neuróticos, motivaron a los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a establecer un nuevo grupo, denominado *Trastorno depresivo no clasificado* que empezó a ser utilizada en enero de 1979 (Calderón, 1990).

### **Depresión en distintas culturas**

Comprender los síntomas depresivos de distintas culturas enriquece al conocimiento de la depresión. Los cambios se pueden encontrar desde los nombres asignados a una situación específica o circunstancial hasta llegar a grandes cambios como una interpretación y manifestación de los síntomas diferentes. Según la sociedad de la que se trate puede modificarse considerablemente la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo: en algunas, es más habitual la manía, mientras que en otras lo es la depresión (Butcher, Mineka & Holley, 2007).

En la actualidad existen dos percepciones diferentes en el mundo, el lado de Occidente y Oriente, que gracias a la globalización se pueden estudiar. En Occidente los síntomas depresivos son estudiados y comprendidos de una manera; estos países son de América y Europa, mayormente. En Oriente, compuesto por países asiáticos en su mayoría, poco se conocía de la basta información de la sintomatología depresiva a causa de su lejanía y poca accesibilidad a su cultura, esto dificultaba su estudio para el hombre occidental.

Por ejemplo, en las culturas china y japonesa, la tasa de depresión es muy baja y no suelen manifestarse muchos de los síntomas psicológicos de la depresión (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

Algunos de los síntomas asociados a la depresión son la alteración del sueño, pérdida de apetito y peso, o disminución de la actividad sexual, así como las manifestaciones somáticas y vegetativas del trastorno (Kleinman, 1986; Tsai & Chentsova-Dutton, 2002, citados en Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

Los síntomas representativos de la depresión en Occidente son los sentimientos de culpa y auto recriminación.

La razón de estas diferencias pueden ser diversas, por ejemplo, las creencias asiáticas de la unidad de la mente y del cuerpo, el prejuicio hacia las enfermedades mentales y la poca expresividad emocional (Butcher, Mineka & Hooley, 2007). Además, en Occidente, se idealizan a las personas con más independencia y autonomía, por consiguiente, una mala decisión tomada es responsabilidad exclusiva de la persona que actúa.

El estudio realizado en 1983 por Sartorius (1983) acerca del trastorno depresivo en 5 zonas de estudio en 4 países (Suiza, dos zonas en Japón, Canadá e Irán) donde querían saber las diferencias de cómo es el curso y las consecuencias del trastorno depresivo en los pacientes de estas diferentes culturas. Los resultados de los pacientes que llegaron por afecciones depresivas presentaron síntomas depresivos notablemente similares en las 5 zonas. Al momento de la inclusión en el estudio y evaluación inicial se diagnosticó dos grupos, el primero, con 56,7% de la población, se

podía clasificar dentro del grupo de Trastornos Endógenos y el segundo, con 37,2%, en Depresión Psicógena.

“En lo que respecta a la sintomatología, los pacientes de todos los centros presentaban un *‘núcleo’ de síntomas depresivos* que se encontraban en 76-100% de ambos grupos diagnósticos: tristeza, abatimiento, ansiedad, tensión, falta de energía, pérdida de interés, pérdida de la capacidad de concentración e ideas de insuficiencia, incapacidad e inutilidad. A diferencia de lo que sucedía con estos síntomas de máxima frecuencia, solo una tercera parte de los pacientes manifestaban ideas o preocupaciones hipocondríacas, y solo 2-5% delirios depresivos de cualquier tipo [...] Fueron pocos los síntomas que aparecieron con una frecuencia claramente distinta en los diferentes centros” (Sartorius, 1983, p. 95)

Además de registrar muy pocos síntomas denominados “específicos de la cultura” o “específicos de centro”, éstos no estaban incluidos en el *“núcleo” de síntomas depresivos*. Además se identificó que, exceptuando Tokio, más de la mitad de los pacientes eran mujeres y laboraban como amas de casa con una economía media y, exceptuando en Irán, con niveles de estudio bastante avanzados.

En América Latina, específicamente en Bolivia, puede observarse diferencias culturales provenientes de las muchas etnias que, enriquecidas por la influencia de la cultura española que conquistó gran parte de América Latina, dieron como resultado el mestizaje. En Bolivia, los síndromes afectivos se les conocen como enfermedades míticas o enfermedades étnicas a consecuencia de grupos de aborígenes campesinos y



un sector urbanizados quienes basan sus creencias en contenidos con significados místicos.

En la cultura nativa andina se le atribuye la causa de los trastornos afectivos a las situaciones que viven sus habitantes y es el alma la que se afecta y provoca malestares en el cuerpo (somatización). Collweg en 2003 publica su trabajo "Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural" donde menciona que varios grupos étnicos basan sus explicaciones acerca de las enfermedades con una visión animista y dualista. Un ejemplo es la enfermedad de origen mítica de la etnia amaya-quechua llamada pena o tristeza.

La "pena" o "tristeza" es la enfermedad mística más generalizada del *alma andina* y también de otras culturas de la región. El comportamiento manifestado característico y su terminología son designadas según la región. Las reacciones en cada pueblo dependen de sus concepciones de valores míticos. Existen pueblos, que por las duras condiciones de vida, la pena o tristeza son una forma expresiva más de las habituales reacciones humanas que tienen sus habitantes.

"En el occidente de Bolivia se llora muy fácilmente, la mujer quechua exprime estos sentimientos muy fácilmente cuando se siente menoscabada de algo, mientras que cuando siente el poder es muy vehemente. Estas reacciones son contrastantes. Existe un alma predispuesta al lloro, al llanto como expresión social, cuando se queja de cualquier situación que le afecta o le aflige, especialmente en mujeres de la región andina" (Collweg, 2003 p. 4)

Una de las salidas para expresar el dolor en Bolivia es a través de ingerir alcohol para minimizar el dolor. El alcohol es un inhibidor popular para exteriorizar penas y

frustraciones entre las personas. Tal como es el caso de los mineros de Bolivia, población de raza blanca, donde el salario es poco a comparación de las horas y el castigo físico del trabajo. Camacho (citado en Collweg, 2003) menciona que la forma de expresar la tristeza es distinta para ellos y prefieren enmascararla mediante la ansiedad, observó una fuerte influencia de depresión entre los indios campesinos quechuas del valle de Cochabamba y hace una clasificación según las causas que provocan tristezas y pena:

1. "Amartelo": provocado en los hijos por el abandono de los padres
2. "Songo nanay purishan": pesadumbre profunda y contagiosa, acompañado de ideas suicidas
3. "Phustisga": ocasionado por desastres económicos, como la muerte del ganado
4. "Khasgo nanay" y "Pecho nanay": se relacionan con frustraciones amorosas o sentimentales con dolor de pecho, suspiros y falta de aire. Se descuidan del trabajo y se despreocupan de su apariencia personal.

La época, la distancia, las razas, comunidades o nombres como se le conozca a la depresión pueden variar así como varían las personas y sus percepciones, pero también puede notarse algunas grandes similitudes sintomatológicas que expresan el dolor de una persona en una situación incontrolable para su persona.

### **Teoría cognitiva de la depresión**

El inicio de la teoría cognitiva fue a través de los trabajos realizados por Aaron Beck y Albert Ellis, a consecuencia de ello, cada quien estructuró una terapia, la Terapia Cognitiva y la Terapia Racional Emotiva Comportamental, respectivamente.

Beck y Ellis tuvieron una formación psicodinámica, prueba de ello fueron los elementos que forman la base de su trabajo en sus teorías, por ejemplo la conceptualización de Freud de la organización jerárquica de la cognición en procesos primarios y secundarios.

La Teoría Cognitiva fue una dura crítica en aquel momento hacia el Psicoanálisis.

Para poder encontrar un apoyo común entre las psicoterapias y la farmacoterapia, se necesitaba comprender los distintos enfoques filosóficos que permiten acercarse al caso individual menciona Beck (como se citó en Mahoney & Freeman, 1988).

Fue en este momento, tanto Beck como otros profesionales adaptaron exitosamente esta terapia para su aplicación a un conjunto sorprendentemente amplio de trastornos psiquiátricos y a distintas poblaciones (Beck, 2000).

La hipótesis del modelo cognitivo es que la percepción de las situaciones o eventos tienen una influencia sobre las emociones y conductas de las personas. Normalmente se ha considerado que los síntomas más sobresalientes de la depresión eran los del tipo afectivo o del estado de ánimo, Beck consideró los síntomas cognitivos los que anteceden e incitan los síntomas afectivos y no viceversa (Butcher, Mineka & Hooley, 2007). La *interpretación* que tienen las personas acerca de las situaciones de la vida determinará los sentimientos y no lo contrario. Este modelo apoya a una terapia estructurada con un tiempo determinado dirigida a la modificación del significado que perciben las personas en una situación que provoque adaptación. La terapia cognitiva es una forma de tratamiento a corto plazo

caracterizada por ser activa, directiva, en la que paciente y terapeuta trabajan en conjunto menciona Freeman (Beck, 2000)

La teoría Cognitiva de Beck habla acerca de la *esfera personal*, este concepto se refiere al significado que le dan las personas a los objetos tangibles o intangibles. Se forma de un grado de abstracción progresivo por la concepción que tienen las personas mismas, sus atributos físicos y características personales, al igual que las metas y valores. La esfera personal se va enriqueciendo de conceptos gracias a la socialización, por ejemplo, el lugar donde vive, la escuela que asiste o nacionalidad que se tenga, ayudan a los conceptos tales como la libertad, la justicia o la moralidad.

La esfera personal marca la diferencia o singularidad de la persona con respecto a los demás. Durante el tiempo de vida se va adaptando, es activa, se amplía de acuerdo a las condiciones.

Es el punto de referencia mediante el cual asignamos significado a lo que nos rodea, de manera que cualquier hecho que suponga una ganancia, presente o anticipada, nutrirá a nuestra esfera personal, nos lleva a la euforia o excitación, y por supuesto, cualquier hecho externo que suponga una pérdida la afectará, será interpretado idiosincrásica y negativamente y podrá entristecernos, o en un futuro, deprimirnos menciona Beck (Caro, 2007).

*Las reglas* son patrones cognitivos indefinidamente estables que inician en la infancia y señalan cómo comportarse ante cualquier situación o hecho que afecte y permite interpretar posiblemente igual un grupo de situaciones. Son las deducciones a las que llega la gente cuando observa un hecho o lo realiza. Son indefinidas, ya que a través de distintos sucesos se van ampliando, son culturales o sociales.

