



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISION DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES
PRIMARIOS RELACIONADO CON PRÁCTICAS DE
CRIANZA EN PREESCOLARES”**

T E S I S

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

P R E S E N T A:

EMMANUEL HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

COMITÉ DE TESIS

Directora: Mtra. Karina Torres Maldonado

Revisora: Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez

Revisora: Mtra. Gabriela Romero García

Sinodal: Mtra. Lucia Magdalena Martínez Flores

Sinodal: Mtra. Margarita Molina Avilés



CIUDAD DE MÉXICO

NOVIEMBRE, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi profesora, supervisora y directora de tesis Karina Torres Maldonado, por su excelente calidad docente, por compartir su experiencia, conocimientos, pasión, ética y profesionalismo, por sugerirme como miembro del equipo con el cual se realizó esta investigación, por su paciencia, comprensión y exigencias, por sacar siempre lo mejor de cada uno de sus alumnos, lo mejor de mí, por su apoyo, escucha, guía, por la confianza, y sobre todo, por aceptar acompañarme en este paso tan importante para mi desarrollo personal y profesional.

A mis compañeros, colegas y amigos, en especial, Elide Naranjo, Nahúm Pérez y Ana Lagarde, que sin su apoyo, esta investigación no habría sido posible.

A mis asesoras y sinodales, Paty de Buen, Gaby Romero, Lucy Flores y Magui Molina por su disposición y dirección para la conclusión de este trabajo.

A la universidad quien me arropo desde el nivel medio superior, enseñándome a aprender, a ser y a hacer, porque me ha dado a personas muy valiosas en mi vida y a la psicología que me ha dado otra forma de ver, comprender y analizar la vida.

Especialmente a mi madre, que cuya partida, dio un cambio drástico a mi vida, marcando un antes y un después, pero que con los pocos años que compartimos, ayudo a formar los principales cimientos de gran parte de lo que soy ahora.

Y quiero agradecer a la vida por todo lo que me ha dado, bueno y malo. Ya que sin ello no sería lo que soy ahora y ahora soy la mejor versión de mí.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I.....	6
PRÁCTICAS DE CRIANZA.....	6
CAPITULO II	25
DEPRESIÓN	25
Clasificación de depresión.....	30
Sintomatología de la depresión.....	33
Causas de la depresión.....	35
Depresión-Prácticas de crianza.....	36
CAPITULO III.....	40
ANSIEDAD.....	40
Causas de la Ansiedad	43
Clasificación de la ansiedad.....	45
Sintomatología de la ansiedad	48
Ansiedad-Prácticas de crianza	50
CAPITULO IV.....	54
MÉTODO.....	54
JUSTIFICACIÓN	54

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	56
OBJETIVO GENERAL.....	57
OBJETIVOS ESPECIFICOS	57
HIPÓTESIS	57
DEFINICION DE VARIABLES.....	57
Datos sociodemográficos.....	57
Prácticas de crianza.....	58
Ansiedad	58
Depresión	58
SUJETOS	59
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	59
CONTEXTO DE ESCENARIOS.....	59
ESTRATEGIA O PROCEDIMIENTO.....	60
INSTRUMENTOS	61
Inventario de Prácticas de Crianza.....	61
Inventario de Ansiedad de Beck A.	64
Inventario de Depresión de Beck A.	65
CAPITULO V	67
ANALISIS DE DATOS	67
Resultados.....	67

Análisis psicométrico de los instrumentos.....	68
Análisis Sociodemográfico	71
Perfiles Descriptivos de Inventario de Prácticas de Crianza	76
Perfiles Descriptivos de Inventario de Ansiedad de Beck A.	80
Descriptivos de Inventario de Depresión de Beck A.	82
Análisis diferencial.....	83
Análisis de correlación	88
Discusión y conclusiones	90
REFERENCIAS.....	101
ANEXOS.....	113

RESUMEN

Se realizó esta investigación con el objetivo de descubrir la relación entre indicadores de Ansiedad y Depresión, para saber cómo interfieren con las prácticas de crianza ejercidas por los cuidadores primarios en niños de preescolar, utilizando los instrumentos Inventario de Prácticas de Crianza IPC (López 2013), Inventario de Ansiedad de Beck A. e Inventario de Depresión del mismo autor, en una base de datos compuesta por 145 sujetos. En donde para la validez y confiabilidad del IPC, el instrumento fue aplicado en una muestra no probabilística independiente de 260 participantes que constaba de cuidadores primarios de niños en preescolar. Se obtuvo un nivel de confiabilidad $\alpha=.92$ (a través del análisis de consistencia interna por alfa de Cronbach). Mediante un análisis factorial exploratorio se encontraron cinco factores, en esta investigación se decidió cambiar el nombre de los factores obtenidos para obtener mayor claridad conceptual para la muestra estudiada. (Asertividad Democrática, Permisividad, Violencia, Ganancias Sociales y Disciplina Democrática). En el análisis diferencial los resultados fueron congruentes con la investigación existente, al encontrarse que no existen diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y depresión que presentan los cuidadores primarios ya sea por su sexo, escolaridad y su estado civil, lo que quiere decir que estas variables no son determinantes para presentar mayores o menores indicadores en los niveles de ansiedad y depresión. Finalmente, con el análisis de correlación se encontró en el Inventario de Prácticas de Crianza (IPC), que los factores obtenidos fueron divididos en prácticas de crianza positivas, en el están los factores Asertividad Democrática, Ganancias Sociales y Disciplina Democrática, en esa parte del estudio se encontraron correlaciones bajas con depresión y se comparó también con las Practicas de Crianza negativas y son los factores, Permisividad y Violencia, las cuales no fueron estadísticamente significativas con ansiedad y depresión.

INTRODUCCIÓN

Para la mayoría de las personas, la familia es el primer escenario en el cual los infantes aprenden a interactuar con otros y los padres son los primeros en comunicarse con sus hijos, son los que deben responder a sus necesidades y los que deben protegerlos en caso de peligro.

(Loeber 1998) señala que el impacto de la familia en los problemas de conducta, puede deberse a las características de los padres y las técnicas que estos utilizan para interactuar con sus hijos y disciplinarlos, por lo que las prácticas de crianza tienen una relación muy importante con la aparición de problemas de conducta en los niños, las prácticas de crianza negativas se asocian con altos niveles de ansiedad y depresión en los padres; Por su parte (Pereira, Canavarro, Cardoso & Mendoza 2009) encontraron problemas externalizados e internalizados en los niños, además de falta de apoyo y empatía por parte de los padres.

Por lo tanto, el rol de la familia en el desarrollo de problemas de conducta del niño, es visto como uno de los más tempranos e importantes factores de intervención para el desarrollo positivo de las habilidades socio-emocionales en los infantes, ya que se trata de un factor que es susceptible de modificar a través de conductas de prevención primaria, cambiando la forma en que los padres y cuidadores primarios interactúan y disciplinan a los menores.

Debido a la modificación sociocultural que se ha sufrido en el núcleo familiar, como lo es la desintegración familiar, modificación de las familias y sus diferentes tipos como lo son: las familias biparentales, monoparentales, adoptiva, de padres separados, compuestas, homoparentales y familias extensas. Cada vez son menos los infantes que son criados directamente por sus padres debido a estas modificaciones en las composiciones familiares, en cambio, las prácticas de crianza han pasado a ser tarea de cuidadores primarios, quienes regularmente son familiares cercanos a los niños. Las causas por las cuales hoy en día los

menores no son criados por sus padres, puede deberse a diferentes circunstancias como lo son el abandono infantil, padres en situaciones de riesgo, infidelidades, situación económica (pobreza), violencia intrafamiliar o muerte de uno de los padres de familia.

Es bien sabido que no existe una forma de educación única y eficaz para funcionar como figura paterna con los niños o tomar el rol de padres, la gran mayoría de cuidadores primarios utilizan una combinación de los siguientes estilos de crianza (autoritario, permisivo, democrático y negligente), pero el utilizar en mayor o menor medida uno o más estilos de crianza, puede lograr una gran diferencia en el futuro de la educación de los hijos, en la relación cuidador-infante y en la socialización con los pares, ya que de aquí se pueden derivar problemas de conducta que se desarrollarán y afectarán la personalidad del niño hasta su adultez (Albor 2011).

Por ejemplo, desde la vida intrauterina, los niños establecen un entramado de relaciones socioemocionales que, de manera conducente, conllevan a la construcción de diferentes vínculos afectivos con sus cuidadores, en especial aquellos que, como padres, madres, abuelos o familiares cercanos, al constituirse naturalmente como 'primarios', se convierten en figuras que representan cuidado, protección y seguridad a la hora de explorar el ambiente (Malekpour, 2007)

El vínculo afectivo, en este sentido, está relacionado con una profunda necesidad de mantener contacto y cercanía con un cuidador, pero también con la calidad de las interacciones, de tal manera que los sentimientos de confianza, felicidad, ansiedad, indiferencia o tristeza que puedan derivar de la progresiva constitución de dicho vínculo entre el niño y la figura de cuidado, pueden verse reflejados en la conducta del infante (Carrillo, 2008).

La familia y la sintomatología depresiva son variables estudiadas a través del tiempo por su relevancia en el entorno social. Cuando algún miembro de la familia tiene sintomatología depresiva afecta considerablemente el ambiente, esto genera un desequilibrio en las relaciones

interfamiliares, principalmente en las prácticas de crianza. No obstante, cuando se utiliza un estilo de crianza inadecuado provoca repercusiones sociales en los miembros y se crea un ambiente hostil para todos, siendo posible encontrar sintomatología depresiva.

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

Por otra parte, son muy pocas las investigaciones que se han realizado respecto a la relación que existe entre los niveles de ansiedad y depresión en los padres y las prácticas de crianza que ejercen, sin embargo, (Palafox et al. 2008) mencionan que la salud mental de los padres es un factor de riesgo que se encuentra relacionado con los trastornos psicológicos que se presentan tanto en los niños, así como con los estilos de crianza que son principalmente aplicados por parte de los cuidadores primarios. Los padres ansiosos son más aprensivos respecto a la conducta de sus hijos, por lo que el control y la supervisión de éstos se refleja en la ansiedad desarrollada por los hijos, ante la separación de los cuidadores principales, que promueve el desarrollo de apegos inseguros en etapas tempranas del desarrollo infantil Palafox et al., (2008).

Diversos factores biopsicosociales relacionados con la salud mental de los cuidadores primarios generan estrés, depresión, agresividad entre otras alteraciones que afectan los estilos de crianza y las relaciones con los menores. Los cuidadores primarios se encuentran expuestos diariamente a conflictos y a estrés debido a las funciones que tienen que llevar a cabo con la crianza y que influyen en su ajuste emocional (Cuervo 2010) la sobreprotección incluye la ansiedad de los cuidadores, que se traduce por una preocupación excesiva sobre el bienestar de los niños y el control psicológico, que se caracteriza por que el niño no exprese su

individualidad, así como el uso de estrategias de manipulación y la inducción del afecto negativo (Holmbeck et al., 2002).

Con base en lo citado, la presente investigación tiene como objetivo descubrir las relaciones que existen entre los niveles de ansiedad y depresión, y así tener una mayor concepción de cómo es que este tipo de afecciones en la salud mental, pueden llegar a relacionarse e inferir con las prácticas de crianza que ejercen los cuidadores primarios en niños de preescolar en una parte de la población de la CDMX.

CAPITULO I

PRÁCTICAS DE CRIANZA

La familia representa el agente más significativo en la vida de los niños, pues a través de ella desarrollan habilidades y capacidades esenciales que facilitan su integración al mundo (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013). Durante los primeros años de vida de los niños, los padres o cuidadores primarios guían a los infantes, de una dependencia total hasta las primeras etapas de autonomía; la forma en que los padres interactúan con sus hijos, puede tener efectos tanto inmediatos como duraderos en el funcionamiento social de los niños, en áreas que van desde el desarrollo moral, juegos entre pares, hasta el desempeño académico (Bornstein & Bornstein, 2010).

La educación que se recibe dentro de la familia marca la vida de una persona para siempre, dejando una huella en cada esfera que conforma el individuo: social, afectiva, emocional, mental, cultural, conductual, de salud, etc. Sin embargo, el tipo de habilidades que van adquiriendo los niños, depende de mutua influencia entre el medio social en el que se desenvuelven y lo que ellos mismos construyen, es decir, el niño juega un papel activo en la construcción de las interacciones que le permitirán desarrollarse socialmente Damon (1983). Por lo tanto, debe considerarse que el proceso interactivo entre cuidadores y niños no es estático, es continuo y bidireccional en el cual los padres o cuidadores primarios envían mensajes a los niños y viceversa, estos varían en el nivel de aceptación, receptividad e internalización de esos mensajes, lo que podría generar un reajuste en la respuesta de los cuidadores primarios de igual forma que en los infantes. De manera que las prácticas educativas o también llamadas prácticas de crianza son la causa, pero al mismo tiempo consecuencia de las características del individuo Albor (2011). Así el ambiente

familiar, determina en un individuo los procesos de su constitución personal y de su socialización.

La socialización en la infancia o también llamado desarrollo socio-afectivo se produce mediante las prácticas de crianza, entendidas como la manera en que los padres (y en general la estructura familiar) orientan el desarrollo de los niños y le transmiten un conjunto de valores y normas que facilitan su incorporación a un grupo social. De manera simple, las prácticas de crianza son las acciones llevadas a cabo por los padres y personas responsables del cuidado de los niños para dar respuesta cotidianamente a sus necesidades.

El estudio de las prácticas de crianza es un campo muy amplio y complejo; en él intervienen numerosas ciencias, como la psicología, sociología, pedagogía principalmente, dispositivos y participantes, todos ellos contribuyen con sus aportaciones para el desarrollo y el mejoramiento de estas, cimentando un andamiaje que fortalece y soporta los avances que se han realizado hasta el momento.

La crianza abarca el conjunto de actividades que los padres practican con sus hijos, así como la administración de los recursos disponibles orientados a apoyar el proceso de desarrollo psicológico; cuando se relacionan con los niños y realizan sus funciones, cuidadores primarios ponen en práctica las prácticas de crianza con el fin de influir, educar y orientar a los niños para su integración social. Las prácticas de crianza se pueden definir como un constructo psicológico multidimensional que representa características o estrategias de crianza de los cuidadores primarios; implican toda la constelación de actitudes de estos, que se traducen en prácticas específicas que influyen en los comportamientos infantiles Solís-Cámara, Díaz y Medina (2008).

Es importante hacer la diferencia, entre las prácticas y los estilos sobre la crianza, mientras que los segundos representan actitudes y creencias generales con respecto a la educación de los

hijos; los patrones o prácticas de crianza, en cambio, se refieren a comportamientos específicos, dirigidos a una meta, a través de los cuales los cuidadores primarios desempeñan deberes maternos o paternos, es decir, implican estrategias específicas que se emplean para conseguir dichas metas, como gritarle al niño para lograr el cumplimiento de una tarea, ofrecer halagos al niño para que aprenda nuevas tareas Gaxiola (2006).

