



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**COMO INFLUYEN LAS PRÁCTICAS PARENTALES EN EL
DESARROLLO DE PROBLEMAS INTERNALIZADOS Y
EXTERNALIZADOS EN ADOLESCENTES**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MARIANA RUIZ IBARRA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES

COMITÉ: LIC. PATRICIA JOSEFINA VILLEGAS ZAVALA

LIC. PATRICIA BAÑUELOS LAGUNES

DRA. MARÍA DEL PILAR ROQUE HERNÁNDEZ

MTRA. MÓNICA ESTHER NIETO VÁZQUEZ



MEXICO, D.F.

JUNIO, 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.

Dedicatorias

A mis padres Sandra y Javier, por apoyarme en todos los aspectos de mi vida, por brindarme las herramientas suficientes para lograr lo que soy y lo que seré, gracias a sus enseñanzas he podido ser una persona plena y muy feliz.

Mamá siempre has sido y serás la mejor mujer, esposa, madre y amiga incondicional de la cual estoy muy orgullosa, debo decirte que muchos de mis éxitos te los debo a ti. Te amo.

Papá eres el mejor hombre consentidor que me ha brindado mucho apoyo en todas las decisiones importantes que tomo en mi vida, te quiero hasta arribotota hasta el cielo.

Alberto porque eres el mejor amigo, cómplice y hermano, gracias por tu apoyo, tus consejos y tus chistes. Eres mi persona favorita en el mundo, eres mi campeón y mi orgullo.

a mi hermano pequeño. Mauricio eres la personita más enojona y loca, eres mi vida. Te amo hermanito.

La familia es la fuerza más grande que existe para lograr el desarrollo favorable y óptimo de cada individuo que la conforma, mi familia es mi fuerza y mi motor a seguir.

“mientras la familia Ruiz Ibarra este bien, todo lo demás no va a importar”.

Agradecimientos

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, por brindarme la oportunidad de pertenecer a esta casa máxima de estudios, sobre todo a mi facultad Fes Zaragoza porque en ella me forme y aprendí a ser mejor persona.

Al Programa de Prevención Psicológica, por concederme la oportunidad de pertenecer al congreso estudiantil como vicepresidenta y aportar los conocimientos necesarios e importantes para mi desarrollo profesional.

A mí querido profesor, amigo y director el Dr. Juan Jiménez, por todas las enseñanzas y conocimientos, por brindarme su confianza y porque siempre será un factor importante que me impulse a seguir superándome profesionalmente.

A mi asesora la Mtra. Mónica Nieto, por su paciencia, interés, sus consejos y sus valiosas aportaciones a este proyecto.

A la Dra. Pilar Roque gracias por sus palabras de ánimo, por sus consejos por otorgarme su confianza y reconocimiento.

A la Lic. Patricia Bañuelos por demostrarme el alcance de mi investigación y mis capacidades y exhortarme a no declinar.

A la Lic. Patricia Villegas por su apoyo durante este proceso.

No podrían faltar las personas importantes de mi vida.

A mis amigos quienes estuvieron conmigo en todo momento durante la carrera: Rubén Nava, Gustavo Romero, Carlos Olivera.

A mis cómplices, amigas y colegas: Brenda Rubio, Mariana Ortega, Lilian Rueda y Fernanda López con quienes compartí los momentos más trascendentes de mi vida y junto a ellas aprendí a ser mejor persona.

Gracias al director Lic. Rafael Gómez Alvarado por brindarme la oportunidad de trabajar en la secundaria Lic. Jesús Reyes Heróles, elemento esencial para la realización de este proyecto.

A todos ustedes, gracias.

ÍNDICE	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA	4
1.1 Desarrollo del adolescente.....	4
1.1.1 Desarrollo emocional.....	6
1.1.2 Desarrollo psicosocial.....	8
1.2 Adolescencia y Familia.....	9
CAPÍTULO II. PRÁCTICAS PARENTALES	11
2.1 Apoyo parental.....	12
2.2 Control conductual.....	12
2.3 Control psicológico.....	13
CAPÍTULO III. PSICOPATOLOGÍA EN LOS ADOLESCENTES	16
3.1 Clasificación de la psicopatología en el adolescente.....	17
3.2 Sistemas de clasificación de psicopatología.....	18
3.3 Modelo categórico DSM-IV.....	20
3.4 Sistema dimensional ASEBA.....	25
3.5 Problemas internalizados y externalizados en adolescentes.....	30
3.6 Diferencias de género.....	32
3.7 Factores de riesgo.....	33
CAPÍTULO IV. PRÁCTICAS PARENTALES Y PSICOPATOLOGÍA	36
4.1 Prácticas parentales y síntomas internalizados y externalizados.....	36
4.2 Prácticas parentales y problemas externalizados en adolescentes.....	38
4.3 Prácticas parentales y problemas internalizados en adolescentes.....	40
CAPÍTULO V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	43
CAPÍTULO VI. MÉTODO	45
CAPÍTULO VII. RESULTADOS	53
CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
APÉNDICES.....	83

- Apéndice 1. Carta de consentimiento informado, cuestionario de problemas internalizados y externalizados para los padres.**
- Apéndice 2. Cuestionario de Prácticas Parentales para los Adolescentes.**
- Apéndice 3. Distribución de frecuencias para las Prácticas parentales del padre.**
- Apéndice 4. Distribución de frecuencias para las prácticas parentales e la madre**
- Apéndice 5. Escala de CBCL**
- Apéndice 6. Distribución de frecuencias para las conductas internalizadas.**
- Apéndice 7. Distribución de frecuencias para las conductas externalizadas**

RESUMEN

Las prácticas parentales que llevan a cabo los padres de familia, son formas de comportamiento parental de gran importancia para encauzar la conducta de los adolescentes. El objetivo de este trabajo fue estudiar la influencia que tienen las prácticas parentales percibidas por sus hijos adolescentes sobre los problemas internalizados y externalizados en adolescentes. Con este propósito, los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2008) y la Lista de Conductas Infantiles (CBCL 6-18: Achenbach & Rescorla, 2001) validada para población mexicana (Hernández-Guzmán, 2005). Se realizó un estudio explicativo (Kerlinger, 2002), utilizando una muestra de 220 diadas formadas por adolescentes y sus padres de familia, respectivamente. Se utilizó una correlación de Pearson para evaluar la relación entre las prácticas parentales percibidas por los hijos adolescentes y los problemas internalizados y externalizados en los adolescentes. Para determinar la influencia de las prácticas parentales de madres y padres respecto a los problemas emocionales y de conducta específicamente, para lo cual se utilizó una Regresión Lineal Múltiple. Los resultados obtenidos indican que la variable de control psicológico que ambos padres ejercen sobre su hijo posiblemente promueve problemas internalizados como la ansiedad-depresión, problemas de pensamiento así como la imposición y el control psicológico, provocan problemas de conducta y agresividad.

Palabras clave: Prácticas parentales, adolescentes, problemas internalizados, problemas externalizados, estudios explicativos.

INTRODUCCIÓN

El papel de la familia es un elemento importante para el desarrollo óptimo del individuo, ya que es la primera institución donde niños y adolescentes adquieren habilidades y capacidades para funcionar de manera adecuada en su entorno social. Debido a la importancia que el contexto familiar tiene en este aspecto, el presente estudio se ha centrado principalmente en analizar las prácticas parentales, es decir, aquellos comportamientos específicos que padres utilizan para influir en conductas particulares de sus hijos. Las prácticas parentales determinan la interacción entre padres e hijos, y se dividen en las siguientes dimensiones: apoyo parental, control conductual y control psicológico. El apoyo parental se refiere a la calidad de soporte y cariño que muestran los padres, éstos padres son tolerantes y sensibles, suelen sonreír elogiar y muestran sensibilidad y calidez ante las necesidades de sus hijos, el control conductual es un conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres ejercen, en cuanto al control psicológico se refiere a aquellas conductas donde los padres son intrusivos y manipulan emociones, conductas y pensamientos usando estrategias como la crítica excesiva, retiro del afecto, cariño y la inducción de culpa.

El presente estudio muestra un modelo de interacción entre las prácticas parentales de ambos padres percibidas por sus hijos sobre el efecto que éstas tienen en el desarrollo de problemas internalizados y externalizados en adolescentes, dichas variables han sido investigadas ampliamente, y estudiarlas en conjunto toma una importancia significativa, ya que se pueden implementar estrategias adecuadas de prevención y solución a dichos problemas.

Conforme a lo anterior, este trabajo se configura por ocho capítulos, describiendo los conceptos principales de esta investigación, y finalmente la presentación de los resultados y su discusión.

En el *capítulo 1* se hace una breve revisión de los aspectos relacionados con la adolescencia, resaltando sólo el desarrollo emocional y psicosocial del adolescente.

En el capítulo II se definen las prácticas parentales resaltando las principales dimensiones que la conforman, como el apoyo parental, el control conductual y el control psicológico.

A lo largo del capítulo III se describe el concepto de psicopatología en adolescentes, así como la clasificación de la misma, es por ello que se describen los enfoques vigentes, categórico DSM-IV-TR, (APA, 2005) y dimensional ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2001). También se describen la diferencia de género y finalmente se abordan los factores protectores y de riesgo de los problemas psicopatológicos en los adolescentes.

En el *capítulo IV* ofrece una recopilación de investigaciones que están directamente relacionadas con las prácticas parentales que los padres ejercen y los problemas emocionales y de conducta en los adolescentes.

En el *capítulo V* se presenta el planteamiento del problema, en esta parte se esboza el modelo propuesto para los objetivos de esta investigación.

El *capítulo VI* se presenta el método, la pregunta de investigación, hipótesis, descripción de la muestra e instrumentos utilizados. En el siguiente capítulo se explican los resultados encontrados, se presentan los datos sociodemográficos de los participantes con sus respectivas tablas y figuras.

Por último, en el *capítulo VIII* se presenta la discusión, como también se presentan las limitaciones y sugerencias al estudio.

De esta manera se han expuesto las partes que constituyen el presente trabajo, a continuación se procede a explicar los fundamentos teóricos.

CAPÍTULO I

ADOLESCENCIA

Diversas investigaciones indican que un número importante de adolescentes presentan algún problema emocional o de conducta, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos en México estas conductas se han convertido en un problema de salud pública (Fleiz, Villatoro, Medina-Mora, Alcántar, Navarro & Blanco 1999; González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermudez & Amador, 2002; Juárez, Villatoro, Gutiérrez, Fleiz & Medina-Mora, 2005) estos hallazgos llaman la atención de investigadores, para determinar qué factores están asociados con la presencia de estos problemas, para poder prevenir la mayoría de ellos. Para la realización de esta investigación, es importante hacer una breve revisión de algunas características del desarrollo físico, social y cognoscitivo del adolescente, además de analizar los riesgos que presentan en esta etapa y finalmente describir la función psicológica que la familia desempeña en el desarrollo del adolescente.

1.1 Desarrollo del adolescente

La adolescencia es un periodo en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos entre sí. Durante esta etapa, a diferencia de cualquier otro periodo de la vida es preciso que sociedad e individuo coincidan en un entendimiento. Todo adolescente ha de aprender a participar de manera efectiva en la sociedad; la competencia necesaria para hacerlo, la debe adquirir a través de las relaciones interpersonales. El adolescente puede evaluar constantemente su competencia gracias a la interacción inevitable con sus padres, maestros, patrones y compañeros, quienes lo exhortan, evalúan, premian y castigan. Las personas que intervienen en la vida del adolescente dirigen y preinscriben parcialmente su conducta, y su censura o aprobación ayudan a determinar su entrega al comportamiento responsable (Grinder, 1996).

Esta etapa se inicia aproximadamente entre los 9 o 11 años de edad y se concluye entre los 18 y 20 años, cuyos cambios que se experimentan en este período adoptan distintas formas dependiendo algunos escenarios sociales, culturales y económicos

(Papalia, Wendkos & Duskin, 2010). Hay ciertas discrepancias con la edad de inicio y termino, por ejemplo, el aumento rápido de estatura nos indica que la adolescencia puede situarse desde los 11 o 12 años hasta los 17 o 18 (Grinder, 2010). Por otro lado, Craig (2001) señala que en la cultura moderna la adolescencia abarca un periodo de por lo menos 10 años. Tanto su inicio como su final suelen ser poco precisos pues se abarca desde los 12 años a los 21 años de edad, sin embargo el mejor indicador para definir el momento exacto en que se convierte adulto es la madurez emocional.

Por lo tanto, la adolescencia es una etapa caracterizada por cambios, los cuales se reflejan en el aspecto físico, psicológico y social (Delval, 2002) así mismo, este periodo se caracteriza por ser dramático e inestable, en el que se producen innumerables tensiones, acompañadas de conflictos, dudas y problemas en el que el adolescente tiene que sufrir crisis, por un conflicto que el sujeto tiene consigo mismo y con su entorno (Izquierdo, 2003).

También, los cambios físicos que los adolescentes experimentan en esta etapa, son aquellos que ocurren en la estructura cerebral. La mayoría de los científicos creían que el cerebro había madurado por completo a la llegada de la pubertad. Sin embargo, estudios recientes indican que el desarrollo del adolescente todavía está en progreso. Entre la pubertad y la adultez temprana tienen cambios significativos en las estructuras cerebrales involucradas en las emociones, el juicio, la organización de la conducta y autocontrol.

Esto tiene que ver con la toma de riesgos que los adolescentes presentan, parece que el resultado de esto se debe a la interacción de dos redes cerebrales 1) una *red socioemocional* sensible a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los pares, y 2) una *red de control cognoscitivo* que regula las respuestas a los estímulos. La red socioemocional incrementa en la etapa de la adolescencia, mientras que la red del control cognoscitivo madura de manera más gradual hacia la adultez temprana. Esos hallazgos pueden ayudar a explicar la tendencia de los adolescentes a mostrar arrebatos emocionales y conductas de riesgo y porque la toma de riesgos suele ocurrir en grupos (Papalia et al, 2010).

Aunado a lo anterior, el adolescente madura afirmándose como ser humano independiente, pero su sentido de competencia e identidad depende de las maneras como responda a las obligaciones y asimile las primeras experiencias. Así descubre cuáles son los compromisos que tiene con la sociedad y aprende de manera satisfactoria a adoptar los comportamientos propios de los roles a efectuar y a emplear los recursos de su sociedad para llevar a cabo esos cometidos (Grinder, 2001).

1.1.1 Desarrollo emocional del adolescente

La adolescencia es un periodo en el que la persona se hace notoriamente consciente de facetas relacionadas con la autoimagen y la identidad, adquiriendo gran relieve y motivo de preocupación con aquellos aspectos relacionados con la atracción personal, la competencia social y el miedo a la evaluación negativa que pueden hacer los demás. El incremento de miedos y preocupaciones de tipo social-evolutivo parece ser un fenómeno intrínseco a la propia adolescencia. Ocurren dos fenómenos fundamentales durante esta etapa que predisponen hacia la ansiedad social. Por una parte, debido a que supone una cierta inmersión en la vida adulta, implica así mismo un incremento de las demandas sociales. En segundo lugar se produce un notable incremento de desarrollo cognitivo (operaciones formales) que posibilita al individuo la conciencia de discrepancia entre la perspectiva de los demás y la propia visión de sí mismo (Sandín, 1997 en Papalia et al, 2010).

La percepción psicológica gira principalmente en lo físico y en lo emocional. Se produce una reestructuración de la imagen corporal, el estado de ánimo es oscilante, hay una fuerte autoconciencia de las necesidades y deseos de comprensión y apoyo por parte de los mayores, en este caso sus padres. Aun cuando las figuras parentales dejan de ser la fuente casi exclusiva para fomentar la autoestima, las amistades son cruciales en esta etapa. Los grupos tienden a ser del mismo sexo, facilitando el fortalecimiento de identidades y roles (Krauskopf, 1999 en Papalia et al 2010).

La adolescencia ofrece oportunidades para crecer, no sólo en relación con las dimensiones físicas sino también en la competencia cognoscitiva y social, la

autonomía, la autoestima, y la intimidad. Los jóvenes que tienen relaciones de apoyo con los padres, la escuela y la comunidad tienden a desarrollarse de una manera saludable y positiva (Horroks, 2008).

Así como los adolescentes obtienen relaciones de apoyo con sus padres, también lo obtienen de sus grupos de referencia y muchas de esas ideas son concernientes a los roles y valores. Los grupos de referencia pueden estar compuestos por individuos con quienes interactúan a menudo y con los que mantienen relaciones estrechas, sin importar si son amplios o reducidos, el adolescente debe de integrar esos roles a una identidad personal, durante ese procedimiento se le llama búsqueda de identidad.

De acuerdo con Erikson la búsqueda de identidad, es una concepción coherente del Yo formada por metas valores y creencias con los que la persona se compromete de manera firme y aparece durante la adolescencia. El desarrollo cognitivo de los adolescentes ahora les permite construir una “teoría del Yo”. Erikson en 1950 enfatizó que el esfuerzo por darle sentido al Yo es parte de un proceso sano que se construye sobre las bases de los logros conseguidos (la confianza, la autonomía, la iniciativa y la industria) que coloca los cimientos para enfrentarse a los retos de la vida adulta (Papalia et al, 2013).

Tabla 1
Tipos de formación de la identidad propuesto por Marcia (1980)

Tipo	Descripción	Efectos
Exclusión	Se hacen compromisos sin tomar muchas decisiones	Se manifiesta un mínimo de ansiedad; valores más autoritarios y vínculos positivos y sólidos con los otros significativos
Difusión	Todavía no se hacen compromisos, se tiene poco sentido de dirección y evita asuntos.	A veces se abandona o se refugia en el alcohol u otras sustancias para evadir su realidad.
Moratoria	Se pasa por una crisis de identidad o por un periodo de toma de decisiones.	Sufre ansiedad ante las decisiones, de las cuales están sin resolver, se lucha con opciones y decisiones antagónicas.
Consecución de la identidad	Se hacen compromisos para superar una crisis de identidad.	Se tienen sentimientos equilibrados por los padres y la familia y están a un paso de alcanzar la independencia.

Los modos de formar esa identidad (Marcia, 1980), de acuerdo con la teoría de Erikson para la formación de la identidad son: la exclusión, difusión, moratoria y consecución de la identidad. En la Tabla 1 se explica, si el individuo pasó por un periodo de toma de decisiones denominado crisis de identidad y si se ha comprometido con una serie específica de opciones, por ejemplo con un sistema de valores o un proyecto ocupacional.

Las categorías que se muestran en la Tabla 1, no son etapas, representan el estado de desarrollo de la identidad durante un momento en particular y es probable que éste cambie en cualquier sentido a medida que los jóvenes continúan desarrollándose. El estado de identidad influye de modo profundo en las expectativas sociales del adolescente, en su imagen personal y en sus reacciones ante el estrés, por ejemplo la ansiedad es una emoción dominante entre los jóvenes que están en el estado de moratoria, a menudo luchan con opciones y valores antagónicos, les abrumba continuamente lo imprescindible y las contradicciones, las relaciones con sus progenitores son ambivalentes, luchan por conseguir la libertad y al mismo tiempo temen o se resisten a la desaprobación de sus padres (Papalia et al, 2013).

El desarrollo psicosocial, es una característica que está muy ligada con el desarrollo emocional y con los cambios que ocurren en el cerebro, en este desarrollo ocurren algunos ajustes que los adolescentes pasan, desde la infancia y son técnicas transmitidas regularmente por los padres que le permiten incorporarse al grupo social en el que viven.

1.1.2 Desarrollo psicosocial

Los ajustes que emprenden los individuos para distinguirse unos de otros y para adaptarse a la estructura social se conocen en ciencias sociales como socialización. El concepto de socialización se refiere al proceso mediante el cual los individuos adquieren las características personales que les ofrece el sistema: conocimientos, disponibilidades, actitudes, valores, necesidades y motivaciones, todas las cuales conforman la adaptación de los individuos al panorama físico y sociocultural en el que viven. La socialización efectiva se caracteriza por la asimilación compleja de las

expectativas sociales, por la ejecución habilidosa de los comportamientos apropiados del rol y por el empleo eficiente de los recursos del sistema social, con el fin de lograr metas propuestas (Grinder, 2001).

La adolescencia implica la transformación de las relaciones padre-hijo que caracterizaron a la niñez. Es por ello que la adolescencia, como transición crítica que entraña demandas sociales emergentes, es de por sí un periodo del ciclo vital de especial vulnerabilidad. Aunado a estos cambios, durante la adolescencia el desajuste psicológico constituye una amenaza seria a la salud psicológica y emocional de la persona a mediano y largo plazo (Caraveo, 2007).

Es por eso que la familia desempeña una función psicológica esencial para el ser humano, a través de la socialización las personas se convierten en seres sociales, interiorizan las normas que regulan las relaciones sociales y forman una imagen de lo que son y del mundo que les rodea, la familia crea en el adolescente las bases de su identidad y le enseña a apreciarse a sí mismo, es decir desarrolla autoconcepto y su autoestima (Pons & Berjano, 1997).

1.2 Adolescencia y familia

Hasta el momento se ha mencionado que generalmente, la adolescencia, es una etapa de transición, a pesar de ello los adolescentes ya han alcanzado un nivel considerable de independencia; es por ello que en este proceso de cambio la relación padre-hijo es muy importante. Los padres intencionalmente o no, son la fuerza más poderosa en la vida de los hijos, la familia en este caso juega un papel fundamental para explicar la aparición de numerosas conductas desadaptativas.

La familia se ha reconocido como la unidad básica dentro de la cual se desarrolla el individuo, en donde aprende a socializarse y relacionarse con su entorno, es primordial debido a que tiene funciones específicas y fundamentales, como proporcionar al niño y adolescente un sistema socializante en el que se enfrenta a un moldeamiento de conductas disciplinarias y afectivas (Horrocks, 1999). La familia, está encargada de transmitir conocimientos, valores, actitudes, roles, hábitos y ayuda

a desarrollar la personalidad e influye en modos de pensar y actuar que se vuelven habituales en los adolescentes (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1992).

Es la familia entonces, la que tiene una considerable influencia en la personalidad, los modos de pensar y formas de actuar del adolescente; a partir de este proceso de socialización se moldea la personalidad del adolescente así como se incorporan actividades y conductas que llegan a ser frecuentes en él (Rice, 1997).