Cuando se presenta un trastorno es importante entender cuáles son las reglas que se aplican en la situación, ya que están dando lugar a errores. Normalmente las reglas tienden a ser flexibles. Cuando una persona presenta preocupaciones mencionan que algo le afecta completamente, las reglas más antiguas tienen preferencia y desplazan a los conceptos más maduros (Caro, 2007). En la depresión ocurre que las reglas son absolutas y definitivas y esto da resultado a significados y predicciones negativas de un acontecimiento del pasado o presente.

*Los esquemas* son estructuras cognitivas que almacenan información desde su origen. Determinan la organización preexistente de los conceptos además de caracterizarse por ser flexibles y dinámicos ante nuevas experiencias. Su origen está en la experiencia.

Los esquemas permiten investigar, codificar y valorar el rango total de estímulos internos o externos y determinar la dirección siguiente de acción (Caro, 2007). Es a través de la conducta de la persona que los esquemas se deducen, indudablemente se tiene que conocer los acontecimientos estimulares propios y la historia que tengan estos estímulo. Esto revela que los esquemas tienen una función heurística para entender el comportamiento de las personas.

Hay distintos tipos de esquemas de acuerdo a la información contenida y varían de acuerdo al nivel de actividad, así cuando están latentes no llevan al procesamiento de la información pero cuando están activados canalizan todos los niveles del procesamiento.

A niveles funcionales, cuando se activan esquemas específicos o constelaciones de esquemas, también llamadas *modos*, su contenido influyen directamente en el

contenido de las percepciones, interpretaciones, asociaciones y memorias o recuerdos de una persona, en un momento dado (Caro, 2007).

Estos esquemas se utilizan para etiquetar y clasificar, interpretar, evaluar y brindar significado a los objetos y situaciones (ver Tabla 1).

*Tabla 1*  
*Tipos de esquemas cognitivos*

Tipo	Definición
Cognitivo conceptuales	Seleccionan, almacenan, recuperan e interpretan la información, por ejemplo, las creencias intermedias y centrales.
Afectivos	Percepción de los estados de sentimientos y sus combinaciones, por ejemplo, el afecto negativo o positivo.
Fisiológicos	Representan funciones y procesos somáticos, por ejemplo, muy relevantes en el trastorno de pánico.
Conductuales	Códigos disposicionales de respuesta y programas listos para la acción que permiten ejecutar conductas, por ejemplo, la activación de conducta de evitación fóbica.
Motivacionales	Esquemas implicados en estrategias y conductas primarias, por ejemplo, apetito, sexualidad,

Es así como Beck crea el *modo*, un subsistema del esquema el cual organiza las constelaciones de esquemas. Su función es realizar ciertos principios adaptativos significativos a la supervivencia, el mantenimiento, la auto-exaltación, entre otras (ver Tabla 2).

*Tabla 2*  
*Tipos de subsistemas de esquemas: modos*

Clasificación	Tipos y ejemplos
*Modos primarios: autopreservación, procreación, seguridad, dominancia, sociabilidad.	<p>Modo de amenaza: miedo y trastornos de ansiedad.</p> <p>Modo de pérdida: depresión</p> <p>Modo de víctima: trastorno de la personalidad.</p> <p>Modo de autoengrandecimiento: manía</p>
*Modos constructivos: adquiridos o contruidos a través de las experiencias vitales.	<p>Para relacionarnos con los otros.</p> <p>Logros y trabajo productivo.</p> <p>Solventar de forma creativa las demandas cambiantes del ambiente.</p> <p>Ej. Creatividad, independencia, capacidad para la intimidad y el romance.</p>
*Modos menores: sobre actividades prosaicas	<p>Escribir, conversar, conducir, coches, hacer un deporte, etc.</p>

El modo es un subsistema que ayuda a sustentar la teoría de los esquemas de Beck en la complejidad de los trastornos psicológicos además ayuda a contar con una organización esquemática amplia y capaz de explicar el procesamiento de la

información de las experiencias emocionales normales o anormales. La clasificación de los modos la menciona.

Cuando Beck aborda el tema de la depresión señala que es causada por un trastorno cognitivo, a consideración de esto realiza la *tríada cognitiva*, uno de los conceptos iniciales y principales de su trabajo.

La pérdida se presenta en la tríada cognitiva. Ante la situación la persona percibe la pérdida de algo básico para su felicidad, antepone resultados negativos cuando realiza alguna actividad y se auto-considera inadecuado para cumplir sus principales objetivos de vida.

La depresión se considera no como un trastorno primario del estado de ánimo, sino como consecuencia de un punto de vista negativo, sesgado, sobre sí mismo, el futuro y el mundo mencionan Rush y Giles (citados en Caro, 2007).

La persona con depresión considera que las cosas y situaciones negativas que le suceden son a causa de su deficiencia. Los defectos que percibe tienen una relación causal con el juicio que sale sobre su pobre valor personal. Las experiencias actuales se interpretan negativamente, por ejemplo, ante él el mundo es demasiado exigente, aún más de lo que puede dar.

Cuando el depresivo reflexiona sobre el futuro presupone una serie de dificultades, sufrimientos, penas y más, además cree indefinido el tiempo que duren. El escape, la evitación, o las ideas o actos suicidas son resultado de esta percepción, cambios motivacionales típicos de la depresión, cuando el depresivo piensa en el futuro.



Así mismo Beck señala que, al igual que en la depresión, se puede plantear la tríada cognitiva a diferentes trastornos como el abuso de sustancias o alcoholismo o derivar tipos de tríadas cognitivas ya que los principales trastornos tienen un contenido ideacional propio y distintivo. De acuerdo a esto, se puede observar con la ansiedad, se acepta la idea que la persona ansiosa adquiere una visión de sí mismo como indefenso, del mundo como intimidante y del futuro como algo impredecible.

Así como en el caso de las personas depresivas, los pensamientos en su mente se tornan en relación a la pérdida, los ansiosos lo hacen a temas sobre el daño personal. Así también se puede observar los pensamientos automáticos, los cuales también se manifiestan de la tríada cognitiva pero estos no son reflexivos, como su nombre lo dice son involuntarios.

Los *pensamientos automáticos* son palabras o imágenes que pasan por la mente de forma consciente cuando la persona pasa por un evento (Beck, 2000). Anteriormente llamado por Beck cogniciones. La relevancia que da estos pensamientos es que facilita entender un trastorno. Se comprende el vínculo cognitivo que enlaza una respuesta emocional con un acto externo. Son deducciones, juicios e interpretaciones que aparecen de una forma automática. No hay un razonamiento previo que aclare cómo puedan formarse. A causa de esto, la persona se le dificulta demasiado cambiarlos u omitirlos. Con el tiempo a la persona le cuesta mucho identificar de manera objetiva los pensamientos automáticos ya que se va perdiendo la objetividad de ellos, no consideran la evidencia que lo contradice y se aleja de la posibilidad de las explicaciones alternativas.

Entre más depresiva este una persona más sobresalientes serán y por lo contrario, entre más sana este la persona menos evidentes serán.

Por último, están *las distorsiones cognitivas*, son errores sistemáticos en el pensamiento de las personas que mantienen los vínculos a pesar de los resultados en contra. Provocan sesgos hacia las propias personas provocadas por distorsiones de la realidad.

Por ejemplo, el depresivo se comportará ante estas distorsiones sobre los temas relacionados con su valor personal, así como el ansioso lo hace acerca de temas como el peligro. Las conclusiones erróneas tendrán mayor relevancia aunque la evidencia más realista sea positiva para la persona. Si la situación se percibe equivocadamente, las distorsiones tendrán mayor repercusión errónea.

Las distorsiones cognitivas tienen similitudes a los pensamientos automáticos ya que ambos aparecen sin un razonamiento previo, parecen justificados y son menos susceptibles ante la modificación de acuerdo a la razón que las contradiga.

El sentido que se da al mundo y a las mismas personas no es un proceso racional, objetivo. Sino que las interpretaciones y estimaciones son en buena medida un resultado de los modos y los esquemas que dominan el sistema de procesamiento de la información menciona Clark et al. (Como se citó en Caro, 2007).

Algunos sistemas de clasificación que se puede mencionar, entre muchos, son:

Inferencia arbitraria. Proceso por el cual se llega a una conclusión cuando hay evidencia que demuestre lo contrario, por ejemplo, cuando al depresivo llega a la conclusión de que nadie lo quiere sin tener evidencia de esto.

Abstracción selectiva. Se enfoca la persona en un detalle de una situación ignorando otras más relevantes y conceptualizando la experiencia en general a consideración del fragmento seleccionado, por ejemplo, una persona va caminando y se encuentra con otra, la saluda pero aquella persona no lo hace, esto la hace pensar que no lo aprecian, ignorando que en realidad la prisa y la distracción del otro pudieron ser la causa de lo sucedido (Beck, 200).

Sobre-generalización. Patrón que genera una regla general o conclusión a través de incidentes aislados y adaptar esta regla a varias situaciones relacionadas o no. Tiene relación a la habilidad, ejecución o valor que considera tener el depresivo. Por ejemplo, al convivir con varias personas el depresivo considera que a nadie le interesa, no lo van a querer ya que se percibe sin valor y no le es grato para los demás.

Personalización. Tendencia a apropiarse actos externos cuando no existe una justificación para entrelazar. Se creen culpables acerca de discusiones de otros.

Magnificación y minimización. Se valora erróneamente la realidad y se distorsiona la magnitud de los hechos. Por ejemplo, si la persona no se lleva bien con alguien es horrible mientras que se lleva mejor con otras pero lo ignora.

Pensamiento absolutista, dicotómico. Se tiene una tendencia por extremar una experiencia en muy buena o demasiada mala, lo cual lleva a considerar que se tiene una responsabilidad exagerada (Beck 200). Por ejemplo, los depresivos consideran que si todo el mundo no lo quiere es un fracasado.

Evaluaciones incorrectas. Relacionan el peligro con la seguridad implicando un daño psicosocial o físico. Por ejemplo, se antepone la idea que la gente se alejará.

Actitudes disfuncionales sobre el placer contra dolor. Se cree que debe de haber un prerrequisito para una verdadera felicidad o éxito. Por ejemplo, sólo se pueden llegar a la felicidad si alguien te quiere y aprecia.