El estudio de las prácticas de crianza permite analizar cómo influye la interacción entre cuidadores primarios e infantes en el desarrollo de niños y adolescentes. Garantizar los mejores resultados posibles en el desarrollo de los niños requiere que los cuidadores primarios enfrenten el desafío de equilibrar las demandas de madurez y de disciplina, con el fin de facilitar la integración de los niños a la familia y al sistema social, manteniendo una atmósfera de afecto, receptividad y protección. Cuando las actitudes y prácticas parentales durante los años de preescolar no reflejan un balance apropiado de estos factores, los niños pueden vivir una serie de dificultades de adaptación (Bornstein y Bornstein, 2010).

Bocanegra (2007) sostiene: Las prácticas de crianza deben concebirse como acciones, esto es, como comportamientos intencionados y regulados; es decir, equivalen a lo que efectivamente hacen los adultos encargados de ver a los niños; son acciones que se orientan a garantizar la supervivencia del infante, a favorecer su crecimiento y desarrollo psicosocial, y a facilitar el aprendizaje de conocimientos que le permitan reconocer e interpretar el entorno que le rodea.

Para Baumrind (1996) la socialización y los comportamientos del niño se ajustan a las demandas de los que le rodean en sus diversos contextos, menciona que los padres o cuidadores con disposición a socializar con sus familiares tienen una conceptualización de control distinta de la que tienen cuidadores estrictos e impositivos y por ello usan estrategias distintas para integrar al niño en la familia y la sociedad.

La familia influye en el desarrollo socio-afectivo del infante, ya que los modelos, valores, normas, roles y habilidades se aprenden durante el período de la infancia, que está relacionada con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, con las conductas pro-sociales y con la regulación emocional. Aunque son multidimensionales los factores que afectan el desarrollo de los niños, es importante identificar la influencia de la familia, de los estilos y pautas de crianza en el desarrollo socio-afectivo, además de focalizar factores de riesgo, problemas de salud mental en la infancia, el contexto social que presiona a los cuidadores primarios y problemas en conductas adaptativas.

El desarrollo socio-afectivo se produce mediante las prácticas de crianza, entendidas como la manera en que los padres (y en general la estructura familiar) orientan el desarrollo de los niños y le transmiten un conjunto de valores y normas que facilitan su incorporación a un grupo social. De manera simple, las prácticas de crianza son las acciones llevadas a cabo por los padres y personas responsables del cuidado de los niños para dar respuesta cotidianamente a sus necesidades.

La importancia de la familia en la socialización y desarrollo durante la infancia, la combinación de costumbres y hábitos de crianza de los padres, la sensibilidad hacia las necesidades de su hijo, la aceptación de su individualidad; el afecto que se expresa y los mecanismos de control son la base para regular el comportamiento de los niños.

Los efectos de la crianza o cuidado infantil en el desarrollo humano han sido reconocidos desde siempre. Desde los años 1940, por lo menos, se han estudiado las actitudes y comportamientos de las figuras parentales, así como las interacciones padres-hijos, particularmente en familias con niños pequeños.

Al hablar de prácticas de crianza, no necesariamente son parentales, sino que están centradas en los cuidadores primarios de los sujetos, hay que referirse a las tendencias globales de comportamiento, a las prácticas más frecuentes, con ello no se pretende decir que los cuidadores primarios no utilicen siempre las mismas estrategias con todos sus *hijos*, ni en todas las situaciones, sino que los cuidadores primarios, dentro de un continuo más o menos amplio de tácticas, seleccionan con flexibilidad las pautas educativas (Ceballos 1998).

La puesta en práctica de los estilos de crianza por parte de los cuidadores primarios se lleva a cabo de manera particular en cada familia, a través del establecimiento de pautas interactivas que definen la dinámica familiar, esto depende en gran medida al momento histórico y cultural bajo el cual se encuentran las familias; ya que el medio dentro del cual se encuentran inmersas éstas, influye de manera importante en los miembros de la familia y la manera en que éstos se relacionan (Almazán, Sánchez 2010). El niño al interactuar con la sociedad externaliza el proceso de socialización que adquirió dentro de su familia y su contexto, así como sus habilidades para enfrentarse a situaciones sociales fuera de su grupo familiar.

La mayoría de las veces los estilos de crianza son transmitidos de manera inconsciente, siendo los indicios que evidencian los roles que adoptan de otras generaciones de individuos Valencia (2012). Por lo anterior, los estilos de crianza serán diferentes de una familia a otra, aun cuando se compartan los mismos códigos de socialización, los valores y las costumbres Tezcucano (2003).

Los padres contribuyen al desarrollo de los hijos relacionándose con ellos y utilizando estrategias de socialización. Se revisan, por ello, estudios sobre prácticas de crianza centrándonos en las clasificaciones que se realizan sobre ellas, o en los distintos modos que utilizan los cuidadores primarios para controlar la conducta de los niños, para poner de relieve las diferencias entre unos cuidadores y otros, así como los factores que inciden en estas diferencias,

por otro lado, los cuidadores primarios generalmente, tienen una noción espontánea, no muy elaborada, de la manera como se debe criar a los hijos de otros o los propios y además son capaces de desarrollar teorías sobre la mejor forma de realizar esta tarea. Con esto pueden llegar a caer a diferentes estilos de crianza inadecuados y con ellos, consecuencias en el desarrollo de los infantes dada la forma en que fueron educados.

Se considera educar como una tarea multifacética y cambiante y, por ende, difícil de categorizar; en el estudio de las prácticas de crianza, aunque constituye un constructo multidimensional, siempre se tiende a incluir dos dimensiones básicas: una relacionada con el tono emocional de las relaciones y la otra con las conductas puestas en juego para controlar y encauzar la conducta de los niños, ambas dimensiones relacionadas (Rámirez, 2005). Varios modelos han sido propuestos para identificar diferentes patrones de crianza. (Merino, 2004) agrupa en tres dimensiones ortogonales: compromiso (como cuidadores ante las necesidades de los niños), autonomía psicológica (en relación al afecto proporcionado por los padres y cuidadores) y control conductual (disciplina colocada por los padres), tomando en cuenta factores involucrados en la exploración de los diferentes factores en la crianza (por ejemplo, intrusividad, aceptación, posesividad, control, coerción, inconsistencia y extrema autonomía).

Ha sido de interés para diversos investigadores cuales estilos de crianza pueden favorecer a un buen desarrollo del niño, porque la percepción que se tiene de la conducta de los padres va a tener consecuencias determinantes para el desarrollo de la autoestima, así como la forma en que interactúa en el ambiente, por lo que se estima que el estilo de crianza va a decidir el tipo de personalidad futura de cada individuo (Peña, 2010).

De acuerdo con (Jiménez, 2009), desde hace algunos años, ha llamado la atención la relación y la interacción con la crianza de hijos y de cómo éstos provocan las futuras conductas de los

niños, de ahí se deriva que los estilos de crianza sean el productor de factores de riesgo, debido a que en la niñez donde se forman los comportamientos e ideas sobre la configuración del mundo psíquico y social, es por esto, que el tipo de crianza con el que se eduque se reflejará en el desarrollo de las habilidades necesarias que permiten un adecuado funcionamiento en el contexto familiar, escolar y social.

Maccoby y Martín (1983) propusieron una clasificación bidimensional de los patrones de crianza utilizando dos ejes ortogonales: el eje de control o disciplina y el eje afectivo actitudinal. El eje de disciplina, se refiere a la exigencia de los padres hacia los hijos para el alcance de determinados objetivos, se entienden también como las estrategias y mecanismos que emplean los padres para regular la conducta e inculcar valores, actitudes y normas en los niños, por medio de la aceptación y utilización de métodos de disciplina positiva o punitiva (castigos). Por otra parte, el eje afectivo, hace referencia al apoyo afectivo, emocional, sensibilidad y calidez de la respuesta parental ante las necesidades de sus niños. De estos constructos se desprenden cuatro tipologías clasificando las prácticas parentales en: autoritativos (o democráticos), autoritarios, indulgentes (o permisivos) y negligentes (Méndez, Andrade y Peñaloza, 2013, Merino y Arnd, 2004, Ramirez, 2005; Santrock, 2006).

Estas cuatro posibilidades son las prácticas más frecuentemente referidas en la investigación psicológica, aunque a veces no corresponda del todo en uno de los patrones, el comportamiento predominante de los padres se asemeja a uno u otro de estos estilos principales (Rámirez, 2005). A continuación se especifican estas prácticas:

Cuidadores autoritativos o democráticos: presentan niveles de control y receptividad igualmente altos, se caracterizan por ser orientados racionalmente, exigentes con las normas, a la vez que son afectuosos, refuerzan el comportamiento y son sensibles a las peticiones de atención

de sus hijos, poseen altas expectativas y monitorean activamente la conducta sus hijos. Muestran un elevado nivel de interacción verbal, la explicación de razones cuando dan normas y el uso de respuestas satisfactorias. Los cuidadores primarios marcan límites y ofrecen orientaciones a los menores, están dispuestos a escuchar sus ideas y a llegar a acuerdos con ellos.

Cuidadores autoritarios: se caracteriza por manifestar un alto grado de control y exigencia, a la vez que bajos niveles de receptividad, comunicación y afecto explícito, predomina la imposición de normas rígidas y alta exigencia de obediencia, de acuerdo con patrones rígidos preestablecidos. Tienen tendencia al uso de la fuerza física como coerción. Son altamente exigentes, demandantes y directivos. Están orientados hacia la afirmación del poder, de autoridad y de búsqueda de obediencia; las normas que definen la buena conducta son exigentes y se castiga con rigor la mala conducta. La comunicación entre cada uno de los cuidadores y sus niños, es pobre.

Cuidadores permisivos también llamado indulgentes o no directivos: muestran bajos niveles de control y gran receptividad y afecto, permiten que los menores regulen sus propias actividades con relativamente poca interferencia, utilizan el razonamiento, pero rechazan el poder y el control sobre los menores. Generalmente no imponen reglas, los niños toman sus propias decisiones sin consultar a los cuidadores. Típicamente son cariñosos y afectuosos, explican las cosas usando la razón y la persuasión, tienden a evitar la confrontación y generalmente ceden a las demandas de los infantes, permiten la autorregulación del propio niño, lo que los lleva a estimular la independencia y el control bajo las propias creencias y necesidades; los niños de este tipo de padres tienen más probabilidad de presentar problemas académicos y de conducta.

Cuidadores negligentes o indiferentes: muestran escaso control y escasa receptividad, muestran poco o ningún compromiso con su rol. No ponen límites a los menores por falta de

verdadero interés por hacerlo. Al niño se le da tan poco como se le exige, expresan pocas respuestas afectivas o de control conductual en situaciones diarias y/o en aquellas en que son necesarias, siendo lo más destacable la escasa intensidad de los apegos y la relativa indiferencia respecto de las conductas de los niños. Estos cuidadores parecen actuar bajo el principio de no tener problemas o de minimizar los que se presentan, con escasa implicación y esfuerzo (Bornstein y Bornstein, 2010).

Por otra parte, según Schaffer (2000) indica que ha sido difícil de demostrar la influencia de las prácticas de crianza que adoptan los cuidadores primarios durante el desarrollo de los niños. También señalan, que cualesquiera que sean los efectos que tengan los cuidadores primarios, también contribuyen otros aspectos como las características de los niños y las del contexto social y físico en el que ocurre el desarrollo.

Las prácticas de crianza, conllevan a las tendencias globales de comportamiento, a las prácticas más frecuentes, pero no necesariamente los cuidadores primarios utilizan las mismas estrategias con todos los niños que tienen a su cargo, ni en todas las situaciones, sino que, dentro de las prácticas más comunes de tácticas, seleccionan la que piensan que son adecuadas (Rámirez, 2005).

Sin embargo, la contribución de los cuidadores primarios en la crianza es crucial, por lo que Levine (1974, 1988, citado en Schaffer, 2000) considera que las metas básicas de la crianza, que todas las familias poseen, ya sea de forma implícita o explícita, se reflejan en:

1. Supervivencia: Asegurarse que el niño viva, sano y con suficiente vida, de manera que pueda también tener hijos.
2. Bienestar económico: Ayudar al niño a adquirir las habilidades y el conocimiento requeridos para ser autosuficientes económicamente cuando sea adulto.

3. Realización de sí mismo: Impulsar las habilidades necesarias para cumplir con diversos valores culturales, tales como: la moralidad, el prestigio y la plenitud personal.

Lo anterior, según el autor, constituye una jerarquía, donde los cuidadores primarios sólo podrán dedicarse a las dos últimas, si la primera, la más básica, se satisface primero. En algunas sociedades, donde la mortalidad es grande, las energías de los cuidadores se dedican principalmente a mantener vivos a los niños, quedando poco tiempo libre para enseñarles algo más que no sean las habilidades necesarias para encontrar alimento, mantenerse calientes y lejos de los predadores. De esta forma, la tarea principal de los cuidadores, es promover todas las cualidades necesarias en su sociedad para la autosuficiencia económica, y sólo cuando lo han logrado, la crianza del niño podrá dedicarse a las actividades mucho más sofisticadas que permiten la plenitud individual.

Nuevamente Levine (1974, 1988 en Schaffer, 2010), apunta ciertos atributos que, aunados a las características del niño y del contexto, determinan la conducta de crianza del niño. De aquí se desprenden:

1. Los atributos universales, es decir, aquellos comunes a todos los padres humanos que pueden ser considerados parte de la herencia propia de la especie.
2. Los atributos específicos de una cultura, o sea, los que son específicos de sociedades particulares y que por consiguiente distinguen a un padre de otro en el seno de los grupos culturales y que, por lo tanto, pueden ser considerados una expresión de la personalidad individual.

Bornstein (1991), establece que a menudo se lleva a cabo una comparativa de las prácticas de cuidado con la creencia de que ayudará a dividir conductas de crianza de los niños entre

universales y específicas. Cuando se observa, una crianza en particular en todos los entornos sociales, sin importar las variaciones en costumbres y creencias, se pretende que está genéticamente determinada; cuando se encuentran diferencias entre los grupos culturales, se dice que operan influencias de experiencias de aprendizaje Schaffer (2000).

Schaffer (2000), menciona que es de dudarse que las prácticas de crianza por parte de los cuidadores primarios tengan una base genética, pero señala que existe un mecanismo de ésta, que está determinando en dos partes a fin de mantener la proximidad y promover cuidados a sus hijos. Así como lo menciona Bowlby (1969), como teórico con orientación etológica, que apunta a los padres humanos, como los de otras especies, también están programadas para cuidar y proteger a sus hijos de acuerdo a su naturaleza innata; así como a responder a las señales individuales que el niño manifiesta.