En otras palabras, es la responsable en gran parte del desarrollo psicosocial del adolescente, en este sentido los padres deben caminar en una línea muy fina ente darles suficiente independencia a los adolescentes y protegerlos de lapsos inmaduros de juicio. La supervisión parental efectiva depende de lo mucho que los adolescentes les dejen saber a sus padres acerca de su vida cotidiana, y también depende del ambiente que los padres establezcan. También puede ser que la relación de los adolescentes con sus progenitores se vea afectada por la situación vital de estos: como su trabajo, la situación matrimonial y su nivel socioeconómico.

Estas variables familiares son un factor importante para la prevención de problemas emocionales y de conducta o de lo contrario un factor importante para el entendimiento de conductas problema. Dentro del ámbito familiar se pueden destacar los estilos y prácticas parentales como factores significativos sobre conductas problema en los adolescentes, diversos estudios, en este sentido (Dekovic, 1999; Martínez & Robles, 2001; Meschke, Bartholomae, & Zentall, 2002; en Andrade-Palos 2008) han mostrado cómo el apoyo, la autonomía, el control y la supervisión parental son factores protectores o de riesgo, específicamente las prácticas parentales están asociadas con resultados conductuales positivos o negativos en los adolescentes (Palacios & Andrade-Palos, 2008).

CAPÍTULO II PRÁCTICAS PARENTALES

El papel de la familia es un elemento importante en el desarrollo de los adolescentes, ya que es la primera institución donde los jóvenes adquieren habilidades para funcionar de manera adecuada en su entorno social. El ser padres implica la generación de sentimientos habitualmente positivos respecto a los hijos, también involucra tener que encauzar el comportamiento de estos en una determinada dirección. El objetivo es, buscar las conductas parentales que se relacionan directamente con modelar las conductas que estos valoran como apropiadas y deseables para sus hijos, tanto para su desarrollo personal a su integración social (Campos, Eceiza & Paez, 2004).

Para entender mejor este proceso es necesario distinguir entre estilos parentales y las prácticas parentales. Los estilos parentales son un conjunto de conductas comunicadas hacia el niño y que causan un clima emocional en el cual la conducta parental se expresa (Darling & Steinberg, 1993). Para Baumrind (1980) los estilos parentales son procesos a través de los cuales los padres intentan socializar a los hijos por medio de prácticas conductuales y emocionales. Esta autora postula tres estilos: el autoritario, autoritativo y el permisivo. Sin embargo otros autores redefinen la tipología de Baumrind incorporando el estilo negligente, así mismo estudios posteriores diferencian al estilo negligente, apoyados en las dimensiones de apoyo y control (Maccoby & Martin, 1983).

El proceso por el cual los padres intentan socializar a los hijos es muy importante, ya que es una manera de regulación de la conducta de los adolescentes y controla sus impulsos indeseables o antisociales. A medida que los adolescentes interactúan con otros miembros de su cultura se van pareciendo a ellos, adquieren los conocimientos, habilidades, los motivos y las aspiraciones que les deberán permitir adaptarse a su entorno y funcionar de un modo eficaz, dentro de su comunidad (Shaffer, 2002).

El estudio de las prácticas parentales se ha encargado de estudiar comportamientos específicos de los padres para establecer o influir en conductas particulares de los

hijos, que puedan estar relacionadas con la escuela, las tareas del hogar o habilidades sociales (Darling & Steinberg, 1993).

Los estudios sobre conductas parentales se basan en dos grandes dimensiones: Apoyo y Control parental (Barber, 1997). Por otro lado, las investigaciones recientes han integrado elementos importantes dentro de las prácticas parentales que permiten entender mejor los estilos parentales, que son, el control psicológico y conductual (Barber, 1996; Olsen & Shagle, 1994). Por lo tanto el siguiente apartado nos aproxima al concepto de apoyo parental y a las características que los padres tienen cuando utilizan esta práctica con sus hijos.

2.1 Apoyo parental

El apoyo parental, se refiere a la cantidad de soporte y cariño que muestran los padres hacia sus hijos. Los padres clasificados como tolerantes y sensibles suelen sonreír, elogiar y estimular a sus hijos, expresando una gran cantidad de cariño aun cuando pueden volverse bastante críticos cuando un niño se porta mal. Por el contrario los padres menos tolerantes y relativamente insensibles pueden ser poco objetivos a la hora de criticar, subestimar, castigar o ignorar al niño, ellos raramente comunican a sus hijos que los valoran o los aman (Barber, 2002).

Los resultados de diversas investigaciones son consistentes al reportar que un alto apoyo parental se relaciona con un menor número de problemas en el niño, tanto emocionales como de conducta (Amato & Fowler, 2002; Barber & Buener, 1996; Fletche, Steinberg & Williams- Wheeler, 2004; Olivia, Parra, Sánchez & López, 2007, en Betancourt, 2007). Así como debe de existir una comunicación afectiva de cariño, también los padres deben establecer límites reglas y restricciones a sus hijos, esto se le llama control conductual, a continuación se explicará cómo se define este constructo y que características posee.

2.2 Control conductual

El control conductual es definido como el conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos y el conocimiento de las actividades

que estos realizan (Betancourt, 2008). Las investigaciones en torno a este tema han demostrado resultados poco claros, ya que hay datos que apoyan la afirmación, de que el control afecta de manera positiva la conducta de los hijos, sobre todo cuando se refiere a las estrategias de supervisión utilizados con ellos (Bates & Cris, 2001); sin embargo también se asocian de forma negativa con la presencia de problemas cuando se utilizan estrategias intrusivas para controlar la conducta (Buener & Barber, 2002 en Palacios & Andrade-Palos, 2006).

Como se ha mencionado, el término control conductual desde una perspectiva positiva, dentro de un ambiente estable y afectuoso, actúa como factor protector frente a problemas psicológicos (Aunola & Nurmi, 2005). De lo contrario, en un ambiente familiar estricto y carente de afecto, tiende a haber mayor control psicológico que conductual, lo que está relacionado con tasas altas de problemas de conducta como la delincuencia o la agresividad (Ramírez-Castillo, 2002). El control psicológico inhibe las expresiones de autonomía e inicio de independencia del hijo y afecta de manera negativa a futuro, por lo tanto muchos autores definen el control psicológico de muchas maneras, a continuación se revisaran estas definiciones acerca del control psicológico (Steinberg, 1990).

2.3 Control psicológico

Existen diferentes definiciones del control psicológico, sin embargo, todas estas definiciones suponen que es una forma negativa para la autonomía de los adolescentes.

El concepto de control psicológico se refiere a patrones manipuladores de comportamiento parental que inhiben el desarrollo psicológico del adolescente y su individualización por acción de la condicionalidad del afecto (Barber, 1996). El control psicológico son los métodos psicológicos que controlan las actividades y conductas del adolescente, que no permiten que se desarrolle como parte autónoma de sus padres (Shaefer, 1995).

Otros autores definen a este concepto, como aquellos patrones de interacción familiar que impiden el proceso de individualización o el grado relativo de distancia psicológica del adolescente con sus padres (Barber, Olsen & Shagle, 1994).

Los padres que ejercen esta práctica parental restringen el funcionamiento autónomo del hijo con interacciones asfixiantes y agobiantes, amenazan al hijo con el retiro del afecto e intentan controlar su mundo psicológico, además estos padres manipulan sus emociones, sus juicios son desaprobados y sus gratificaciones son excesivas, les limitan el descubrimiento de sí mismos, también fomentan la ansiedad, la falta de confianza y de iniciativa (Barber, 1992).

El control psicológico es un tipo de coerción, un control pasivo-agresivo que es hostil hacia el adolescente, manifestado a través de cierto tipo de estrategias. Estos autores (Barber et al, 1994) sugieren que hay tres principales dominios de los cuales, los padres ejercen control sobre sus hijos y son, las cogniciones, las emociones y las conductas; cada uno de estos dominios puede tener diferentes efectos dentro del desarrollo del adolescente; el dominio cognoscitivo refleja el control psicológico de los padres sobre el desarrollo cognoscitivo de sus hijo, así como de la expresión de sus pensamientos. El dominio emocional refleja el control parental sobre la manipulación de las emociones de los adolescentes, esto quiere decir, que estos padres ejercen este tipo de control retirándoles amor y manipulan e inhiben las respuestas emocionales de sus hijos, por temor al rechazo. En cuanto al dominio conductual, este refleja un control psicológico por medio de la restricción de conductas del adolescente a este se le conoce como sobreprotección (Mons, Steinberg, Sessa, Aveneboll, & Stik, 2002 en Palacios, & Andrade-Palos, 2006).

Se considera importante diferenciar entre control conductual y control psicológico vía manipulación conductual. El control conductual se refiere al nivel de monitoreo y límites de escenarios que los padres mantienen; las metas del control conductual son la socialización y regulación conductual, por el contrario, el control psicológico vía conductual se refiere a la exclusión del adolescente en cuanto a la toma de decisiones lo cual provoca dependencia (Steinberg, 1990).

Diversos estudios han tratado de describir la influencia del control psicológico sobre problemas de conducta, variable que está relacionada con un alto riesgo de presentar problemas de conducta en adolescentes, se puede decir que hay una relación directa entre el control psicológico y los problemas de conducta basada en la manipulación y el chantaje emocional por parte de los padres (Finkenauer, Engels & Baumeister, 2005). Los problemas de conducta y los problemas emocionales suelen manifestarse en adolescentes que no cuentan con los recursos de control y autorregulación que les ayuden a afrontar las dificultades emocionales (Compas & Gottlib, 2003).

En el primer capítulo se explicó el desarrollo normal del adolescente, resaltando que la familia es responsable en gran parte del desarrollo psicosocial de éste, ya que sí se brindan las estrategias de socialización adecuadas, éste puede ser un adulto autónomo y responsable, sin embargo cuando las prácticas ejercidas por los padres no son adecuadas, sobre todo con el control psicológico cuyas variables están relacionadas con un alto riesgo de que los adolescentes presenten graves problemas psicológicos. Con el siguiente capítulo aproximo al lector a la parte psicopatológica del adolescente, los factores que están relacionados y por qué se convierte en una preocupación de salud social. Se comenzará por explicar el concepto de psicopatología en los adolescentes.

CAPÍTULO III PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES

La psicopatología en adolescentes representa una preocupación social, se considera que la adolescencia es una etapa del desarrollo caracterizada por los conflictos psíquicos, por crisis y reestructuración de la personalidad debido a esto se puede analizar desde una perspectiva psicopatológica o anormal de la adolescencia (Contini de González, 2006).

Por psicopatología se entiende al desarrollo normal que se ha vuelto inapropiado o desviado, esto quiere decir, que existen conductas esperables a cierta edad, pero que si son llamativas, se presentan de manera conjunta y persisten, pueden convertirse en patológicas y es cuando se habla de trastorno o de un conjunto de síndromes (Caraveo, 2007). Los estudios en el campo del desarrollo de la psicopatología han mostrado que algunos trastornos iniciados en la infancia persisten durante la adolescencia hasta llegar a la edad adulta, e incluso pueden asociarse con otros trastornos psiquiátricos (Durand & Barlow, 2007).

En los últimos años, se ha incrementado el estudio de los trastornos o problemas psicológicos en adolescentes, lo que ha llevado a la construcción de un modelo teórico conocido como psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo dentro de la investigación psicológica. La psicopatología evolutiva en adolescentes es el estudio de los orígenes y el curso de los patrones individuales y de desadaptación conductual, cualquiera que sea el comienzo, las causas o transformaciones de su manifestación en la conducta y cualquiera que sea el curso del patrón evolutivo (Stroufe & Rutter 1984).

El estudio de la psicología evolutiva consiste en explicar qué procesos del desarrollo subyacen a todos los ámbitos del funcionamiento, y en particular cómo se produce la compleja integración de sistemas biológicos y psicológicos de la persona para explicar la conducta adaptada como la desadaptada (Esquivel, 2010).

A continuación se describirán los problemas que manifiestan los adolescentes y las principales características de los mismos, es decir, describir la psicopatología en los adolescentes específicamente en problemas internalizados y externalizados.

3.1 Clasificación de la psicopatología en adolescentes

A lo largo del tiempo, el interés por clasificar los trastornos psiquiátricos de los adolescentes se ha incrementado. Aunque el profesional clínico con experiencia pueda resolver el problema psicopatológico de un niño o adolescente, sin acudir a las clasificaciones, éstas son imprescindibles para el progreso y quehacer científico (Domenéch & Ezpeleta, 1995).

El propósito importante de las investigaciones de problemas en niños y/o adolescentes ha creado clasificaciones adecuadas y con un gran respaldo empírico (Achenbach & Edelbrock, 1983) propusieron una clasificación de los problemas con base en los síntomas presentados por los adolescentes, de esta forma, estos autores los clasifican en dos tipos: los trastornos internalizados (angustia, depresión, alteración de los estados de ánimo, timidez, retraimiento, tristeza) y externalizados (impulsividad, agresión, hiperactividad, violación de las reglas y mentiras). También existen evidencias significativas de acuerdo al sexo, que se retomarán más adelante.

Sin embargo, existen críticas acerca de la tipificación de la psicopatología, algunos críticos han afirmado que la clasificación de ésta genera problemas con el desarrollo de estereotipos de las personas que son colocadas en ciertas categorías diagnósticas. Además que las etiquetas surgidas de los sistemas de clasificación se acompañan de estigmas y otras actitudes negativas (Compas & Gotlib, 2003).

A pesar de estas dificultades, el nivel científico de la psicopatología infantil y de adolescentes, considera pertinente ayudarse de las clasificaciones, apoyándose de un sistema taxonómico, que es utilizado con el fin de identificar semejanzas y diferencias entre las personas que son atendidas en la práctica clínica. Los sistemas de clasificación más utilizados son particularmente los categóricos (DSM-IV, CIE-10) con mayor confiabilidad (Compas & Gotlib, 2003).

3.2 Sistemas de clasificación de psicopatología

Un sistema de clasificación es una forma de describir un fenómeno de manera sistemática; por lo tanto se revisarán las principales categorías o dimensiones de problemas que se han elaborado tanto para fines clínicos como científicos. De acuerdo con Ezpeleta y Navarro (1995) las clasificaciones de problemas psicopatológicos pueden dividirse en:

1. *Sistema de clasificación derivados de nosologías de adultos*: son sistemas de clasificación, derivados clínicamente, basados en opiniones y observaciones de diferentes profesionales en su práctica clínica. Dentro de esta clasificación se pueden consultar al Manual Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV, 2002) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
2. *Sistemas clasificados creados específicamente para menores*: el interés cada vez mayor de los problemas en adolescentes requirió de sistemas de clasificación distintos a los utilizados en adultos y dio lugar a nuevos planteamientos. Estos planteamientos taxonómicos han sido desarrollados para el diagnóstico de psicopatologías infanto-juvenil y a su vez se dividen en clasificaciones, evolutivos, categóricos y dimensionales, que se describirán a continuación:

Clasificaciones evolutivas: Este modelo fue propuesto originalmente por Greenspan y Lourine (1981) desde el contexto de la psicopatología evolutiva, y está centrado principalmente en las primeras etapas de la vida. Trata de explicar tanto el desarrollo normal como patológico en función de las conductas del niño y adolescente. Propone organizar el diagnóstico en función de la adaptación de la conducta a los diferentes niveles de desarrollo más que hacer referencia a síntomas o rasgos. La propuesta más elaborada de este modelo, plantea la necesidad de evaluar los diferentes niveles de funcionamiento del adolescente (físico, emocional y social) además de sus estrategias o patrones de afrontamiento con relación a las tareas evolutivas propias de cada edad.

Antes de explicar las dimensiones categóricas, cabe mencionar que para entender mejor la psicopatología del adolescente se propone estudiarla desde dos perspectivas: la formal y la informal, en la primera se utiliza el término de trastornos, mientras que la segunda se usa el término problemas (Achenbach, 1993). Estos términos se derivan de acuerdo a su sistema taxonómico. Como ya se mencionó anteriormente la perspectiva formal está representada por el DSM-IV y la CIE-10 que son derivados de la nosología del propio niño y del adolescente.

Clasificaciones categóricas: Estos sistemas de clasificación tienen su origen en la medicina por lo tanto, sólo los problemas se conceptualizan desde una perspectiva médica, es decir aquellos que estarán presentes o ausentes dependiendo de los síntomas manifestados (Call, 1983).

Estas clasificaciones realizan una evaluación cualitativa de los trastornos mentales en las que son consideradas entidades discretas cualitativamente diferentes de lo que es considerado normal: permiten clasificar los problemas como presentes o ausentes, dando lugar a una clasificación jerárquica y excluyente.

Las nosologías categóricas para psicopatología han sido construidas por grupos de expertos, mediante la formulación de conceptos diagnósticos como base de categorías diagnósticas. Estos criterios son generalizados para determinar aquellas características que son necesarias para establecer cuáles son en cada caso y así determinar la presencia de un trastorno (Betancourt, 2007).

Dimensional: esta categoría es la principal representante de esta concepción para la clasificación de la psicopatología infantil, es el sistema cuantitativo informal de Achenbach (1993): Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Este sistema denominado múltiple o multivariado, es una aplicación de procedimientos estadísticos que tratan de identificar covariaciones entre distintas conductas.

Para la clasificación de un trastorno, los sistemas categoriales se basan en una serie de características necesarias y suficientes, los sistemas dimensionales suponen que la asignación de un diagnóstico depende del grado o medida en que las

características del sujeto coinciden con aquellas que definen la categoría, considerando los problemas psicológicos como desviaciones cuantitativas del comportamiento normal.

De acuerdo con las clasificaciones dimensionales, existen dos amplias categorías: la primera denominada como problemas externalizados, que se encamina directamente a problemas de conducta, dirigidos al exterior o con otras personas, como la agresión, la hiperactividad, impulsividad, desobediencia y destructividad. Funcionan como una desadaptación dentro de la sociedad (Achenbach & Edelbrock 1983).

El segundo grupo se designa como problemas internalizados, este tipo de problemas son pensamientos o sentimientos que reflejan el estrés interno, como la ansiedad, angustia, alteración del estado del ánimo, timidez, tristeza, soledad, baja autoestima, depresión y miedos que funcionan como una desadaptación que produce daño a los adolescentes (Achenbach et al, 1983).

Después de una breve explicación de la clasificación de problemas psicopatológicos en infantes y adolescentes, a continuación se describirán los sistemas taxonómicos (DSM-IV y ASEBA) más utilizados por el psicólogo clínico para el diagnóstico y la intervención y prevención de los trastornos infanto-juveniles.

3.3 Modelo Categórico (DSM-IV)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 2002) es un sistema de clasificación de los trastornos mentales, que permite elaborar un plan de tratamiento documentado para cada individuo. Este manual parte del modelo médico categórico, que emplea criterios para establecer la presencia de trastornos que son resultado del consenso entre grupo de expertos, es decir son criterios subjetivos y cualitativos. El DSM-IV que explican diversas patologías.

Otra de las características del DSM-IV-TR es que es un sistema de clasificación categórico multiaxial, cuenta con 5 ejes, cada uno de los cuales concierne a una área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. El uso de los cinco ejes en el DSM-IV

refleja el reconocimiento de que una visión amplia de la vida de la persona contribuye a decisiones más eficaces acerca del tratamiento, de lo que resultará de un sólo diagnóstico (Compas & Gotlib, 2003).

En la clasificación Multiaxial del DSM-IV se incluyen 5 ejes:

Eje I. Trastornos Clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II. Trastornos de personalidad

Eje III. Enfermedades médicas

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales

Eje V. Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centra en el simple problema de objeto de la consulta.

En el DSM-IV se define al trastorno mental como: un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que parece asociado a un malestar presente, a una discapacidad (deterioro de una o más áreas de funcionamiento, o una pérdida importante de libertad). Además este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular, cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica (APA, 2005).

Dentro del DSM-IV se encuentra una sección específica destinada a trastornos que suelen diagnosticarse durante la infancia, la niñez o la adolescencia. Por cuestiones

de esta investigación sólo se presentarán los trastornos internalizados y externalizados que se evalúan en este proyecto.

Entre los problemas internalizados se encuentra el trastorno ansioso-depresivo, aislado introvertido, trastornos somáticos, problemas de pensamiento. En el DSM-IV-TR se encuentra el trastorno de ansiedad por separación, la característica principal de este trastorno, es la ansiedad excesiva concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado. La ansiedad es superior a la esperada en sujetos del mismo nivel de desarrollo. La alteración debe mantenerse durante un período de por lo menos 4 meses y empezar antes de los 18 años, este malestar provoca un malestar significativo o deterioro social, académico o de otras áreas importantes del individuo (APA, 2005).

La ansiedad es un constructo que ha sido definido y que ha evolucionado teóricamente; actualmente la ansiedad se define como una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos como el aumento de presión sanguínea. La ansiedad es biológicamente adaptativa y forma parte de las respuestas emocionales del sujeto, pero se considera disfuncional cuando interfiere en el funcionamiento normal. Las manifestaciones de la ansiedad pueden ser a) fisiológicas reflejan la actividad del sistema nervioso autónomo como sudoración temblores o mareos; b) conductuales, que implican comportamiento observable, como respuestas de huida o evitación, llanto, comerse las uñas, temblar; y c) cognoscitivas, que se presentan en forma de pensamientos y autoverbalizaciones catastróficas de preocupación excesiva de auto exigencia o derrota (Hernández-Guzmán, 1999).

Como en el DSM-IV no hay un apartado como tal que diga trastornos somáticos y problemas de pensamiento, la ansiedad es una emoción compleja que se expresa por un sentimiento de tensión emocional y va acompañado por importantes manifestaciones somáticas (Agudelo, Buela Casal & Spielberger, 2007); así mismo la ansiedad afecta los procesos de pensamiento y aprendizaje, tiende a producir confusión y distorsiones en la percepción, estas percepciones tienden a interferir en el

aprendizaje, concentración, memoria y la capacidad para hacer asociaciones (Virgen, Lara Morales & Villaseñor, 2005; en Jiménez Flores, 2014).

Dentro del DSM-IV se encuentra el trastorno depresivo mayor, el cual es un estado del ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en todas las actividades. En los adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste, el sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye: cambios de apetito o de peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos de muerte o ideación o intentos suicidas. Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto, como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado (Criterio A1), este episodio debe ser durante al menos dos semanas.

En los problemas externalizados se encuentra la conducta de romper reglas y la conducta agresiva, en el DSM-IV-TR no se encuentra como tal, los trastornos relacionados con estos problemas, se ubican en la sección de problemas de comportamiento perturbador, el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante.