# CAPÍTULO 2

## ESTILOS DE CRIANZA

La expresión *parentalidad* que ocupa un lugar en el léxico sobre el parentesco: padre, madre, paternidad, maternidad, maternaje, parentela, tiene la característica de “neutralizar”, en el sentido de hacer neutro desde el punto de vista de género, el lugar de padreo o de la madre (Granada & Domínguez, 2012)

El ejercicio parental es un elemento importante en la socialización de los hijos. Una extensa base empírica ha registrado cómo las diversas prácticas y actitudes de la paternidad contribuyen en la conducta del niño y el desarrollo de sus aptitudes prosociales así como en su desajuste psicosocial (Barneveld, Euzárraga & Zarza, 2008).

La formación parental constituye una acción educativa de sensibilización, aprendizaje, entrenamiento y/o de clarificación de los valores, de actitudes y las prácticas de los padres en la educación de sus hijos (Bouting & Durning, 1997).

Por lo general, estudios acerca de la parentalidad arrojan resultados que refieren que las prácticas incluyen: reforzamiento positivo, muestras de calidez y afecto, el compromiso activo en las actividades del niño; y una consistente disciplina,

inclinación a relacionarse con varias medidas de ajuste psicosocial adaptativo, incluyendo la competencia académica, una alta autoestima, relación con pares positivos, y menos conflictos de conducta (Barneveld, Euzárraga & Zarza, 2008).

Con las investigaciones acerca de las prácticas parentales se hace más importante retroalimentar a la sociedad acerca de los resultados obtenidos para construir un camino seguro a las nuevas generaciones por medio del desarrollo de habilidades positivas en los padres.

Se promueven conductas en los jóvenes en un ambiente seguro para que las habilidades trabajadas los ayuden ante futuras situaciones adversas. (Palacios & Rodríguez, 2001) mencionan que las funciones primarias de la crianza son: tener asegurado la supervivencia del hijo y un proceso de desarrollo saludable; la socialización en las conductas básicas de la comunicación, dialogo y simbolización; y proporcionar al hijo un ambiente de afecto y apoyo.

En el siglo XXI los padres de familia siguen teniendo una responsabilidad muy importante para el desarrollo de sus hijos como futuros miembros activos de la sociedad y sus cambios.

A pesar de los cambios acaecidos en la familia y en la sociedad, o justamente por ellos, la familia continua mostrándose como la institución más importante en nuestra sociedad y como una garantía de la convivencia democrática (Rodríguez, 2012). Haciendo una retroalimentación de la sociedad con el individuo los cambios podrían ir más allá de la familia tratando de mejorar una sociedad con valores.

En la sociedad actual las personas tienen distintos estímulos exteriores que provocan que los jóvenes se retroalimenten con televisión, internet, redes sociales, amistades.

En la familia, los distintos problemas que se viven en la interacción cotidiana son provocados por una falta de dinámica que estimule la buena interacción entre los individuos. Asimismo, los padres ya no son los únicos agentes que educan sino que el escenario educativo se ha llenado de otras voces, procedentes de otros contextos como son los medios audiovisuales o el mundo del ocio, que reclaman su cuota de influencia sobre los hijos (Martín et al., 2009).

Las personas, en su infancia, como individuos dentro de una sociedad perciben todos los estímulos dentro de su entorno, lo cual puede encaminarlo a interpretar e interactuar positiva o negativamente en las situaciones sociales. Puede resultar en buenas amistades, buenas maneras de socializar, crear vínculos positivos con sus amistades o todo lo contrario.

Los estilos educativos representan la forma de actuar de los adultos respecto a los niños ante situaciones cotidianas, la toma de decisiones o la resolución de conflictos (Torío, Peña & Rodríguez, 2008). Ante estímulos como las amistades, medios de comunicación como las redes sociales, páginas dirigidas a personas con criterio amplio pero fácilmente accesibles a todo público con una computadora es fácil perder el control de lo que reciben y aprenden los hijos. Los estilos educativos en padres mejoran las habilidades ante situaciones potencialmente dañinas orientándolas a algo mejor y controlado.

Los jóvenes son fácilmente manipulados por distintas maneras de actuar de los pares. La elección de con quién se relacionan es respaldada por la manera en que los más jóvenes son inculcados en sus casas, la baja autoestima y otros factores que influyen.

Los factores parentales que protegen al adolescente del consumo del tabaco, alcohol y drogas, son tener una estrecha vinculación afectiva entre el joven y sus padres, un apoyo instrumental del padre y emocional de ambos (Palacios y Andrade, 2008).

Los jóvenes se relacionan con distintos pares todos los días. Los jóvenes en una sociedad vienen de situaciones distintas en el hogar, pueden venir de casas donde las agresiones tanto físicas como emocionales sean habituales, así como también de otros pares donde los valores, el respeto con sus padres y el bienestar familiar fomenten hábitos positivos

Las adicciones de algunos padres de familia se manifiestan en los hijos cuando no se sabe de buenas maneras de sobrellevar una mala situación sin tener que depender de sustancias nocivas. Los factores parentales así mismo ayudan al padre.

La socialización es un factor que estimula a los niños a copiar la manera de actuar de los demás sin necesidad que estos vivan las mismas vivencias que sus pares.

Mencionan Vanistendael & Lecomte (citado en Granada & Domínguez, 2012) que sin embargo, otros autores sustentan que se decide ser un buen padre y el pasado sin amor de un padre no define la vida; se puede superar el pasado para redefinir el futuro.



A pesar de las condiciones negativas cargadas de relaciones violentas y estresantes es posible encaminar una vida distinta y afectuosa.

Para el estudio de la socialización del niño, en el seno de la familia, se han combinado diferentes enfoques teóricos (psicoanalítico, teorías del aprendizaje, enfoque humanista, etc.), surgiendo diversos modelos en los que se tienen en cuenta variables tales como el control, la comunicación o la implicación afectiva entre los miembros de la familia (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

### **Mecanismos y estrategias de socialización familiar.**

Los grupos de conductas que los padres consideran apropiadas y deseables para sus hijos, en su desarrollo individual y social, son dirigidas como estrategias para poder educar. Los padres difieren en las formas de educar a sus hijos tal cual su fue su experiencia en la niñez y su conocimiento ya de mayores, lo cual les permite visualizar hacia donde van sus estrategias. Las metas y estrategias de socialización que utilizan los padres con los hijos se relacionan con la manera de llevar la relación, con el mayor o menor nivel de comunicación; aceptación-rechazo, afecto-hostilidad, proximidad-distanciamiento; y con conductas para encaminar el comportamiento del niño o la niña; autonomía-control, flexibilidad-rigidez, permisividad-restricción (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Las estrategias o estilos de crianza antes mencionadas destacan las formas de control. Estas tipologías enfatizan la interacción subjetiva y conductual, sin aludir específicamente a las situaciones en que los padres y los hijos interactúan, aunque estas tiene sus dimensiones (Van Barneveld, Morales & Zarza, 2008).

Son muchas y distintas las variedades de pautas que pueden utilizar los padres de familia en sus prácticas parentales diarias para construir una buena y aceptable socialización de sus hijos apoyados en las dimensiones de apoyo y control parental. Por ejemplo, cuando los hijos se portan mal podemos mencionar distintas maneras de control y apoyo en los padres, algunos pueden considerar en quitar un privilegio; por ejemplo, se les retira los videojuegos y golosinas por determinado tiempo; otros padres pueden considerar platicar el problema; por ejemplo, se sientan juntos a platicar del porqué de la negativa acerca de la conducta del niño, el malestar de los padres y las consecuencias de tal comportamiento; además de haber algunos padres que prefieran ignorar al niño y que él mismo sea quien viva las consecuencias que provoca su mala conducta.

Casi todas las teorías de la socialización en la familia enfatizan la necesidad de considerar, conjuntamente y en interacción, el efecto de diferentes dimensiones del comportamiento parental (Richaud de Minzi, 2005). Baldwin en 1945 (citado en Agudelo, 1998) utilizando un estudio longitudinal, identificó dos dimensiones básicas en la conducta paterna: democracia y control, definió a la primera como una comunicación verbal alta, consultando al hijo para la toma de decisiones, utiliza la explicación de las normas y reglas familiares, responde a las preguntas de los hijos; involucran al hijo en la mayoría de decisiones posibles, dando permiso de una gran libertad compatible con su seguridad y con los derechos de los demás. Al control lo definió con un hincapié en las limitaciones en la conducta del niño, las cuales son claramente comunicadas, no existe lugar para las reclamaciones por parte del niño frente a las decisiones disciplinarias.

Aunque, también explica que las dimensiones no son repelentes unas con otras, pueden habitar en familias con un estilo de crianza democrático pero con altos índices en la demanda y la obtención de control.

(Moreno & Cubero, 1990) mencionan cuatro tipos de dimensiones básicas:

1) **Grado de Control.** Los padres que actúan con mucho control sobre sus hijos son quienes tratan de influenciar sobre la conducta del niño con el propósito de educar estándares específicos. El control con que los padres actúan pueden ejecutarlo con diferentes estrategias. Se puede comentar que los padres utilizan la *afirmación del poder* cuando, ante la desobediencia de una regla antes impuesta, utilizan el castigo físico o la amenaza y privación al hijo de objetos o incentivos.

Otra estrategia puede utilizar la *retirada afectiva* como correctivo ante una falta, se trata de actuar sin el uso del castigo físico retirando la atención al hijo, no hablar con él o escucharlo, expresarle los sentimientos negativos que causa. Como último *la inducción* es otra técnica o estrategia que demuestran los padres cuando obligan al niño a la reflexión de las consecuencias que suceden con sus actos desaprobatorios. Además, el control parental puede exhibirse de manera consistente, cuando no hay cambios de decisión de un día para otro, o inconsistentes, cuando se utiliza una decisión arbitraria.

2) **Comunicación padre e hijo.** Los padres más comunicativos son aquellos que manejan el razonamiento para conseguir la aprobación del hijo. Normalmente explican las razones por las cuales se dan los castigos a los hijos, motivan a opinar y argumentar; escuchan las razones y por medio del razonamiento del hijo pueden modificar el castigo.

Por el contrario, los padres que son menos abiertos a la comunicación con sus hijos pueden realizar distintos métodos. Hay quienes no habitúan el dialogo entre padres e hijos acerca de cualquier situación ni brindan explicaciones acerca de las reglas impuestas, otros pueden ser fácilmente influenciados por los llantos y quejas de los niños y, además, hay quienes utilizan el método de la distracción en vez de abordar el problema utilizando la razón directamente en el niño.