Se ha descrito diferentes factores que influyen las prácticas de crianza, por ejemplo los factores relacionados con las características de los niños (edad, sexo, orden de nacimiento y personalidad), relativo a los cuidadores (deseo de ser padres, experiencia previa y como padres, personalidad, nivel educativo, ideas sobre el proceso evolutivo y expectativas sobre los niños), y un tercer grupo en relación al ambiente (el status socioeconómico, características físicas de la vivienda, el contexto histórico y sociocultural actual) Palacios (1987). Además de que otras variables como: la clase social, el nivel socioeconómico (entendido como combinación de elementos integrados por el nivel educativo, profesión, nivel de ingresos, calidad de vivienda Ramírez (2005), la estructura familiar, las redes de apoyo familiares y factores de riesgo, también impactan en la interacción de cuidadores y niños, modificando la forma de cuidado de estos Vera (2005).

De manera amplia ha sido estudiado el impacto que tienen las variables sociodemográficas sobre los patrones de crianza, especialmente en el nivel socioeconómico bajo, donde las investigaciones señalan que las múltiples privaciones y ambientes carentes, generan incertidumbre, estrés y ansiedad, impactando en las características de los cuidadores primarios, lo que aumenta la posibilidad de estados emocionales negativos, dando pie a depresión, ansiedad, escaso control de los impulsos, que socavan la capacidad para utilizar estrategias de disciplina inductiva y promueven patrones de crianza punitiva, además de falta de estimulación afectiva y social; se sugiere que esto limita las oportunidades de interacción y diversificación de experiencias Morales y Vera (2005). Asimismo, se ha reportado que las cuidadoras de clase social media tienden a ser más abiertas en sus demostraciones afectivas con los menores y platican más con ellos que las cuidadoras de clase social baja, quienes sólo interactúan con los niños en actividades de cuidado: baño, alimentación, entre otras Duyckaerts (1979), citado en Torres, Reyes y Garrido, (1998), situaciones en la cual, la estimulación verbal es mínima, al igual que la estimulación por medio de juego e interacción queda reducida.

Por ello, el sistema sociocultural puede influir sobre los estilos de crianza debido en parte, a la aportación de un marco ideológico, tales como creencias prevalecientes sobre la efectividad de ciertas estrategias educativas, metas y expectativas de la relación cuidador-infante y, por otra parte, a las presiones sociales que llevan a identificar algunas prácticas de crianza como mejores, que corresponden a los de la cultura dominante Gaxiola (2006). Por ejemplo, se ha descrito que en un nivel socioeconómico bajo, existe tendencia hacia el uso de prácticas punitivas y mayor proporción de prácticas de crianza permisivo/indulgente y autoritaria, mientras que los cuidadores primarios de posiciones sociales más favorecidas utilizan métodos de control conductual alternos al castigo o prohibiciones directas (Guo y Harris 2000).

Igualmente, las características de los cuidadores primarios, tales como el nivel educativo modifica el tipo de interacción que las madres tienen con sus hijos, Loasa (1982) reportó que, a mayor escolaridad de las madres, presentan conductas que favorecen el desarrollo infantil, como el modelamiento, reforzamiento y retroalimentación. De Tejada y Otálara (2006) mencionan que las madres de un bajo nivel educativo, muestran interacciones irregulares poca intervención materna y poca respuesta a las necesidades de sus hijos. Por otra parte, Cuervo (2010) sugiere que los problemas emocionales de los cuidadores, como la depresión, influyen en los niños, niñas y adolescentes, generándoles modelos inadecuados o prácticas negativas para su desarrollo.

Las oportunidades de estimulación por medio de la interacción con el entorno, dentro de distintos medios ambientales, culturales, sociales y económicos Lacunza (2010), al igual que las experiencias de cuidado y las oportunidades de interacción que estas ofrecen, ejercen una gran influencia en el desarrollo infantil el cual incluye el desarrollo y rendimiento cognitivo, relacionado íntimamente con estructuras cerebrales y el sistema nervioso central.

Es importante puntualizar, que el estilo de crianza lo promueve cada familia, por lo que Erikson, Maccoby y Martin (1983 en Flores, 2001), indican que existen dos principales dimensiones del estilo parental, las cuales definen las conductas que tienen los cuidadores primarios al momento de establecer algún estilo de crianza son:

- **Aceptación/Sensibilidad.** Se refiere al amor y apoyo que muestran los cuidadores primarios. En esta dimensión, se encuentran los cuidadores tolerantes y sensibles, quienes son los que estimulan a los niños para seguir adelante, demostrando su apoyo, dando palabras de aliento, de amor y a la vez teniendo la habilidad para ser críticos cuando el niño se comporta de forma inadecuada. Los cuidadores primarios menos tolerantes e insensibles son quienes rara vez tienen comunicación con los niños, los

ignoran, castigan, critican, hacen menos y pocas veces o nunca les expresan que son importantes para ellos que los aman.

- Exigencia/Control Parental. Se relaciona con la supervisión que los cuidadores primarios otorgan a los niños. Los cuidadores controladores y demandantes, suelen saturar a los niños con sus peticiones y su vigilancia es permanente, con la finalidad de asegurarse que se cumplan al pie de la letra sus instrucciones.

Palacios (2003) señala que las prácticas de crianza de los cuidadores primarios están condicionadas por tres factores

- Sexo, edad, lugar de nacimiento y características de personalidad del niño.
- Aspectos de los cuidadores como la experiencia previa como hijo y como cuidador, características de personalidad, nivel educativo, ideas acerca del proceso evolutivo y las expectativas que tienen puestas en sus hijos.
- Situación en la que se lleva a cabo la interacción: características físicas de la vivienda y contexto histórico.

Misitu (2004), señala los factores que determinan los estilos de crianza, para una mejor práctica educativa y se derivan, primero, en cuanto a las relaciones intrafamiliares a: la estructura, afecto, control conductual y la comunicación; posteriormente, en lo concerniente a la dimensión social están: la transmisión de valores y los sistemas externos; de ahí se extiende hasta el estudio de la socialización.

Otro factor que pudiera influir en el estilo de crianza, es el número de niños, ya que, mientras sea mayor el número de niños en una familia, menores son las oportunidades que tienen los padres de interactuar con ellos de manera individual. Los cuidadores primarios de familias más pequeñas tienden a relacionarse afectuosamente con cada niño y a percibir mejor sus necesidades

específicas; pero conforme el tamaño de la familia aumenta, cambian las actitudes y conductas parentales. Aunado con las responsabilidades, del cuidado de los niños de las familias grandes, recaen en los hermanos mayores, que no tienen la capacidad para desempeñar esas responsabilidades, ni la de emplear el razonamiento cuando el hermano se porta mal Díaz (2009).

De igual forma (Musitu & Gracia, 1988), consideran los factores que determinan los estilos de crianza, señalan los que contribuyen a una mejor práctica educativa tales como: estructura, afecto, control conductual, comunicación, transmisión de valores y sistemas externos. La estructura, el afecto, el control y la comunicación hacen referencia a las relaciones intrafamiliares o micro sistémicas; la transmisión de valores y los sistemas externos se refieren a la dimensión social, hasta la que se extiende la unidad de análisis en el estudio de la socialización. La posición dentro de un sistema más amplio explicará la toma de postura y modos de actuación del grupo social que es la familia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) declaró preocupante la agresión, en forma de castigo corporal a los niños por parte de los padres y los cuidadores primarios, debido a sus efectos nocivos y duraderos. Además, el castigo físico es un factor de riesgo para depresión, desesperación, abuso de alcohol, suicidio, violencia contra los compañeros, maltrato físico de sus propios hijos, asaltos físicos a las esposas o menor probabilidad de profesionalización, y es parte de los factores predictivos de la agresividad, la violencia en adolescentes y adultos, pues el castigo físico no siempre corrige el comportamiento antisocial y, por el contrario, algunos autores afirman que el azote aumenta la probabilidad de que aparezca un comportamiento antisocial Krug (2002).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) en América Latina entre el 3% y 4% de los niños y adolescentes padecen trastornos de conducta que requieren tratamientos

especializados. Específicamente, el rango de la prevalencia del desorden por conducta negativista desafiante va del 1% al 11% con una prevalencia mundial promedio del 3.3%, mientras que el déficit de inatención con hiperactividad ocurre en el 5% de los niños en el mundo (Asociación Psiquiátrica Americana, APA, 2013). En México, los problemas más frecuentes en niños entre los 4 y los 7 años de edad han sido la conducta negativista desafiante, la desobediencia, la conducta agresiva y la hiperactividad (Medina-Mora et al., 2003).

Los problemas de conducta infantil se han definido como el grupo de "...conductas que violan los derechos de otros (p. ej., agresión o violación de la propiedad privada) y/o que promueven que el individuo se involucre en conflicto con las normas sociales o las figuras de autoridad" (APA, 2013, p. 461). Es común referirse a dichos problemas como desórdenes de conducta, la conducta agresiva e incluso el déficit de atención con o sin hiperactividad. Sin una intervención apropiada, es usual observar que los problemas de conducta se transforman en comportamiento antisocial o de consumo de drogas (Frick & White, 2008). Por lo que resulta importante interrumpir la progresión hacia el comportamiento antisocial a partir de intervenciones exitosas.

Los cambios en las pautas de crianza pueden afectar los estilos parentales y el desarrollo socio-afectivo en la etapa infantil. Así, para Cabrera y Guevara, (2006) la red familiar se reorganiza y las relaciones se redefinen permanentemente; en las interacciones negativas en la familia, pueden crearse desajustes psicológicos en los niños, lo cual dependerá del grado de satisfacción que se tenga por estar al cuidado. De igual forma, los conflictos que enfrentan los cuidadores primarios diariamente y el estrés experimentado, debido a funciones relacionadas con la crianza, pueden influir sobre las características de los menores y su ajuste emocional.

Existe evidencia de que favorecer el que los cuidadores primarios utilicen un estilo de crianza basado en apoyar a los niños y reforzarlos por sus logros es eficaz para la prevención de la violencia (OMS, 2014). Boardman (1992) sugirió la necesidad de cambiar la conducta de los padres como una forma efectiva para cambiar la conducta de los niños. Es por eso que los cuidadores primarios y las prácticas de crianza que adoptan para con los niños, son fundamentales para el desarrollo socio-afectivo de los infantes.

En cuanto a los niños, existen investigaciones realizadas por Ramírez (2005) que señalan las dificultades que conllevan las prácticas de crianza en niños pequeños y de preescolar. Los cuidadores indican que tienen mayor dificultad en su crianza debido a los comportamientos típicos del desarrollo del niño, ya que son muy irritantes. Entre las que se apuntan, el llanto, la desobediencia a los adultos y la interrupción a los adultos cuando éstos están haciendo algo. Los cuidadores que encuentran un mayor grado de dificultad son los que tienen más de un niño a su cargo, y si estos tienen más de dos años.

Por último, en cuanto a la interacción, se encuentra la influencia de la estructura familiar en las características de las prácticas de crianza. La conducta de los padres y cuidadores primarios hacia los niños, tiene relación con el número de adultos, el número de niños, la educación de la madre, el ingreso familiar y las percepciones de los padres de sus propias conductas en dichas prácticas. Las percepciones maternas de las conductas de las prácticas educativas están asociadas con la estructura familiar, es bastante significativa con el nivel educativo de las madres, aunque se relaciona también con el número de niños en la familia y con los recursos económicos.

Díaz, (2009) agrega que los estilos de crianza están profundamente influenciados por la actitud de los cuidadores primarios hacia sus propias emociones.

Existen diversos factores relacionados con la salud mental de los padres y cuidadores primarios que generan estrés, depresión, agresividad u otras alteraciones que a su vez afectan las prácticas de crianza y las relaciones con los menores, por lo cual es importante focalizar esos factores de riesgo y generar factores protectores para la salud mental, tanto de los cuidadores como de los niños en sus familias.

Algunas características de los cuidadores primarios relacionados con los estilos de crianza y las interacciones familiares identificadas por Pons-Salvador (2005) proponen factores asociados a los cambios que afectan negativamente la parentalidad, como antecedentes de castigo en la madre, baja satisfacción materna y la percepción negativa del bebé, que se convierten en factores de riesgo para maltrato y alteraciones emocionales.

En relación con antecedentes o características psiquiátricas de los padres, relacionado con las prácticas de crianza Ezpeleta (2005) realizó investigaciones con hijos de pacientes psiquiátricos asociados a problemas conyugales, estrés, problemas psicosociales y encontró que aumentan el riesgo de abuso, maltrato o rechazo hacia los hijos. Se hallaron relación entre el rechazo parental percibido por el hijo y el ajuste psicológico y social en relación con el afecto, la hostilidad, la indiferencia o el rechazo percibido de los padres y la relación con comportamientos internalizados como la ansiedad, la depresión, el aislamiento social, la autoestima negativa y los problemas somáticos, y con comportamientos externalizantes como la agresividad y la conducta disocial por parte de los niños Martínez (2009).

La crianza está afectada por las relaciones agresivas, la privación afectiva y otras problemáticas de la familia, tal como lo encontró Bradley (2000), quien plantea que la falta de afecto, el afecto negativo o la desaprobación a toda acción o comportamiento de los cuidadores primarios, se relaciona con problemas externalizantes y con baja autoestima en niños y, además,

la vinculación insegura con los cuidadores como un factor de mayor vulnerabilidad para la psicopatología infantil.

Ezpeleta, (2005) realiza reflexiones sobre las psicopatologías de los padres con cuidadores primarios y los trastornos emocionales, como factores de riesgo de problemas comportamentales y emocionales en la infancia. En este caso nos enfocaremos en la ansiedad y depresión, y como es que se pueden relacionar en las prácticas de crianza.

CAPITULO II

DEPRESIÓN

La depresión es un padecimiento que se caracteriza por sentimientos de infelicidad y desesperanza. Puede ser una respuesta a una situación estresante a desequilibrios hormonales, anormalidades bioquímicas u otras causas. La palabra depresión proviene del verbo latín *megro* (significa hundir, presionar hacia abajo), se emplea para señalar decaimiento del estado de ánimo (Fawcett y Kravitz, 1983). Las personas deprimidas se sienten incapacitadas y piden ayuda algunas veces; en ocasiones se convierte en depresión profunda, pudiendo conducir al suicidio.

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. Belló (2005)

El término depresión se usa más en círculos profesionales, la mejor manera de pensar en estas palabras es considerada como una compleja respuesta emocional ante la pérdida; pero no una emoción en concreto, si no producto de la pena y de una sensación de desesperanza, realmente se considera como una combinación de varias emociones, como la tristeza, el enojo (normalmente dirigido hacia uno mismo), ansiedad y culpabilidad Lazarus (2000).