El trastorno disocial, se caracteriza por un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de otros o importantes normas sociales adecuadas para la edad del adolescente (Criterio A). Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo, causa daño físico o amenaza a otras personas o animales, comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves a la norma. Tres o más comportamientos de estos deben haber aparecido durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses. Este trastorno provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. Los sujetos con trastorno disocial tienden a minimizar sus problemas comportamentales, por este motivo el clínico con frecuencia debe obtener datos de otras fuentes o informadores (DSM-IV-TR).

El trastorno negativista desafiante, se caracteriza por un recurrente comportamiento negativista, desobediente, hostil y desafiante dirigido a las figuras de autoridad, y por lo menos persiste 6 meses (Criterio A), y se caracteriza por la frecuente aparición de 4 de los siguientes comportamientos: accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar o negarse a cumplir normas de los adultos, llevar acabo deliberadamente actos que molestan a otras persona, acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, sentirse fácilmente molestado por otros, mostrarse iracundo y resentido, ser rencoroso o vengativo. Esta clasificación incluye dos categorías: trastorno por déficit de atención no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado (DSM-IV-TR, 2002).

Elegir un sistema de clasificación en psicopatología infantil y adolescente es una tarea comprometida y a la vez difícil, esto es, porque cualquier elección no es neutra. En la actualidad existen numerosas críticas y dificultades para clasificar los trastornos mentales del niño y el adolescente.

De acuerdo con a los apartados que tratan de los trastornos de los niños y adolescentes que están, en el DSM y la CIE-10, dos grandes clasificaciones de mayor difusión internacional, se toma poco en cuenta el factor evolutivo así como las diferencias de expresión de los síntomas según la edad. Esto implica un problema en las primeras etapas del desarrollo, sobre todo en la etapa infanto-juvenil. En estos periodos de cambios rápidos puede ser difícil para encajar un trastorno dentro de una unidad sindrómica rígidamente organizada, según la forma que tiene el síndrome en la adultez (Domenech & Ezpeleta, 1995).

Recientemente han surgido los sistemas de clasificación dimensional los cuales son sistemas empíricos también denominados sistemas múltiples o multivariados, los sistemas dimensionales utilizan escalas de evaluación conductual para obtener información de grandes cantidades de niños, en este caso adolescentes con la finalidad de determinar agrupaciones de conductas altamente correlacionadas. Actualmente estos sistemas conocidos como instrumentos ASEBA, se utilizan a nivel mundial y son la base para las nuevas clasificaciones de psicopatología infantil (Achenbach, Becker, Dopfner, Heiervang, Roessner, Steinhausen & Rothenberger,

2008; en Betancourt, 2007). El siguiente apartado explica a detalle en qué consiste este sistema dimensional.

3.4 Sistema dimensional ASEBA

La propuesta de Achenbach, conocida por las siglas ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment, 1991) ofrece una evaluación rápida y efectiva del funcionamiento adaptativo y no adaptativo en diferentes rangos de edad. Los protocolos están formados no sólo por aspectos patológicos, sino también por competencias y otros aspectos positivos y adaptativos, permitiendo así un mejor conocimiento de la persona evaluada. Las respuestas solicitadas suelen ser “objetivas”, refiriéndose un buen número de ellas a acontecimientos observables, hecho que favorece la fiabilidad de la información obtenida (Achenbach & Rescorla, 2001).

En psicología el término dimensión se entiende por el conjunto de magnitudes que sirven para definir un fenómeno psicológico. Es así que para la concepción dimensional de la psicopatología el número de características diagnósticas es un índice de gravedad y toma en cuenta sus efectos en el funcionamiento cotidiano de las personas. El modelo dimensional se considera como un modelo puramente psicológico, debido a que se emplea en la evaluación psicológica para abordar el funcionamiento psicológico y la gravedad de los problemas que se calcula por el grado en el que se encuentran presentes. De esta manera reconoce las diferencias individuales no sólo en cuanto al número e intensidad de los síntomas, sino también a las dimensiones psicológicas que componen el perfil del funcionamiento de las personas, como son la personalidad, las emociones, la inteligencia, las estrategias de afrontamiento, entre otras (Hernández-Guzmán, del Palacio, Freyre & Alcázar, 2011).

Los sistemas taxonómicos cuantitativos o dimensionales de la psicopatología infanto-juvenil no se basan en un diagnóstico clínico como los sistemas categoriales. Se derivan de la aplicación de métodos estadísticos matemáticos a las listas de posibles síntomas y signos para medir la tendencia de ítems de conducta específicos a representarse agrupados en forma de lo que se denomina dimensiones de conducta

(Domenéch & Ezpeleta, 1995). De acuerdo con Compas y Gotlib (2003) esta concepción utiliza técnicas para estadísticas para identificar pautas de comportamiento interrelacionadas entre sí. En este sistema no se emiten suposiciones acerca de las causas subyacentes o del curso de cualquier problema que deben ser identificados por medio de la investigación empírica.

Para medir estas conductas desadaptativas el instrumento que más cubre apropiadamente los criterios de validez y confiabilidad, es la Lista de Conductas Infantiles (CBCL: Achenbach & Rescorla, 2001), validada para población mexicana por Hernández-Guzmán (2005) este instrumento puede ser contestado por los padres de los niños.

El sistema ASEBA se centra en la evaluación de problemas emocionales y conductuales en niños y adolescentes, produciendo más de 6500 publicaciones en todo el mundo. También las formas prescolares y las de los adultos tienen un gran auge (Bérubé & Achenbach, 2001, 2005, 2007). El sistema ASEBA es muy completo no sólo tiene formas para adultos y adolescentes, también se centra en escalas escolares que brindan una mejor información.

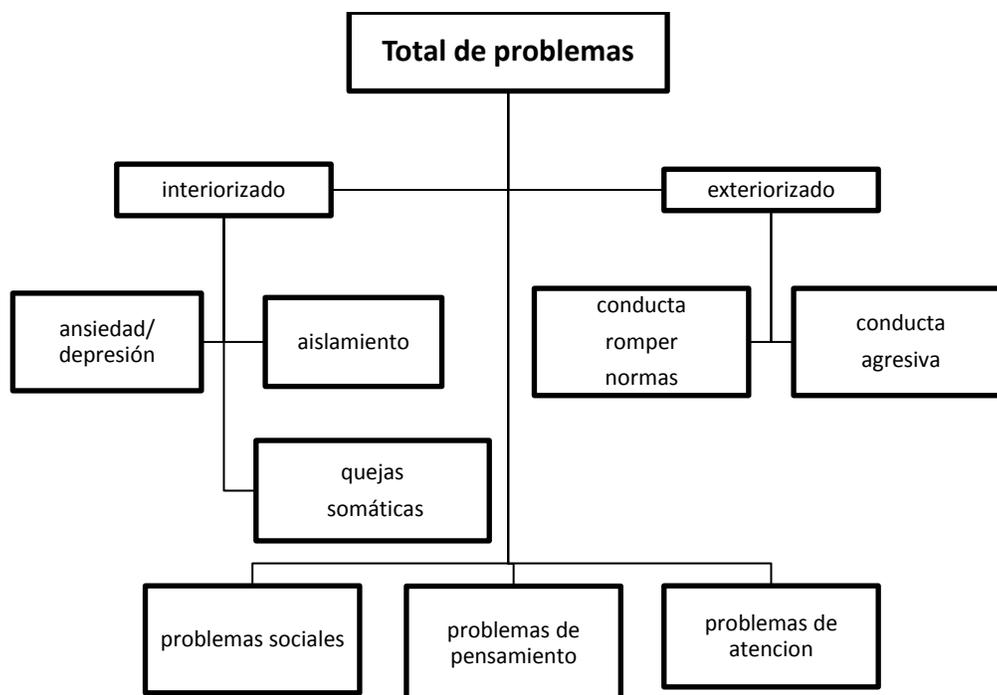
De acuerdo con las investigaciones de Achenbach, 2001; Osa & Rescorla, 2001 estos instrumentos se pueden utilizar con la finalidad de:

1. Obtener una línea base del funcionamiento del niño y/o adolescente, en la que puede indicar la necesidad de intervención.
2. Identificar posibles problemas.
3. Determinar qué conducta debe evaluarse más a detalle.
4. Seleccionar sujetos con problemas particulares o determinados niveles de desviación con respecto a la norma.
5. Identificar los objetivos específicos de posibles intervenciones.
6. Evaluar los efectos de distintos tratamientos o intervenciones.
7. Realizar un seguimiento, siendo indicador de la evolución a largo plazo.

Por tratarse de una prueba de evaluación elaborada desde el enfoque psicométrico-dimensional, los diferentes ítems han sido sometidos a análisis de componentes

principales a fin de identificar grupos de problemas que tienden a coexistir. Los síndromes resultantes son: ansiedad/ depresión, aislamiento, quejas somáticas, problemas sociales, conducta de romper normas y conducta agresiva. Análisis factoriales de segundo orden sobre los ocho síndromes ponen de manifiesto dos agrupaciones que se diferencian entre trastornos internalizados y externalizados. Tal como se puede ver en la siguiente Figura 1.

En cuanto a la fiabilidad, todas las escalas de los síndromes han presentado valores de alfa muy altos al ser aplicadas en muestras americanas, como así también está apoyada la consistencia interna. La fiabilidad test-retest ha sido muy alta en las investigaciones realizadas por estos investigadores, los estudios realizados recientemente en otros contextos culturales sustentan los mismos resultados, a pesar de encontrar valores ligeramente inferiores. Las correlaciones observadas al estudiar entre el acuerdo de informantes concuerdan con los datos observados en estudios similares en que se utiliza como fuente de información, niños adolescentes y padres de familia (Achenbach & Rescorla, 2001).



Figra 1. Síndromes empíricos basados en las escalas de múltiples informadores (Achenbach & Rescorla, 2001)

Achenbach y McConaughy (2003) hicieron una revisión de diversas investigaciones donde utilizaron el instrumento del ASEBA, para poder determinar qué variables están asociadas entre sí. Estos autores encontraron que las variables que están relacionadas son, por ejemplo, las causas de los problemas, prevención, tratamiento y evaluación de los tratamientos, así como investigaciones longitudinales y de desarrollo.

Por otra parte, Achenbach y sus colaboradores (2001) obtuvieron informes de padres y maestros de una muestra de Estados Unidos significativamente representativa, con más de 4,000 niños y adolescentes que habían sido canalizados a servicios psicológicos o psiquiátricos, además de un reporte por parte de los niños y adolescentes. Estos datos se utilizaron para identificar grupos, o síndromes, de conducta y emociones que ocurrían juntas consistentemente. Los resultados obtenidos fueron un total de ocho síndromes, a partir de los reportes de los padres, maestros y los reportes de los mismos niños y adolescentes de edades entre 4 y 18 años (Compas & Gotlib 2003).

1. Alejamiento (prefiere estar solo, se niega a hablar, es tímido)
2. Quejas somáticas (se siente mareado, tiene dolores y achaques, padece jaquecas, tiene náuseas).
3. Ansioso/ deprimido (es solitario; es nervioso y tenso, es temeroso y ansioso, desdichado, triste, deprimido).
4. Problemas sociales (demasiado dependiente, es objeto de burlas, no les agrada a sus compañeros).
5. Problemas de pensamiento (no puede dejar de pensar en ciertas cosas, escucha cosas, repite actos).
6. Problemas de atención (no puede concentrarse, no puede estar quieto, es impulsivo, no pone atención).
7. Conducta delictiva (se escapa de casa, inicia actos vandálicos, roba en casa o fuera de ella, consume alcohol o drogas).
8. Conducta agresiva (agrede física y verbalmente a sus compañeros, es testarudo e irritable, es desobediente en la casa y en la escuela).

Estos ocho síndromes son divididos dentro de dos tipos amplios de conducta que son; los problemas externalizados: (conducta delictiva, conducta de romper reglas, conducta agresiva, problemas sociales), y problemas internalizados (aislamiento, ansioso/deprimido, somatización, y problemas de pensamiento). Esta clasificación ha sido reconocida en diversas culturas debido a que en los hallazgos encontrados en las investigaciones que han utilizado las diversas escalas del sistema de evaluación ASEBA validadas para esas poblaciones, las dimensiones coinciden con las cuales se diseñó el sistema taxonómico (Rescorla, Achenbach, Ivanova, Dumeci, Almquist, Bilenberg, 2007; Valencia & Andrade-Palos, 2004).

Para facilitar la lectura de los resultados, estas escalas ofrecen la posibilidad de ver las puntuaciones de los ítems formados a partir los reportes de los padres, los niños/adolescentes o profesores en forma de perfiles. Estos instrumentos presentan puntos de corte que permiten diferenciar a las personas que están dentro de lo “normal” de aquellos que se encuentran en un rango clínico. Es así como Achenbach (1991) propuso que las conductas desviadas, que normalmente son motivo de búsqueda de ayuda profesional, son meras desviaciones cuantitativas de las características que pueden ser normales en ciertos periodos de desarrollo, es decir, tanto la conducta normal como la anormal se entienden como variaciones dentro de un continuo de rasgos o características y no como fenómenos dicotómicos.

Las investigaciones de Achenbach y colaboradores de la Universidad de Vermont tienen una relevancia importante dentro de la psicología, debido que en las fases iniciales de su investigación se enfocó a la psicopatología durante la niñez y la adolescencia, área que había sido descuidada por parte de los sistemas taxonómicos categóricos. Además de que fueron uno de los primeros, en desarrollar un intento de una taxonomía completa basada en datos empíricos de los expertos, acerca de qué tipo de trastornos y síndromes caracterizan principalmente al niño y al adolescente (Compas & Gotlib, 2003).

Como se había señalado, los protocolos de Achenbach ofrecen descripciones estandarizadas del funcionamiento, derivadas de análisis estadísticos que reflejan patrones de coocurrencia entre distintos síntomas. Así pues la información que

facilitan, no corresponde, en un principio, a un diagnóstico formal como, por ejemplo, el DSM. En un intento de aproximar el modelo dimensional y categorial en una única estrategia de evaluación, la última versión de la formas escolares del ASEBA incorpora las escalas de DSM (Achenbach & Rescorla, 2001).

En cuanto al enfoque clínico-categorial y el enfoque psicométrico-dimensional no son mutuamente excluyentes ni incompatibles en su utilización clínica de investigación. Cada uno de ellos posee ventajas y limitaciones, parece entonces que, la combinación de estos enfoques aboga por incorporar, información diagnóstica con medidas dimensionales, de gravedad o deterioro originando un método superior para identificar condiciones diagnósticas (aportación del enfoque categorial) clínicamente significativas (la aportación del enfoque dimensional) que justificaría una buena intervención (Achenbach, 2001).

El uso de sistemas taxonómicos en la psicopatología basados en evidencia tiene grandes ventajas de brindar un diagnóstico seguro, y una intervención psicológica adecuada, además de generar investigación para la eficacia y tratamiento de problemas que surjan, llevar a cabo estudios epidemiológicos con el objetivo de conocer la distribución y los diferentes trastornos o problemas, sobre todo porque se tiene especial interés en aquellos problemas internalizados y externalizados. A continuación se describe la prevalencia de estos problemas.

3.5 Problemas internalizados y externalizados en adolescentes

En el desarrollo normal del adolescente es frecuente observar conductas antisociales tales como: la mentira, la irritación, la negación, que al ser comportamientos aislados no tienen relevancia clínica ni social para la mayoría de los adolescentes. Cuando estas conductas ocurren continuamente o no son superadas en el curso de su desarrollo, afectan el funcionamiento diario y tienen implicaciones importantes para quienes estén en contacto con el adolescente, y se consideran desviaciones significativas de la conducta normal (Kazdin & Buela-Casal, 1994).

La expresión “problemas de conducta” se refiere a aquellas conductas que se consideran como transgresión de las normas sociales que regulan el comportamiento

aceptable, y por ello son indeseables. Sin embargo, cabe mencionar que las normas pueden variar de una cultura a otra, y de una familia a otra. Por lo que la descripción de una conducta como “normal” o problemática depende del contexto en que tiene lugar. Podría considerarse que los adolescentes que presentan problemas externalizados son aquellos que se desvían significativamente de la norma social imperante en un determinado contexto (Sandoval & Simón, 2003).

De esta manera la literatura suele distinguir entre problemas conductuales y problemas emocionales. De acuerdo con Achenbach y Edelbrock (1987) los problemas de la adolescencia se definen como el grado de desviación del rango esperado para una conducta adecuada de acuerdo a la edad, sexo y medio social en el que se desarrolla el adolescente. Una de las clasificaciones más aceptadas para diferenciar los problemas de los adolescentes se distingue dos tipos de problemas: 1) **problemas internalizados (emocionales)**: aquéllos en los cuales las reacciones emocionales y cognitivas se manifiestan hacia el mismo individuo y se presentan en forma de depresión, ansiedad o fobias y se caracterizan por un exceso de contención de los impulsos; y 2) **problemas externalizados (conductuales)**; son los que causan daño o molestia a otras personas tales como, la conducta antisocial, la violencia, la delincuencia y el problema con el abuso de sustancias tanto legales como ilegales, estos problemas se caracterizan por la escases de control de impulsos.

Otros autores mencionan que los problemas emocionales, son síndromes internalizados, variaciones o inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, preocupación y culpabilidad, entre otros síntomas (López, Alcántara, Fernández, Castro & López, 2010).

Los trastornos internalizados se inician principalmente en la infancia o en la adolescencia. En México, la edad promedio en la cual aparecen los trastornos de ansiedad es alrededor de los 14 años; los de primera aparición son los de ansiedad por separación, la fobia específica y social (Medina-Mora y cols., 2003). La depresión se considera un trastorno de inicio temprano, ya que la cuarta parte de las personas

que han vivido un episodio de depresión en México tuvo su primer episodio de como niño o adolescente (Benjet & cols., 2004).

Por otra parte, los problemas externalizados se componen por trastornos de conducta disruptiva, que se inicia en la infancia. Los trastornos de conducta son más visibles en el contexto familiar y escolar al manifestarse en conductas disruptivas que interfieren en el funcionamiento de los adolescentes en sus contextos (López, Alcántara, Fernández, Castro & López, 2010).

En cuanto a la prevalencia de los problemas conductuales en México, un estudio realizado por Caraveo Colemnares y Martínez (2001) se encontró que en general 16% de una muestra de 1932 niños presentaban algún tipo de psicopatología, de este porcentaje presentaban inquietud (19%), irritabilidad (17%), déficit de atención (14%), desobediencia (13%), y explosividad (11%). La presencia de problemas internalizados y externalizados en la adolescencia intervienen con el desarrollo normal y óptimo, ya que repercute significativamente en áreas sociales, familiares e individuales, por ello es importante mencionar de qué manera afecta y con qué frecuencia se presentan estas patologías dependiendo el sexo del adolescente.

3.6 Diferencias de género

En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (Benjet, 2009), se informa que los trastornos más frecuentes en jóvenes de 12 a 17 años de edad, fueron las fobias específicas y la fobia social. Al realizar el análisis por sexo los trastornos con mayor prevalencia en las mujeres fueron, las fobias, la depresión mayor y el trastorno negativista desafiante. Mientras que en los hombres, los trastornos más prevalentes después de las fobias fueron, el abuso de alcohol y el trastorno disocial. Los resultados mostraron que las mujeres presentaron un mayor número y prevalencia de trastornos. Del mismo modo, la evidencia empírica es consistente en reportar que los problemas conductuales se presentan con mayor frecuencia en los hombres y que los emocionales están más presentes en mujeres (Betancourt & Andrade- Palos, 2011).

De acuerdo a los datos mencionados, los trastornos psiquiátricos en adolescentes son de gran importancia y son uno de los problemas de salud pública, por lo tanto, es

necesario investigar de dónde provienen estas complicaciones para entenderla, explicarla y poder prevenir e intervenir a tiempo.

Hay evidencia sobre factores que se asocian a la presencia de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes, la literatura indica que estas se pueden agrupar en individuales, sociales y familiares y cada una de ellas impacta de manera diferente, en este caso los factores familiares han mostrado ser un predictor importante, específicamente las conductas de los padres, como son las prácticas parentales, que se han mencionado anteriormente (Betancourt & Andrade-Palos, 2011).

3.7 Factores de riesgo

Los objetivos de la psicopatología son el estudio de fenómenos psíquicos, el conocimiento de las organizaciones y dinámicas psicológicas que están en la base del psiquismo, ignorando así un mayor conocimiento de sus determinantes, evolución y de las consecuencias que puede generar un trastorno (Almonte, Montt & Correa, 2003).

Por lo tanto el desarrollo de la psicopatología evolutiva ha tenido un impacto importante en la investigación de los factores de riesgo de las psicopatologías en adolescentes, obligando a generar enfoques más procesuales que presten atención no sólo a la identificación de factores si no a comprender sus modos de actuar en esta etapa (Cova, 2004).

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento y como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención (Hernández-Guzmán; Benjet, Andar, Bermudez, & Bernal, 2010).

Identificar factores de riesgo asociados a la psicopatología en los adolescentes es uno de los objetivos prioritarios de la investigación epidemiológica. La utilidad de estos datos se pone de relieve al considerar sus posibles aplicaciones en el ámbito de la

salud mental: generar algunas hipótesis explicativas sobre la etiología de los trastornos que ayuden a realizar una detección temprana de los factores o grupos de riesgo para elaborar planes de prevención que eviten el desarrollo de patologías más severas o su mantenimiento hasta la edad adulta (Bragado, Bersabé, & Carrasco, 1999).

Los factores de riesgo pueden ser *predisponentes* (vulnerabilidad biológica), *precipitantes* (experiencias de vida), *mantenedores y agravantes* (principalmente contextos como, la familia, la escuela, sociedad y las manifestaciones clínicas a la persona) o *determinantes*, que se refiere al protagonismo de la persona al no asumir o no resolver las situaciones perturbadoras (Almonte, Montt & Correa, 2003).

Por otra parte, los conceptos de factor de riesgo y factor de protección y prevención están estrechamente relacionados. Un factor de protección disminuye la probabilidad de que aparezca el trastorno o de que se dé un resultado negativo ante una determinada adversidad (Rutter, 1985, en Ezpeleta, 2005). Los factores de protección son habitualmente característicos del individuo, como la buena autoestima, o del ambiente, como la buena relación familiar que ayudan a amortiguar los efectos de la adversidad. Como se ha mencionado anteriormente la intervención preventiva puede ir dirigida a eliminar factores de riesgo o impedir sus efectos, para potenciar los factores de protección (Ezpeleta, 2005).