3) **Exigencias de madurez.** Los padres que exigen altos estándares de madures a sus hijos son quienes motivan y presionan para desarrollar a gran nivel sus probabilidades en los contextos sociales, intelectuales y emocionales, además, hacen énfasis en desarrollar a sus hijos una toma de decisiones y autonomía.

Quienes por lo contrario, no motivan los retos y exigencias se permiten menospreciar las capacidades y metas de sus hijos para llevar a cabo una tarea en específico.

4) **Afecto en la relación.** Los padres amorosos son aquellos quienes manifiestan explícitamente interés y afecto al bienestar físico y emocional del hijo. Son padres que ponen mucha atención a los cambios emocionales, son atentos a las necesidades, deseos preocupaciones y demuestran orgullo y alegría ante los logros y conductas de sus hijos. La afectividad es una dimensión de comportamiento parental.

### **Tipologías de Baumrind.**

Diana Baumrind, psicóloga estadounidense quien trabajó con las temáticas de estilos parentales. Para Baumrind, socializar al niño de acuerdo con las demandas de la sociedad pero manteniendo un sentido de integridad personal era el elemento clave del rol parental (Raya, 2008).

Los estudios recientes sobre los estilos parentales derivan en gran parte de algunos de los conceptos expuestos en la investigación formativa de Baumrind durante la década de 1960 (Bornstein & Bornstein, 2010). Inició investigando acerca de la influencia de los patrones de autoridad parental en las primeras etapas del desarrollo en el niño. Empezó a dar una forma más amplia al concepto de control parental. Anteriormente el control parental había sido definido por la rectitud, el uso del castigo físico, firmeza del castigo, uso de explicaciones, entre otras.

Por el contrario, Baumrind sostenía que la adecuada voluntad de los padres para socializar a sus hijos es conceptualmente diferente de lo que es ser restrictivo y empleó la idea de control parental para hacer mención a los intentos de los padres para incorporar al hijo en la familia y la sociedad realizando las conductas socialmente aceptadas.

En el primer estudio que realizó Baumrind acerca de las pausas de crianza relacionadas con las competencias quiso identificar a los hijos que tuvieran las combinaciones de puntajes en las dimensiones de autocontrol, tendencia de aproximación y evitación, autoconfianza, placer o deleite en la realización de las actividades y filiaciones a compañeros (Agudelo, 1998).

Observaron ciertos comportamientos en los niños como impetuosidad, autoaislamiento cuando se herían, se auto asignaban tareas difíciles, aceptaban la censura o reproche, en base a esto, se eligieron a aquellos que exponían más abiertamente patrones de comportamiento dominantes en cada niño estudiado.

A partir de los resultados asignaron patrones de comportamiento. En el grupo del patrón I, los hijos competentes, se caracterizaban por manifestar autoconfianza,

autocontrol y habitualmente se mostraban felices. En el grupo del patrón II, los hijos retraídos, se mostraban tristes, se identificaban poco con sus pares, además de no se inclinaban por acercarse a los demás mientras que en el grupo del patrón III, los hijos inmaduros, se caracterizaban por manifestar baja autoestima, poco autocontrol y poca inclinación a relacionarse.

Los investigadores estudiaron detalladamente las interacciones entre estos tres subgrupos y sus padres y valoraron cuatro dimensiones de la conducta paterna, que mediante los datos arrojados de los estudios podrían tener efectos importantes en el desarrollo de los niños: control paterno, exigencias de madurez, comunicación padre-hijo y crianza-educación (Agudelo, 1998).

Los padres del grupo del patrón I, los hijos competentes, a menudo exigían responsabilidad, independencia, eran atentos a las expresiones de sus hijos, explicaban y apoyaban los emocionalmente, los padres de los grupos restantes se caracterizaron por estar por debajo en sus resultados de las cuatro dimensiones. Los padres del grupo de patrón II se inclinaban por ser ligeramente más controladores y exigentes y se comportaban menos afectuosos en comparación con los padres del grupo patrón III, hijos inmaduros. Los padres del grupo del patrón III fueron mesuradamente educadores pero se mostraban poco controladores.

Baumrind se diferenció de los investigadores anteriores por enfocar su atención en una función parental global, el control, mientras que las demás investigaciones consideraban una combinación lineal de las dimensiones. Identificó tres tipos de control parental cualitativamente distintos: permisivo, autoritario y autoritativo. Estas consideraciones se basan en la idea de considerar un constructo global a los

estilos de parentalidad. Por ejemplo la ideología de los padres, el uso de distintas técnicas de disciplina o demandas de madurez se combinan para dar el aspecto característico del estilo utilizado.

#### Control y apoyo.

Para establecer los estilos parentales se consideran dos elementos del comportamiento de los padres centrales en la educación de los hijos: el apoyo parental y el control parental.

Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013) organizaron dos dimensiones centrales en los estilos parentales: 1) el control, exigencia o presión que los padres emplean con sus hijos para lograr objetivos de una meta establecida; y 2) el apoyo, responsabilidad, sensibilidad y calidez en la respuesta parental ante las necesidades de sus hijos.

El apoyo se entiende como la aceptación, el amor, la aprobación y la ayuda en la relación a los hijos. Se puede concretar y definir como el grado en que los hijos se sienten aceptados, queridos, comprendidos y tomados en cuenta por sus padres (Climent, 2009).

Para poder obtener un adecuado apoyo, los padres deben vivenciar a su familia relaciones interpersonales armónicas.

El control ha tenido gran número de etiquetas relativamente parecidas: aceptación, educación o amor y conductas parentales como las alabanzas, elogios, aprobación, estimulación-aliento, ayuda, cooperación, expresión de términos cariñosos, ternura y el afecto físico (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

El control se basa en las diferentes técnicas de disciplina por las cuales se intenta controlar, vigilar y encaminar un comportamiento controlado del niño y el cumplimiento de las reglas establecidas por los padres.

El concepto de control coincide con la disciplina familiar y se utiliza términos como dominancia, restricción o coerción (Torío, Peña & Rodríguez, 2008)

Barber, Olsen y Shagle (1994) (como se citó en Méndez, Andrade y Peñaloza, 2013) notaron que no quedaba muy claro al referirse al control en el desarrollo de los niños por lo que realizaron una diferenciación tomando: a) el control conductual, el cual es un conjunto de reglas, límites, restricciones y regulaciones sobre los hijos y el conocimiento de las actividades de los mismos; b) el control psicológico, que se refiere a la conducta, siendo los padres intrusivos y manejan los pensamientos, emociones y cariño de sus hijos utilizando estrategias como la crítica excesiva, alejamiento afectivo, inducción de culpa, se limita la comunicación e invalidan los sentimientos.

Los estilos de crianza implican la unión de las dos dimensiones, control y apoyo.

Al referir el apoyo o al afecto parental, implica la sensibilidad de los padres hacia los hijos desarrollando la autonomía, autoafirmación y autorregulación de éstos últimos. Por el otro lado, lo relacionado con el control o exigencia parental incluye las demandas parentales y los esfuerzos disciplinarios con la meta de lograr la adaptación social de sus hijos (Clerici y García, 2010).

Los estilos de crianza son definidos por Darling & Steinberg (como se citó en Jiménez, Concha & Zúñiga, 2012) como una disposición de actitudes dirigida a los hijos que les son explicados y conjuntamente fijan un clima emocional en el cual se manifiestan las conductas de los padres.



## **Estilos de Crianza.**

Los estilos de crianza no necesariamente representan categorías rígidas, más bien se consideran tendencias.

En la práctica educativa, las situaciones tienen mayor complejidad y es más difícil etiquetar a las familias en una u otra tipología. Por consiguiente, el aspecto más importante de la tipología es el análisis de las dimensiones implicadas en las prácticas educativas y cómo son utilizadas (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Se han encontrado los siguientes cuatro estilos de disciplina familiar, realización originalmente por Diana Baumrind.

### **Estilo Democrático.**

La exigencia es una cualidad de los padres en este estilo donde además establecen pautas claras, son receptivos para poder entender las demandas de los hijos.

Los padres intentan que sus hijos se desarrollen impartiendo roles y conductas maduras mediante el razonamiento y negociación.

Los padres que eligen este estilo mantienen la tendencia de razonar las actividades del niño. Se basan en aceptar tanto los derechos y deberes de hijos y padres por igual, lo que Baumrind llamaba como "reciprocidad jerárquica", es decir, cada uno de los miembros de la familia tiene tanto derechos como responsabilidades con respecto al otro (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Utilizan adecuadamente las sanciones, ponen límites de manera racional, expresan las razones de los límites, permiten el desarrollo de la individualidad e independencia del hijo, motivan la comunicación familiar, respetan por igual los

derechos de los hijos como sus derechos de padres y ajustan las demandas de acuerdo al desarrollo del hijo (Climent, 2009).

Los padres con autoridad tienen una exigencia alta pero son sensibles a la vez. Sus métodos disciplinarios reflejan un alto grado de apoyo más que considerarse coercitivos (Clerici & García, 2010).

Los hijos desarrollan habilidades sociales tales como la independencia y el ser personas afectuosas.

Torío, Peña & Rodríguez (2008) elaboraron tablas de cada uno de los tipos de socialización familiar basándose en diferentes autores como; Coloma, Rodríguez y Palacios; Pereira y Pino y las investigaciones de Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch, para poder explicar los cuatro estilos y pautas familiares más relevantes de los contextos particulares. A continuación se muestra la tabla del tipo de socialización democrático (ver Tabla 3).