La depresión se manifiesta como reacción ante una pérdida, amenaza de pérdida, fracaso o desaprobación. Es característico, de quienes sufren de depresión buscar enfrentarse lo más pronto posible a las actividades placenteras y aplazar las displacenteras. Normalmente se asocia con el duelo, aunque la persona deprimida no piense de esta manera o no reconozca conscientemente que ha sufrido una gran pérdida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beck (1976) indica que se puede definir la depresión por sus siguientes características:

1. Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía.
2. Un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y autoinculpación.
3. Deseos regresivos y de autocastigo: deseo de escapar, esconderse o morir.
4. Trastornos vegetativos: anorexia, insomnio, disminución de la libido.
5. Cambios en el nivel de actividad: retardo o agitación.

Los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de sus vidas; es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y re-aparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas.

La depresión es una enfermedad común en nuestros días, incluso aquellos individuos que no llegan a enfermar de ella, sufren a menudo oscilaciones cíclicas de ánimo y cambios de carácter similares a los síntomas depresivos Gómez (2008).

La depresión puede comenzar desde la niñez, algunas veces manifestándola al ser incapaz de concentrarse en la escuela, esta puede ser el resultado de maltratos físicos o psicológicos, se encuentra aproximadamente en una de cada diez personas, presentándose en el doble de mujeres que hombres, y el riesgo aumenta con la edad, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), para el año 2020 la depresión será el mayor problema de salud, algunos autores predicen que se convertirá en la segunda causa de discapacidad en occidente Gómez (2008).

Una de cada diez personas sufre al año una depresión y más de 15% de toda la población mundial padecerá un episodio depresivo a lo largo de su vida, (12.7% de los hombres y 21.3% de las mujeres), la población más afectada es entre los 18 y 44 años, teniendo las mujeres jóvenes casi dos veces más episodios depresivos que los hombres Vallejo (2011)

En la senectud este problema aumenta a partir de los 65 años, llegando incluso a cifras de hasta 50%, los pacientes depresivos utilizan tres veces más los servicios de salud que los que no lo padecen, el porcentaje de detección y tratamiento de depresión en la atención primaria es bajo (40%), y el costo de este infra diagnóstico supone, además del económico y en calidad de vida, ante todo una alta tasa de suicidios evitables que son inaceptables Frenk (2013).

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

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

Lara (2007) Investiga acerca del costo social de los desórdenes mentales en México, definieron a la discapacidad como el deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto de cierta edad y sexo en un contexto social, y que forma parte del costo social de la enfermedad.

La depresión es el trastorno mental que más daña a la población y es, además, uno de los principales motivos de discapacidad en el mundo. Aunque es una enfermedad tratable, seis de

cada diez personas que la padecen en América Latina y el Caribe, no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan.

- Se calcula que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida.
- Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel Latino América y el Caribe.
- Más de 350 millones de personas de todas las edades sufren depresión globalmente. En América Latina y el Caribe le padece 5% de la población adulta.
- Entre el 60 y 65% de las personas que necesitan atención por depresión en América Latina y el Caribe no reciben.
- Un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio en las Américas alcanzan alrededor de 63.000.
- Entre los trastornos mentales de América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por trastornos de ansiedad (3.4%), la distimia (1.7%), y el trastorno obsesivo compulsivo (1.4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una) y el trastorno bipolar (0.8%) entre otros (OMS, 2012).

Clasificación de depresión

De acuerdo al DSM-V (2013), los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depre-sivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Al contrario que en el DSM-IV. El rasgo común de todos estos trastornos es la

presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que la diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas.

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, y la primera son los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último en forma de agresividad contra objetos, uno mismo y otras personas).

Episodio de depresión mayor (EDM), el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas del duelo. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor del duelo puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM.

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes. En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV. La depresión mayor puede

preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente. Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo "por los suelos".

Trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después. Afecta negativamente al funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afecta, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer.

De acuerdo al CIE-10-MC. El nombre del trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los síntomas depresivos. Se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancia; en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida". Se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia (p. ej., droga de abuso, toxina, medicación psicotrópica, otra medicación) y los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades. Se determina si las alteraciones del ánimo se deben a otra afección médica general, se debe establecer la presencia de una afección médica general.

Además, que la alteración del ánimo está etiológicamente relacionada con la afección médica general mediante un mecanismo fisiológico.

Sintomatología de la depresión

Se entiende por sintomatología a las manifestaciones que una enfermedad o trastorno tiene tanto si son percibidas por el propio sujeto (síntomas), como si lo son por un observador entrenado (signos), o si se obtienen tras determinados tipos de pruebas. Los trastornos depresivos tienen en este sentido manifestaciones clínicas muy diversas, que varían ligeramente de unos subtipos a otros, distinguiéndose las diversas formas de trastornos depresivos, más bien por el curso o evolución clínica que por los síntomas en sí.

Así, por ejemplo, ambos conceptos (signos y síntomas) comparten la idea de que los dos síntomas principales de los trastornos depresivos son el bajo estado de ánimo y la anhedonia, que la duración mínima de los síntomas depresivos debe ser al menos dos semanas en el caso del trastorno depresivo mayor o dos años en el caso del trastorno distímico, y que los síntomas deben provocar en la persona malestar clínicamente significativo o dificultades para llevar a cabo su actividad laboral y social o deterioro de otras áreas importantes de la actividad del individuo (CIE-10, OMS, 1993).

El término depresión se utiliza a menudo para designar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta que no se presentan como un trastorno psiquiátrico definido. Los signos y síntomas esenciales, como el abatimiento, el pesimismo la autocrítica y el retardo o la agitación parecen haber sido universalmente aceptados. Beck (1976) describe los síntomas de depresión bajo cuatro títulos principales: manifestaciones emocionales; cognoscitivas; motivacionales y manifestaciones físicas y neurodegenerativas.

Manifestaciones emocionales

Se refiere a cambios en los sentimientos del paciente o a los cambios en su conducta extrema directamente atribuibles a su alteración emocional: ánimo abatido; sentimientos negativos hacia sí mismo: insatisfacción; indiferencia afectiva; accesos de llanto; pérdida del sentido del humor.

Manifestaciones cognoscitivas

Un grupo de ellas está compuesto por las opiniones distorsionadas del paciente sobre sí mismo, sus experiencias y su futuro. Este grupo incluye la baja valoración de sí mismo; las distorsiones de la imagen corporal y las previsiones pesimistas o negativas; autoacusación y autocrítica; indecisión.

Manifestaciones motivacionales

Incluyen esfuerzos, deseos e impulsos conscientes que sobresalen de las depresiones: parálisis de la voluntad; deseos de evasión, escape y aislamiento; deseos suicidas; aumento de la dependencia.

Manifestaciones Neurodegenerativas y físicas

Se presenta pérdida de apetito; trastornos de sueño; disminución de interés por el sexo; fatiga.

Por último, habla de los tipos de delirios que acompañan a la depresión: delirio de insignificancia, delirio de haber cometido un pecado *imperdonable* y de estar recibiendo o esperando el castigo, delirios nihilistas, delirios somáticos y delirio de pobreza.

Los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el pesimismo, el descontento de sí mismo, junto con la pérdida de energía, de motivación y de concentración. El grado en que estos síntomas pueden presentarse y las combinaciones de los mismos son variables hasta el infinito.

Beck (1961) ha sugerido que existe una alteración previa al pensar que causa precisamente el desarrollo de la alteración del estado de ánimo. “Las respuestas afectivas se determinan por la

forma en que un individuo estructura sus experiencias. De esta suerte, si la conceptualización de una situación de un individuo posee un contenido desagradable, dicho individuo experimentará una respuesta afectiva desagradable que corresponde a aquella”. Según Beck, cada persona tiene un esquema (una forma o marco del pensar) con el que enfoca y experimenta la vida. La naturaleza y las características específicas de este esquema determinarán las respuestas propias del individuo.

Causas de la depresión

Para Priest (1992) la depresión se parece a la ansiedad en muchos aspectos, y están relacionadas. La depresión es una emoción vinculada a una importante parte física. Muchas veces, puede aparecer después de un periodo de ansiedad o ser producida por esta, o incluso acompañarla. La diferencia entre ansiedad y la depresión radica en que la depresión puede estar producida por algo que ya ha ocurrido. En el ejemplo de un ser querido con una enfermedad en estado crítico, la depresión también podría desempeñar un papel; si se trata de una larga enfermedad, el peso de la ansiedad puede llegar a hundirles. En el caso de la muerte de un ser querido, la depresión sería normal y no hay duda de que las personas de su entorno se sorprenderían si la persona no mostrara ninguna de las emociones apropiadas.

Otro punto en común entre la ansiedad y la depresión es el que ambas son partes esenciales del ser humano. La vida está llena de tensiones, lo cual significa que también está llena de decepciones y problemas sin resolver.

Cualquier pérdida significativa puede crear un sentimiento de desolación y pesadumbre, pero lo que provoca la tristeza no es sólo cualquier pérdida, sino una que sabemos que no puede tener respuesta. Es raro que la tristeza sea la emoción predominante al poco tiempo de la pérdida; aunque no existe una regla aplicable por igual a todos los individuos, muchas o la mayoría de las

personas que pasan una pérdida importante (que es la provocación para la tristeza, pena y depresión) combaten durante un periodo de tiempo en el que protestan por la pérdida y luchan contra ella, quizás incluso negándola, antes de aceptarla por completo (Lazarus y Lazarus, 2000).

Depresión-Prácticas de crianza

Diversos estudios han demostrado que el contexto familiar juega un importante papel en el ajuste psicológico de los niños (Estévez et al., 2008).

Es importante poner atención en los estilos de crianza autoritario, permisivo, negligente o rechazante y democrático, compuestos por conductas como implicación, estilo parental positivo, pobre supervisión, disciplina inconsistente y educación evasiva que utilizan los cuidadores en la crianza de los niños para disminuir estas problemáticas (Forgatch et al., 2010). En cambio, cuando el afecto, el apoyo y la comunicación positiva caracterizan las relaciones entre padres e hijos estos últimos muestran un mejor ajuste psicosocial.

(Milne et al., 2001) indican que la exposición de los niños a contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, está relacionada con diversos desajustes emocionales y cognitivos entre los que se encuentra la depresión.

Los problemas del desarrollo socio-afectivo en la infancia y las conductas parentales inadecuadas, se pueden identificar a partir de los cambios que se presentan en los pequeños, y a partir de problemáticas familiares asociadas a trastornos emocionales por parte de los cuidadores primarios. Para orientar la prevención y la intervención oportuna en la salud mental de ambas partes, tanto de los cuidadores primarios como de los niños, debemos tener en cuenta cómo; los problemas emocionales de los padres, como la depresión, influyen en los niños, niñas y adolescentes, generándoles modelos inadecuados o prácticas negativas para su desarrollo (Martinez (2009).

Entre las investigaciones sobre depresión y pautas de crianza se encuentran las de Knoche & Givens (2007), quienes identificaron relaciones entre depresión materna, sentido parental y el desarrollo cognitivo de los hijos, pero no encontraron diferencias significativas. Markowitz, (2007), estableció que las relaciones entre las madres con depresión mayor y sus hijos, afectaba tanto en el comportamiento y el desarrollo de los hijos, presentando alteraciones del sueño y emocionales en ambos.

Newcomb, Mineka, & Zinbarg, (2007) plantean que la sobreprotección y la percepción negativa del cuidado y la crianza se relacionan con síntomas de desórdenes emocionales en la infancia y la adolescencia como la depresión y la ansiedad.

Maughan, Cicchetti, & Toth, (2007) analizan la depresión materna y pautas de crianza, los efectos de la depresión materna y las conductas parentales negativas en el desarrollo socioemocional y en los patrones de regulación emocional de los infantes; encontraron que la depresión materna es un factor de riesgo que afecta el ajuste socioemocional y la aceptación social de los niños.

(Gerdes et al., 2007) establecen las relaciones entre depresión materna, autoestima, locus de control y conductas parentales relacionadas con la eficacia parental y el estrés parental en padres de niños con trastorno por déficit atencional, con hiperactividad. Por otra parte, Chávez & González (2008) estudiaron la depresión perinatal y los efectos en el apego y en las relaciones con los hijos y en los factores socioculturales de riesgo para la depresión materna como un insumo para programas de prevención.

Conjuntamente López, Clifford, & Minnes (2008) encontraron que los padres de niños con discapacidades presentan incremento en los niveles de estrés parental, que varía dependiendo de la percepción de las situaciones y de las estrategias de afrontamiento que se tengan, lo cual

resalta la importancia de las primeras intervenciones, la educación y el apoyo a los padres y cuidadores de niños con discapacidades y alteraciones del desarrollo.

Rosenzweig, Bremmam, Huffstutter & Bradley (2008) encontraron relaciones entre los niveles de estrés en la familia y el cuidado adecuado para niños por factores como el trabajo, la flexibilidad, las dificultades en el cuidado y los niveles de satisfacción. Se relaciona también la salud mental de los padres con la salud mental de los hijos. Este es el caso de Gewirtz, Forgatch & Wieling (2008) esbozan que los efectos de eventos traumáticos en la infancia están mediados por el efecto de los eventos traumáticos en los padres o cuidadores, ya que las prácticas de crianza cambian y afectan el ajuste durante la infancia. Esto es importante para la prevención de problemáticas en la infancia y para la identificación de factores de riesgo o protectores en la familia. Entre las problemáticas emocionales de los padres o cuidadores que incluyen en las relaciones con los hijos y en los estilos de crianza está la ansiedad, como explican, Vera & Grubits (2007), en lo que se refiere al estrés de la madre en las prácticas de crianza de niños de uno a cinco años y la estimulación, en el que se encuentra que a mayor manejo del estrés hay mayor estimulación del desarrollo de los niños. Asimismo, Martínez (2009) plantea que las alteraciones en la conducta parental resultante de estrés y ansiedad se relacionan con problemas emocionales y cognitivos en el desarrollo durante la infancia; también, los problemas de comportamiento de los niños alteran el comportamiento parental.

Acerca del estrés y edad de los hijos Oliva & Montero (2006), explican que las relaciones entre el estrés y los niveles de ansiedad es percibido por los padres, por sus experiencias personales y el estrés es distinguido por las características de sus hijos de cuatro a seis años de edad. Encontraron que la ansiedad prenatal aumenta con el nivel socioeconómico bajo y con la

edad de los hijos. También hacen recomendaciones para la detección y prevención temprana de problemas emocionales y conductuales en la infancia.

Se evidencia así la necesidad de intervenir y orientar a las familias y cuidadores en las estrategias para disminuir la ansiedad y el estrés parental con sus relaciones con estilos y prácticas de crianza inadecuadas y que no favorecen el desarrollo socio-afectivo durante la infancia.

CAPITULO III

ANSIEDAD

La ansiedad es un fenómeno psíquico universal que todos experimentamos en mayor o menor medida en la vida cotidiana. Puede considerarse que existe una ansiedad normal, adaptativa, que sirve para prepararnos a responder en las mejores condiciones posibles ante circunstancias amenazadoras o de riesgo. Cuando la ansiedad no es adaptativa, cuando el nivel de activación y su duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva, o cuando no es capaz de generar una respuesta adecuada, se habla de ansiedad patológica (Sáinz et al., 2001).