Las prácticas parentales han sido la principal causa de interés de los investigadores del desarrollo psicosocial del adolescente, existen evidencias empíricas que las prácticas parentales repercuten en el desarrollo psicopatológico. En el capítulo anterior se definió el concepto de psicopatología, como aquel desarrollo normal que se vuelve inapropiado o desviado, de las conductas esperadas a cierta edad y que si éstas se presentan de manera conjunta y persisten por un cierto periodo de tiempo, pueden convertirse en trastorno.

Se mencionó que hay un interés importante por clasificar los trastornos propios de los de niños y adolescentes. Achenbach y Edelbrock (1983) proponen una clasificación de estos problemas presentados por adolescentes; estos son de dos tipos, los

trastornos internalizados y los internalizados, actualmente el sistema más utilizado en la práctica clínica es el CBCL, instrumento para evaluar psicopatología, y que se utilizará en este trabajo. El siguiente capítulo pretende dar a conocer cuáles son los factores predominantes para el desarrollo de psicopatologías en adolescentes, explicando algunas investigaciones orientadas a la evaluación de algunos trastornos y la relación que estos tienen con las prácticas parentales.

CAPÍTULO IV PRÁCTICAS PARENTALES Y PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES

Por varios años, los estilos, las prácticas parentales, así como los conflictos entre padres e hijos, han sido foco de interés de los investigadores científicos del desarrollo, para conocer el impacto que éstos tienen en el desarrollo psicosocial de los adolescentes. Desafortunadamente México no es la excepción ya que existe suficiente evidencia empírica, que reporta datos de cómo las prácticas parentales repercuten en el desarrollo psicopatológico en adolescentes, por lo tanto el siguiente capítulo describe algunas investigaciones de aquellas problemáticas que están vinculadas con el desarrollo de problemas.

4.1 Prácticas parentales y problemas internalizados y externalizados

Los factores principales que investigadores toman en cuenta para la construcción de instrumentos orientados a una evaluación favorable y validados en población mexicana radica en diversas variables, los principales mencionados en la lectura se deben a las prácticas de socialización que los padres utilizan para con sus hijos, las creencias y los valores familiares, la edad y sexo son variables que también se toman en cuenta, cabe mencionar que es importante resaltar la manera de como la cultura contribuye a la formación de las prácticas parentales. Muchos teóricos interesados, se ayudan de diversas técnicas y métodos para llegar a estos resultados (Flores & Góngora, 2004; Jiménez, 2000; en Palacios & Andrade, 2006). En el siguiente apartado, se describen algunas de estas investigaciones para revisar la relación que existe entre las prácticas parentales y los problemas psicopatológicos.

En México, Betancourt (2007) halló que preadolescentes que presentan problemas externalizados tienen madres que utilizan la devaluación y no tienen mucha comunicación con sus hijos; quienes presentan problemas de atención, tienen madres que utilizan la inducción de culpa y padres que utilizan control psicológico; los que presentan conducta desafiante tienen madres que utilizan la devaluación e inducción de culpa; los que presentan problemas interpersonales tienen papás que utilizan control psicológico y los que tienen problemas de pensamiento es porque sus mamás

utilizan como práctica la devaluación e inducción de culpa. En otra muestra de adolescentes mexicanos, Andrade, Betancourt y Orozco (2006) reportaron que preadolescentes que presentaron un nivel de depresión mínima, obtuvieron puntajes significativamente más altos en control conductual tanto de la mamá como del papá, y puntajes más bajos en control psicológico de la mamá, en comparación con aquellos que presentaron depresión leve y moderada (Andrade & Betancourt, 2008).

Otros factores asociados a estos problemas, con respecto a los padres, van desde el nivel socioeconómico, nivel educativo de los padres hasta problemas maritales y características individuales, principalmente de las madres como la autoestima, ansiedad, depresión, niveles de estrés, tristeza y enojo que representan fuentes de ansiedad para el niño y el adolescente que dañan su funcionamiento socioemocional, por lo que la depresión materna se ha asociado con trastornos de ansiedad y con problemas externalizados en adolescentes (e.g. trastornos de conducta, agresividad, trastorno por déficit de atención) que comienzan a edades tempranas y se continúan hasta la adolescencia (Denhan, 1989, en Hernández-Guzmán, 1999).

La violencia de los padres (tanto con los hijos como entre ellos) se correlacionó positivamente con problemas somáticos, interpersonales e ideación suicida en adolescentes (González-Fortreza, Andrade & Jiménez, 1997, en Betancourt, 2007). Otro aspecto relevante es el conflicto marital, factor de riesgo que se relaciona con problemas conductuales y emocionales de los adolescentes (Gerard, Krishnakumar & Buehler, 2006). Otra variable son los bajos niveles de educación de la madre, ya que se relacionaron con problemas emocionales y de conducta en niños y adolescentes (Honglund y Leadbeater, 2004).

La relación padre e hijo es de primordial relevancia para esta investigación, esto quiere decir aquellos estudios que tienen relación con los estilos de parentalidad y la correlación que hay entre los problemas emocionales y de conducta, por ejemplo el estilo permisivo se asoció con el consumo de drogas y el estilo negligente con conductas antisociales como: impulsividad, rebeldía y delincuencia (Campos, Eceiza & Paez, 2004). Por otro lado, adolescentes que percibieron a sus padres como autoritarios reportaron mayor número de conductas problemáticas (consumo de

tabaco, alcohol, marihuana, conducta antisocial agresividad y conducta delictiva) (Palacios et al, 2005). Sin embargo, algunos estudios mencionan que la relación de afecto tanto del padre como de la madre se relacionaron positivamente con la autoestima de los adolescentes, así como la comunicación del padre, se relacionó con puntajes altos de autoestima tanto en hombres como mujeres adolescentes (González-Forteza et al, 1997).

Con base a la revisión previa, se aprecia que son múltiples las variables que pueden estar relacionadas con el desarrollo de problemas internalizados y externalizados en adolescentes, el siguiente apartado está destinado a explicar aquellas variables que únicamente están relacionadas con los problemas externalizados.

4.2 Prácticas parentales y problemas externalizados en adolescentes

Palacios y Andrade (2008) hicieron una investigación, de “la influencia de las prácticas parentales en las conductas problemas en adolescentes”. El objetivo de este trabajo fue analizar la presencia de varias conductas problema como son: conducta sexual, consumo de tabaco, alcohol y drogas, intento de suicidio, conducta antisocial y conducta delictiva, en adolescentes y probar el nivel de predicción dependiendo el sexo y la edad. De acuerdo con el objetivo de los autores, las prácticas parentales involucradas en las conductas problema permitirán conocer qué factores predicen la presencia de la conducta multiproblema en los jóvenes, así como las conductas de riesgo que se relacionan con otra. Para ello se seleccionó una muestra no probabilística de 1000 jóvenes 485 hombres y 515 mujeres, con un rango de edad de 14 y 22 años, de una escuela pública de educación media superior del Distrito Federal.

Se aplicaron dos instrumentos, el primero la escala multidimensional elaborada por Palacios y Andrade (2006), en una escala de tipo Likert la cual mide la percepción de los adolescentes de las prácticas parentales de apoyo, autonomía, imposición, reconocimiento, control, supervisión, toma de decisiones y motivación. El segundo instrumento se integró de un conjunto de preguntas relacionadas a la vida sexual, el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína, el intento de suicidio y la conducta

antisocial. Se les preguntó a los jóvenes si habían realizado 1 o 2 de estas conductas problemáticas los últimos seis meses. Para medir la conducta antisocial tomaron la escala de Palacios (2005), la cual consta de 42 reactivos divididos en cuatro factores, agresión, comportamiento antisocial, conducta delictiva, y robos menores, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (nunca a muchas veces).

Los resultados obtenidos, muestran que el 30.5% de los adolescentes reportó haber iniciado su vida sexual a los 15 años, con respecto al consumo de tabaco en los últimos seis meses, el 46% de los adolescentes fuma cigarrillos, y la edad de inicio es de los 14 años. En cuanto al consumo de alcohol, el 51.9% de los jóvenes ha consumido alcohol, la edad de inicio es muy similar a la del consumo de tabaco, siendo la edad promedio a los 14 años de edad. El 19.3% de los adolescentes ha consumido marihuana y la edad promedio de inicio es alrededor de los 15 años, edad muy cercana para el caso de la cocaína, cuya edad de inicio es alrededor de los 16 años. En lo que respecta al intento de suicidio el 12.3 % reportó haberlo intentado una o más veces en su vida y la edad promedio del intento suicida fue alrededor de los 14 años. En cuanto al comportamiento antisocial, el 31.1% ha cometido actos antisociales, el 5.4% ha cometido algún tipo de agresión hacia algún objeto o persona, el 4.1% han cometido algún tipo de robo menor y menos del 1% se considera como delito.

Los resultados obtenidos sobre la forma y proporción de cómo se relacionan las conductas problemáticas en los adolescentes, con el consumo de alcohol y tabaco, está asociado además con la ingesta de otras drogas, así mismo el empleo de éstas, se asocia a una mayor probabilidad de presentar actividad sexual, cometer actos antisociales o bien la relación de estas conductas como un facilitador para el intento suicida. Presentar una conducta de riesgo coloca al adolescente en un punto vulnerable ya que presentar una conducta problemática, incrementa la probabilidad de involucrarse con otras conductas (Palacios & Andrade, 2008).

Al analizar las prácticas parentales que influyen en la covariación de las conductas problemáticas se encuentra a la baja supervisión materna y a la alta imposición paterna, de tal manera que estas variables en su conjunto explican un porcentaje

significativo de la varianza. En diversas investigaciones se menciona que la supervisión parental es un factor que protege al adolescente de involucrarse en conductas problema, a diferencia del apoyo, la comunicación o la autonomía; así mismo, la evidencia señala que una relación negativa con el padre percibida por el adolescente es un factor que promueve conductas que afectan la salud éste último (Andrade, 2002; Baumrind, 1991; Palacios & Andrade 2008).

Como se pudo observar en el capítulo anterior, una vez más podemos ver que las prácticas parentales están implicadas en conductas problema de los adolescentes, y cómo la familia juega un papel importante en la transmisión de pautas de comportamiento para involucrarse o no en conductas que comprometen la salud de los adolescentes. Los resultados confirman la importancia de la familia y de la percepción que el adolescente tiene de sus relaciones familiares, con la presencia o ausencia de comportamientos de riesgo, es este sentido que Rivera (2000), señaló que para el abordaje de la prevención primaria, es importante incluir a la familia como factor promotor de salud, brindando interés en la vida y estabilidad en el adolescente. De manera que un ambiente familiar donde haya interacción positiva entre padres e hijos, una menor imposición y una buena supervisión hacia los hijos ayudará a prevenir conductas problemáticas (Andrade-Palos et al, 2008).

Como se pudo revisar, el capítulo anterior estuvo destinado a la revisión de cómo las prácticas parentales influyen en conductas externalizadas. El siguiente apartado está desarrollado para ver cómo estas prácticas están involucradas con los problemas internalizados, constructos que de acuerdo a la literatura están muy relacionados.

4.3 Prácticas parentales y problemas internalizados en adolescentes

Las investigaciones centradas en relacionar las prácticas parentales con diversas patologías, tales como depresión, ansiedad, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, hostilidad son muy variadas. Algunas de ellas han analizado la importancia del control psicológico, como variable predictora de los problemas internalizados.

En México, Vallejo, Mazadiego, Osorno. (2008) investigaron la relación que existe entre el control parental y la sintomatología depresiva en adolescentes, participaron 555 estudiantes de secundaria y bachillerato de Poza Rica y Papantla Veracruz, de los cuales 165 eran hombres, y 390 mujeres entre edades de 11 y 19 años. Los datos obtenidos de esta investigación confirman que la sintomatología depresiva en adolescentes; es mayor en los varones que de las mujeres, a mayor control psicológico ejercido por los padres, mayor sintomatología depresiva en los hijos, y a mayor supervisión (control conductual) por parte de los padres menor sintomatología depresiva existe.

En esta misma línea Andrade, Betancourt, Vallejo, Celis y Rojas (2012) analizaron el poder predictivo en la sintomatología depresiva en adolescentes, procedentes de tres ciudades de la República Mexicana (26.5% fueron de la Ciudad de México; 26.7% de Poza Rica Veracruz; y 46.8% de Culiacán, Sinaloa). El 51.4% fueron hombres y el 48.6% mujeres, con un rango de edad de 11 a 17 años y una media de 13.3 años. En este caso se evaluaron nueve dimensiones de prácticas parentales, de las cuales cinco eran para la madre: comunicación, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual; y cuatro dimensiones para el padre: comunicación/control conductual, autonomía, imposición, y control psicológico. Para evaluar la sintomatología depresiva se utilizó la versión revisada y adaptada para población mexicana de Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R). Los resultados obtenidos de esta investigación indican que la sintomatología depresiva se asoció con el control psicológico e imposición de ambos padres y de forma negativa con la comunicación, autonomía y control conductual, tanto materno como paterno. Se realizaron análisis de regresión lineal para determinar el efecto que tienen las practicas parentales en la sintomatología depresiva, de esta manera se llevaron a cabo por sexo y por lugar de residencia. De manera breve y general, los resultados mostraron que en las mujeres fue un mayor porcentaje de varianza (de 26 a 31%) en comparación con los hombres (de 6 a 25%) y que la dimensión que mayor varianza explicó en la mayoría de los grupos fue el control psicológico materno excepto en los hombres de la Ciudad de México y Culiacán.

Como se puede observar la familia influye en el desarrollo socioafectivo del niño y el adolescente, ya que los modelos, valores, normas, roles y habilidades se aprenden durante la infancia, la cual está relacionada con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, con las conductas pro sociales y con la regulación emocional. Por este motivo, Ezpeleta (2005) también realiza investigaciones sobre las psicopatologías de los padres, como factores de riesgo en problemas comportamentales de la infancia y la adolescencia. En las investigaciones revisadas para poder observar la relación que existe entre la relación padre-hijo se utilizó la Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt (2008) que aporta información confiable acerca de la relación que existe entre estas variables. Dicha escala se utilizará en este trabajo.

CAPÍTULO V

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la literatura revisada, identificar qué variables están relacionadas con la presencia de problemas internalizados y externalizados a una edad temprana, se ha convertido en una necesidad de salud pública, ya que se pueden llegar a desarrollar y perfeccionar métodos que permitan una prevención y tratamiento adecuado.

Los datos obtenidos en diversas investigaciones indican que existe prevalencia significativa tanto de problemas emocionales como conductuales en niños y/o adolescentes, es por ello que detectar qué factores están relacionados con estos problemas, promueve la solución de éstos, para su desarrollo óptimo y saludable. Dentro de los factores que se han relacionado con mayor frecuencia y que poseen respaldo empírico, están las prácticas parentales; los hallazgos muestran que el apoyo parental se relaciona con menor número de problemas tanto emocionales como de conducta. En cuanto al control parental aún no queda del todo resuelto, por lo que algunos autores sugieren la distinción entre control psicológico y control conductual, ya que las investigaciones en torno a este tema, apoyan que el control afecta de manera positiva la conducta de los hijos sobre todo cuando se refiere a estrategias de supervisión, sin embargo también se asocian de forma negativa cuando se utilizan estrategias intrusivas para controlar la conducta.

Hay diversas investigaciones que estudian esta relación de las prácticas parentales con la existencia de problemas internalizados y externalizados. No sólo en México sino en diversos países; aun con todas estas aportaciones, la información sigue siendo escasa, es por ello que en esta investigación se evalúa la influencia de las prácticas parentales en el desarrollo de problemas internalizados y externalizados en adolescentes del Estado de México. En la Figura 2 se muestra el modelo propuesto para este estudio.

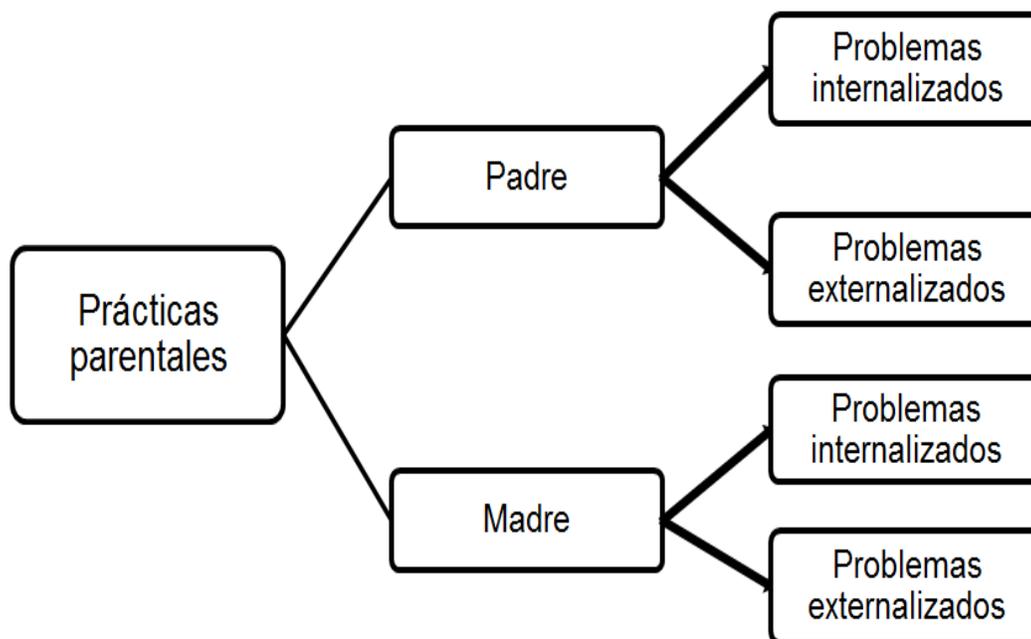


Figura 2. Modelo de interacción entre las prácticas parentales y el desarrollo de problemas internalizados y externalizados en adolescentes.

CAPÍTULO VI MÉTODO

Objetivo general

Evaluar cuáles son las prácticas parentales ejercidas por los padres (padre y madre) que influyen en el desarrollo de problemas internalizados y externalizados en sus hijos adolescentes.

Objetivos particulares

- Determinar el efecto de las prácticas parentales del padre y los problemas internalizados y externalizados en adolescentes
- Determinar el efecto de las prácticas parentales de la madre y los síntomas internalizados y externalizados en adolescentes.
- Determinar la relación entre las prácticas parentales de padres y madres ante los problemas internalizados y externalizados.

Pregunta de investigación

¿Las prácticas parentales que ejercen los padres (padre y madre) predicen el desarrollo de problemas internalizados y externalizados de los adolescentes?

Hipótesis

Hipótesis 1

Las prácticas parentales de los padres percibidas por sus hijos adolescentes, predicen los problemas internalizados y externalizados.

Hipótesis 2

Las prácticas parentales de las madres percibidas por sus hijos adolescentes predicen los problemas internalizados y externalizados.

Hipótesis 3

Existe relación entre las prácticas parentales de ambos padres y los problemas emocionales y de conducta que presentan sus hijos adolescentes.

Definición de variables

Variables dependientes

Variable 1: Problemas internalizados

Definición conceptual: Es la agrupación de síntomas o alteraciones psicológicas encubiertos o reflejados al interior de la persona y se refieren aquellos en los cuales las reacciones emocionales y cognitivas se presentan hacia el mismo individuo (Achenbach, 2001; Achenbach & Rescorla, 2001).

Definición operacional: Los problemas internalizados son aquellas conductas de ansiedad-depresión, aislado introvertido, quejas somáticas y problemas de pensamiento.

Ansiedad-depresión

Con puntajes que van de 01 a 26. El punto de corte (normal) es de 01 puntos a 7. De 8 a 26 se ubica dentro de un rango clínico (Apéndice 5).

Aislado introvertido

Con puntajes que van de 0 a 16. El punto considerado de corte (normal) es de 0 a 5. De 6 a 16 se consideró como rango clínico (Apéndice 5).

Quejas somáticas

Con puntajes que van de 0 a 22, el punto de corte (normal) es de 0 a 4. De 5 a 22 se consideró como rango clínico, es decir aquellos que presentan problemas somáticos (Apéndice 5).

Problemas de pensamiento

Con puntajes de 0 a 30, el punto de corte (normal) es de 0 a 4. De 5 a 30 se consideró como rango clínico (Apéndice 5).

Variable 2. Problemas externalizados

Definición conceptual: Es la agrupación de síndromes o alteraciones psicológicas manifiestas que reflejan conflicto y violan las reglas de convivencia, causan daño o molestia a otras personas. Pueden ser conductas legales como ilegales (Achenbach, 2001; Achenbach & Rescorla, 2001).

Definición operacional: Los problemas externalizados son aquellas conductas como, problemas de atención, conducta de romper reglas (conducta desafiante o negativa), y conducta agresiva.

Problemas de atención

Con puntajes que van de 0 a 20, el punto de corte normal va de 0 a 7. Y de 8 puntos a 20, se consideró como rango clínico, es decir con problemas de atención. (Apéndice 5).

Conducta de romper reglas

Con puntajes que van de 0 puntos a 34, el punto de corte normal va de 0 a 6, y de 7 a 34 puntos, se consideró como rango clínico, es decir con problemas de romper reglas. (Apéndice 5).

Conducta agresiva

Con puntajes que van de 02 puntos a 36, el punto de corte normal va de 02 a 1, de 12 a 36, se consideró como rango clínico, es decir con problemas de conducta agresiva (Apéndice 5).

Problemas sociales

Con puntajes que van de 0 puntos a 23, el punto de corte (normal) va de 0 a 5. De 6 a 23 se consideró como rango clínico, es decir aquellos que presentan problemas sociales (Apéndice 5)

Variables independientes

Variable 1: Prácticas parentales

Definición conceptual: Son las conductas específicas que los padres utilizan en la socialización de sus hijos, y estas a su vez se dividen en Apoyo y de Control (Darling y Steinberg, 1993).

Definición operacional: Evalúa 4 dimensiones para el *padre* (comunicación, autonomía, imposición y control psicológico) y 5 dimensiones para la *madre* (comunicación, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual). Para obtener el puntaje va de 0 a 3. Para obtener el puntaje de cada dimensión se sumaron los reactivos que conforman la dimensión dividiendo entre el total de reactivos por dimensión, obteniendo 4 calificaciones para el padre y 5 para la madre; Esto quiere decir que a mayor puntaje significa que el adolescente percibe con más frecuencia la presencia de esa dimensión.