*Tabla 3*  
*Estilos de educación familiar y comportamiento infantil (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).*

Tipología de socialización familiar	Rasgos de conducta parental	Consecuencias educativas sobre los hijos.
Democrático	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecto manifestó.</li> <li>• Sensibilidad ante las necesidades del niño: responsabilidad.</li> <li>• Explicaciones.</li> <li>• Promoción de la conducta deseable.</li> <li>• Disciplina inductiva o técnicas punitivas razonadas (privaciones, reprimendas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competencia social.</li> <li>• Autocontrol.</li> <li>• Motivación.</li> <li>• Iniciativa.</li> <li>• Moral autónoma</li> <li>• Alta autoestima.</li> <li>• Alegres y espontáneos.</li> <li>• Autoconcepto realista.</li> </ul>

*Continuación Tabla 3.*

*Estilos de educación familiar y comportamiento infantil (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).*

Tipología de socialización familiar.	Rasgos de conducta parental.	Consecuencias educativas sobre los hijos.
Democrático	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promueven el intercambio y la comunicación abierta.</li><li>• Hogar con calor afectivo y clima democrático.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Responsabilidad y fidelidad a compromisos personales.</li><li>• Prosociabilidad dentro y fuera de casa (altruismo, solidaridad).</li><li>• Elevado motivo de logro.</li><li>• Disminución en frecuencia e intensidad de conflictos padres-hijos.</li></ul>

### **Estilo autoritario.**

Las características de los padres son de una exigencia muy alta hacia sus hijos, son poco receptivos ya que ante las necesidades del hijo poco son tomadas en consideración.

Lo autoritario se basa en lo rígidos que son las reglas que establecen.

Dedican más tiempo y esfuerzo en controlar, evaluar la conducta del niño de acuerdo con patrones preestablecidos no cuestionables.

Las reglas impuestas no son negociables ni cuestionadas además se sobrevalora la obediencia. Los padres administran un ambiente estructurado y con altas reglas mediante técnicas disciplinarias coercitivas (Clerici & García, 2010).

La independencia e individualidad no es estimulada y el castigo físico es el medio de coerción preferido ante conductas no deseadas (Climent, 2009).

El estilo autoritario tiene una trascendencia más negativa en la socialización de los hijos, además de una falta de autonomía personal y creativa, una menor competencia social o se presenta una baja autoestima. Desarrolla niños descontentos, reservados, son menos tenaces en sus objetivos, son poco comunicativos y afectuosos, además que la interiorización de los valores morales es mínima en ellos (Torío, Peña, Rodríguez, 2008) (ver Tabla 4).

*Tabla 4.*

*Estilos de educación familiar y comportamiento infantil (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).*

Tipología de socialización familiar.	Rasgos de conducta parental.	Consecuencias educativas sobre los hijos.
Autoritario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas minuciosas y rígidas.</li> <li>• Recurren a castigos y alaban poco.</li> <li>• No responsabilidad paterna.</li> <li>• No hay diálogo.</li> <li>• Afirmación de poder.</li> <li>• Hogar caracterizado por un clima autocrático.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autonomía y autoconfianza.</li> <li>• Baja autonomía personal y creatividad.</li> <li>• Escasa competencia social</li> <li>• Agresividad e impulsividad.</li> <li>• Moral heterónoma (evitación de castigos).</li> <li>• Menos alegres y espontáneos.</li> </ul>

### **Estilo permisivo.**

Son padres que tienen baja exigencia, poco afectuosos y receptivos son más motivados a complacer las peticiones y necesidades del hijo. Son pocas las reglas que imponen y los hijos no son obligados a cumplirlas.

Por estilo permisivo se entiende a padres más sensibles que exigentes. Se muestran poco coercitivos y severos, pasan por alto conductas de importante autonomía a sus hijos para no entrar en conflictos con ellos. Son muy expresivos afectivamente (Clerici & García, 2010).

El padre con este estilo se comportan de manera positiva y benigna, además de aceptadora con respecto a la conducta de sus hijos.

La meta de los padres es no crear o tener bajas restricciones y castigos, evitan el comportarse como autoridad. Al abordar la madurez y responsabilidad de tareas en casa no suelen tener alta expectativa. No son padres que se caractericen por marcar límites a la permisividad, su estilo parental permite desarrollar efectos sociales negativos al momento de abordar conductas agresivas e independencia personal (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Son padres con bastante tolerancia y benevolentes ante el comportamiento de sus hijos, normalmente no recurren a un castigo para imponer la disciplina (ver Tabla 5).

Tabla 5

*Estilos de educación familiar y comportamiento infantil (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).*

Tipología de socialización familiar.	Rasgos de conducta parental.	Consecuencias educativas sobre los hijos.
Permisivo	<ul style="list-style-type: none"><li>• No implicación afectiva en los asuntos de los hijos.</li><li>• Dimisión en la tarea educativa, invierten en los hijos el menor tiempo posible.</li><li>• Escasa motivación y capacidad de esfuerzo.</li><li>• Inmadurez.</li><li>• Alegres y vitales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escasa competencia social.</li><li>• Bajo control de impulsos y agresividad.</li><li>• Escasa motivación y capacidad de esfuerzo.</li><li>• Inmadurez.</li><li>• Alegres y vitales.</li></ul>

### **Estilo negligente.**

Los padres no tiene mucha atención a sus hijos, a sus necesidades y tampoco demuestran afecto.

Este cuarto estilo se caracteriza por los niveles tan bajos de tanto en control como en apoyo o afecto parental (Clerici & García, 2010).

La hostilidad es común denominador de estos padres, además tratan de pasar el menor tiempo con sus hijos, por lo cual no son receptivos y exigentes. Abdican de sus funciones parentales y oscilan entre excluirse o ser autoritarios al momento de establecer las reglas (Climent, 2009).

Esto quiere decir que dependiendo del humor con el que el padre traiga toman arbitrariamente las decisiones y reglas del hogar, no controlan ni vigilan el

cumplimiento de las reglas o cuando lo hacen utilizan la coerción física como método (ver Tabla 6).

*Continuación Tabla 6*

*Estilos de educación familiar y comportamiento infantil (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).*

Tipología de socialización familiar.	Rasgos de conducta parental.	Consecuencias educativas sobre los hijos.
Negligencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitan la afirmación de autoridad y la imposición de restricciones.</li> <li>• Escaso uso de castigos, toleran todos los impulsos de los niños.</li> <li>• Especial flexibilidad en el establecimiento de reglas.</li> <li>• Acceden fácilmente a los deseos de los hijos.</li> <li>• No implicación afectiva en los asuntos de los hijos.</li> <li>• Dimisión en la tarea educativa, invierten en los hijos el menor tiempo posible.</li> <li>• Escasa motivación y capacidad de esfuerzo.</li> <li>• Inmadurez.</li> <li>• Alegres y vitales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestabilidad emocional.</li> <li>• Debilidad en la propia identidad.</li> <li>• Autoconcepto negativo.</li> <li>• Graves carencias en autoconfianza y autoresponsabilidad.</li> <li>• Bajos logros escolares.</li> <li>• Escasa competencia social.</li> <li>• Bajo control de impulsos y agresividad.</li> <li>• Escasa motivación y capacidad de esfuerzo.</li> <li>• Inmadurez.</li> <li>• Alegres y vitales.</li> </ul>

Maccoby y Martin (1985) (como se citó en Torío, Peña & Rodríguez, 2008) reformularon los hallazgos en las investigaciones de Baumrind, reinterpretan las dimensiones básicas, control y apoyo, redefiniendo los estilos parentales en base de dos aspectos: a) el control o exigencias: presión o número de exigencias que los

padres desempeñan sobre sus hijos para que alcancen determinados objetivos y metas: b) el afecto o sensibilidad y calidez: nivel de sensibilidad y capacidad de respuesta de los padres ante las demandas de los hijos, más aún de naturaleza emocional.

Estilo autoritario-recíproco, autoritario-represivo, permisivo-indulgente y permisivo-negligente son los cuatro estilos educativos paternos mencionados por Maccoby y Martin. Se presentan de la combinación de las dimensiones anteriormente mencionadas y su grado (ver Tabla 7).

*(Tabla 7)*

*Estilos educativos reformulados por Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Torío, Peña & Rodríguez, 2008)*

	Reciprocidad. Implicación afectiva	No Reciprocidad. No implicación afectiva
Control fuerte	Autoritario-recíproco	Autoritario-represivo
Control laxo	Permisivo- Indulgente	Permisivo- Negligente

Para Martínez, García, Musitu y Yubero (2007) el Control fuerte se refiere a la medida en que los padres muestran control, supervisión y madurez demandas en su crianza; el Control laxo se refiere en la medida en que los padres muestran a sus hijos afectivas calidez y aceptación, les dan apoyo, y se comunican con ellos.

El estilo permisivo-indulgente podría definirse por tres características básicas de la conducta parental ante el niño: a) Las conductas y actitudes positivas y negativas



son tomadas con indiferencia; b) La permisividad y c) la pasividad (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Los padres no utilizan la afirmación de la autoridad y la implementación de las restricciones. Los padres carecen de ser directivos y asertivos y no promueven la distribución de las tareas y horarios en la casa.

Toleran los impulsos de los hijos, no aplican castigos para corregir al niño. En los hogares de padres con estilo permisivo-indulgente se promueve una comunicación abierta y el ambiente democrático.

Este estilo se caracteriza por una interacción de nula sistematización que resulta negativamente en el niño al no tener un sistema el cual aprender o imitar.

Maccoby y Martin no describen las características del estilo permisivo negligente por lo que es necesario inferir lo que se dice de acerca de las implicación paterna (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Los padres que utilizan el estilo permisivo negligente se caracterizan porque no se comprometen afectivamente con las actividades de los hijos así también se excluyen de la tarea educativa.

A diferencia de lo que ocurre con el estilo permisivo-indulgente, la permisividad ocurre por razones de practicidad; la falta de tiempo, interés así como por la negligencia o la comodidad (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Siguiendo el ahorro de tiempo más posible los padres de este estilo requieren de imponer reglas que les proveen más tiempo para ellos o en caso de necesitarlo no las implementan.

La comodidad y el tiempo son vitales así que el diálogo y la vigilancia no son opciones prácticas. En ocasiones deben encargarse de la disciplina cuando el hijo sobrepasa los límites del padre. Cuando la economía del padre lo permita también llegan a complacer al hijo con un regalo material.

Aunque varían de familia en familia la implementación de este estilo, es uno de los más dañinos para la socialización de la descendencia de los padres.

### **Estilo de crianza y sus repercusiones en casos de embarazo en la adolescencia.**

Graciela Irma Clement (2009) publica su investigación "Voces, silencios y grito: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos" donde el objetivo es relacionar los estilos parentales educativos, la calidad de las relaciones familiares y el significado del embarazo en la adolescencia en el marco de la socialización de género.

En este trabajo se manifiesta los estilos de crianza y sus repercusiones ante una problemática común en Latinoamérica que es el embarazo en adolescentes.

Los estilos de crianza ante circunstancias problemáticas y sorpresivas manifiestan sus características más clara. El manejo y herramientas con que se trata de manejar los problemas son propios de la tendencia elegida en el estilo de crianza.