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. La ansiedad puede abarcar, desde una respuesta normal, frente a una amenaza externa, hasta una incomodidad o sufrimiento prolongado y obsesivo, caracterizado por temores inadecuados que perturban el funcionamiento cotidiano Cía (2007). En la mayoría de los casos se desarrolla en contexto de presiones, demandas y estrés de la vida cotidiana (Beck & Clark, 2012).

Autores como (Ravagan, 1981; Flávia, 1990; Gandara y Fuentes, 1999; Aubert y Doubovy, 2002; Cía 2003). Coinciden en que la ansiedad consiste en un estado de malestar psicofísico que implica la presencia de sensaciones de aprehensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo, y se manifiesta cuando el individuo percibe una situación que acontece o acontecerá, y la considera amenazante mencionan que la ansiedad también puede ser provocada por la amenaza de dolor de una pérdida significativa, de un fracaso o por circunstancias nuevas.

En el DSM-V (2013), los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una

respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas. Las crisis de pánico (panic attacks) se presentan principalmente con los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo. Las crisis de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino que también pueden ser observadas en otros trastornos mentales.

La ansiedad se define como una anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El daño anticipado puede ser interno o externo. Debido a que la ansiedad funciona como un sistema de alerta que se dispara ante cualquier eventualidad de peligro para la estabilidad física y psíquica del individuo, es un síntoma inespecífico que traduce la amenaza de desequilibrio y puede encontrarse en una gran variedad de situaciones que van de la normalidad a la patología (Gastó y Vallejo, 2001).

Para Vallejo y Gastó (2000) las tasas de los diferentes trastornos de ansiedad, encontradas en los diferentes estudios, desde la aparición de criterios diagnósticos específicos son similares, las crisis de angustia y la agorafobia con crisis de angustia son relativamente poco frecuentes debido a que estos se encuentran entre el 0.4% al 1.6%. Las fobias, la agorafobia y el trastorno compulsivo son también poco frecuentes, con tasas que van del 1.2% al 5.8%. Mientras que las fobias específicas y la ansiedad generalizada son muy frecuentes en la población en general

alcanzando niveles del 19%. De esta manera la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa con una tasa del 5% a lo largo de la vida, debido a que se encuentra entre el 4 y el 8%, por lo que se encuentra relativamente frecuente en la población (Bobes et al., 2002). También se demuestra que en todas las categorías de trastornos de ansiedad la incidencia es más alta en las mujeres y en los adultos jóvenes.

De acuerdo a un estudio que forma parte de la iniciativa 2000, de la Organización Mundial de la Salud en el que se describen los porcentajes obtenidos en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes con un 14.3% (alguna vez en la vida), siendo así los más comunes: las fobias específicas (7.1 % alguna vez en la vida) y la fobia social (4.7%) ambos trastornos se presentaron más en la mujeres que en los hombres (Medina-Mora et al., 2003).

La ansiedad social o fobia social es un trastorno clínico frecuente en la infancia y adolescencia que prevalece en la población en general entre 1.10 y 13.10%. Este trastorno tiende a prolongarse en la adultez temprana como lo mencionan (Zubeidat et al., 2008) en un estudio que realizaron, durante la adolescencia incrementaría la probabilidad de padecerlos de manera recurrente.

Por lo tanto, la ansiedad es un estado emocional desagradable que se evoca cuando se estimula el miedo en una situación que se percibe como amenazante para los intereses personales de una persona. Y que a menudo se caracteriza por síntomas físicos como tensión, temblor, sudoración, palpitaciones y aumento en la frecuencia cardiaca (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

Causas de la Ansiedad

La ansiedad puede definirse fisiológicamente como un estado de activación del sistema nervioso, consecuencia de estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. Esta activación se traduce, por un lado, en síntomas periféricos derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema límbico y de la corteza cerebral que se producen en los síntomas psicológicos de la ansiedad (Bobes et al., 2001).

Aubert y Doubovy (2002) consideran que es la expresión somática de la ansiedad; al malestar psíquico se le agrega malestar físico, el cuerpo traduce ese malestar mediante múltiples síntomas. Cía (2003). Refiere que se caracteriza por un temor a lo desconocido. La angustia normal se basa en preocupaciones presentes o acerca del futuro inmediato y desaparece al resolver las mismas, pero si la valoración de la amenaza es irreal, desproporcionada o el estímulo es imaginario, la angustia tiende a persistir y no extinguirse en el tiempo transformándose en anormal o patológica.

La angustia posee un carácter más somático o visceral, en cambio la ansiedad se manifiesta como más fluida y espiritual, presentando síntomas respiratorios predominantes, asimismo la angustia se vivencia como amenaza de muerte inminente y pérdida del control de uno mismo, sin saber a qué atenerse, la ansiedad por su parte se vive como posibilidad de que pueda ocurrir cualquier cosa, como incertidumbre e inseguridad. La ansiedad es más indefinida, aunque se desconoce el objeto amenazador la situación o contexto se percibe de una manera más global, vaga e indeterminada Cía (2007).

Como se puede observar, el campo semántico que abarca el término de ansiedad es muy amplio, a su vez, se transversa con el de otros términos, los límites del mismo están en continuo cambio y se dinamiza el significado.

Existen diferentes explicaciones desde diferentes posturas teóricas acerca de la ansiedad, por ejemplo. La teoría del aprendizaje postula que la ansiedad está condicionada por el miedo a estímulos ambientales específicos. Por otra parte en el condicionamiento clásico se identifica la ansiedad como respuesta condicionada provocada por estímulos condicionados que en el pasado estuvieron temporal y especialmente asociados con hechos o estímulos traumáticos incondicionados (Vallejo y Diez,1990).

En el campo cognitivo Beck (1985) postularon que el núcleo del trastorno ansioso no está en el sistema emocional, sino en los esquemas cognitivos relativos al peligro que presentan continuamente una visión de la realidad como amenazante y del sí mismo individual como vulnerable. La teoría cognitiva afirma que las alteraciones en el procesamiento de información tienen un papel en la etiología y mantenimiento de los componentes afectivo, fisiológico y conductual de los trastornos de ansiedad.

La ansiedad ha sido definida como “normal” o “patológica”, “adaptativa” y “no adaptativa”, dependiendo de las características de cada enfoque, no obstante, todas nos llevan a la idea de que la ansiedad “normal” funciona como una alarma que ayuda al organismo a reaccionar adecuadamente ante situaciones peligrosas, pero cuando se activa ante un estímulo que no representa ningún peligro ésta se transforma en un trastorno o patología.

El concepto de ansiedad ha sido abordado por diferentes enfoques que la han descrito de acuerdo a las características que definen a cada una de estas corrientes, sin embargo la mayoría de estas coinciden en que la ansiedad es una forma en la que las personas y los animales se

protegen ante cualquier amenaza o peligro, pero cuando no se llega a discriminar adecuadamente un estímulo que representa una amenaza de uno que no lo sea, se vuelve una patología, un trastorno o ansiedad negativa, que genera incomodidad o sufrimiento en las personas.

Clasificación de la ansiedad

Al igual que en la conceptualización de ansiedad existen varias clasificaciones en torno a ella, así como las características y diferencias que existen en torno a la sintomatología física, psicológica y comportamental que han sido designadas por los diferentes teóricos. Como se mencionó anteriormente la ansiedad es una emoción normal que cumple una función adaptativa en numerosas situaciones. Todo organismo viviente necesita disponer de algún mecanismo de vigilancia para asegurar su supervivencia y la ansiedad cumple ese papel en diferentes situaciones. Nuestro organismo está preparado para aprender a sentir miedo y ansiedad en determinadas circunstancias. Sin embargo, a veces, no funciona como debiera, produciendo falsas alarmas ya que se dispara la reacción de alarma ante estímulos inofensivos, dando lugar a una amplia variedad de trastornos de ansiedad Ceballos (2010).

A continuación, solo se describen de manera general los dos subtipos de ansiedad que se presentan con un alto porcentaje en la población (Bobes et al., 2002).

Fobia específica

La fobia específica es un miedo intenso a algo en concreto que en realidad no puede producir un daño real. Aunque algunos adultos con este tipo de fobia son conscientes de que el miedo que tienen es irracional, el simple hecho de afrontarlo o incluso pensar sobre ello sea este un objeto o situación provoca un ataque de pánico o ansiedad severa (Ceballos, 2010).

Del mismo modo este tipo de fobia se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como una respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo

que suele dar lugar a comportamientos de evitación (APA, 1995). Sin embargo, las fobias específicas no tienden a generalizarse, ni suelen presentar consecuencias invalidantes graves, salvo casos excepcionales.

En muchas ocasiones no requieren tratamiento, puesto que su potencial limitante es mucho más reducido que en el caso de la agorafobia, no obstante, el malestar asociado a las fobias, especialmente cuando no son diagnosticadas puede llevar a complicaciones psiquiátricas (Bobes et al.,2001).

Trastorno de ansiedad generalizada

La ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva de carácter crónico acerca de una serie de acontecimientos o situaciones. Las personas que tienen este padecimiento se encuentran en un estado constante de tensión, preocupación e incomodidad. Lo que genera en las personas dificultades para concentrarse y tomar decisiones, debido a que temen cometer un error, se muestran inquietas y desanimadas.

Dichas preocupaciones se encuentran relacionadas con la familia, el trabajo, la economía y la salud. El trastorno de ansiedad generalizada es relativamente frecuente, es aproximadamente dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

Dicho trastorno de acuerdo al DSM-V (APA, 2013) se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses. En este trastorno no se teme a nada en particular, pero se teme a todo al mismo tiempo, la persona que padece de este tipo de ansiedad tiene una gran facilidad para preocuparse por muchas cosas y también presenta mucha dificultad para controlar las preocupaciones. Esta ansiedad constante se manifiesta, en síntomas como: dificultad para concentrarse, inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular o problemas para dormir Moreno (2002).

Este trastorno es crónico y llena el día de una persona con exagerada preocupación y tensión, incluso sin haber algo que lo desencadene, debido a problemas de salud, dinero, familia o trabajo es difícil definir el origen, el simple hecho de afrontar un nuevo día provoca ansiedad en algunas personas. El trastorno se presenta gradualmente y puede empezar en cualquier momento del ciclo de la vida, aunque el riesgo es más alto entre la niñez y la mediana edad. Se diagnostica cuando la persona pasa al menos seis meses preocupándose excesivamente por problemas cotidianos Ceballos (2010).

En el trastorno de ansiedad generalizada existe vulnerabilidad psicológica que se refiere a la sensación de que eventos amenazantes son impredecibles y/o incontrolables, la cual se encuentra basada en experiencias tempranas, por lo que ante eventos estresantes o problemáticos una persona puede responder con preocupación y ansiedad, tal respuesta se verá reflejada por factores como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social Bados (2005).

Se han distinguido dos componentes dentro de la vulnerabilidad psicológica Bados (2005): percepción de amenaza generalizada (o visión del mundo como peligroso) y sentirse incapaz de afrontar eventos amenazantes. Esta vulnerabilidad surge a partir de la experiencia de traumas y vivencias de rechazo, que tienen que ver con enfermedad, daño, muerte, agresión física, sexual, así como acontecimientos emocionales con la familia y amigos. La presencia de este trastorno también se ve influenciado por problemas familiares durante la infancia a través de conflictos con los padres, por conflictos entre los padres y por la falta de atención de los mismos.

La personalidad de las personas con trastorno de ansiedad generalizada muestra características como perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad (Rapee, 1995, en Bados, 2005). Que se pudieron haber generado debido a la educación de padres sobre-protectores, exigentes y/ o ansiosos. Este tipo de personalidad puede contribuir a la falta de habilidades para manejar

situaciones problemáticas. Sin embargo, el problema sobre cómo solucionar problemas no reside en falta de conocimientos sino en la orientación hacia el problema, es decir que no se sabe reconocer los problemas o ver problemas donde no los hay, lo mismo que hacer atribuciones inadecuadas, valorarlos como amenazas y sentirse incapaz de resolverlos.

Debido a que las personas con este trastorno tienden a ser híper-vigilantes para detectar las posibles amenazas, un sesgo atencional hacia la información amenazante, incluso con información que se presenta fuera de la conciencia, también presentan un umbral más bajo para percibir la ambigüedad por lo que interpretan información ambigua como una amenaza. La intolerancia a la incertidumbre es considerada como el modo disfuncional en que se percibe la información en situaciones inciertas o ambiguas.

Por otra parte, cabe destacar que el trastorno de ansiedad generalizada resulta ser una categoría diagnóstica con límites bien definidos, se han restringido los criterios diagnósticos, se ha hecho el esfuerzo de construir instrumentos de evaluación específicos, que permitirán consolidar mejor este subtipo de trastorno ansioso (Bobes et al., 2002).

Sintomatología de la ansiedad

Vallejo y Díez (1990) opinan que las reacciones de ansiedad, tienen una manifestación bien definida que se presenta después de una o varias experiencias traumáticas. Se caracteriza por una anticipación temerosa exacerbada a veces hasta un extremo de pánico, interiormente hay sensación de inquietud e incapacidad para la relajación.

Existe una fuerte sensación de tensión, de encontrarse en rigidez que se manifiesta objetivamente en el tono muscular (pequeños movimientos involuntarios, apretar mandíbulas, puños, tirarse de los dedos, caminar de un lado a otro, muecas); el sueño es intranquilo, intermitente en ocasiones con pesadillas por lo cual es insatisfactorio. También tienen dificultad

para realizar sus actividades normales, al tratar de concentrarse no lo logran con facilidad; la memoria y la capacidad de evocación se encuentran disminuidas. Se vuelven irritables, impacientes, disminuyen su tolerancia a la frustración (Vallejo y Díez, 1990). Priest (1992) habla de más síntomas físicos como palpitaciones, temblores, tensión, insomnio, transpiración; y otros signos como náuseas, entumecimiento, hormigueo en pies y manos y deseo de orinar más de lo normal.

Todos estos signos y síntomas de la ansiedad están relacionados con el instinto llamado de lucha o fuga, que hemos heredado de nuestros antepasados prehistóricos. Las amenazas a las que se enfrentaban en la vida diaria eran, físicas por ejemplo, ser atacados por otra persona o por animales salvajes.

Cía (2003) hace referencia a estas reacciones fisiológicas y también de los cambios en la cognición, comportamiento y emoción. Los síntomas más comunes en la esfera cognitiva son pensamientos persistentes que imponen sensaciones de fallar o de vergüenza entre otros, los cambios comportamentales incluyen comerse las uñas, morderse los labios, hacer sonar los nudillos, presentar inquietud motora; y finalmente las emocionales pueden incluir entre otros angustia, miedos, opresión e irritabilidad.