Participantes

Participaron 220 padres (madre y padre), cuyas edades oscilaban entre los 27 y 64 años de edad. Respectivamente con sus hijos adolescentes (220) de edades entre los 13 y 16 años, que asistían a una secundaria pública de una zona marginada del Estado de México. Se eligió la muestra no probabilística por conveniencia (Kerlinger & Lee, 2002). Por conveniencia porque después de una junta de padres de familia que acudieron a la escuela, se seleccionaron sólo a los alumnos de padres biológicos que vivieran en la misma casa.

Tipo de estudio y diseño

Correlacional y explicativo, porque la finalidad es conocer la relación o grado de asociación de las prácticas parentales de los padres y los síntomas internalizados y externalizados de los hijos adolescentes, para ello se realizaron análisis estadísticos de correlación y regresión (Kerlinger & Lee, 2002).

El diseño fue no experimental, correlacional de tipo transversal (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). No experimental porque se observaron las variables de manera, tal y como se dieron en su contexto natural y no se manipulo ninguna variable. Transversal porque se llevó a cabo en una sola medición y tiempo.

Instrumentos

Escala de Prácticas parentales (Andrade & Betancourt, 2008). La escala de prácticas parentales aporta información de la percepción que tienen los hijos de las conductas de sus padres hacia ellos. Evalúa la comunicación del adolescente con sus papás, la autonomía que fomentan sus padres en él, la imposición y el control psicológico que ejercen los padres hacia los adolescentes; en el caso de la madre se evalúa también la supervisión y conocimiento que tiene la madre de las actividades de los hijos. El instrumento se desarrolló para evaluar la percepción que tienen adolescentes de 12 a 18 años de los comportamientos que tienen sus padres hacia ellos cuando los educan. Es un instrumento autoaplicable de 80 reactivos, 40 reactivos para el papá y 40 para la mamá, una escala de tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta: *nunca, pocas veces, muchas veces y siempre*.

La escala se califica asignando: 1= *nunca*, 2= *algunas veces*, 3= *muchas veces* y 4= *siempre*. Para obtener el puntaje en cada dimensión se suman los reactivos que conforman la dimensión y se dividen entre el número total de reactivos por dimensión, o sea que en el caso de papá se obtienen cuatro calificaciones y en el de la mamá cinco. Y Para interpretar los puntajes obtenidos, se toma en cuenta que, a mayor puntaje significa que el adolescente percibe con más frecuencia la presencia de esa dimensión. En la Tabla 2, se describen las dimensiones que conforman la Escala de Prácticas parentales.

Tabla 2

Definición y confiabilidad de la Escala de Prácticas parentales Andrade y Betancourt (2008)

	Dimensión	Definición de la dimensión	Reactivos que la conforman	Confiabilidad de la dimensión
P a p á	Comunicación y control conductual paterna	Comunicación existente entre el padre y el adolescente y Conocimiento que tienen el padre de las actividades de sus hijos.	1,3,5,8,10,11,15,17,19,24,28,33,35,36,38,39	Alfa = 0.97
	Autonomía paterna	El respeto que muestra el padre en las decisiones que toman los hijos.	12,18,20,22,23,26,27,32	Alfa = 0.94
	Imposición paterna	El grado en que el padre impone sus creencias y conductas al hijo.	4,6,13,21,25,34,37,40	Alfa = 0.90
	Control psicológico paterno	Inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas al adolescente.	2,7,9,14,16,29,30,31	Alfa = 0.90
M a m á	Comunicación materna	Comunicación existente entre la madre y el adolescente.	6,17,18,26,27,30,33,34,36,38	Alfa = 0.92
	Autonomía materna	El respeto que muestra la madre en las decisiones que toman los hijos	7,11,19,22,28,31,37	Alfa = 0.86
	Imposición materna	El grado en que la madre impone sus creencias y conductas al hijo.	8,13,21,29,32,35,39,40	Alfa = 0.81
	Control psicológico materno	Inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas al adolescente.	3,5,9,12,14,16,20,23	Alfa = 0.80
	Control conductual materno	Conocimiento que tienen la madre y el hijo sobre sus actividades	1,2,4,10,15,24,25	Alfa = 0.84

Lista de Conductas Infantiles (Children Behavior Check List CBCL 6- 18: Achenbach & Rescorla, 2001) validada para población mexicana (Hernández-Guzmán, 2005). Es una escala de banda ancha de tipo Likert que contestan los padres o madres, en este caso de los adolescentes. Está compuesta por 118 reactivos, pregunta a los padres sobre los síntomas internalizados y externalizados del adolescente. Su fiabilidad de consistencia interna es de 0.96. Sus reactivos calificados desde: 0= nunca, 1= a veces, y 2= siempre, y se agrupan en 9 factores: *ansioso/deprimido, aislado/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper reglas conducta agresiva y otros problemas*. El instrumento se divide en problemas internalizados (ansioso/deprimido, aislado/ introvertido, y quejas somáticas), externalizados (conducta de romper reglas, conducta agresiva), problemas de pensamiento problemas de atención y otros problemas.

Procedimiento

Se acudió a una secundaria publica “Lic. Jesús Reyes Heróles” ubicada en una zona marginada del municipio de San Vicente Chicoloapan del Estado de México, para informar el propósito y objetivo de la investigación que se realizaría. Se solicitaron los permisos y colaboración correspondientes, principalmente al director, orientadores y padres de familia, para la aplicación de los instrumentos. También se entrenó a un grupo de estudiantes del servicio social de psicología para la administración de los instrumentos.

La aplicación de los instrumentos se realizó después de que se citarán a los padres de familia a una plática informativa acerca de las problemáticas que comúnmente presentan los adolescentes.

Para la participación de las personas en el estudio, se consideraron las normas éticas, resaltando la confidencialidad y anonimato de los instrumentos y la participación fue de manera voluntaria (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Se solicitó el permiso correspondiente para el uso y la obtención de los instrumentos a los autores correspondientes. Los instrumentos se integraron en un solo cuadernillo,

que contenía el consentimiento informado y el cuestionario CBCL. Se cuidó que la redacción de que los reactivos fueran lo más claro posible. La aplicación se llevó a cabo con un grupo de padres de familia que accedieron de manera voluntaria a participar, se les brindaron las instrucciones de llenado y se aclararon todas las dudas. La duración aproximada de la aplicación fue de 15 a 20 min. Al término de la aplicación se dio una plática informativa de los problemas que presentan los adolescentes y la manera que se pueden prevenir.

Con respecto a los adolescentes, después de la autorización y aplicación de los instrumentos a los padres, se acudió a los salones de clases de los alumnos y se pidió a los profesores 15 minutos de su clase para aplicarles el instrumento de Prácticas Parentales de los adolescentes, cuyos padres ya habían resuelto el cuestionario de CBCL, la duración aproximada fue de 10 a 15 min. Al término de la aplicación se agradeció al profesor y a los alumnos por su paciencia.

A continuación se describen los resultados obtenidos del presente estudio, comenzando por los análisis descriptivos de la muestra poblacional.

CAPÍTULO VI RESULTADOS

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos en esta investigación. En primer lugar se muestran las variables sociodemográficas, como edad, sexo, ocupación y escolaridad. También se describen las variables independientes, las prácticas parentales del padre y la madre y las variables dependientes, los problemas internalizados y externalizados en adolescentes, esto es con el fin de comprender las características básicas y generales de la población. La segunda parte incluye los análisis de correlación y regresión realizados, donde se muestran las variables que se relacionan y predicen los problemas internalizados y externalizados en adolescentes.

Análisis descriptivos

Para empezar se calcularon los datos estadísticos básicos, como frecuencia, media, moda y el porcentaje, para el caso de la edad, sexo ocupación y escolaridad, con el propósito de explorar las características generales de la muestra.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Padres de familia

Los padres de familia entrevistados en esta investigación y que resolvieron los instrumentos del consentimiento informado y CBCL, fueron 220 padres de familia de ambos sexos: 189 (85.9%) corresponden al sexo femenino y 31 (14.1%) al sexo masculino. el rango de edad de los padres era de 27 a 64 años con una $M=$ de 44.5 y una $Mo=$ 40 años. Los sujetos de la muestra viven en el estado de México, municipio de San Vicente Chicoloapan.

Respecto a la ocupación de las madres se observó que el 61% (N=116) fueron amas de casa, 27% (N=51), fueron empleadas y 12% (N= 22) reportaron ser comerciantes.

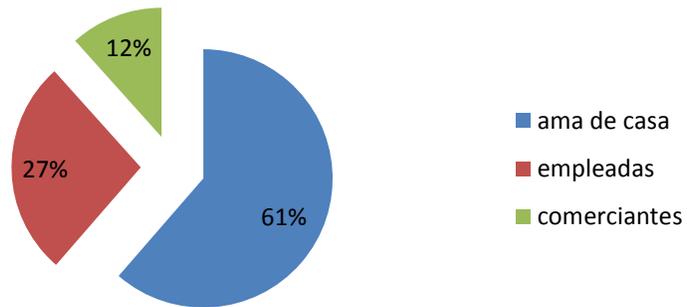


Figura 3
Ocupación de las madres participantes en esta investigación (N=189)

En cuanto a la ocupación de los padres, el 61% (N=19) reportaron ser empleados, el 36% (N=11) fueron comerciantes y 3% (N=1) reportó ser desempleado

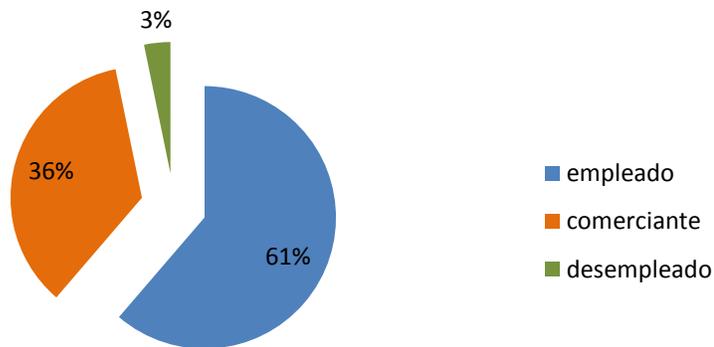


Figura 4
Ocupación que desempeñan los padres participantes en el estudio (N= 31)

En lo que se refiere a la escolaridad de los padres de familia, la mayoría contaban con un nivel de escolaridad básico: 45% (n=101); 88 corresponden al sexo femenino y 13 al sexo masculino. El 22.3% (N=49), corresponde al nivel medio superior 38 son

mujeres y 11 hombres; el 8.6% (n=19) corresponde al nivel de licenciatura, se encontró que 13 mujeres tienen este grado y slo 6 eran hombres. La minoría es para la categoría sin escolaridad con el 1.8% de la población, que corresponde a sólo cuatro madres.

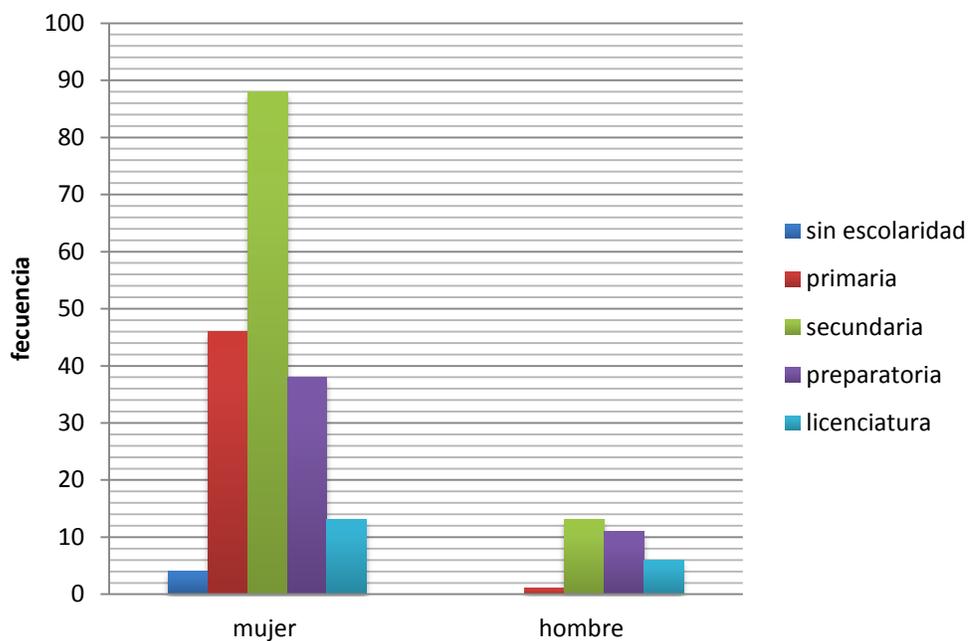


Figura 5
Escolaridad en ciclos teminados de padre y madre de los adolescentes

Resultados de la población de adolescentes

En relación con los datos generales del adolescente, todos fueron del tercer año del turno matutino y vespertino: 56% (n=123), fueron mujeres y el 44% (n=97) hombres, con un rango de edad de 13 a 16 años, con una media de 14 años.

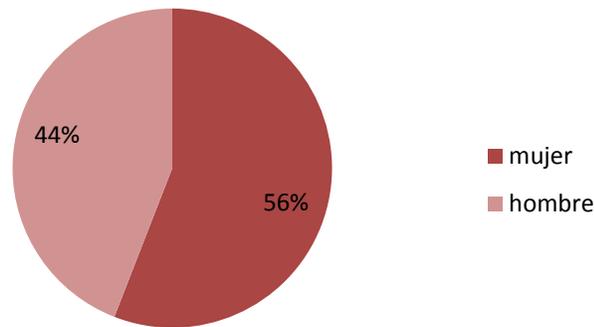


Figura 6
Porcentaje por sexo de los adolescentes N= 220

DESCRIPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS PARENTALES DEL PADRE

En esta sección se presentan los resultados obtenidos sobre las prácticas parentales del padre (comunicación, autonomía, imposición y control psicológico) percibidas por sus hijos adolescentes. Recordemos que el cuestionario de Prácticas parentales (Andrade y Palos, 2008) se presentan los datos descriptivos como la media, desviación estándar rango y número. Tal y como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3
Prácticas parentales del padre percibidas por sus hijos adolescentes

Prácticas parentales del padre	Media	DE	Rango
Comunicación	22.36	12.541	45
Autonomía	15.95	6.364	24
Imposición	5.95	5.107	23
Control psicológico	1.95	2.711	12

En la Tabla 3 se puede observar que 69 padres de familia se ubican en un nivel elevado que utilizan el control psicológico con sus hijos, una media de 1.95 con una desviación estándar de 2.711, de la misma manera se puede observar que en una frecuencia menor 56 padres de familia se comunican muy poco con sus hijos, a pesar de que se comunican poco los padres les dan más autonomía a sus hijos y 60 de

ellos son impositivos (percentil 9). La distribución de frecuencias de estas cuatro variables se puede observar en el Apéndice 3.

Tabla 4
Prácticas parentales de la madre percibidas sus hijos adolescentes

Prácticas parentales de la madre	Media	DE	Rango	N
Comunicación	19.82	8.40	34	59
Autonomía	10.55	4.20	17	61
Imposición	7.06	4.82	21	59
Control psicológico	3.18	3.18	15	61
Control conductual	10.68	3.57	14	56

Como se puede observar en la Tabla 4 los datos indican que con una media de 3.18 y una desviación estándar de 3.18, 61 adolescentes perciben a sus madres controladoras y hostiles, 59 adolescentes perciben a su madre impositiva, a pesar de ello un número considerable (N=59) percibe a una madre comunicativa, con una media de 19.82 una desviación estándar de 8.40. La distribución de frecuencias se puede observar en el Apéndice 4.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROBLEMAS INTERNALIZADOS

Los resultados obtenidos de la dimensión *ansiedad-depresión* los datos arrojaron una media de 4.93 y una desviación estándar de 3.76, de los 220 adolescentes sólo 49 se ubican en un rango clínico siendo el 22.2 % de la población global. De la dimensión *aislado-introvertido*, los datos arrojaron una media de 3.27 y una desviación estándar de 2.74, de los 220 sólo 38 adolescentes (17.2%) se ubican en un rango clínico. En cuanto a la dimensión de *quejas somáticas*, los datos arrojan una media de 2.98 y una desviación estándar de 3.06, el 24% de ellos se encuentran en un rango clínico (54 adolescentes). De la dimensión *problemas de pensamiento* los datos arrojaron una media de 2.51, una desviación estándar de 3.09, de los 220 adolescentes sólo 41 se ubican en un rango clínico siendo el 18.6% de la población global. Las puntuaciones obtenidas se observan en la Tabla 5, la distribución de frecuencias se puede observar en la parte de anexos, el Apéndice 6.

Tabla 5
 Datos obtenidos de los trastornos internalizados

Problemas internalizados	Media	DE	Rango	N
Ansioso depresivo	4.93	3.76	16	49
Aislado introvertido	3.27	2.74	16	38
Trastornos somáticos	2.98	3.06	15	54
Problemas de pensamiento	2.51	3.09	21	41

DESCRIPCIÓN DE LOS PROBLEMAS EXTERNALIZADOS

Los resultados obtenidos de la dimensión *problemas de atención* los datos indican una media de 4.90 con una desviación estándar de 3.74, de los 220 adolescentes sólo 43 (19%) se encuentran en un rango clínico. De la dimensión conducta de *romper reglas* los datos arrojaron una media de 3.02 y una desviación estándar de 2.78, 28 adolescentes de 220 se ubican en un rango clínico, siendo el 12.7% de la población global. En cuanto a la dimensión *conducta agresiva* los datos arrojaron una media de 6.06 y una desviación estándar de 5.49 de los 220 adolescentes sólo 23 se encuentran en un rango clínico, finalmente la dimensión *problemas sociales* con una media de 3.30 y una desviación estándar de 3.19, sólo 44 adolescentes presentan problemas sociales, es decir se encuentran en un rango clínico. Las puntuaciones obtenidas se encuentran en la Tabla 6, y la distribución de frecuencias se puede ver en el Apéndice 7.

Tabla 6
 Problemas externalizados de los adolescentes

Problemas externalizados	Media	DE	Rango	N
Problemas de atención	4.90	3.74	28	43
Conducta de romper reglas	3.02	2.78	14	28
Conducta agresiva	6.06	5.49	54	23
Problemas sociales	3.30	3.19	27	44

A continuación se presenta el análisis de correlación de Pearson para evaluar si existe relación entre estas variables, (prácticas parentales) y (problemas internalizados y externalizados). Después de aquellas variables que se correlacionaron, se hizo un análisis de regresión lineal mostrando el análisis de ANOVA.

Análisis de correlación para las dimensiones de prácticas parentales del PADRE y los problemas internalizados y externalizados en los adolescentes

De acuerdo con resultados anteriores en la Tabla 7 muestra que existe una asociación débil pero significativa entre las prácticas parentales del padre y los problemas internalizados y externalizados en los adolescentes.

Se puede observar (Tabla 7) que hay correlaciones positivas como en el caso de control psicológico que mostró una asociación débil pero significativa en relación con los síntomas internalizados (ansioso-depresivo $r=.179$, $p=.008$; aislado-introvertido, $r=.249$, $p=.000$; y problemas de pensamiento, $r=.140$, $p=.038$) y los externalizados (problemas sociales, $r=.180$, $p=.007$; problemas de atención, $r=.330$, $p=.000$; conducta de romper reglas, $r=.283$, $p=.000$; y conducta agresiva, $r=.211$, $p=.002$).

En el caso del factor imposición, con los únicos síntomas que se asoció fueron con los problemas de atención ($r=.216$, $p=.001$), con la conducta de romper reglas ($r=.283$, $p=.000$). Es decir a mayor control psicológico e imposición del padre, mayores síntomas internalizados y externalizados presentan los adolescentes.

También se puede observar una correlación negativa, una asociación débil pero significativa entre el factor comunicación y los problemas internalizados (ansioso-depresivo, $r=-.251$, $p=.000$ y aislado-introvertido, $r=-.288$, $p=.000$) y los externalizados (problemas sociales, $r=-.165$, $p=.014$; problemas de atención, $r=-.317$, $p=.000$; conducta de romper reglas, $r=-.245$, $p=.000$ y conducta agresiva, $r=-.253$; $p=.000$). La autonomía se relaciona de manera negativa con los síntomas internalizados (Ansioso-deprimido, $r=-.154$, $p=.023$ y aislado-introvertido, $r=-.236$, $p=.000$) y con los externalizados (problemas sociales, $r=-.215$, $p=.001$; problemas de atención $r=-.293$, $p=.000$; conducta de romper reglas $r=-.237$, $p=.000$ y conducta agresiva, $r=-.197$, $p=.003$). Esto quiere decir que a mayor confianza, comunicación y seguridad que los

padres brinden a sus hijos adolescentes, menos problemas de ansiedad, depresión, y agresividad presentan los adolescentes (Tabla 7).

Tabla 7
Relación entre prácticas parentales del PADRE y problemas internalizados y externalizados

Problemas internalizados y externalizados		Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
Ansioso-depresivo	Comunicación	-.251**	.000
	Autonomía	-.154*	.023
	Control psicológico	.179**	.008
Aislado-introvertido	Comunicación	-.288**	.000
	Autonomía	-.236**	.000
	Control psicológico	.249**	.000
Problemas sociales	Comunicación	-.165**	.014
	Autonomía	-.215**	.001
	Control psicológico	.180**	.007
Problemas de pensamiento	Comunicación	-.171*	.014
	Control psicológico	.140*	.038
Problemas de atención	Comunicación	-.317**	.000
	Autonomía	-.293**	.000
	Imposición	.216**	.001
	Control psicológico	.330**	.000
Conducta de romper reglas	Comunicación	-.245**	.000
	Autonomía	-.237**	.000
	Imposición	.175**	.009
	Control psicológico	.283**	.000
Conducta agresiva	Comunicación	-.253**	.000
	Autonomía	-.197**	.003
	Control psicológico	.211**	.002

*p<.05; **p<.01

Análisis de correlación para las dimensiones de prácticas parentales de la MADRE y los problemas internalizados y externalizados en los adolescentes

Como se puede observar en la Tabla 8, entre los síntomas internalizados y externalizados, con las prácticas maternas, existe una asociación débil pero significativa, los datos muestran que el control psicológico es un factor que se presenta en la mayoría de los síntomas internalizados (ansioso-depresivo, $r=.275$,

$p=.000$ y aislado-introvertido, $r=.147$, $p=.029$) y los externalizados (problemas de atención, $r=.229$, $p=.001$; conducta de romper reglas, $r=.203$ $p=.002$ y conducta agresiva, $r=.199$, $p=.003$). El control se asocia con los trastornos somáticos ($r=.144$, $p=.033$), esto quiere decir que a mayor percepción de control psicológico mayor es la ansiedad y depresión en los adolescentes, igualmente pasa con los síntomas externalizados, a mayor control psicológico de la madre, mayor problemas de conductas de romper reglas y conductas agresivas.