Al revisar con detalle la información se ha encontrado que los estilos parentales educativos no son puros ni totalmente constantes pero hay un predominio de rasgos de uno de ellos. Además, se encontró que los padres implementan estilos educativos diferentes dependiendo de las áreas de la vida: por ejemplo son autoritarios en cuanto

a los estudios y permisivos en cuanto al ejercicio de la sexualidad o viceversa (Climent, 2009).

Para el desarrollo de la investigación se consideró las normas establecidas de los padres y las formas de control de la conducta de las hijas en varias áreas de la educación así como las obligaciones escolares y domésticas, la sexualidad y el tiempo libre para demostrar cómo se manifiestan dinámicamente los distintos estilos adaptativos.

En la investigación la calidad de la relación familiar cambia de acuerdo el estilo educativo parental que predomine con una población de mujeres de hasta los 17 años y que tuviesen su primer embarazo.

Las dimensiones, estilos parentales y calidad de las relaciones familiares, se relacionaron con el significado que adquiere el embarazo en la adolescencia que se estableció considerando el consentimiento o no del embarazo , corroborado por su actitud ante el embarazo, las razones manifestadas para aceptar o no un embarazo , la predisposición o no de mantener y atender al hijo/a, la socialización de género, el motivo del uso de un método anticonceptivo cuando no deseaban embarazarse, la percepción de carencias afectivas, entre otras.

Los estilos de crianza para el estudio fueron: Estilo democrático con 6 adolescentes, permisivo con 10 adolescentes, autoritario con 13 adolescentes y negligente autoritario (despótico) con 11 adolescentes.

Estilo democrático.

Las madres establecieron normas acordes a la edad tales como el cumplimiento de horarios, los permisos de salida implicaban decir a dónde y con quién irían acompañadas, el cumplimiento de las tareas escolares y domésticas.

La mayoría de las adolescentes conocían acerca de los métodos anticonceptivos, tuvieron pláticas acerca del tema pero no hubo una regla acerca del uso, tampoco se consideró visitar a un médico. Las madres temían un embarazo o enfermedad de transmisión sexual.

En el contexto, el embarazo puede interpretarse como una identificación con los estilos de crianza maternos y como un proyecto de vida. Considerando los embarazos imprevistos, se debieron a “accidentes” con el uso de los anticonceptivos. (Climent, 2009).

Estilo permisivo.

Muchas de las madres ante el embarazo consideraron no insistir en el estudio de las hijas y aceptaron demeritar el estudio, aún los obligatorios, ya que la relación sentimental fue más relevante además de presentar dificultades de aprendizaje (Climent, 2009).

Algunas de las madres consideraban importante visitar al ginecólogo, así sabían de la actividad sexual de sus hijas y a pesar de saber esto no obligaron al uso anticonceptivo. Más de la mitad de las madres estaban de acuerdo en su vida sexual e incluso algunas permitían que sus hijas durmieran en casa del novio.

La mayoría de las familias tenían un ambiente armónico pero aunque en menor medida su relación presentaba algo de conflicto.

Estilo autoritario.

Las reglas aparecen más estrictas que en los dos estilos anteriores. Combinan las formas de control permisivo e inductivo.

Una de sus restricciones apoyaba la idea de no permitir noviazgos.

En el grupo de las madres de este grupo se dividieron en dos subgrupos; el primero en el discurso considera importante el estudio pero no vigilan ni motivan su labor académica, ya sea a consecuencia de problemas de aprendizaje o por preferencia hacia el noviazgo. La información acerca de los anticonceptivos no fue dado por las madres. El otro grupo es más controlador hacia las labores académicas, insistentes, ocasionalmente hasta el punto del conflicto (Climent, 2009).

En este grupo hubo más madres que no aceptaban la unión de sus hijas e incluso se opusieron a la continuación provocando en algunas de las adolescentes considerar el aborto.

Estilo negligente.

Las familias son muy conflictivas y, normalmente, violentas. Llega a parecerse que en estas familias el significado del embarazo la calidad de las relaciones familiares tiene más consideración que la socialización del género (Climent, 2009).

La realización escolar no tiene apoyo y no es prescindible si las adolescentes dejan la escuela, hay un desinterés por informar acerca de los anticonceptivos y motivan a vivir con el conyugue a pesar de no estar de acuerdo la hija.

Los problemas a los que se enfrentan las familias de distintos estilos manifiestan distintos significados, en este caso, el embarazo implica necesidades que pueden o no ser manejados adecuadamente, en algunos casos incluso son irrelevantes para ciertos padres con cierta tendencia de estilo de crianza.

# CAPÍTULO 3

## MÉTODO

### MÉTODO

#### **Pregunta de investigación.**

¿Cuáles son las diferencias entre los síntomas depresivos y la escolaridad en los estilos de crianza empleados por padres de familia?

#### **Objetivo general.**

- Describir las diferencias entre los síntomas depresivos y el grado de escolaridad de los padres en los estilos de crianza que utilizan con sus hijos.

#### **Objetivos específicos.**

- Identificar las diferencias entre los síntomas depresivos y los estilos de crianza castigo, permisivo, emocional negativo, control conductual y cognición negativa, empleados por padres de familia.

- Identificar las diferencias entre el nivel de estudios de los padres (primaria secundaria, técnico, preparatoria, licenciatura) y los estilos de crianza castigo, permisivo, emocional negativo, control conductual y cognición negativa, empleados por padres de familia.

### **Variable independiente.**

#### **Depresión**

##### **Definición conceptual**

Es un trastorno del estado de ánimo con episodios que duran un periodo de tiempo y que se manifiestan con un decaimiento del ánimo, una baja energía y disminución de la actividad. Se desgasta la capacidad de disfrutar, de tener interés y afecta la concentración. Se presenta un cansancio importante, incluso después de pequeños esfuerzos (Morrison, 2008).

##### **Definición operacional**

La distribución de los participantes en los cuatro niveles de depresión que evalúa el inventario de depresión BDI-II de Beck.

### **Variable dependiente**

#### **Estilos de Crianza**

##### **Definición conceptual**

Los estilos educativos representan la forma de actuar de los adultos respecto a los niños ante situaciones cotidianas, la toma de decisiones o la resolución de conflictos (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

### **Definición operacional de estilos de crianza.**

La distribución de los participantes en las dimensiones de los estilos de crianza que evalúa la escala de etilos de crianza.

### **Variable interviniente**

#### **Escolaridad**

#### **Definición conceptual**

Se refiere al máximo nivel de estudios obtenido por los participantes: primaria, secundaria, técnico, preparatoria, licenciatura.

#### **Definición operacional**

La distribución de los participantes en los siguientes grados escolares: primaria, Hombres y mujeres que participan en la investigación.

### **Hipótesis**

**HA1** Existen diferencias estadísticamente significativas entre los síntomas depresivos y los estilos de crianza castigo, permisivo, emocional negativo, control conductual, cognición negativa.



**HN1** No existen diferencias estadísticamente significativas entre los síntomas depresivos y los estilos de crianza castigo, permisivo, emocional negativo, control conductual, cognición negativa.

**HA2** Existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de estudios de los padres y los estilos de crianza castigo, permisivo, emocional negativo, control conductual, cognición negativa.

**HN2** No existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de estudios de los padres y los estilos de crianza castigo, permisivo, emocional negativo, control conductual, cognición negativa.

### **Tipo de estudio**

De más de dos muestras independientes.

### **Diseño de investigación.**

Transversal descriptivo.

### **Instrumentos**

*Inventario de depresión de Beck (BDI-II)* (Beck, Steer & Brown, 2006).

El BDI-II contiene 21 reactivos que evalúan los síntomas de los trastornos depresivos del DSM-IV (1994), Cada reactivo es evaluado en una escala de cuatro puntos, con un rango de 0 a 3, obteniéndose valoraciones de 0 a 63 puntos, distribuidos en cuatro rangos de depresión: mínima 0-13, leve 14-19, moderada 20-28 y severa 29-63. El BDI-II, evalúa las dos últimas semanas, incluido el día de hoy.

*Escala de estilos de crianza* (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes, 2014). Es un instrumento intervalar con seis opciones de respuesta, contiene 33 reactivos y cinco factores que explican el 50.620 de la varianza con un alpha de Cronbach global de .852. Los factores son:

- *Castigo*. Es una dimensión de los estilos de crianza que comprende prácticas relacionadas con la disciplina de los hijos. Los papás y mamás emplean el regaño y el castigo físico como una forma de corregir a sus hijos.
- *Permisivo*. Los papás y las mamás tienen poco o ningún control sobre los comportamientos de sus hijos, les permiten autorregularse de acuerdo a sus necesidades e intereses.
- *Emocional negativo*. Hace referencia al estado de ánimo de papás y mamás, relacionado con el comportamiento de sus hijos, considerado por ellos inadecuado.
- *Control conductual*. Se refiere al otorgamiento de premios de los padres a los hijos, cuando cumplen con lo establecido por ellos.
- *Cognición negativa*. Es una dimensión que hace referencia a la incertidumbre de papás y mamás relacionada con la manera de criar a sus hijos que les resulta complicada y difícil.

## Participantes

Participaron 207 padres de familia, 52 hombres y 155 mujeres, de la zona oriente del Distrito Federal con un rango de edad de 23 a 55 ( $Mo = 40$ ) (ver figura 1).

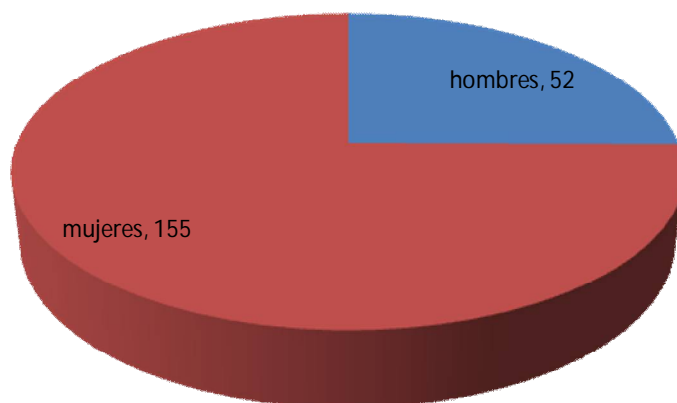


Figura 1. Distribución de hombres y mujeres.