Ampliando lo anterior, la ansiedad es un estado de activación del sistema nervioso, consecuencia de estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. Y esta activación se traduce, por un lado, en síntomas periféricos derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo (aumento de tono simpático) y del sistema endocrino (secreción de hormonas suprarrenales) que producirían los síntomas somáticos de la ansiedad y, por otro lado; en síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducen en los síntomas psicológicos (Sáiz, et al., 2001).

Estos mismos autores mencionan que la ansiedad puede ser una respuesta a un estímulo externo, pero también puede surgir del interior. Ello lo denominan ansiedad reactiva que es motivada por un desencadenante, con una relación comprensible a un suceso o una anticipación de algo; puede ser normal y servir para enfrentarse a ella o anormal y dificultar la adaptación. La ansiedad endógena que es aparentemente motivada, surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona excesiva y poco o nada adaptativa.

Ansiedad-Prácticas de crianza

Son muy pocos los estudios que se han realizado sobre los estilos de crianza y los niveles de ansiedad en los padres, sin embargo Palafox (2008) menciona que la salud mental de los padres es un factor de riesgo que se encuentra relacionado con los trastornos psicológicos que se presentan tanto en los niños como en los estilos de crianza que son llevados a cabo por parte de los padres.

Tanto la ansiedad como el insomnio y los síntomas somáticos de los padres están relacionados con sintomatología de ansiedad por separación en los niños, los padres ansiosos son más aprehensivos respecto a la conducta de sus hijos, por lo que el control y la supervisión de éstos se refleja en la ansiedad expresada por los hijos ante la separación de los cuidadores principales, que promueve el desarrollo de apegos inseguros en etapas tempranas del desarrollo infantil. Por ejemplo, las madres que padecen algún trastorno de ansiedad suelen ser más entrometidas, conceden menos autonomía y muestran niveles elevados de crítica hacia sus hijos (Ginsburg, Grover & Ialongo, 2004).

Cuervo (2010) realizó investigaciones con hijos de padres con algún padecimiento psiquiátrico como problemas psicosociales, estrés, problemas conyugales, etc. y encontró que estos aumentan el riesgo de que haya abuso, maltrato o rechazo hacia los hijos. Gracia, Lila y

Musitu (2005) encontraron una relación entre el rechazo parental percibido por los hijos y el ajuste psicológico y social en relación con el afecto, la hostilidad, la indiferencia o el rechazo que es percibido por los padres y la relación con comportamientos internalizados como la ansiedad, la depresión, el aislamiento social, la autoestima negativa y los problemas somáticos y por último, con comportamientos externalizantes como la agresividad y la conducta disocial.

Diversos factores biopsicosociales relacionados con la salud mental de los padres generan estrés, depresión agresividad entre otras alteraciones que afectan los estilos de crianza y las relaciones con los hijos. Los padres de familia se encuentran expuestos diariamente a conflictos y a estrés debido a las funciones que tienen que llevar a cabo con la crianza de los hijos y que influyen en su ajuste emocional Cuervo (2010).

En poblaciones no clínicas se ha observado que cuando los menores perciben estilos de crianza de forma ansiosa y controladora de sus padres, éstos muestran niveles más elevados de ansiedad. Lo que pone en evidencia que la ansiedad de los padres afecta la crianza de los hijos, exponiéndolos a cogniciones ansiosas y a conductas de evitación. En especial se encontró que un estilo de crianza ansioso está relacionado con síntomas de ansiedad generalizada, ansiedad de separación y fobia ambiental-situacional Muris y Merkelbach (1998).

Conceptos como la sobreprotección y el control psicológico que ejercen los padres en la crianza de sus hijos, tienen características similares como el control parental excesivo, intrusión y la prevención de la conducta independiente, sin embargo cada uno posee componentes específicos, por ejemplo la sobreprotección incluye la ansiedad de los padres que se traduce por una preocupación excesiva sobre el bienestar de los niños y el control psicológico que se caracteriza por que el niño no exprese su individualidad así como el uso de estrategias de manipulación y la inducción del afecto negativo Holmbeck (2002).

La ansiedad y la preocupación que los padres tienen acerca de la seguridad física y el bienestar de sus hijos, lleva a los padres a sobreprotegerlos y a evitar que estos se expongan a situaciones percibidas como una amenaza, la preocupación es uno de los componentes centrales de la ansiedad y consiste en imágenes o pensamientos relacionados con posibles resultados negativos o amenazantes, para evitarlos los padres tratan de sobreproteger a sus hijos evitando su exposición a dichas situaciones, por ejemplo en una situación en la que el niño pueda ser herido, cometer errores, ser criticado o ante cualquier situación en la que exista un riesgo mínimo de causar molestia al niño, ya sea física o psicológicamente.

Por lo que los padres monitorean e interfieren excesivamente en estos acontecimientos desalentando su independencia, al restringir las experiencias de los niños y al no hacerles frente a sucesos difíciles, los niños tendrán una menor percepción de control y desarrollarán creencias de incompetencia y vulnerabilidad, por lo que no tendrán la oportunidad de adquirir habilidades en cuanto a la confrontación que les ayuden a lidiar con eventos ambientales inesperados y adversidades Pereira, Barros & Beato (2013).

La sintomatología depresiva de la madre y la presencia de ansiedad de tipo fóbico en el padre, son factores de riesgo significativos para el desarrollo de trastornos de ansiedad en los menores. Es decir que la psicopatología parental puede ejercer un efecto indirecto sobre la adaptación del niño a través de un factor genético o ambiental o es posible que se deba a ambos (Taboada, Ezpeleta & De la Osa, 1998).

De esta manera factores como el nivel socioeconómico, la psicología paterna o materna o el estrés psicosocial familiar generan efectos psicológicos sobre los miembros de la familia que afectan las actitudes y prácticas educativas de los padres y al ejercicio de paternidad (Miranda et al., 2005, en Raya, Herreruzo & Pino, 2008). La vinculación afectiva que une al padre con el hijo

desde que nace, se describe como un sentimiento de responsabilidad con relación al cuidado y educación del hijo, el cual se experimenta en una relación de apego en donde el padre por lo general experimenta ansiedad y preocupación, sin embargo cuando los padres llegan a experimentar un sentimiento de satisfacción es cuando observan el progreso evolutivo del hijo y ven su esfuerzo reflejado en el progreso del niño Cornachione (2006).

Autores como Vostanis et al. (2006) sitúan a la influencia que ejercen los problemas psiquiátricos de los progenitores sobre el estilo parental como causa de los problemas infantiles. En madres con problemas de salud mental, con un estilo de crianza permisivo se relacionó con mayores síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes, mientras que un estilo de crianza positivo muestra un menor número de síntomas de depresión. Se observó que las actitudes de crianza negativa que implican castigo físico y no físico, se asocian con problemas de salud mental tanto en los padres como en los niños. De manera que los estilos en los que no es empleado el castigo físico, pero si el uso de recompensas, muestran la ausencia de trastornos psiquiátricos infantiles.

Como ya se mencionó, la depresión y la ansiedad pueden estar relacionados con problemas socioeconómicos, conflictos familiares y con la falta de redes de apoyo, lo que afecta las prácticas de crianza ejercidas por los padres, de esta manera es importante implementar programas de prevención y de apoyo a familias con riesgo en la salud mental Cuervo (2010), estas situaciones influyen en la manera en que los padres ejercen los estilos de crianza y crean conflictos que afectan la relación de los padres con sus hijos.

CAPITULO IV

MÉTODO

JUSTIFICACIÓN

La familia es un sistema interactivo en el que las conductas de los cuidadores primarios y de los niños se ven influenciadas mutuamente, donde primordialmente las actitudes, creencias, valores, educación, personalidad, expectativas, etc. Que son inculcadas por los cuidadores primarios se verán reflejados en la forma en la que los infantes se comportan ante la sociedad (Flores, Cortés & Góngora, 2009). De tal modo que el tipo de crianza que se ejercen, es importante para el desarrollo saludable de los niños.

La crianza es una expresión particular en cada relación cuidadores primarios-niños, al definirse como única y singular entre todas las relaciones humanas. Sin embargo, la crianza tiene efectos importantes en el funcionamiento adaptativo de los pequeños, así como en la psicopatología, produciéndose problemas con el uso y abuso de drogas, comportamiento agresivo, problemas de ansiedad, depresión etc. (Márquez et. al., 2007). A partir de estos planteamientos, es importante señalar que la ansiedad y la depresión es lo más frecuente dentro de los trastornos que prevalecen en México (Medina-Mora et al., 2005).

Los niños con problemas de conducta tienen altos niveles de ansiedad y depresión, como reflejo de la forma en que son criados, son a menudo rechazados por sus pares, es frecuente que abandonen la escuela, que abusen de drogas y alcohol (Frick & Dickens, 2001). Los problemas de conducta durante la edad escolar y la adolescencia eventualmente conducen al desarrollo de conductas delictivas, agresivas, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en la edad adulta (Hofstra, Van der Ende & Verhulst, 2002). Los problemas de conducta son comúnmente vistos como un problema del niño, sin embargo, en la mayoría de los casos el niño simplemente está

reaccionando ante su ambiente y a lo que él ha aprendido, pero son los adultos que conviven con él quienes dan forma e influyen su comportamiento.

Dentro de los factores que intervienen en la etiología de los problemas de conducta de los infantes, las prácticas disciplinarias ejercidas por los cuidadores primarios tienen un papel primordial (Hart, Newell & Olsen, 2003), por lo tanto el poder identificar las variables de las prácticas de crianza que actúan como factores de protección ante los problemas de conducta en los niños, representa una herramienta muy útil para investigadores y educadores, no únicamente para intervenciones con niños con problemas de conducta, sino también para equipar a los cuidadores primarios con técnicas efectivas para disciplinar a los infantes y prevenir o corregir comportamientos problemáticos.

En México existe interés por estudiar los problemas de conducta infantil derivados por los problemas en las prácticas de crianza empleadas por los cuidadores primarios, así como los factores de riesgo asociados, el desarrollo de procedimientos exitosos de prácticas de crianza para la reducción efectiva del comportamiento antisocial en la infancia (Morales & Vázquez, 2011). Los niños que despliegan conducta antisocial tienden a mostrar agresión severa y crónica, así como conducta delictiva en etapas posteriores del desarrollo (Frick, Stickle, Dandreaux, Farrell & Kimonis, 2005). Es decir, la alta ocurrencia de problemas de inadecuadas prácticas de crianza en los niños, tienen relación con su alta probabilidad de progresión hacia diversos escenarios como la escuela y la comunidad (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro & Barragán, 2002; Fajardo & Hernández, 2008) y hacia etapas posteriores del desarrollo como la adolescencia y la adultez.

Entre el 4% y el 12% de la población mundial infantil presenta problemáticas conductuales (Baker & Abbott-Feinfield, 2007). En México el 6.1% de la población ha presentado problemas

de conducta alguna vez en su vida (Medina-Mora et al., 2003). Los problemas más frecuentes en niños entre los 4 y 7 años de edad han sido la conducta negativista desafiante, la desobediencia, la conducta agresiva y la hiperactividad.

Forehand et al. (2013) reportaron que pocos estudios han examinado las conductas de los padres y no han evaluado el efecto de su cambio conductual sobre los problemas de conducta infantil. Con el fin de describir qué prácticas de crianza promueven o previenen el desarrollo o mantenimiento de problemas de conducta en niños, Cornell y Frick (2007) analizaron la interacción de 87 diadas madre-hijo con niños entre los tres y los cinco años de edad. Los resultados indicaron que la disciplina basada en el establecimiento claro y consistente de reglas es más efectiva para que los niños aprendan a reaccionar favorablemente a las normas establecidas por los adultos. Concluyeron que las prácticas de crianza basadas en estrategias de obediencia, que evitan el uso de castigo corporal, fueron efectivas para reducir los problemas de conducta. Kochanskay y Murray (2000) también observaron que el incremento en la interacción positiva entre padres e hijos basada en la cooperación, el apego y la mutua reciprocidad generó emisión de conducta pro-social en los niños. Dado que la investigación sobre los problemas de conducta de los niños en edad escolar y las prácticas disciplinarias que se ha realizado en México es poca, en este estudio se propuso el objetivo de determinar cómo se relacionan las prácticas disciplinarias ejercidas por cuidadores primarios con ansiedad y depresión, para el desarrollo de la crianza en niños preescolares.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre las prácticas de crianza e indicadores de depresión y/o ansiedad en los cuidadores primarios de preescolares?

OBJETIVO GENERAL

Conocer si existe o no relación entre prácticas de crianza de preescolares con indicadores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Validar y confiabilizar el instrumento Inventario de Prácticas de Crianza
- Identificar las prácticas de crianza de los cuidadores primarios en preescolares
- Identificar ansiedad y depresión en los cuidadores primarios
- Conocer la relación que existe entre ansiedad, depresión y los factores en las prácticas de crianza positivas o negativas de los cuidadores primarios
- Identificar diferencias por edades y sexo en los factores de la escala de prácticas de crianza con indicadores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios

HIPÓTESIS

Existe relación entre los factores de la escala prácticas de crianza, y los indicadores de las escalas ansiedad y depresión en cuidadores primarios.

DEFINICION DE VARIABLES

Datos sociodemográficos.

Edad:

Definición conceptual: años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta la fecha de la entrevista (INEGI, 2010).

Escolaridad:

Definición conceptual: Niveles de enseñanza formal dentro del Sistema Educativo Nacional (INEGI, 2010).

Estado Civil:

Definición conceptual: La situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio que existen en el país (INEGI, 2010).

Sexo:

Definición conceptual: Diferencia física y constituida que distingue al hombre de la mujer (Larousse, 2002).

Variables Intervinientes

Prácticas de crianza

Definición conceptual: Las prácticas de crianza hacen parte de las relaciones familiares y en ellas se resalta el papel que juegan los padres en la formación de sus hijos. Estos, generalmente, tienen una noción espontánea, no muy elaborada, de la manera como se debe criar a los hijos y además son capaces de desarrollar teorías sobre la mejor forma de realizar esta tarea (Leary, Slep & Reid, 1999).

Ansiedad

Definición conceptual: La ansiedad es un aspecto normal del estado emocional de los seres humanos, en el cual existe un alto grado de actividad del sistema periférico. Es un estado de angustia o aflicción que puede sufrir una persona sin necesidad de existir motivo alguno para tener realmente una preocupación o estrés que conlleve a la pérdida de control o sensación de no tener solución al problema presentado. Beck (1985).

Depresión

Definición conceptual: Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno. La depresión es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de

dolor profundo, ira, frustración y soledad e impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado Beck (1961).