También se puede observar una débil y negativa significancia entre el factor autonomía y los problemas internalizados (ansioso-depresivo, $r=-.223$, $p=.001$; aislado-introvertido, $r=-.248$, $p=.000$ y trastornos somáticos, $r=-.178$, $p=.008$) y los externalizados (problemas sociales, $r=-.219$, $p=.001$; problemas de atención, $r=-.313$, $p=.000$; conducta de romper reglas, $r=-.251$, $p=.000$; y conducta agresiva, $r=-.219$, $p=.001$). Hay un factor más para las prácticas de la madre, es el control conductual que se asoció negativamente con los problemas externalizados (problemas sociales, $r=-.148$, $p=.029$; problemas de atención, $r=-.280$, $p=.000$; conducta de romper reglas, $r=-.262$, $p=.000$ y conducta agresiva, $r=-.176$, $p=.009$).

Al igual que en las prácticas parentales del padre, se puede observar una correlación negativa siendo nuevamente la autonomía y comunicación que muestra que a mayor comunicación, confianza y autonomía que las madres le den a su hijo menos problemas presentan. Un factor que aparece a diferencia del padre es el de control conductual, de acuerdo con los datos obtenidos nos muestra que a mayor control conductual, esto quiere decir, las reglas, los límites así como el conocimiento en este caso de las madres que tienen sobre las actividades que realizan sus hijos menor son los síntomas que presentan sus hijos, aunque no es lo mismo para los trastornos somáticos en este caso indica que a mayor control conductual mayores son los problemas de este tipo. Los datos estadísticos se pueden observar en la Tabla 8.

Tabla 8
Relación entre prácticas parentales de la MADRE y problemas internalizados y externalizados de los hijos

Problemas internalizados y externalizados		Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
Ansioso-depresivo	Autonomía	-.223**	.001
	Control psicológico	.275**	.000
Aislado-introvertido	Autonomía	-.248**	.000
	Control psicológico	.147*	.029
Trastornos somáticos	Autonomía	-.178**	.008
	Control conductual	.144	.033
Problemas sociales	Autonomía	-.219**	.001
	Control conductual	-.148*	.029
Problemas de atención	Comunicación	-.247**	.000
	Autonomía	-.313	.000
	Control psicológico	.229**	.001
	Control conductual	-.280**	.000
Conducta de romper reglas	Comunicación	-.228**	.001
	Autonomía	-.251**	.000
	Control psicológico	.203**	.002
	Control conductual	-.262**	.000
Conducta agresiva	Comunicación	-.234**	.000
	Autonomía	-.219**	.001
	Control psicológico	.199**	.003
	Control conductual	-.176**	.009

*p<.05; **p<.01

Análisis de Regresión lineal múltiple de las prácticas parentales del PADRE en relación con problemas internalizados y externalizados

Antes de realizar el análisis de regresión se hizo un análisis de varianza (ANOVA), en ella se puede observar que fue pertinente correr el análisis de regresión (Tabla 9).

Después de observar el análisis de varianza para cada uno de los reactivos, se procedió a realizar una regresión lineal con el propósito de obtener los coeficientes necesarios para determinar en qué medida las prácticas parentales predicen los problemas internalizados y externalizados en adolescentes (Tabla 10 y 12).

Tabla 9

Tabla de ANOVA^a de las prácticas parentales del padre y los problemas internalizados y externalizados de los adolescentes

Variable dependiente	Modelo	Suma de cuadrados	GI	Media Cuadrática	F	Sig.
Ansioso depresivo	Regresión	219.544	3	73.181	5.473	.001 ^b
	Residual	2888.433	216	13.372		
	Total	3107.977	219			
Aislado introvertido	Regresión	165.951	3	55.317	8.023	.000 ^b
	Residual	1489.277	216	6.895		
	Total	1655.177	219			
Problemas sociales	Regresión	112.773	3	37.591	3.830	.011 ^b
	Residual	2119.823	216	9.814		
	Total	2232.595	219			
Problemas de pensamiento	Regresión	71.155	2	35.577	3.807	.024 ^b
	Residual	2027.827	217	9.345		
	Total	2098.982	219			
Problemas de atención	Regresión	442.114	4	110.528	9.013	.000 ^b
	Residual	2636.482	215	12.263		
	Total	3078.595	219			
Conducta de romper reglas	Regresión	155.291	4	41.323	5.774	.000 ^b
	Residual	1538.637	215	7.156		
	Total	1703.927	219			
Conducta agresiva	Regresión	497.083	3	165.694	5.857	.001 ^b
	Residual	6111.149	216	28.292		
	Total	6608.232	219			

Nota: a. (la variable dependiente)

b. (variables predictoras)

La tabla de ANOVA (Tabla 9) de la variable dependiente (problemas internalizados y externalizados) con las variables predictoras (las prácticas parentales del padre) en este análisis informa que es pertinente correr el análisis de regresión, dado el valor de significancia menor a ($\alpha=.05$) asociado al estadígrafo F, se consideró pertinente correr

el análisis de regresión. A continuación se presenta la tabla de regresión lineal para las prácticas parentales del padre (Tabla 10).

Tabla 10
Regresión lineal de los problemas internalizados y externalizados y las dimensiones de las prácticas parentales del padre

Variables predictoras	B	Error	β	T	Sig.	
Ansiedad-depresión						
Comunicación	-.075	.026	-.248	-2.884	.004	R= .266
Autonomía	.044	.058	.074	-.763	.446	R ² =.071
Control psicológico	.153	.117	.110	1.308	.192	R ajustada= .058
Aislado-introvertido						
Comunicación	-.048	.019	-.218	-2.572	.011	R= .317
Autonomía	-.002	.041	-.005	-.057	.955	R ² =.100
Control psicológico	.147	.084	.145	1.752	.081	R ajustada= .088
Problemas de atención						
Comunicación	-.059	.025	-.197	-2.367	.019	R= .379
Autonomía	-.016	.056	-.028	-.293	.770	R ² =.144
Imposición	.009	.062	.012	.139	.889	R ajustada=.128
Control psicológico	.295	.134	.214	2.208	.028	
Conducta de romper reglas						
Comunicación	-.030	.019	-.134	-1.567	.119	R= .311
Autonomía	-.010	.043	-.022	.227	.821	R ² =.097
Imposición	-.006	.047	.012	-.136	.892	R ajustada=.080
Control psicológico	.222	.102	.215	2.169	.031	
Conducta agresiva						
Comunicación	-.089	.038	-.202	-2.335	.019	R= .274
Autonomía	.008	.084	.009	.094	.925	R ² =.075
Control psicológico	.249	.170	.123	1.462	.145	R ajustada=.062

*p<.05; **p<.01

De acuerdo con la Tabla 10 acerca de las prácticas parentales del padre percibidas por sus hijos adolescentes, la comunicación predice la ansiedad-depresión en adolescentes con $\beta=-.248$ ($t= -2.884$, $\text{sig}=.004$) explicando 7.1% de la varianza. También predice el trastorno aislado-introvertido con $\beta=-.218$ ($t=-2.572$, $\text{sig}=.011$) explicando el 1% de la varianza; los problemas de atención con $\beta=-.197$ ($t= -2.367$,

sig.=.019) explicando 1.4%, y la conducta agresiva con $\beta=-.202$ ($t=-2.335$, sig.=0.19) explicando el 7.5% de la varianza. El control psicológico ejercido por los padres predice los problemas de atención con $\beta=.214$ ($t=2.208$, sig.=.028) explicando el 1.4% de la varianza; esta misma práctica predice también la conducta de romper reglas con $\beta=.125$ ($t=2.169$, sig.=.031) explicando el 9.7% de la varianza.

Análisis de Regresión lineal múltiple de las prácticas parentales del PADRE en relación con problemas internalizados y externalizados

Tabla 11

ANOVA de las prácticas parentales de la madre y los problemas internalizados y externalizados

Variable dependiente	Modelo	Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Ansioso depresivo	Regresión	278.696	2	139.348	10.688	.000 ^b
	Residual	2829.282	217	13.038		
	Total	3107.977	219			
Aislado introvertido	Regresión	105.517	2	52.758	7.388	.001 ^b
	Residual	1549.661	217	7.141		
	Total	1655.177	219			
Trastornos somáticos	Regresión	81.768	2	40.884	4.499	.012 ^b
	Residual	1972.159	217	9.088		
	Total	2053.927	219			
Problemas sociales	Regresión	113.095	2	56.547	5.789	.004 ^b
	Residual	2119.501	217	9.767		
	Total	2232.595	219			
Problemas de atención	Regresión	415.748	4	103.937	8.392	.000 ^b
	Residual	2662.847	215	12.385		
	Total	3078.595	219			
Conducta de romper reglas	Regresión	174.519	4	43.630	6.133	.000 ^b
	Residual	1529.408	215	7.114		
	Total	1703.927	219			
Conducta agresiva	Regresión	488.519	4	122.130	4.291	.002 ^b
	Residual	6119.713	215	28.464		
	Total	6608.232	219			

Después de revisar el análisis de varianza, se presenta el análisis de regresión lineal, con el propósito de obtener los coeficientes necesarios para determinar en qué medida las prácticas parentales de la madre predicen los problemas internalizados y externalizados en sus hijos adolescentes.

Tabla 12
Regresión lineal de los problemas internalizados y externalizados y las dimensiones de las prácticas parentales de la madre

Variables predictoras	B	Error	β	T	Sig.	
Ansiedad-depresión						
Autonomía	-.117	.064	-.131	-1.840	.067	R= .299
Control psicológico	.261	.084	.220	3.090	.002	R ² =.090 R ajustada=.081
Aislado-introvertido						
Autonomía	-.148	.047	-.226	-3.124	.002	R= .252
Control psicológico	.046	.062	.053	.734	.464	R ² =.064 R ajustada=.055
Trastornos somáticos						
Autonomía	-.165	.055	-.226	-2.999	.003	R= .200
Control conductual	.088	.065	.102	1.357	.176	R ² =.040 R ajustada=.031
Problemas sociales						
Autonomía	-.146	.057	-.192	-2.568	.011	R= .255
Control conductual	-.051	.067	-.057	-.765	.445	R ² =.051 R ajustada=.042
Problemas de atención						
Comunicación	.029	.044	.065	.670	.504	R= .367
Autonomía	-.188	.080	-.210	-2.334	.020	R ² =.135
Control psicológico	.156	.084	.132	1.856	.065	R ajustada=.119
Control conductual	-.206	.083	-.197	-2.480	.014	
Romper reglas						
Comunicación	.006	.033	.019	.186	.852	R= .320
Autonomía	-.080	.061	-.120	-1.310	.192	R ² =.102
Control psicológico	.110	.064	.126	1.736	.084	R ajustada=
Control conductual	-.152	.063	-.194	-2.404	.017	.086
Conducta agresiva						
Comunicación	-.068	.066	-.103	-1.025	.306	R= .320
Autonomía	-.090	.122	.069	-.741	.459	R ² =.102
Control psicológico	.205	.127	.119	1.614	.108	R ajustada=
Control conductual	-.095	.126	-.062	-.755	.451	.086

Las prácticas parentales de las madres percibidas por sus hijos adolescentes, el control psicológico predice los trastornos de ansiedad-depresión en adolescentes $\beta=.220$ ($t=3.090$, $\text{sig}=.002$); explicando el 9% de la varianza. En este análisis obtenemos que la autonomía predice el síntoma aislado introvertido con $\beta=-.226$ ($t=-3.124$, $\text{sig}=.002$) explicando 6.4%, también predice los trastornos somáticos con $\beta=-.226$ ($t=-2.999$, $\text{sig}=.003$) explicando el 4%, los problemas sociales con ; $\beta=-.192$ ($t=-2.568$, $\text{sig}=.011$) explicando 5.1% de la varianza, y los problemas de atención con ; $\beta=-.210$ ($t=-2.334$, $\text{sig}=.020$) explicando el 1.3%.

La práctica de control conductual sólo corresponde a la madre, ésta predice tanto los problemas de romper reglas con $\beta=-.194$ ($t=-2.404$, $\text{sig}=.017$) explicando 1.2% de la varianza, como también los problemas de atención con ($t=-2.480$, $\text{sig}=.014$) explicando el 1.3% de la varianza.

Durante el planteamiento del problema se propuso un modelo teórico, de la interacción entre las prácticas parentales y los problemas internalizados y externalizados, de acuerdo con los análisis pertinentes realizados. Con el resultado del análisis de regresión el modelo teórico quedó de la siguiente manera (Figura 7).

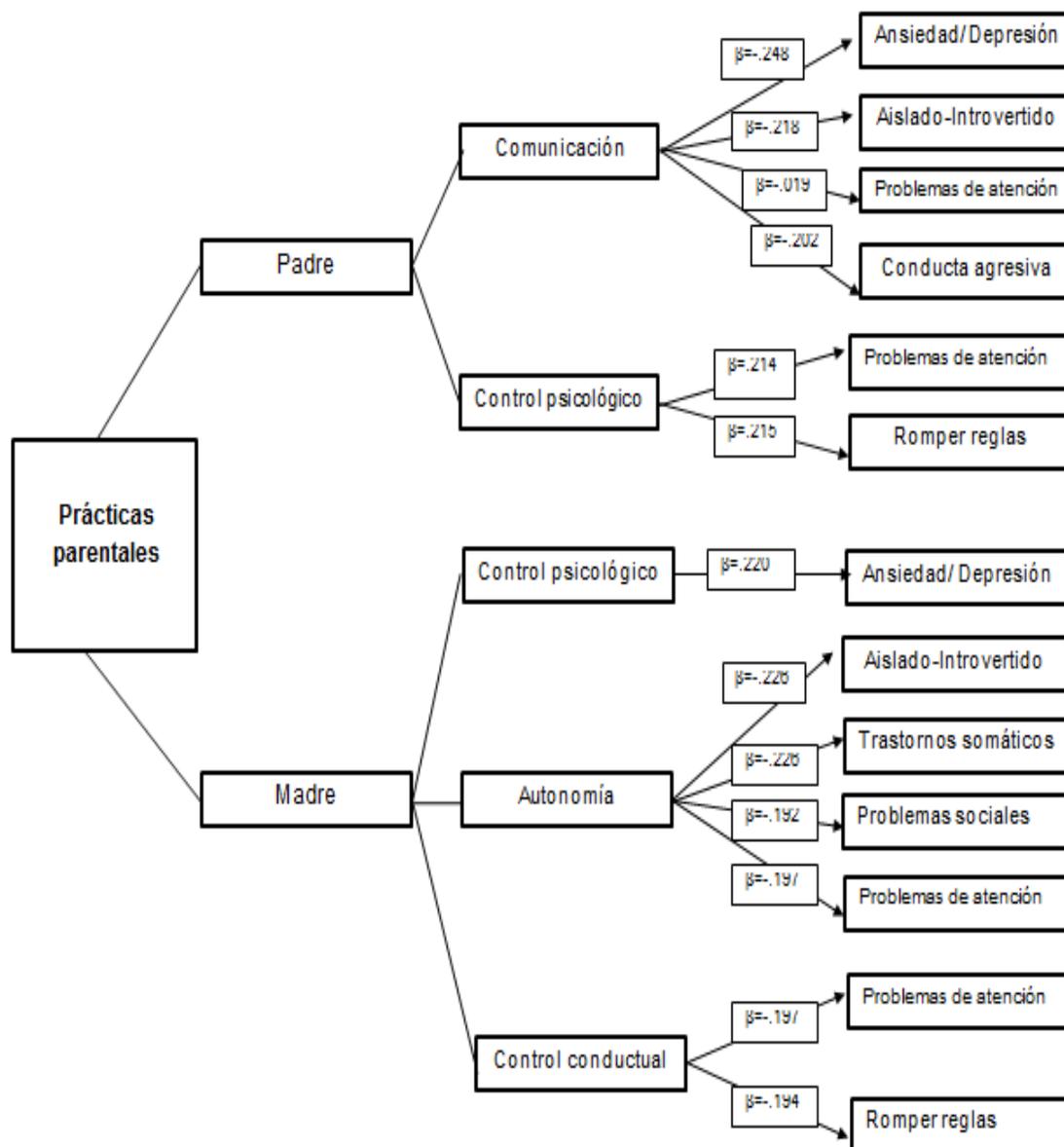


Figura 7
 Modelo propuesto de los resultados finales entre las Prácticas Parentales (Andrade y Betancourt, 2008) y los problemas internalizados y externalizados en los adolescentes (Hernández-Guzmán, 2005).

CAPÍTULO VII DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue determinar si las prácticas parentales de padres y madres percibidas por sus hijos adolescentes predicen el desarrollo de problemas internalizados y externalizados en los adolescentes, dicha investigación se realizó con la finalidad de que los hallazgos obtenidos aporten evidencias teóricas y metodológicas, así de esta manera se pueden tomar las decisiones pertinentes que puedan influir en la prevención y solución de dichos problemas. De acuerdo con los análisis estadísticos realizados y a los datos obtenidos se puede observar que no alcanza a explicar en su totalidad las prácticas parentales percibidas por los adolescentes en el desarrollo de problemas internalizados y externalizados. Antes de responder a las hipótesis planteadas en este trabajo, se explicarán los resultados obtenidos pertinentes a la descripción de cada una de las variables.

EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PARENTALES DEL PADRE

Los datos encontrados dan cuenta que un número importante de padres utilizan el control psicológico con sus hijos (31%). De acuerdo con la literatura el control es una variable predictora de problemas tanto internalizados como externalizados en niños y adolescentes (Saéz & Rossello, 2001).

EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PARENTALES DE LA MADRE

Los hallazgos del presente estudio indican que la percepción que los adolescentes tienen de las practicas parentales, el 28% de sus madres utilizan el control psicológico y el 27% utilizan la imposición, y al igual que el padre ambos utilizan el control psicológico, pero la mamá además de éste, utiliza la imposición. Diversos estudios indican que existen diferentes factores que se asocian a los problemas de los niños y adolescentes, estos autores, resaltan en que la imposición y el control psicológico, son variables que ponen en riesgo la salud de sus hijos, de esta manera éstos investigadores toman en cuenta, las creencias, los valores familiares, la cultura, la edad y el sexo, como elementos que ayudan a comprender mejor la problemática (Flores & Góngora, 2004; Jiménez, 2000; Palacios & Andrade, 2006).

EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS INTERNALIZADOS

Los datos obtenidos indican que una porción importante de los adolescentes estudiados presentan problemas de ansiedad-depresión (22%). El 17% son aislados introvertidos y el 24% presentan síntomas de quejas somáticas. De acuerdo con los datos obtenidos se ajustan la literatura encontrada. Ya que los problemas emocionales se inician principalmente en la infancia y la adolescencia (Medina-Mora y cols, 2003). Cabe mencionar que éstos síntomas generan inestabilidad en el estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, como el nerviosismo, inseguridad, miedos, culpabilidad, fobias, entre otros síntomas (López, Alcántara, Fernández Castro & López, 2010).

EVALUACIÓN DE PROBLEMAS EXTERNALIZADOS

Con frecuencia, los expertos se dedican al estudio de los problemas conductuales en adolescentes, y en México no es la excepción, estas investigaciones indican que la presencia de estos problemas intervienen con el desarrollo normal y óptimo y repercuten en áreas sociales, familiares e individuales (Caraveo, Colmenares & Martínez, 2001).

Con respecto a los problemas externalizados, los datos encontrados en esta investigación indican que de los adolescentes estudiados el 11% de la población presentan conductas agresivas, el 20% presentan problemas sociales, el 13% conductas negativistas desafiantes y otro 19% problemas de atención. Sin embargo existe evidencia empírica que los trastornos de conducta se presentan con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (Betancourt & Andrade-Palos, 2010). Hasta el momento para esta investigación no se tomó en cuenta hacer una diferencia de problemas internalizados y externalizados por sexo.

A continuación se da respuesta a las hipótesis de investigación planteadas, a la vez se discuten los resultados obtenidos con respecto a los planteamientos teóricos que les dieron sustento.

Hipótesis 1

En esta hipótesis se esperaba ver qué prácticas parentales de padres predicen problemas internalizados y externalizados en adolescentes. Los resultados encontrados confirman que el control psicológico posiblemente predice problemas de atención en adolescentes. Para analizar este supuesto es pertinente observar que, el control psicológico, predice problemas de atención ($\beta = .214$) explicando el 1.4% de la varianza, así como la conducta de romper reglas ($\beta = .215$) explicando 0.97% de la varianza. Podemos ver que estos padres utilizan un control pasivo-agresivo, e inhiben el desarrollo psicológico del adolescente (Olsen & Maughan, 2003).

Como se puede observar la varianza explica muy poco, esto quiere decir que, probablemente hay muchos otros factores que se relacionan con estas problemáticas en adolescentes. Cabe mencionar que algunos adolescentes perciben a sus padres como comunicativos hacia ellos brindándoles autonomía y respeto,

Hipótesis 2

Con la segunda hipótesis se esperaba encontrar que las prácticas parentales que las madres ejercen predicen problemas internalizados y externalizados. Los resultados confirman que el control psicológico predice los problemas de ansiedad y depresión; estos resultados confirman estudios desarrollados por (Andrade & Betancourt, 2008; Andrade, Betancourt & Orozco, 2006; Hernández-Guzmán, 1999).

Para este supuesto es oportuno observar la predicción ($\beta = .220$, $p = .00$) explicando el .9% de la varianza. Estos resultados coinciden con los estudios desarrollados por Andrade, Betancourt, Celis y Rojas (2012). Su objetivo fue analizar el poder predictivo en la sintomatología depresiva en adolescentes y los resultados se asociaron con el control psicológico e imposición que ambos padres ejercen. En este caso sólo fue el control psicológico el que predijo la ansiedad y la depresión en adolescentes.