Del total de la muestra, 156 son casados y 50 viven en unión libre. El sexo de los padres y la escolaridad se presentan en las figuras 1 y 2. Todos con hijos de 1 a 10,  $Mo = 2$ .

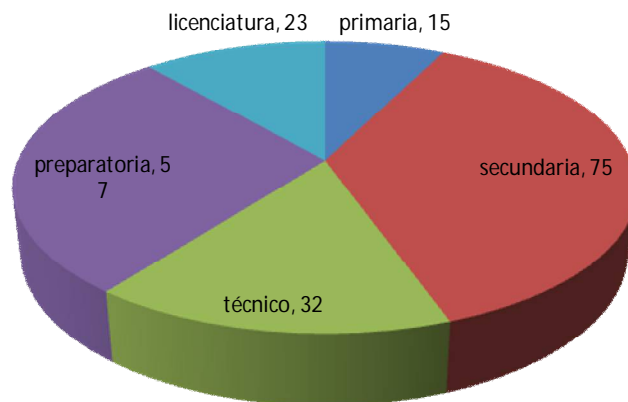


Figura 2. Escolaridad de los padres.

## **Procedimiento**

Se acudió a escuelas primarias, centros deportivos, lugares públicos. Se les explicó a los papás y mamás los objetivos de la investigación, quienes accedieron a participar firmaron el consentimiento informado y respondieron los instrumentos. El encuestador respondió sus dudas durante la aplicación, para el análisis de la información recibida se utilizó el programa SPSS 21.

# RESULTADOS

Para comprobar las hipótesis se realizó un análisis estadístico ANOVA simple. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los síntomas depresivos y los estilos de crianza castigo  $F(3, 203) = 2.667, p < .05$ ; permisivo  $F(3, 202) = 8.424, p < .001$  y cognición negativa  $F(3, 203) = 5.561, p < .01$ . Ver Tabla 8.

*Tabla 8*

*Diferencias entre los síntomas depresivos y los estilos de crianza permisivo, castigo y cognición negativa.*

Fuente	variable dependiente	gl	F	p
Depresión	Castigo (entre grupos)	3	2.667	< .05
	(intragrupos)	200		
	Total	203		
Permisivo	(entre grupos)	3	8.424	< .001
	(intragrupos)	199		
	Total	202		
cognición negativa	(entre grupos)	3	5.561	< .01
	(intragrupos)	200		
	Total	203		

Resultado de la prueba post hoc de Tukey, a través de las medias se obtuvo que cuando el nivel de depresión es mínima, el estilo de crianza castigo es bajo ( $M = 3.47$ )

y con el nivel de depresión moderada, se incrementa ( $M = 4.06$ ). Con depresión mínima, los padres tienden a ser poco permisivos, sin embargo, cuando los síntomas depresivos son leves, la permisividad se incrementa ( $M = 2.05$ ), lo mismo ocurre con síntomas depresivos moderados ( $M = 2.82$ ). En lo que concierne al estilo de crianza cognición negativa, con depresión mínima, estas cogniciones son bajas ( $M = 3.19$ ) y se incrementan con depresión moderada ( $M = 4.03$ ) y severa ( $M = 4.54$ ) (ver figura 3).

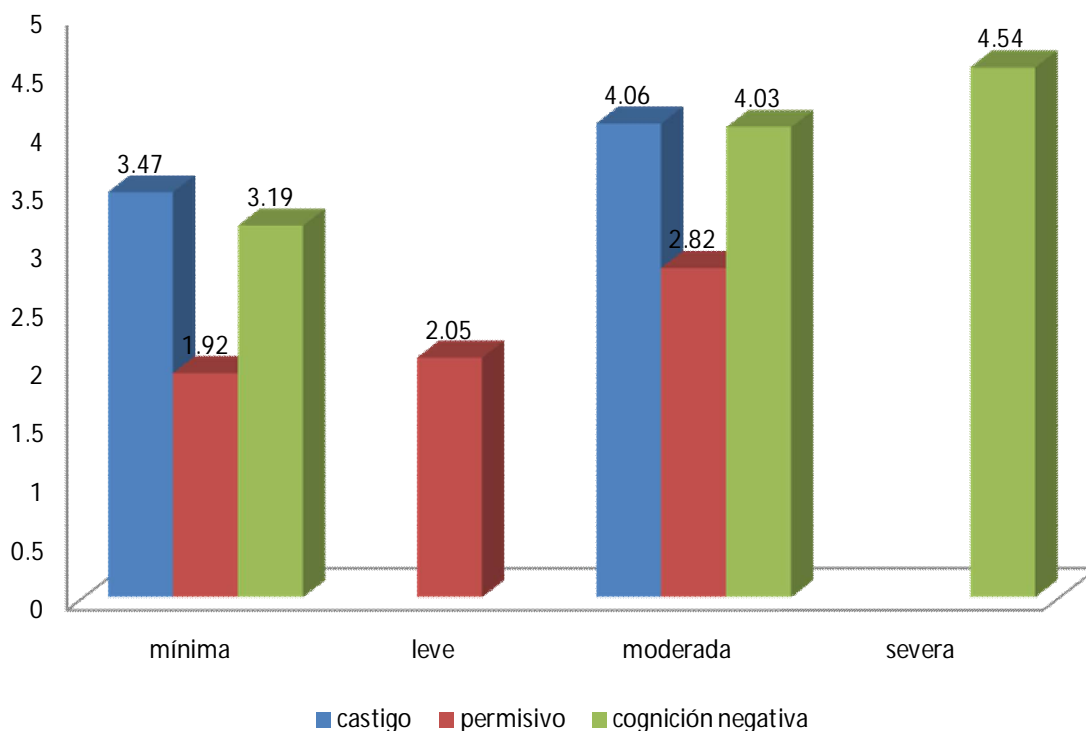


Figura 3. Diferencias entre los síntomas depresivos y los estilos de crianza.

En lo referente a la escolaridad, las diferencias se obtuvieron en emocional negativo  $F(5, 204) = 3.788, p = .003$  y cognición negativa  $F(5, 206) = 2.566, p = .028$ . Los

resultados de las medias arrojadas por la prueba post hoc de Tukey se obtuvo que cuando se tiene la escolaridad de técnico, el estilo de crianza emocional negativo tiende a ser alto ( $M = 4.70$ ) y disminuye con preparatoria ( $M = 3.84$ ) y licenciatura ( $M = 3.58$ ) (ver figura 4).

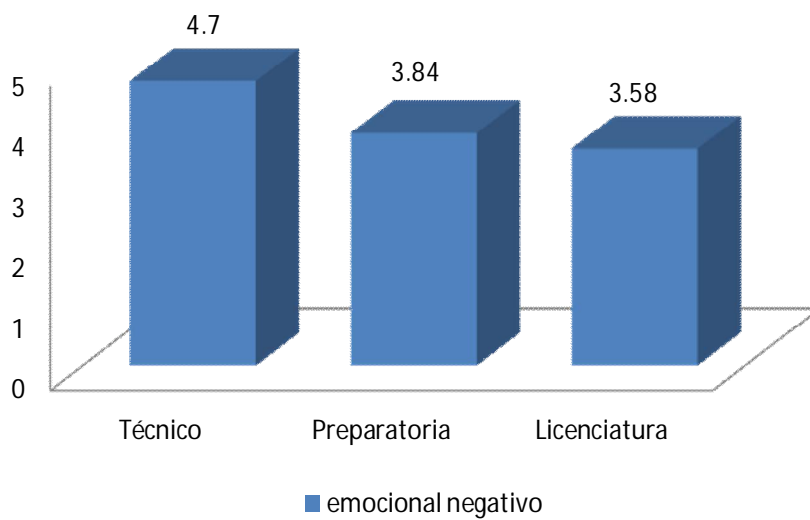


Figura 4. Diferencias del grado de escolaridad y los estilos de crianza

En el estilo de crianza cognición negativa no se obtuvieron diferencias significativas a través de las medias.

# DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de los estadísticos realizados podemos concluir que los padres de familia, de la zona oriente del Distrito Federal, muestran que al manifestar sintomatología depresiva leve existe una tendencia baja a utilizar un estilo de crianza como el castigo, cuando la sintomatología depresiva es moderada la tendencia a utilizar este aumenta.

De acuerdo con Antony y Benedick (1981) una característica de la sintomatología depresiva es negarse a interactuar con los demás. Moreno y Cubero (1990) comentan que el castigo como medio de modificar la conducta no considera el dialogo con los hijos como elemento clave para solucionar los problemas sino más como un limitante de ciertas conductas no deseadas.

Los padres que presentan una sintomatología depresiva baja mostraron una tendencia mínima a utilizar el estilo de crianza permisivo, cuando la sintomatología se incrementa, también aumenta la permisividad.

Torío, Peña & Rodríguez (2008) indican que los padres con tendencia al estilo de crianza permisivo actúan poco afectivos, son poco exigentes y permiten más conductas de sus hijos que otros padres. Los síntomas depresivos como la poca o nula atención al entorno, el abatimiento o la poca exigencia con ellos y los demás son



similares a las conductas mencionadas en el estilo de crianza permisivo. Los padres con estas características depresivas tienden a maximizar sus propios errores y pueden utilizar el distanciamiento como una manera de no agobiarse ante situaciones difíciles de solucionar.

Los padres que manifestaron sintomatología mínima tienden a utilizar estilo de crianza cognitivo negativo, cuando incrementa la sintomatología a moderada o severa, la tendencia a utilizar este estilo de crianza se incrementa, lo que perjudica la relación padres e hijos.

Torío, Peña & Rodríguez (2008) consideran importante las metas y estrategias de socialización que utilizan los padres con los hijos y que se vinculan con la manera de llevar la relación y con conductas para encaminar el comportamiento del hijo. Cuando las estrategias y metas no son las adecuadas la incertidumbre se manifiesta.

Butcher, Mineka y Holley (2007) mencionan las personas con síntomas depresivos se destacan por su abatimiento, ansiedad, tensión, la creencia de ser incapaz de hacer las cosas bien o que son inútiles entre otras.

En la escolaridad de los padres se encontró que cuando se presentó el nivel escolar técnico había una tendencia a elegir el estilo de crianza emocional negativo, esta tendencia disminuyó cuando la escolaridad es preparatoria y es mínima en la licenciatura.