SUJETOS

La muestra estuvo constituida por 145 cuidadores primarios de niños que cursan el segundo y tercer año de preescolar, en tres escuelas de asistencia semi-privada Coordinadora Popular de Madres Educadoras (COPOME) en diferentes zonas de la ciudad de México, dos de ellas en la delegación Iztapalapa y la tercera en la delegación Gustavo A. Madero, además de otra institución de la Secretaría de Educación Pública (SEP) en la delegación Coyoacán. La muestra se constituyó únicamente con los cuidadores primarios de los niños que cursan dichos grados. Esta investigación fue parte de un estudio más amplio, del cual se utilizó el Inventario de ansiedad y Depresión de Beck A. Al igual que una versión simplificada del Inventario de Prácticas de Crianza. Es una muestra de tipo no probabilístico. El criterio de inclusión de la muestra es que los niños estén inscritos en segundo y tercero de preescolar.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trató de un diseño cuasi experimental, de tipo correlacional de muestras independientes, diferencial y transversal descriptivo, no hubo una asignación de grupos, se describirán ciertas variables que interactúen entre sí y los datos se obtendrán en un solo momento en el tiempo. No se pretende controlar directamente las variables y se busca obtener la información en las condiciones naturales que se presenta.

CONTEXTO DE ESCENARIOS

El levantamiento de datos se llevó a cabo en las instalaciones de los preescolares, con los cuidadores primarios de los niños quienes fueron nuestros sujetos de estudio, en instituciones de

asistencia semi-privada y público en las delegaciones Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Coyoacán.

ESTRATEGIA O PROCEDIMIENTO

La aplicación y recolección de la muestra se realizó en el plantel de la escuela de asistencia pública Francisco I. Madero en el turno matutino y vespertino en la delegación Coyoacán perteneciente a la Secretaría de Educación Pública, en el preescolar Pimpa Pipitztlín de asistencia semiprivada en la delegación Iztapalapa, así como en el preescolar Mexicatztin también en Iztapalapa, además del preescolar Nuevo Amanecer ubicado en la delegación Gustavo A. Madero, todas estas instituciones pertenecientes a la Coordinadora Popular de Madres Educadoras (COPOME). Los participantes firmaron un consentimiento informado donde se establece la duración de la evaluación y que aceptaban que se utilizaran los resultados de su participación en el programa para investigación epidemiológica y difusión de resultados, cuidando plenamente su identidad y guardando la confidencialidad de la información, utilizando promedios grupales, pero que, no obstante, tienen derecho a declinar el uso de su información y participación en cualquier momento. El estudio no otorga ningún tipo de incentivo a los participantes, pero se les explica el beneficio social de su participación en la identificación de estrategias efectivas para la atención psicológica de diversas problemáticas sociales.

La aplicación se compone de una entrevista y evaluación de diferentes aspectos de los cuidadores primarios, como sus niveles de ansiedad y depresión además de las prácticas de crianza que tienen con los infantes que están a su cargo. La aplicación se realizó con los cuidadores primarios en donde entre otros instrumentos se les aplicaron los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck A., así como el Inventario de Prácticas de Crianza en una versión simplificada con 37 reactivos.

INSTRUMENTOS

Se utilizaron cuestionarios psicométricos que respondieron los cuidadores primarios de los infantes para obtener un reporte de su propia conducta ante los niños. Los cuestionarios psicométricos que se emplearon fueron el Inventario de Prácticas de Crianza, el Inventario de Ansiedad y el Inventario de Depresión de Beck A.

Inventario de Prácticas de Crianza

El Inventario de Prácticas de Crianza (IPC; López, 2013) es un cuestionario auto-aplicable de lápiz y papel, de 20 minutos de aplicación, que consta de 40 preguntas cerradas donde los padres tienen la posibilidad de elegir entre 7 opciones de respuesta, que van de nunca (0), hasta siempre (6); que evalúan las conductas de los padres respecto de la disciplina y a la promoción del afecto de sus hijos. El IPC fue validado con una muestra de 260 participantes para que tuviera una adaptación estandarizada para la población mexicana, además de aumenta el nivel de confiabilidad y se obtuvo un nivel de confiabilidad de .92 (por medio del análisis de consistencia interna por alfa de Cronbach) y una varianza explicada del 64% (por medio del análisis factorial exploratorio) que arrojó 6 factores, por lo que el instrumento se evalúa por medio de 6 sub-escalas. La dimensión Castigo (con 9 reactivos y 52 % de varianza explicada por ese único factor) se refiere a conductas no deseadas que los padres realizan para corregir el comportamiento de sus hijos; por ejemplo, gritar, regañar, obligar, etc. La dimensión Ganancias materiales (con 6 reactivos y 53 % de varianza explicada por ese factor) se refiere a las consecuencias materiales que los padres otorgan ante el comportamiento deseado de sus hijos (objetos o juguetes). La dimensión Interacción social (11 reactivos y 64 % de varianza explicada por ese factor) se refiere a las conductas que realizan los padres con la finalidad de tener interacciones positivas con sus hijos, como platicar, explicar, escuchar, etc. La dimensión de

Normas (con 6 reactivos y 61 % de varianza explicada por ese factor) evalúa acciones autoritarias que intentan los padres con el objetivo de establecer reglas a sus hijos; por ejemplo, imponer acuerdos o exigir el cumplimiento de las reglas. La dimensión Ganancias sociales (con 5 reactivos y 64 % de varianza explicada por ese factor) se refiere a conductas de aprobación de los padres ante el comportamiento adecuado de sus hijos, como elogiar, felicitar, dar las gracias, etc. Finalmente, la dimensión Límites (con 3 reactivos y 63 % de varianza explicada por ese único factor) se refiere a la imposición que los padres realizan para establecer límites a sus hijos; por ejemplo, establecer autoridad o imponer un horario.

Para esta investigación se utilizaron únicamente 37 reactivos de la versión en Español y se desearon tres debido a que no se adaptaban a los factores obtenidos (Villatoro et al., 2006) para aumentar el Alpha de Cronbach, para así aumentar la validez y confiabilidad del instrumento de la versión en la que consta de cuatro opciones de respuesta tipo Likert conteniendo las siguientes alternativas: 1=Nunca, 2=A veces, 3=Con frecuencia, 4=Con mucha frecuencia. Los factores, sus definiciones e índices de confiabilidad se presentan en la tabla 1.

Tabla 1
Factores del Inventario de Prácticas de Crianza

Factores	Descripción	Reactivos	Alpha
Asertividad Democrática	Es una habilidad social y comunicativa que consiste en conocer los propios derechos y defenderlos, respetando a los demás; tiene como premisa fundamentarlos derechos de ambas partes, derechos básicos o derechos asertivos para llegar a un acuerdo en conjunto.	25, 31, 36, 11, 19, 16, 34, 27 y 8	0.795
Permisividad	En este factor los cuidadores primarios tienen poco o ningún control sobre los comportamientos de sus hijos, les permiten auto regularse de acuerdo a sus necesidades e intereses, los niños deciden que hacer y cuando hacerlo.	26, 10, 4, 5 y 6	0.732
Violencia	Es una dimensión de las prácticas de crianza que comprende y se relaciona con la disciplina de los niños. Los cuidadores emplean el regaño y el castigo físico como emocional en una forma de corregir a los infantes.	15, 12, 17, 33 y 30	0.653
Ganancias Sociales	En este factor se reflejan recompensas obtenidas por los niños debido a su comportamiento, en el cual los cuidadores primarios recompensan con algo más que lo material, como el afecto, tiempo y empatía.	13, 18 y 2	0.600
Disciplina Democrática	En este factor se denota una mayor interacción entre los cuidadores primarios y los niños en donde existe una mejor relación afectiva y ambas partes toman importancia en el proceso de la crianza.	37, 7 y 28	0.425

Inventario de Ansiedad de Beck A.

Los síndromes depresivos y ansiosos son las formas de psicopatología más frecuentes en México de acuerdo a lo mencionado en el marco teórico. Los trastornos de ansiedad se observan comúnmente en un primer nivel de atención. La ansiedad es un estado emocional con sensación subjetiva desagradable, originada por una hiperactividad del sistema nervioso, provocada por una amenaza potencial, real o imaginaria, y que se manifiestan con síntomas físicos. La dimensión de la ansiedad tiene dos componentes: 1) la presencia de manifestaciones o sensaciones somáticas como: diarrea, mareos, sudoración, hiperreflexia, hipertensión, palpitaciones, midriasis, inquietud, taquicardia, parestesias en extremidades, temblores, molestias gástricas, aumento de la frecuencia y urgencias urinarias; y, 2) la presencia de síntomas cognitivo conductuales y afectivos como: inquietud, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón o el control y la sensación de muerte inminente.

El inventario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés), es un instrumento que consta de 21 ítems que contemplan. La gama de síntomas relacionados con la ansiedad en sus dos componentes, pudiendo responder a cada uno de ellos de acuerdo a 4 categorías que describen el grado de severidad. Corresponde a “poco o nada” el valor de 0 puntos, “más o menos” el valor de 1 punto, “moderado” el valor de 2 puntos y “Severo” el valor de 3 puntos. El instrumento es auto aplicable, por lo que el evaluado elige el grado en el que ha percibido cada síntoma durante la última semana.

La principal estrategia para interpretar una puntuación consiste en su comparación con los 3 puntos de corte que el Manual ofrece y en la obtención de la categoría de gravedad (con

calificaciones que van de 0-13 “Mínima”, 14-19 “Leve”, 20-28 “Moderada” y de 29-63 “Grave”) que le corresponde.

Inventario de Depresión de Beck A.

El BDI-II es un auto-informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10. En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. La

principal estrategia para interpretar una puntuación consiste en su comparación con los 3 puntos de corte que el Manual ofrece y en la obtención de la categoría de gravedad (“Mínima”, “Leve”, “Moderada” y “Grave”) que le corresponde.

CAPITULO V

ANALISIS DE DATOS

Mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales IBM® SPSS® V.21 se realizaron análisis psicométricos de los instrumentos, análisis sociodemográficos de la muestra, un análisis de diferencias a través de una prueba t de Student para grupos independientes y una correlación de Pearson (r) para establecer la correlación entre las variables.

Resultados

La ansiedad y la depresión son factores que afectan en la actualidad a la mayoría de las personas, en este caso veremos cómo se relacionan con las prácticas de crianza de preescolares ya que, por problemas sociales de los cuidadores primarios, como lo pueden ser problemas de pareja, laborales, económicos, personales o familiares los niveles de ansiedad y depresión pueden verse afectados y por lo tanto la manera en relacionarse con sus hijos, así como las prácticas de crianza. Las familias y la composición de ellas se han modificado a cómo eran hace algunos años, por lo tanto, se realizaron diversos análisis para ver la relación de la ansiedad y la depresión con las prácticas de crianza actuales.

Dado que el objetivo de la investigación fue determinar la relación entre las prácticas de crianza e indicadores de depresión y/o ansiedad en los cuidadores primarios de preescolares, se realizaron los siguientes análisis de datos utilizando el programa IBM® SPSS® V.21 en las siguientes fases:

- Análisis psicométrico de los instrumentos utilizados.
- Análisis sociodemográfico por medio del análisis de frecuencias.
- Perfiles descriptivos de ansiedad y depresión por medio del análisis de frecuencias.

- Análisis de asociación para determinar la relación entre depresión y ansiedad por medio de la prueba de correlación de Pearson.
- Análisis diferencial a partir del sexo y la edad, respecto a ansiedad y depresión por medio de las pruebas t y análisis de varianza.

A continuación se presentan los resultados de la investigación realizada a 145 sujetos que son cuidadores primarios de preescolares.

Análisis psicométrico de los instrumentos

Con respecto al Inventario de Prácticas de Crianza, se observó que no existía una estructura identificada, por lo cual se realizó una primera aplicación con una muestra de 206 participantes, verificando la consistencia interna y la estructura factorial. Al respecto se obtuvo una confiabilidad obtuvo un Alpha de Cronbach de $\alpha=0.92$.

En primer término se verificó la confiabilidad de los instrumentos a través del proceso de consistencia interna, obteniendo un Alpha de $\alpha=0.779$, posteriormente se sometieron los reactivos del Inventario de Prácticas de Crianza a un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax, para determinar la estructura e identificar los factores, sometiendo factores resultantes a un Alpha de Cronbach con la finalidad de observar la consistencia interna de cada factor y con ello la confiabilidad del instrumento, obteniendo los siguientes resultados:

- Factor Asertividad Democrática $\alpha=0.789$
- Factor Permisividad $\alpha=0.658$
- Factor Violencia $\alpha=0.643$
- Factor Ganancias Sociales $\alpha=0.600$
- Factor Disciplina Democrática $\alpha=0.425$

En el instrumento IPC inventario de prácticas de crianza los resultados revelaron la existencia de 5 factores con valores propios mayores a 1, que explican el 62.6% de la Varianza total de la escala. En cuanto a la confiabilidad el instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de $\alpha=0.779$. Los cinco factores agruparon 25 reactivos, el resto de los reactivos se desecharon de la estructura factorial, se integraron solo dos reactivos por factor y por no cumplir con los criterios requeridos.

El primer factor está compuesto por 9 reactivos, el cual fue denominado *Asertividad democrática* debido a que son reactivos que denotan conductas en las que los cuidadores primarios tienen mayor comunicación con los infantes, por lo cual entre ambas partes tratan de llegar a un acuerdo mutuo para la toma de decisiones en conjunto, en donde no se le da la libertad total al infante para cualquier cosa, ni se le exige o se le imponen las reglas y acciones que debe de seguir. El segundo factor agrupó 5 reactivos que reflejan problemas al fijar límites a los infantes por lo que se le nombró *Permisividad*, en el cual la figura autoritaria para el infante es casi nula y difícilmente se les ponen límites. En el tercer factor refleja problemas de comportamientos disruptivos por lo que se le nombró *Violencia* en el que se agruparon 5 reactivos y este factor está caracterizado por la violencia tanto física como emocional utilizada en las prácticas de crianza aplicadas a los preescolares.

El cuarto factor constituido por 3 reactivos se denominó *Ganancias Sociales* debido a que refleja recompensas obtenidas por su comportamiento, en el cuál lo material queda en un plano posterior. Finalmente, el quinto factor denominado *Disciplina Democrática* agrupó 3 reactivos que denotan una mayor interacción entre los infantes y sus cuidadores primarios. (Ver tabla 2).

Tabla 2.

Estructura Factorial del Instrumento de Prácticas de Crianza.