Como se puede observar la familia en este caso los padres influyen en el desarrollo socioafectivo del adolescente, los valores, normas, roles y habilidades se aprenden desde la infancia y se relaciona con el manejo y resolución de conflictos y regulación emocional.

También En esta investigación se encontró que a mayor control conductual menos problemas de conducta con $\beta = -.194$ con una $\text{sig.} = 0.017$ y menos problemas de

atención con $\beta = -.197$, sig. .014, esto se ajusta a la literatura ya que a mayor control conductual, es decir el conjunto de límites y reglas que los padres tienen para sus hijos, generan menos problemas de conductuales (Betancourt, 2008).

Hipótesis 3

Esta hipótesis planteó que sí existe relación entre las prácticas parentales de ambos padres y los problemas emocionales y de conducta en sus hijos adolescentes.

Para cubrir el propósito principal se hizo una correlación de Pearson, de las prácticas parentales del *padre* percibidas por sus hijos adolescentes, hacia los problemas internalizados y externalizados en adolescentes; se encontró que el control psicológico es una variable que se relaciona con problemas internalizados sobre todo con la ansiedad y depresión, estos resultados apoyan los hallazgos informados por Andrade, Betancourt, Vallejo, Celis y Rojas (2012) respecto a que la sintomatología depresiva que presentan adolescentes, se asocia con el control psicológico e imposición que el padre practica. En esta relación se puede observar una asociación débil pero significativa (Tabla 7).

El control psicológico además de asociarse con problemas de ansiedad-depresión ($r = .179$, $p = .008$) se asocia significativamente con problemas de pensamiento ($r = .140$, $p = .038$) y problemas de atención, ($r = .216$), de acuerdo con los hallazgos obtenidos por Betancourt (2007) los adolescentes que presentan estos problemas tienen padres que utilizan la inducción de culpa y control psicológico.

Nuevamente el control psicológico es una variable que se relaciona con los problemas externalizados, se puede observar una relación débil pero significativa, con los problemas de conducta ($r = .283$, $p = .000$), problemas sociales ($r = .180$, $p = .007$) y la conducta agresiva ($r = .211$, $p = .002$), diversos estudios han tratado de describir la influencia que el control psicológico, tiene sobre los problemas de conducta, estas averiguaciones las relacionan directamente porque los padres utilizan la manipulación y el chantaje emocional (Finkeunauer, Engles & Baumeister, 2005). Estos problemas emocionales y conductuales que suelen manifestarse en los adolescentes que no cuentan con los recursos de autocontrol y autorregulación que les ayude a afrontar las dificultades emocionales.

En esta investigación se encontró una correlación negativa, de acuerdo con las variables de comunicación y autonomía, y se explica de la siguiente manera: a mayor autonomía, comunicación y confianza menor son los problemas emocionales y conductuales de los adolescentes. Estos resultados obtenidos coinciden con la teoría, de acuerdo con Barber (2002) la cantidad de soporte, cariño y tolerancia que el padre le brinde a su hijo adolescente, se relaciona con un menor número de problemas tanto emocionales como conductuales.

Para determinar cuáles son las prácticas parentales que la *madre* utiliza en relación con problemas internalizados y externalizados, se utilizó una correlación de Pearson; los hallazgos fueron muy parecidos a los del padre, solamente que aparece una variable diferente, la de trastornos somáticos, y encontramos que el control conductual se asocia con problemas somáticos, aunque en la literatura indica que el control conductual son el conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones y se asocia de manera positiva (Betancourt, 2008), también se asocia de manera negativa con la presencia de este problema, aquí las madres utilizan estrategias intrusivas para controlar la conducta de su hijo.

A pesar de que el control conductual pueda asociarse negativamente, los resultados indican lo contrario para los problemas de atención, la conducta de romper reglas y la conducta agresiva, la asociación es débil pero indica que a mayor control conductual menor es la probabilidad que los adolescentes presentes problemas internalizados y externalizados, esto es, sí el control conductual se da desde una perspectiva positiva dentro de un ambiente estable y afectuoso, el control conductual actúa como protector frente a problemas psicológicos (Aunola & Nurmi, 2005).

Cabe mencionar que los planteamientos teóricos y las variables estudiadas se encuentran en un continuo teórico metodológico. Los resultados de esta investigación apuntan hacia la importancia de promover técnicas de intervención orientadas a minimizar problemas emocionales y de conducta en adolescentes, así como habilidades para los padres de familia que puedan prevenir estos problemas.

APORTACIONES

Esta investigación aporta evidencia, en la relación entre las prácticas parentales y los problemas internalizados y externalizados en los adolescentes, aunque hay muchas investigaciones que aportan importantes evidencias cabe mencionar que es importante seguir esta línea para corroborar los hallazgos, e implementar talleres para la prevención de éstas problemáticas.

Pese a que se esperaba ver más prácticas generadoras de problemas, se encontró que la comunicación y la autonomía son factores que se asocian con menos complicaciones emocionales y de conducta, la gran aportación es que se podrían utilizar estos factores para la prevención e intervención, brindándoles a los padres estrategias de comunicación con sus hijos adolescentes; en el caso del control conductual que la madre ejerce y que salió significativa en la disminución de problemas de agresión, igualmente implementar estrategias de cómo poner límites a sus hijos y tener conocimiento de las actividades que ellos realizan, sin que caigan en la práctica intrusiva y hostil.

Se evidenció que el control psicológico es una variable que propicia problemas internalizados por lo cual sería útil promover las estrategias adecuadas que les permitan a los padres ejercerlas lo menos posible.

Finalmente la muestra deja ver que, a pesar de que los adolescentes pasan por una inestabilidad y buscan la aprobación de sus pares, la familia en este caso los padres (mamá y papá) no deja de ser importante para la regulación de emociones de sus hijos.

LIMITACIONES

Pese a la relevancia de los hallazgos, es conveniente señalar algunos aspectos para mejorar en un futuro. La primera limitante fue que se pretendía que fuera equitativo el número de madres y padres, pero debido a que las mamás son quienes con frecuencia asisten a las juntas escolares de sus hijos, no se pudo tener una muestra equivalente, esto quiere decir que probablemente las mamás tienen más conocimiento de las problemáticas de sus hijos pues la mayoría de ellas respondieron el instrumento del CBCL y puede ser una fuente de sesgo.

Otra limitación fue que al aplicar los instrumentos a los padres de familia fue muy tardado ya que no siempre están interesados en las problemáticas individuales de sus hijos, muchos de ellos sólo le dan importancia a las calificaciones y aprovechamiento en la escuela. También se encontró que muchas madres no sabían leer y escribir, lo cual hizo un poco más tardado el proceso.

SUGERENCIAS

Para futuras investigaciones se sugiere trabajar con más variables involucradas con la familia como situación económica, situación de pareja entre la madre y el padre, la cultura, la edad, los valores por mencionar algunos.

Otra sugerencia podría ser que se evaluara a los adolescentes por sexo para ver que tanto influyen los problemas internalizados en hombres y mujeres, también una diferencia de edades.

Se sugiere replicar el estudio para el uso de modelos de regresiones más complejas, como: regresiones jerárquicas y regresiones por paso.

Para el seguimiento de este presente estudio, está en función de llenar esos huecos y continuar profundizando en todos los aspectos ya mencionados con la firme convicción que puedan existir programas eficaces para la prevención, intervención y solución de dichas problemáticas y el mejoramiento de las personas.

Referencias

- Achenbach, T. (1993). *Diagnostic, Assessment, taxonomy and case formulations*. En T., Ollendick & M, Flersen, *Handbook of Child Psychopathology*. EU: Springer-Science, pp. 63-87.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the Child Behavior list*. EU: ASEBA.
- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Check List and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. (2001). *Challenges and benefits of assessment, taxonomy and case formulation*. T., Ollendick & M. Hersen, *Handbook of child psychopathology*. EU: Springer-Science, pp. 63-87.
- Agudelo, D., Buela-Casal, G., & Spielberger, C. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de sus síntomas. *Salud Mental*, 30 (2), 33-42.
- Almonte, T., Montt, M. & Correa, F. (2003). *Psicología infantil y de la adolescencia*. Chile: Mediterráneo
- American Psychological Association. (2005). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV TR*. España: Masson.
- Andrade, P.P. & Betancourt, O.D. (2008). Prácticas parentales: Una medición integral. *La Psicología Social en México*, XII, 561-565. AMEPSO.
- Aunola, K., & Nurmi, J. E. (2005). The role of parenting styles in children's problems behavior. *Child Development*, 76 (6), 1144-1159.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Barber, B. K., & Olsen, J. A. Shagle, S. (1994). Associations between parental psychological control and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development*, 65, 1120-1136.

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C. & Zambrano, J. (2004). La depresión de inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Betancourt, O, D. (2007). *Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, UNAM.
- Betancourt, O, D; y Andrade-Palos. (2008). Prácticas parentales asociadas a los problemas internalizados y externalizados en adolescentes. *La psicología social en México: AMEPSO*, XII.
- Betancourt, O, D., y Andrade-Palos, P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Redalyc*, 20 (1), 27-41.
- Bragado, C., Bersabé, R. & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Campos, M., Esceiza, A. y Páez, D. (2004). Socialización, familia y cultura. En Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S. y Zubieta, E. (Eds.) *Psicología social cultura y educación* (pp. 846-888). España: Pearson Prentice Hall.
- Caraveo, J. (2007). Validez del cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico (CBTD) para niños y adolescentes en escenarios clínicos. *Salud Mental*, 30 (2), 42-49.
- Caraveo, J., Colmenares E. & Martínez, A. (2001). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498.
- Caraveo- Márquez, M; Hernández-Guzmán, L; Villalobos, J; Pérez-Barrón, V. (2007). Datos Psicométricos del EMBU-I “Mis memorias de Crianza en una muestra de Adolescentes de la Ciudad de México”. *Salud Mental*. 30(2) 58-63.
- Compas, B. & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill.

- Contini de González, N. (2006). *Pensar la adolescencia hoy: de la psicopatología al bienestar psicológico*. Buenos Aires. Paídos.
- Cova, F. (2004). La psicología evolutiva de los factores de riesgo y protección: el desarrollo de una mirada procesual. *Revista de Psicología*, 13(1), 93-101.
- Craig, J. G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Delval, J. (2002). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.
- Durand, V. M., & Barlow, H. D. (2007). *Psicopatología: Un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson.
- Domench, E. & Ezpeleta (1995). *Las clasificaciones en psicopatología infantil*. En Rodríguez J. (Ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*, Sevilla: Manuales Universitarios.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual Moderno.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.
- Ezpeleta, L; De la Osa, N; Domenéch, J, M; & Navarro, J. (1995). *Diagnostic Interview for children and Adolescents; Revised (DICAR): Diagnostic agreement between children and their parents*. *Revista de psiquiatría del a facultad de medicina de Barcelona*, 2(6), 153-163.
- Finkenauer, C., Engels, R.C.M.E., & Baumeister, R.F. (2005). Parenting behavior and adolescent behavioural and emotional problems: The role of self-control. *International Journal of Behavioral Development*, 29(1), 58-69.

- Fleiz, B, C., Villatoro, V, J., Medona-Mora, I, M., Alcazar, M, E., Navarro, G, C. y Blanco, J, J., (1999) Conducta Sexual en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 22, 4, 14-19.
- González-Forteza, Andrade, y Jiménez. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*, 43(4), 319-326.
- González-Forteza, C., Villatoro, V, J., Alcántar, E, I., Medina-Mora, M., Fleiz, B, C., Bermudez, L, P., y Amador B, N. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997-2000. *Salud Mental*, 25, 1-12.
- Greenspan, S., & Lourie, R. S. (1981). Development structuralist approach to the classification of adaptive and pathologic personality organizations: Infancy and early childhood. *American Journal of Psychiatry*, 138, 725-735.
- Grinder R, E. (1996). Adolescencia. Mexico: LIMUSA.
- Grinder R, E. (2001). Adolescencia. México: LIMUSA.
- Hernández- Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica. Niños socialmente competentes*. México: UNAM
- Hernández-Guzmán, L. (2005). Lista de Conductas de Achenbach: Validez y confiabilidad. Proyecto de investigación DGAPA IN-302002, Prevención y tratamiento de la difusión psicológica infantil. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., Baptista, L. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.
- Horrocks, J. E. (2008). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Izquierdo, M. C. (2003). El mundo de los adolescentes. México: Trillas.

- Jiménez, F, J. (2014). *Factores de riesgo familiares y agresividad infantil: un modelo ecológico de desarrollo*. Tesis Doctoral, Facultad de psicología, UNAM.
- Juárez, G, F., Villatoro, V, J., Gutiérrez L, M., Fleiz, B, C. y Medina-Mora, I, M. (2005). Tendencias de la conducta antisocial en estudiantes del Distrito Federal: Mediciones 1997-2003. *Salud Mental*, 28, 60-68.
- Kazdin A. Buela-Casal, G. (1994). *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia*. Madrid. Pirámide.
- López, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M. & López, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión, quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Check List). *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334.
- Maccoby, E, E. & Martin, J, A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent Child interaction. En E. M. Hetherington (ed.) Handbook.
- Medina-Mora, M., Borges B., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. (2003). Prevalencia de los trastornos y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-18.
- Mc Kinney, J; Fitzgerald, H. y Stromen, E. (1982). *Psicología del desarrollo*. México: Manual Moderno.
- Palacios, D, R. y Andrade-Palos, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación Universitaria*, 7(7), 7-10.
- Palacios, D, R, y Andrade-Palos, P. (2006). Escala de estilos parentales en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología social y personalidad*, XXI (1), 50-51.
- Papalia, E, D., Wendkos, O, S., Duskin, F, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México, D.F: McGraw-Hill.

- Pons, D, J. y Berjano, P, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 608-617.
- Ramírez-Castillo, M, A. (2002). Prácticas de crianza de riesgo y problemas de conducta en los hijos. *Apuntes de psicología*, 20(2), 273-282.
- Ramírez, M, N. (2009). *Autoestima infantil y juvenil: guía gestáltica para tener hijos triunfadores*. México: Trillas.
- Rescorla, L; Achenbach, T; Ivanova, M; Dumeci, L; Almquist, F. Bitenberg, N. et. Al (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(3), 130-142.
- Rice, P. F. (1997). *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital*. México: Prentice Hall.
- Sánchez-Sosa, J. & Hernández-Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1), 27-34.
- Shaffer, D, F. (2002). *Desarrollo social y de la personalidad*. España: Thomson.
- Secretaria de Salud (2002b). *Programa específico de psicopatología infantil y de adolescencia*. México: SS.
- Smetana, J, G. (2000). Middle class African American adolescents and parents conceptions of parental authority and parenting practices: *Child Development* , 67, 563-580.
- Steinberg, L. (1990). "Autonomy, conflict and harmony in the family relationship." En S.S. Feldman & G.R. Elliot (Eds). *At The Threshold: The developing adolescent* (pp. 255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Strofe, A & Rutter, M. (1984). The domain of development psicopatology. *Child Development*, 55, 17-29.

- Valencia, M. & Andrade- Palos, P. (2004). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychopatology* 5(3), 499-520.
- Vallejo, C. A., Osorno, M. R., Mezadiego, I. T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en psicología*. 13(1), 91-105.
- Yubero, S: (2004). Socialización y aprendizaje social. En Páez., Fernández, I., Ubillos, S., y Zubieta, E: *Psicología social, cultura y educación* (pp. 820-844). España: Pearson Prentice Hall.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

**Carta de consentimiento informado,
cuestionario de problemas internalizados y
externalizados para los padres**

Consentimiento Informado

Apreciado participante

Por este medio, se le agradece su participación en el proyecto de tesis “*Cómo influyen las prácticas parentales en el desarrollo de problemas internalizados y externalizados en adolescentes*”. A continuación le explico los fines del estudio y el procedimiento para la recolección de los datos, en caso de que usted tenga dudas, puede preguntar al investigador.

Objetivo

El presente estudio intenta valorar la relación que ocurre entre las prácticas parentales que usted utiliza para disciplinar y comunicarse con sus hijos(as), y cómo esta relación puede repercutir en la conducta de su hijo.

Beneficios

Gracias a los datos obtenidos se podrá tener más información sobre cómo se relacionan padres e hijos, con el fin de identificar las relaciones que intervienen en el desarrollo emocional de los adolescentes. Los datos son confidenciales y con fines de investigación.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido aclaradas satisfactoriamente. He sido informado y entendido que los datos pueden ser publicados con fines científicos. Convengo en participar en esta investigación y fechando lo siguiente.

Nombre y firma del participante

Fecha

Batería para el estudio de la dinámica entre padres e hijos

Fecha: _____

Turno: matutino () vespertino ()

Escuela: _____

zona: _____

¡HOLA! Esta es una investigación realizada por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM. A continuación deberás responder algunas preguntas, recuerda que los datos obtenidos son anónimos y totalmente confidenciales, únicamente serán utilizadas con fines de investigación, por lo cual se requiere la mayor precisión y no ocultar información. No hay respuestas buenas ni malas.

Datos generales del tutor

Cuantos años tiene usted: _____ Ocupación: _____

Escolaridad:

Sin escolaridad (), primaria (), secundaria (), preparatoria (), licenciatura ()

¿Cuántos hijos(as) tiene: _____

Datos generales de su hijo

Sexo del hijo(a): mujer () hombre () ¿Cuántos años tiene su hijo (a): _____

Grado escolar: _____ ¿Ha repetido un grado escolar? _____

¿Lugar que ocupa entre sus hermanos el hijo que está participando en nuestro estudio? _____

Si ya contestó todos los datos de arriba y recibió todas las instrucciones dudas y aclaraciones, puedes empezar a contestar las siguientes secciones.

¡Muchas gracias por su cooperación!

¿CÓMO SE COMPORTA MI HIJO?

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer cómo es la relación con su hijo(a). Por favor, marque con una **X** la opción que mejor describa la conducta de su hijo(a) en los últimos 6 meses.

Para la siguiente lista de problemas marque si en los últimos 6 meses:

A= falso

B= A veces cierto

C= Cierto

	Falso (A)	A veces cierto (B)	Cierto (C)
1. Actúa añado(a) para su edad			
2. Toma alcohol sin la aprobación de sus padres			
3. Discute por todo			
4. No termina las cosas que empieza			
5. Son muy pocas las cosas que disfruta			
6. No controla esfínteres			
7. Fanfarronea, es presuntuoso			
8. No se concentra, no pone atención			
9. No puede dejar de pensar cosas, tiene obsesiones			
10. No puede estar quieta(o)			
11. No suelta a los adultos, es dependiente			
12. Se queja de estar solo (a)			
13. Esta confuso parece ofuscado			
14. Llora mucho			
15. Es cruel con los animales			
16. Es cruel, molesta a otros, es malo (a) con los demás			
17. Sueña despierta(o), parece perdida(o) en sus pensamientos			
18. Deliberadamente se hace daño o ha intentado suicidarse			
19. Demanda mucha atención			
20. Destruye sus propias cosas			
21. Destruye cosas de su familia o de otros niños			
22. Es desobediente en casa			
23. Es desobediente en la escuela			
24. No come bien			
25. No se lleva bien con otros niños			
26. No parece sentir culpa después de comportarse mal			
27. Siente celos fácilmente			

28. Rompe reglas en la casa, en la escuela o en otros lugares			
29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (que no sean la escuela)			
30. Le da miedo ir a la escuela			
31. Teme pensar o hacer algo malo			
32. Siente que tiene ser perfecta (o)			
33. Siente o se queja de que nadie la(o) quiere			
34. Siente que otros quieren hacerle daño			
35. Siente que no vale o que es inferior			
36. Se hiere muy a menudo. Es propenso(a) a los accidentes			
37. Se pelea a menudo			
38. Sus compañeros la(e) molestan			
39. Se junta con niños que se meten en problemas			
40. Escucha sonidos o voces que no existen			
41. Es impulsivo (a) o actúa sin pensar			
42. Prefiere estar solo(a) que con otros			
43. Miente o hace trampa			
44. Se muerde las uñas			
45. Es nervioso(a) o tensa (o)			
46. Muestra movimientos nerviosos o tics			
47. Tiene pesadillas			
48. Otros niños no la(o) quieren			
49. Está estreñido			
50. Es temeroso(a) o ansiosa(o)			
51. Se siente mareado(a)			
52. Se siente demasiado culpable			
53. Come demasiado			
54. Se cansa demasiado sin una buena razón			
55. Tiene sobrepeso			
56. Tiene problemas físicos sin una buena razón			
57. Tiene dolores (No de cabeza ni de estómago) sin una causa médica conocida			
58. Tiene dolores de cabeza			
59. Tiene náusea, se siente mal			
60. Tiene problemas en los ojos (no si ya se corrigió con lentes)			
61. Tiene erupciones u otros problemas de la piel			
62. Tiene dolor estomacal o calambres sin una causa conocida			
63. Tiene vómitos sin causa medica conocida			
64. Tiene otros problemas físicos sin una causa medica conocida			

65. Ataca físicamente a otros			
66. Se mete los dedos a la nariz o boca, o se pellizca otras partes del cuerpo			
67. Se toca los genitales en público			
68. Se toca demasiado los genitales			
69. Su trabajo en la escuela es malo			
70. Es torpe no coordina bien			
71. Prefiere jugar con niños mayores			
72. Prefiere jugar con niños más pequeños			
73. Se rehúsa a hablar			
74. Repite ciertos actos una y otra vez, compulsiones			
75. Escapa de casa			
76. Grita demasiado			
77. Guarda secretos, no comunica sus cosas			
78. Ve cosas que no existen			
79. Se preocupa de cómo se le perciba. Se avergüenza			
80. Prende fuego a las cosas			
81. Tiene problemas sexuales			
82. Es exhibicionista hace payasadas			
83. Es demasiado tímida(o)			
84. Duerme menos que la mayoría de los niños			
85. Duerme más que la mayoría de los niños en el día o en la noche			
86. No pone atención o se distrae fácilmente			
87. Tiene problemas del habla			
88. Se queda mirando fijamente a la nada			
89. Roba en casa			
90. Roba fuera de casa			
91. Acumula cosas que no necesita			
92. Presenta conducta extraña			
93. Tiene ideas extrañas			
94. Es testaruda(o), sombrío(a) o irritable			
95. Presenta cambios repentinos en un estado de ánimo o sentimientos			
96. Lloriquea en forma de queja muy seguido			
97. Sospecha de otros			
98. Dice groserías u obscenidades			
99. Habla de matarse			
100. Habla o camina dormido(a)			
101. Habla demasiado			
102. A menudo se burla de otros			
103. Hace berrinches			
104. Piensa demasiado en el sexo			

105. Amenaza a las persona			
106. Se chupa el dedo			
107. Fuma, mastica o huele tabaco			
108. Tiene problemas para dormir			
109. Delinque, falta a la escuela			
110. Es poco activa(o), se mueve lentamente, le falta energía			
111. Esta triste o deprimida(o), es infeliz			
112. Es ruidoso(a) fuera de lo usual			
113. Usa drogas sin prescripción médica (no incluya alcohol y tabaco)			
114. Comete actos vandálicos			
115. Se hace pipi en la ropa durante el día			
116. Se hace pipi en la cama			
117. Lloriquea			
118. Quisiera ser del sexo opuesto			
119. Se aísla, no se lleva bien con otros niños			
120. Se preocupa			

¡Muchas gracias por su cooperación y paciencia

APÉNDICE 2

Cuestionario de Prácticas Parentales para los adolescentes

Escala de Prácticas Parentales para adolescentes PP-A

A continuación se presenta un cuestionario acerca de la forma en la que piensan y sienten los jóvenes de tu edad, además la forma en la que las mamás y papás tratan a sus hijos. Si tienes dudas por favor ten la confianza de preguntarnos lo que quieras saber. Te recordamos que nadie va a saber lo que contestes.