De acuerdo con Granada & Domínguez (2012) los padres de familia pueden haber tenido una infancia carente de buenas estrategias por parte de sus padres, algunos carentes de afecto, no obstante, esto no determina o estilos de crianza que utilicen en la educación de sus hijos ya que en la medida que las personas se educan y desarrollan

en un ambiente propicio pueden aprender a manejar de mejor manera sus relaciones en su vida y con sus hijos.

En un nivel más alto como la licenciatura respecto a la educación técnica se puede considerar clave la formación de un pensamiento crítico que ayude a entender los problemas y propicie un manejo adecuado en la vida de los futuros padres.

En este sentido, el pensamiento crítico es importante para tener una buena interpretación de los problemas que enfrentan, es una herramienta que se utiliza para prevenir y solucionar conflictos de diversa índole. Beck (2000) menciona que la interpretación de los eventos en la vida se antepone a los sentimientos. Por lo que, al tener una mejor interpretación de los conflictos familiares y su posible solución los padres de familia tendrán sentimientos más positivos.

Por lo cual se concluye que los síntomas depresivos en los padres de familia afectan negativamente a los estilos de crianza, el nivel escolar que presentan los padres influye en la utilización de los estilos de crianza negativos y esto se podrá reflejar en un ambiente familiar nocivo para el desarrollo de los hijos.

## REFERENCIAS

- Agudelo, R. E. (1998). *Estilos educativos paternos: Aproximación a su conocimiento*. México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Anthony, E. J. & Benedek, T. (1981). *Depresión y existencia humana*. España: Salvat Editores.
- Arieti, S. & Bemporad, J. (1993). *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Beck J. (2000) *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Bornstein, L. & Bornstein, M. H. (2010). Estilos parentales y el desarrollo social del niño, *Enciclopedias infantiles*. Rescatado en <http://www.encyclopedia-infantes.com/Pages/PDF/BornsteinESPxp.pdf>
- Boutin, G. & Durning, P. (1996). *Intervenciones socioeducativas en el medio familiar*. España: Narcea.
- Butcher, J. N., Mineka, S. M. & Holley, J. M. (2007). *Psicología clínica*. México: Pearson Educación.
- Calderón, G. (1990). *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. España: Desclée de Brouwer.
- Conti, N. (2007). *Historia de la depresión. La melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX*, Argentina: Polemos.
- Clerici, G., García, M. J. (2010) Autoconcepto y percepción de pautas de crianza en niños escolares. Aproximaciones teóricas, *Anuario de investigaciones* V. XVII, 205-212.
- de la Fuente R. (2000) *La depresión en el adulto*, México: FUNSALUD.
- García-Méndez, M., Rivera Aragón, S. & Reyes-Lagunes, I. (2014). La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (2), 133-141.
- Gastó, F. (1993). *Depresiones crónicas*. España: Doyma.

- Granada, E. & Domínguez, E., (2012) Las competencias parentales en contextos de desplazamiento forzado, *Psicología desde el caribe*, 29(2) 456-482.
- Hollweg, M. (2003). Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural, *Investigación en Salud*, V(1), 18-25
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). *Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Climent, G. I., (2009) Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos, *Revista argentina de sociología*, 7(12), 186-213.
- García-Méndez, M., Rivera Aragón, S. & Reyes-Lagunes, I. (2014). La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (2), 133-141. DOI:10.14718/ACP.2014.17.2.14
- Jiménez, A., Concha M. A. & Zúñiga R. (2012) Conflicto trabajo-familia, autoeficacia parental y estilos parentales percibidos en padres y madres de la ciudad de Talca, Chile, *Acta colombiana de psicología*, 15(1), 57-65.
- Lara, M. C., Medina-Mora, M. E., Borges, G. & Zambrano, J. (2007). El costo social de los trastornos mentales. Discapacidad y días productivos perdidos. Resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Salud Mental*, 30(5), 4-11.
- Mahoney, M. & Freeman, A. (1988). *Cognición y psicoterapia*, México: Paidós.
- Martín-Quintana, J. C., Máiquez, M. L., Rodrigo, M. J. Byrne, S., Rodríguez B. & Rodríguez, G. (2009) Programas de Educación Parental, *Revista Intervención Psicosocial*, 18(2), 121-133.
- Martínez I., García, J. F., Musitu, G. & Yubero, S. (2007) Las prácticas de socialización familiar: confirmación factorial de la versión portuguesa de una escala para su medida, *Revista de Psicodidáctica*, 17(1), 159-178.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J..... Aguilar-Gaxiola. (2003). La prevalencia de los trastornos mentales y el uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica de México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.

- Méndez, M. P., Andrade, P. & Peñaloza, R. (2013) Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes, *Revista Intercontinental de Psicología y educación*, 15(1), 99-118.
- Moreno, M. C. & Cubero, R. (1990). Relaciones sociales: familia, escuela, compañeros. Años preescolares. En J. Palacios, A. Marchesi & C. Coll (comps.) *Desarrollo psicológico y educación, Vol. I. Psicología Evolutiva* (pp. 219-232). Madrid: Alianza.
- Morrison, J. (2008). *DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico* México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Venezuela: Servicio Editorial.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Día mundial de la salud mental: La depresión es el trastorno mental más frecuente. *Boletín Informativo* 4, 29. Bolivia: Organización Mundial de la Salud.
- Palacios, J. R. & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescente. *Ciencias Sociales y Humanidades* 7(7), 7-18.
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*. España: Martínez Roca.
- Pons-Salvador, G., Cerezo, M. A. & Bernabé G. (2005). Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema*, 17(1), 31-36.
- Raya, A. F. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. Tesis doctoral, Universidad de Córdoba.
- Richaud de Minzi, M. C. (2005). Estilos parentales y estrategias en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 47-58.
- Rodríguez, A. & Granada, O. (2007) Trastorno depresivo en la infancia y la adolescencia, *Revista clínica de medicina y familia*, 1(6), 270-276.
- Rodríguez, J. A. (2012). Parentalidad positiva: aprendizaje mediante entornos virtuales, XXXI Seminario Interuniversitario de Teoría de la Educación. *Sociedad del Conocimiento y Educación*. España.
- Rodrigo, M. J. & Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.

- Sartorius, N.(1983). *Trastorno depresivo en diferentes culturas: Informe de un estudio de la O.M.S. en colaboración relativo a la evaluación normalizada de trastornos depresivos* México: Organización Mundial de la Salud.
- Scott, K., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J..... Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the world mental health surveys. *Journal of Affective Disorders, 103*, 113-120.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. & Teasdale, J. D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. España: Desclée de Brouwer.
- Torío, S., Peña, J. V. & Rodríguez, M. C. (2008) Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica, *Teoría de la educación, V(20)*, 151-178.
- Vallejo, A., Osorno, R. & Mazadiego, T. (2008) Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos, *Enseñanza e investigación en Psicología, 13(1)*, 91-105
- Van Oudhof, H., Morales, M. J. & Villegas, S. S. (2008). *Socialización y familia. Estudios sobre los procesos psicológicos y sociales*. México: Fontamara.

# Anexo 1

## ***Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 2006).***

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada **uno** de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el enunciado 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el enunciado 18 (Cambios de Apetito).

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p><b>7. Disconformidad con Uno mismo</b></p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p>
<p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desalentado respecto a mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro</p>	<p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede</p>

y que sólo puede empeorar.

### **3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

### **4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.

### **5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 siento ganas de llorar pero no puedo.

### **11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12. Pérdida de interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.



<p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro muchas más dificultades que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Desvalorización</b></p> <p>0 No me siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 Me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p><b>15. Perdida de energía</b></p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p>	<p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p><b>19. Dificultad de concentración</b></p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por largo tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o fatiga</b></p> <p>0 No estoy cansado o fatigado que lo habitual</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p><b>21. Perdida de interés en el Sexo</b></p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi</p>
---	--

<p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en los hábitos de sueño</b></p> <p>0 no he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.</p> <hr/> <p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p><b>18. Cambios de apetito.</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p>	<p>interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente en interés en el sexo.</p>
--	--

2a Mi apetito es mucho menor que antes.	
2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.	
3a No tengo apetito en absoluto.	
3b Quiero comer todo el tiempo.	

## Anexo 2

### *Escala de estilos de crianza (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes, 2014).*

#### INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de enunciados acerca de las relaciones con los hijos. Lea cada enunciado con atención y por favor marque con una **X** el grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de ellos.

	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo		
1. Consiento a mis hijos cuando hacen lo correcto	1	2	3	4	5	6
2. Permito que mis hijos interrumpen la plática de los demás	1	2	3	4	5	6
3. Es complicado educar a mis hijos	1	2	3	4	5	6
4. Me enoja cuando mis hijos me desobedecen	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil educar a mis hijos	1	2	3	4	5	6
6. Castigo a mis hijos cuando me desobedecen	1	2	3	4	5	6
7. Le doy regalos a mis hijos cuando hacen las cosas	1	2	3	4	5	6

bien						
8. Me entristece que mis hijos se porten mal	1	2	3	4	5	6
9. Me molesta que mis hijos no hagan lo que les pido	1	2	3	4	5	6
10. Para que mis hijos dejen de hacer berrinches, cedo a sus peticiones	1	2	3	4	5	6
11. Dejo que mis hijos se acuesten a la hora que ellos quieran	1	2	3	4	5	6
12. Si mi hijo obtiene bajas calificaciones, lo castigo	1	2	3	4	5	6
13. Les grito a mis hijos por su desobediencia	1	2	3	4	5	6
14. Cuando mis hijos me obedecen juego con ellos	1	2	3	4	5	6
15. Regaño a mis hijos cuando me desobedecen	1	2	3	4	5	6
16. Me frustra que mis hijos sean maleducados	1	2	3	4	5	6
17. Salimos a pasear cuando mis hijos obedecen	1	2	3	4	5	6
18. Se me dificulta que mis hijos sigan las reglas establecidas	1	2	3	4	5	6
19. Cuando mis hijos me desobedecen, les pego	1	2	3	4	5	6
20. Dejo que mis hijos haga sus tareas cuando ellos quieran	1	2	3	4	5	6
21. Me desilusiona el mal comportamiento de mis hijos	1	2	3	4	5	6
22. Permito que mis hijos hagan lo que quieran	1	2	3	4	5	6
23. Castigo a mis hijos por no seguir las reglas establecidas	1	2	3	4	5	6
24. A menudo olvido hacer cumplir las reglas que les pongo a mis hijos	1	2	3	4	5	6