GRACIAS POR TU AYUDA

En el siguiente cuadro hay oraciones sobre la forma en la que **TÚ MAMÁ** se porta contigo, escoge y marca con una “X” la respuesta que más se parezca a lo que ella hace contigo.

MI MAMÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Sabe en dónde estoy cuando salgo de mi casa				
Le digo lo que hice, cuando salgo y regreso a casa				
Me hace sentir que soy un(a) inútil				
Sabe en dónde estoy después de la escuela				
Me dice que soy un(a) “burro(a)”				
Habla conmigo sobre mis problemas				
Me deja tomar mis propias decisiones				
Me impone las cosas que ella piensa				
Me grita por cualquier cosa				
Conoce a mis amigos (as)				
Respeto las decisiones que tomo				
Cuando me castiga me hace sentir culpable				
Cree que todos debemos pensar como ella				
Se enoja conmigo por cualquier cosa				
Le platico sobre los planes que tengo con mis amigos				
Todo lo que hago le parece mal				
Platica conmigo como buenos(as) amigos (as)				
Cuando estoy triste me consuela				

MI MAMÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Apoya mis decisiones				
Me dice que soy un(a) mal(a) hijo(a)				
Ella cree que tiene la razón en todo				
Respeto mis ideas, sin criticarme				
Me dice groserías o insulta, si me porto mal				
Conoce lo que hago por las tardes después de la escuela				
Me pregunta qué hago con mis amigos				
Platica conmigo de cómo me va en la escuela				
Me ayuda en mis problemas				
Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
Quiere que sea como ella es				
Me da confianza para platicarle algo muy personal de mí mismo (a)				
Respeto mi punto de vista, aunque sea diferente del que ella dice				
Quiere que haga todo lo que ella dice				
Me da confianza para que me acerque a ella				
Me dedica tiempo para platicar				
Quiere que piense como ella piensa				
Entiende las razones que le digo				
Respeto mis decisiones aunque no sean las mejores				
Platica conmigo de las cosas que me suceden				
Piensa que todo lo que dice está bien				
En la casa se hace lo que ella dice				

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que **TU PAPÁ** se porta contigo, escoge la respuesta y marca con una “X” la opción que más se parezca a lo que él hace contigo.

MI PAPÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Habla conmigo sobre mis problemas				
Me trata injustamente				
Platica conmigo como buenos amigos				
Me impone su manera de ser				
Me consuela cuando estoy triste				
Quiere que sea como él es				
Me culpa por todo lo que sucede				
Me escucha de forma paciente cuando le platico mis problemas				
Me amenaza, si me porto mal				
Me dedica tiempo para platicar				
Me ayuda en mis problemas				
Respeto mis gustos				
Cree que todos debemos pensar igual que él				
Pienso que me tiene mala voluntad				
Me da confianza para que me acerque a él				
Me culpa por cualquier cosa				
Le platico las cosas que me suceden				
Respeto mi punto de vista, aunque sea diferente del que él dice				
Platica conmigo de lo que hago en mi tiempo libre				
Respeto las decisiones que tomo				
Él cree que tiene la razón en todo				
Me deja tomar mis propias decisiones				
Entiende mi manera de ser				

MI PAPÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Me pregunta sobre las cosas que me pasan durante un día normal en la escuela				
En la casa se hace lo que él dice				
Acepta mi forma de expresarme				
Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
Me pregunta sobre las cosas que hago en mi tiempo libre				
Me hace sentir que soy un(a) inútil				
Me grita por cualquier cosa				
Se enoja conmigo por cualquier cosa				
Apoya mis decisiones				
Platica conmigo sobre los planes que tengo con mis amigos(as)				
Quiere que haga lo que él dice				
Platica conmigo sobre todo lo que hago				
Me pregunta qué hago con mis amigos(as)				
Me dice que sus ideas son las correctas y que no debo de dudarlo				
Platica conmigo sobre cómo me va en la escuela				
Cuando salgo y regreso a casa, le digo lo que hice				
Quiere que piense como él piensa				

¡Muchas gracias por su cooperación y paciencia

APÉNDICE 3

Distribución de frecuencias para las prácticas parentales del padre

Distribución de la práctica parental *Comunicación* que el padre ejerce

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	4	1.8	1.8
1	8	3.6	5.5
2	1	.5	5.9
3	3	1.4	7.3
4	3	1.4	8.6
5	4	1.8	10.5
6	6	2.7	13.2
7	1	.5	13.6
8	7	3.2	16.8
9	4	1.8	18.6
10	3	1.4	20.0
11	9	4.1	24.1
12	6	2.7	26.8
13	5	2.3	29.1
14	2	.9	30.0
15	3	1.4	31.4
16	7	3.2	34.5
17	5	2.3	36.8
18	4	1.8	38.6
19	6	2.7	41.4
20	7	3.2	44.5
21	10	4.5	49.1
22	8	3.6	52.7
23	7	3.2	55.9
24	8	3.6	59.5
25	4	1.8	61.4
26	3	1.4	62.7
27	1	.5	63.2
28	3	1.4	64.5
29	3	1.4	65.9
30	5	2.3	68.2
31	6	2.7	70.9
32	8	3.6	74.5
33	2	.9	75.5
34	4	1.8	77.3
35	7	3.2	80.5
36	6	2.7	83.2
37	6	2.7	85.9
38	8	3.6	89.5
39	2	.9	90.5
40	4	1.8	92.3
41	4	1.8	94.1
42	2	.9	95.0
43	2	.9	95.9
44	2	.9	96.8
45	7	3.2	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencias de la práctica parental *Autonomía* que el padre ejerce

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	4	1.8	1.8
1	2	.9	2.7
2	3	1.4	4.1
3	4	1.8	5.9
4	4	1.8	7.7
5	3	1.4	9.1
6	1	.5	9.5
7	8	3.6	13.2
8	5	2.3	15.5
9	5	2.3	17.7
10	5	2.3	20.0
11	8	3.6	23.6
12	8	3.6	27.3
13	6	2.7	30.0
14	9	4.1	34.1
15	12	5.5	39.5
16	11	5.0	44.5
17	14	6.4	50.9
18	16	7.3	58.2
19	14	6.4	64.5
20	12	5.5	70.0
21	17	7.7	77.7
22	16	7.3	85.0
23	16	7.3	92.3
24	17	7.7	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencias de la práctica parental *imposición* que el padre ejerce

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	%acumulado
0	19	8.6	8.6
1	22	10.0	18.6
2	30	13.6	32.3
3	27	12.3	44.5
4	10	4.5	49.1
5	18	8.2	57.3
6	9	4.1	61.4
7	13	5.9	67.3
8	12	5.5	72.7
9	14	6.4	79.1
10	8	3.6	82.7
11	5	2.3	85.0
12	5	2.3	87.3
13	3	1.4	88.6
14	2	.9	89.5
15	6	2.7	92.3
16	6	2.7	95.0
17	5	2.3	97.3
18	2	.9	98.2
19	2	.9	99.1
20	1	.5	99.5
23	1	.5	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencias para la práctica parental Control psicológico que el padre ejerce

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	102	46.4	46.4
1	32	14.5	60.9
2	17	7.7	68.6
3	22	10.0	78.6
4	14	6.4	85.0
5	8	3.6	88.6
6	4	1.8	90.5
7	10	4.5	95.0
8	4	1.8	96.8
9	2	.9	97.7
10	1	.5	98.2
12	4	1.8	100.0
Total	220	100.0	

APÉNDICE 4

**Distribución de frecuencias para las prácticas
parentales de la madre**

Distribución de frecuencias de la práctica parental *Comunicación* que la madre ejerce

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	1	.5	.5
2	2	.9	1.4
3	2	.9	2.3
4	5	2.3	4.5
5	2	.9	5.5
6	7	3.2	8.6
7	5	2.3	10.9
8	3	1.4	12.3
9	2	.9	13.2
10	4	1.8	15.0
11	7	3.2	18.2
12	9	4.1	22.3
13	7	3.2	25.5
14	6	2.7	28.2
15	6	2.7	30.9
16	7	3.2	34.1
17	9	4.1	38.2
18	6	2.7	40.9
19	11	5.0	45.9
20	13	5.9	51.8
21	8	3.6	55.5
22	8	3.6	59.1
23	6	2.7	61.8
24	9	4.1	65.9
25	6	2.7	68.6
26	10	4.5	73.2
27	11	5.0	78.2
28	9	4.1	82.3
29	9	4.1	86.4
30	8	3.6	90.0
31	6	2.7	92.7
32	4	1.8	94.5
33	11	5.0	99.5
34	1	.5	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencias de la práctica parental *Autonomía* que la madre ejerce

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
1	4	1.8	1.8
2	3	1.4	3.2
3	4	1.8	5.0
4	9	4.1	9.1
5	11	5.0	14.1
6	15	6.8	20.9
7	9	4.1	25.0
8	11	5.0	30.0
9	16	7.3	37.3
10	24	10.9	48.2
11	18	8.2	56.4
12	22	10.0	66.4
13	13	5.9	72.3
14	16	7.3	79.5
15	14	6.4	85.9
16	17	7.7	93.6
17	6	2.7	96.4
18	8	3.6	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencias de la práctica parental *Imposición* que la madre ejerce

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	4	1.8	1.8
1	12	5.5	7.3
2	21	9.5	16.8
3	18	8.2	25.0
4	24	10.9	35.9
5	28	12.7	48.6
6	13	5.9	54.5
7	19	8.6	63.2
8	15	6.8	70.0
9	7	3.2	73.2
10	8	3.6	76.8
11	8	3.6	80.5
12	10	4.5	85.0
13	3	1.4	86.4
14	5	2.3	88.6
15	7	3.2	91.8
16	7	3.2	95.0
17	5	2.3	97.3
18	2	.9	98.2
19	1	.5	98.6
20	1	.5	99.1
21	2	.9	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencias de la práctica parental *Control psicológico* que la madre ejerce

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	44	20.0	20.0
1	40	18.2	38.2
2	37	16.8	55.0
3	21	9.5	64.5
4	17	7.7	72.3
5	19	8.6	80.9
6	8	3.6	84.5
7	10	4.5	89.1
8	9	4.1	93.2
9	2	.9	94.1
10	5	2.3	96.4
11	3	1.4	97.7
12	1	.5	98.2
13	2	.9	99.1
15	2	.9	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencia de la práctica parental *Control conductual* que la madre ejerce

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
1	4	1.8	1.8
2	3	1.4	3.2
3	4	1.8	5.0
4	3	1.4	6.4
5	8	3.6	10.0
6	9	4.1	14.1
7	16	7.3	21.4
8	5	2.3	23.6
9	21	9.5	33.2
10	18	8.2	41.4
11	20	9.1	50.5
12	20	9.1	59.5
13	33	15.0	74.5
14	28	12.7	87.3
15	28	12.7	100.0
Total	220	100.0	

Apéndice 5
Escala de CBCL

Escala de los puntos de corte de los problemas internalizados y externalizados (Children Behavior Check List 6-18: Achenbach & Rescorla, 2001)

	Internalizados												Externalizados			
	6-11		12-18		6-11		12-18		6-11		12-18		6-11		12-18	
Rango Clínico	26	26	16	16	22	22	22	22	30	30	30	30	34	34	36	36
	25	25			21	21	21	21	29	29			33	33	35	35
	24	24	15	15	20	20			28	28	19	19	31	31	34	34
	23	23			19	19	20	20	27	27			30	31	33	33
	22	22	14	14	18	18	19	19	26	26			29	30	32	32
	21	21	13	13	17	17	18	18	25	25	18	18	28	29	31	31
	20	20			16	16	17	17	24	24			27	28	30	30
	19	19	12	12	15	15	16	16	23	23	17	17	26	27	29	29
	18	18	11	11	14	14	15	15	22	22			25	26	28	28
	17	17			13	13	14	14	21	21	16	16	24	25	27	27
Rango Normal	16	16	10	10	12	12	13	13	20	20			23	24	26	26
	15	15	9	9	11	11	12	12	19	19			22	23	25	25
	14	14			10	10	11	11	18	18			21	22	24	24
	13	13			9	9	10	10	17	17	15	15	20	21	23	23
	12	12	8	8	8	8	9	9	16	16			19	20	22	22
	11	11	7	7	7	7	8	8	15	15	14	14	18	19	21	21
	10	10	6	6	6	6	7	7	14	14			17	18	20	20
	9	9	5	5	5	5	6	6	13	13	13	13	16	17	19	19
	8	8	4	4	4	4	5	5	12	12	12	12	15	16	18	18
	7	7	3	3	3	3	4	4	11	11	11	11	14	15	17	17
6	6	2	2	2	2	3	3	10	10	10	10	13	14	16	16	
5	5	1	1	1	1	2	2	9	9	9	9	12	13	15	15	
4	4					1	1	8	8	8	8	11	12	14	14	
3	3							7	7	7	7	10	11	13	13	
2	2							6	6	6	6	9	10	12	12	
1	1							5	5	5	5	8	9	11	11	
0	0							4	4	4	4	7	8	10	10	
0	0							3	3	3	3	6	7	9	9	
0	0							2	2	2	2	5	6	8	8	
0	0							1	1	1	1	4	5	7	7	
0	0							0	0	0	0	3	4	6	6	
0	0							0	0	0	0	2	3	5	5	
0	0							0	0	0	0	1	2	4	4	
0	0							0	0	0	0	0	1	3	3	
0	0							0	0	0	0	0	0	2	2	
0	0							0	0	0	0	0	0	1	1	
0	0							0	0	0	0	0	0	0	0	

I. ANSIOSO/DEPRESIVO	II. AISLADO/DEPRESIVO	III. QUEJAS SOMÁTICAS	IV. PROBLEMAS SOCIALES	V. PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	VI. PROBLEMAS DE ATENCIÓN	VII. CONDUCTA DISAPLACENTE O NEGATIVA	VIII. CONDUCTA AGRESIVA	OTROS PROBLEMAS
14. Lloro mucho	5. Goza de poco	47. Pesadillas	11. Dependiente	9. Obsesiones	1. Actúa ansioso	2. Toma alcohol	3. Discute mucho	6. No controla esfínteres
29. Temeroso	42. Prefiere estar solo	49. Intestinos	12. Solitario	18. Se perjudica a uno mismo	4. No termina las cosas que empieza	26. Carece de culpabilidad	16. Es cruel	7. Fanfarronea
30. Miedo en la escuela	65. No habla	51. Se siente mareado	25. No se lleva	40. Oye cosas	8. No se concentra	28. Rompe reglas	19. Demanda atención	15. crud con los animales
31. Miedo a hacer mal	69. Secreto	54. Cansado	27. Celoso	46. Tics	10. no puede quedarse quieto	39. Malos amigos	20. Destruye sus propias cosas	24. No come bien
32. Debe ser perfecto	75. Timido	56a. Dolores	34. Otros quieren hacerle daño	58. Selecciones de la piel	13. Confundido	43. Miente o hace trampa	21. Destruye las cosas de otros	44. Se muere las uñas
33. Se siente poco querido	102. Carece de energía	56b. Dolores de cabeza	36. Propenso a los accidentes	59. Se toca los genitales en público	17. sueña despierto	63. Prefiere a los niños mayores	22. Desobediente en casa	53. Come demasiado
35. Se siente inútil	103. Triste	56c. Náuseas	38. Objeto de burlas	60. Se toca demasiado los genitales	41. Impulsivo	67. Escapa de casa	23. Desobediente en la escuela	55. Sobrepeso
45. Nervioso	111. Retenido	56d. Problemas en los ojos	48. No lo quieren	66. Repite actos	61. Tareas escolares pobres	72. Prende fuego	37. Se mete en peleas	56h. Otros problemas médicos
50. Temeroso	Total	56e. Problemas en la piel	62. Torpe	70. Ve cosas	78. Falta de atención	73. Problemas sexuales	57. Alaca a personas	74. Se luce
52. Se siente muy culpable		56f. Estómago	64. Prefiere a los niños más pequeños	76. Duermo menos	80. Mira a la nada	81. Roba en casa	68. Grita mucho	77. Duermo más
71. Autoconsciente		56g. Vómito	79. Problemas de habla	83. Acumula cosas	Total	82. Roba fuera de casa	86. Testarudo o irritable	93. Habla demasiado
91. Hablar de suicidio		Total	Total	84. Comportamiento extraño		90. dice groserías	87. Cambios de humor	98. Se chupa el dedo
112. Preocupaciones				85. Ideas extrañas		96. Piensa en sexo demasiado	88. Llorisaca en forma de queja	107. Se hace pipí (durante el día)
Total				92. Habla o camina dormido		99. Usa tabaco	89. Sospecha	108. Moja la cama
				100. Dificultad para dormir		101. Asiente	94. Se burla mucho	109. Llorisacar
				Total		105. Usa drogas	95. Berrinches	110. quiere ser del sexo opuesto
						106. Vandalismo	97. Amenaza a otros	113. Otros problemas
						Total	104. Ruidoso	Total
							Total	

APÉNDICE 6

Distribución de frecuencias para las conductas internalizadas

Distribución de frecuencias para la conducta ansioso-depresivo

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	23	10.5	10.5
1	21	9.5	20.0
2	25	11.4	31.4
3	24	10.9	42.3
4	20	9.1	51.4
5	20	9.1	60.5
6	17	7.7	68.2
7	21	9.5	77.7
8	12	5.5	83.2
9	10	4.5	87.7
10	9	4.1	91.8
11	6	2.7	94.5
12	2	.9	95.5
13	1	.5	95.9
14	3	1.4	97.3
15	4	1.8	99.1
16	2	.9	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencia de la conducta aislado-introvertido

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	32	14.5	14.5
1	29	13.2	27.7
2	40	18.2	45.9
3	37	16.8	62.7
4	25	11.4	74.1
5	19	8.6	82.7
6	12	5.5	88.2
7	7	3.2	91.4
8	5	2.3	93.6
9	7	3.2	96.8
10	4	1.8	98.6
11	1	.5	99.1
13	1	.5	99.5
16	1	.5	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencias para la conducta trastornos somáticos

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	48	21.8	21.8
1	45	20.5	42.3
2	31	14.1	56.4
3	19	8.6	65.0
4	23	10.5	75.5
5	14	6.4	81.8
6	9	4.1	85.9
7	11	5.0	90.9
8	8	3.6	94.5
9	5	2.3	96.8
11	2	.9	97.7
12	1	.5	98.2
13	1	.5	98.6
14	2	.9	99.5
15	1	.5	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencia de la conducta problemas de pensamiento

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	58	26.4	26.4
1	52	23.6	50.0
2	34	15.5	65.5
3	22	10.0	75.5
4	13	5.9	81.4
5	11	5.0	86.4
6	10	4.5	90.9
7	3	1.4	92.3
8	5	2.3	94.5
9	7	3.2	97.7
10	2	.9	98.6
16	1	.5	99.1
18	1	.5	99.5
21	1	.5	100.0
Total	220	100.0	

APÉNDICE 7

Distribución de frecuencias para las conductas externalizadas

Distribución para la conducta problemas de atención

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	14	6.4	6.4
1	30	13.6	20.0
2	21	9.5	29.5
3	24	10.9	40.5
4	16	7.3	47.7
5	28	12.7	60.5
6	28	12.7	73.2
7	16	7.3	80.5
8	13	5.9	86.4
9	14	6.4	92.7
10	2	.9	93.6
11	3	1.4	95.0
12	4	1.8	96.8
13	2	.9	97.7
14	1	.5	98.2
15	2	.9	99.1
20	1	.5	99.5
28	1	.5	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencias para la conducta de romper reglas

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	35	15.9	15.9
1	43	19.5	35.5
2	39	17.7	53.2
3	33	15.0	68.2
4	19	8.6	76.8
5	14	6.4	83.2
6	9	4.1	87.3
7	12	5.5	92.7
8	3	1.4	94.1
9	4	1.8	95.9
10	5	2.3	98.2
11	1	.5	98.6
12	1	.5	99.1
13	1	.5	99.5
14	1	.5	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencias para la conducta agresiva

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	17	7.7	7.7
1	17	7.7	15.5
2	26	11.8	27.3
3	21	9.5	36.8
4	17	7.7	44.5
5	17	7.7	52.3
6	16	7.3	59.5
7	18	8.2	67.7
8	20	9.1	76.8
9	7	3.2	80.0
10	9	4.1	84.1
11	12	5.5	89.5
12	7	3.2	92.7
13	4	1.8	94.5
14	3	1.4	95.9
15	1	.5	96.4
16	2	.9	97.3
18	1	.5	97.7
19	1	.5	98.2
21	2	.9	99.1
23	1	.5	99.5
54	1	.5	100.0
Total	220	100.0	

Distribución de frecuencias para la conducta de problemas sociales

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
0	36	16.4	16.4
1	36	16.4	32.7
2	33	15.0	47.7
3	30	13.6	61.4
4	22	10.0	71.4
5	19	8.6	80.0
6	20	9.1	89.1
7	8	3.6	92.7
8	5	2.3	95.0
9	1	.5	95.5
10	4	1.8	97.3
11	3	1.4	98.6
13	1	.5	99.1
14	1	.5	99.5
27	1	.5	100.0
Total	220	100.0	