Asertividad Democrática		
	Reactivos	Valor Factorial
25	Le comento a mi hijo sobre mis propias experiencias, diciendo cosas como, “hoy no tuve un día bueno” o “Estoy feliz porque...”	.735
31	Juego con mi hijo (p.ej., juegos de mesa, al esconder, deportes, jugar a la casita, etc.).	.633
36	Cuando mi hijo me hace preguntas, le contesto demostrando interés y entusiasmo y no me siento irritado.	.628
11	Le cuento cuentos a mi hijo	.586
19	Mi hijo y yo realizamos juntos tareas del hogar, de una manera que resulta placentera para ambos (p. ej., ir de compras, lavar el automóvil, recoger la casa, cocinar, etc.).	.546
16	Hago cosas divertidas con mi hijo	.511
34	Mi hijo y yo conversamos para discutir problemas o tomar decisiones	.482
27	Bailo o canto con mi hijo	.445
8	Cuando mi hijo y yo planificamos hacer algo divertido juntos, lo que hacemos resulta ser verdaderamente divertido.	.409
Permisividad		
	Reactivos	Valor Factorial
26	Cuando mi hijo no hace lo que le pido le ofrezco algo agradable para que lo haga.	.662
10	Tengo que cantalearle o insistirle a mi hijo para lograr lo que le pido.	.631
4	Cuando mi hijo no hace lo que le pido, termino haciéndolo yo.	.604
5	Mi hijo logra lo que quiere por medio de llanto, gritos y lloriqueo	.603
6	Amenazo a mi hijo si no hace lo que le pido	.595
Violencia		
	Reactivos	Valor Factorial
15	Cuando mi hijo hace algo malo que no me gusta, le pego con la mano o le doy una bofetada.	.775
12	Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, lo insulto.	.718
17	Le grito a mi hijo cuando se ha comportado mal.	.600
33	Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, le pego con una correa (cinto) o con otros objetos.	.488
30	Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, siento coraje por más tiempo del que desearía.	.468

Ganancias Sociales		
	Reactivos	Valor Factorial
13	Utilizo frases como “Gracias”, “¡Sigue adelante!”, para elogiar a mi hijo.	.794
18	Cuando mi hijo hace algo mal o algo que no me gusta, le explico lo que ha hecho mal.	.603
2	Durante el día trato de darme cuenta de los momentos en los que mi hijo se está comportando bien y le demuestro que me gusta cómo se está comportando.	.560

Disciplina Democrática		
	Reactivos	Valor Factorial
32	Cuando castigo a mi hijo, lo hago en el momento y no dejo que las cosas se me vayan de la mano (no pierdo el control)	.733
7	Cumplo con las recompensas o castigos que le ofrezco a mi hijo	.505
28	Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, lo privo de privilegios, como ver televisión o salir a jugar.	.490

Dado que los instrumentos Inventario de Ansiedad de Beck A. e Inventario de Depresión de Beck A. si cuentan con validez y confiabilidad lo cual está mencionado en el método, no se realiza el procedimiento desarrollado en el Inventario de Prácticas de Crianza.

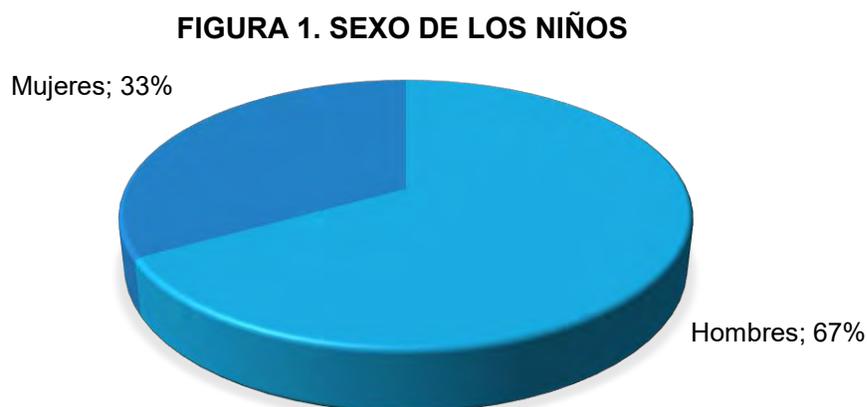
El inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001) tiene una consistencia interna con un alpha de Cronbach de 0.84 para adultos, y tiene una confiabilidad Test- Retest de $r=0.75$ y El inventario de depresión de Beck (BDI). Tiene una consistencia interna con un alpha de Cronbach de 0.83, y tiene una confiabilidad test- Retest de $r=0.72$.

Una vez concluido el análisis psicométrico de los instrumentos, se procedió a realizar el análisis descriptivo de la muestra.

Análisis Sociodemográfico

Se realizó el análisis sociodemográfico de la muestra para conocer su configuración. En relación a la muestra de niños, la edad abarcó de los 3 a los 6 años, $\bar{X}=4$ años y $s=0.76$, observando que la mayor proporción correspondió a los varones (66.9 %), lo cual se muestra en

la Figura 1.



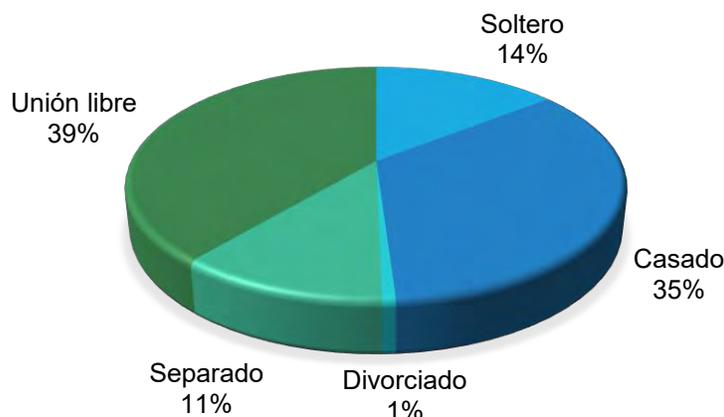
Referente a la escolaridad de los niños se observó una media de que el 14.5% pertenecen al primer grado, el 45.5% son de segundo grado y por último el 39.3% pertenecían al tercer grado, lo cual está representado en la Figura 2.



Con relación al análisis sociodemográfico de la muestra a partir de la información proporcionada por los cuidadores primarios, se observó que la edad de las madres abarcó un rango de 20 a 49 años, $\bar{X}=30$ años y la edad de los padres abarcó desde los 22 hasta los 60 años $\bar{X}=33$ años, con un promedio de edad general de 31 años.

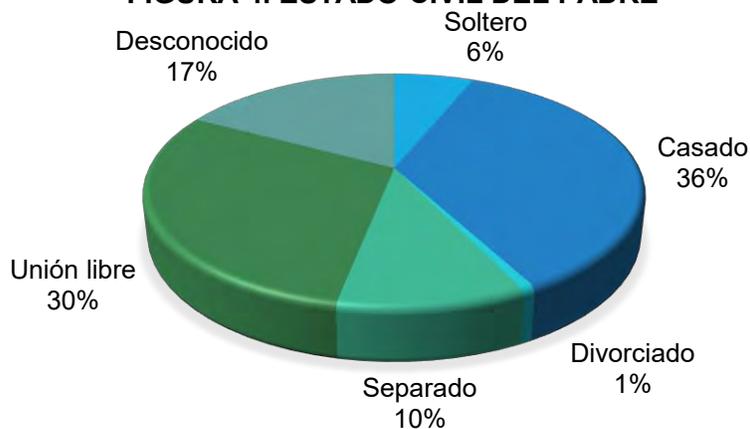
La Figura 3 muestra el estado civil de las madres de los preescolares, los resultados más representativos fueron el de, las mujeres casadas un 33.1% y las mujeres en unión libre son quienes representan el grupo más grande que cuentan con un porcentaje de 37.2%

FIGURA 3. ESTADO CIVIL DE LA MADRE



En la Figura 4 nos muestra el estado civil de los padres de los preescolares, los resultados que se muestran son, los hombres casados representan el grupo más grande, cuentan con un porcentaje de 35.9% y los hombres en unión libre de 29.7%.

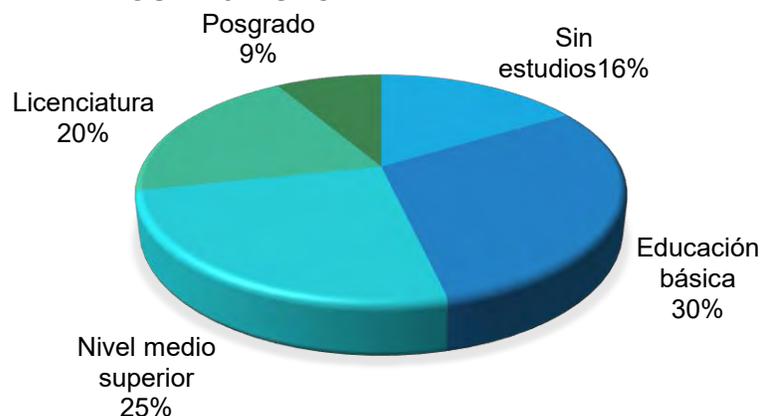
FIGURA 4. ESTADO CIVIL DEL PADRE



En la Figura 5, se representa la escolaridad de las madres con base a los años que han tenido de estudio, se obtuvo un porcentaje de analfabetismo que será agrupado junto con sujetos que no terminaron la educación básica en donde 9 son considerados como educación básica, 12 como

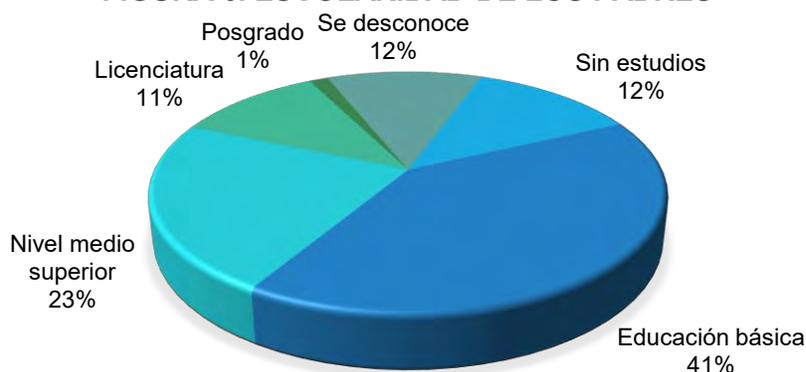
educación media superior, 15 en licenciatura y más de 15 con posgrado. Obteniendo los siguientes resultados. Con educación menor a los 9 años de escolaridad básica, se obtuvo un porcentaje de 16%, con educación básica el porcentaje es de 30% y si agrupamos ambas nos da un total de 46% con escolaridad básica o menor.

FIGURA 5. ESCOLARIDAD DE LA MADRE



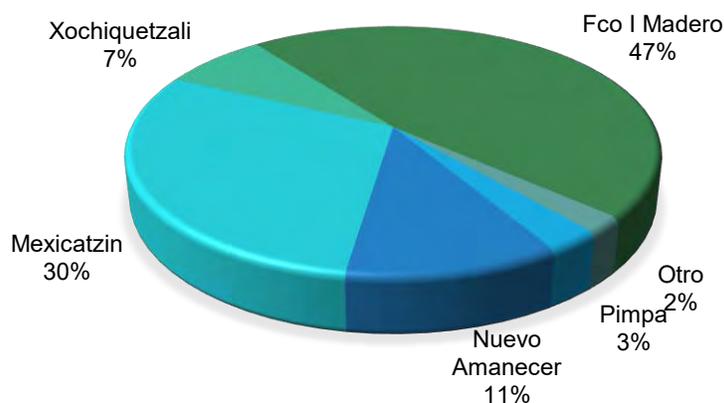
En la Figura 6 se representa la escolaridad de los padres bajo los mismos criterios que, en la figura anterior, se obtuvo que con educación baja hay un porcentaje de 12%, con educación básica el porcentaje es de 41% que juntos agrupan un 53% que es un porcentaje mayor que el de las mujeres con educación básica o menor.

FIGURA 6. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES



En la **Figura 7** Se muestra el lugar de aplicación de los diferentes jardines de niños en los cuales se recolectaron las muestras, en una institución perteneciente a la Secretaría de Educación Pública representa un 47%, un 2% fue por consulta externa y el 51% representa a la Coordinadora Popular de Madres Educadoras (COPOME) institución encargada en educar a hijos de madres trabajadoras de zonas marginales en tres diferentes delegaciones de la CDMX.

FIGURA 7. LUGARES DE APLICACIÓN



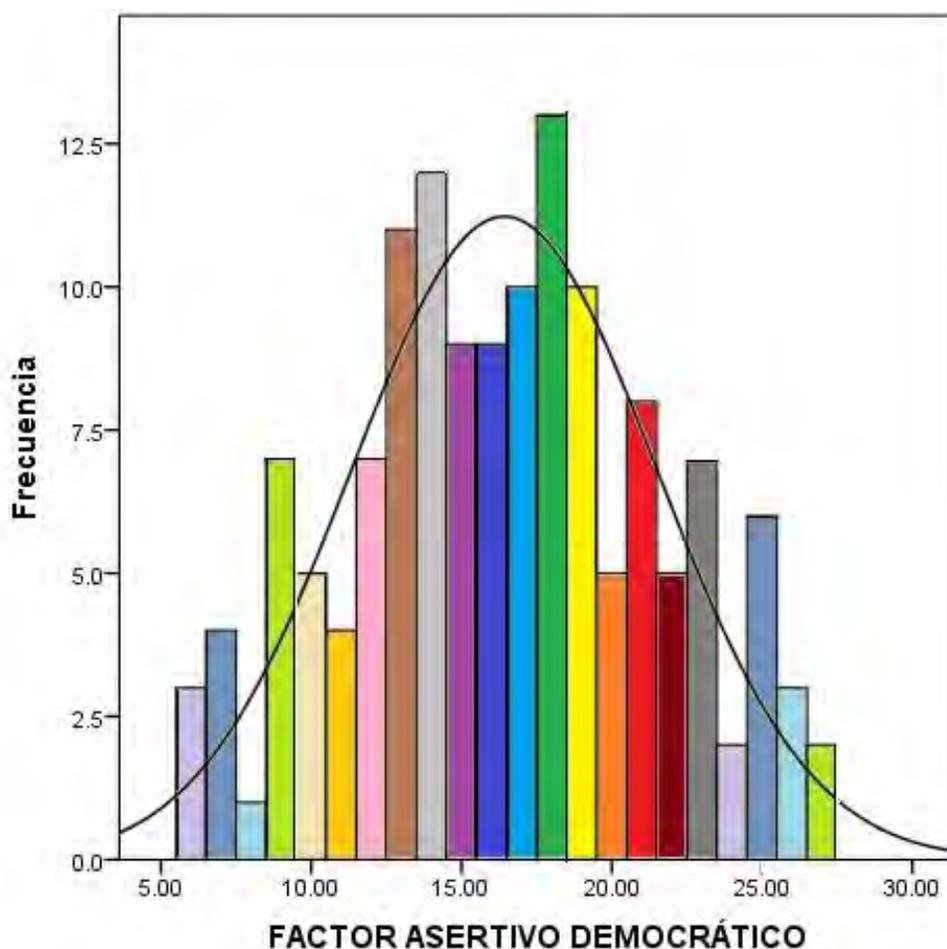
A continuación, se realizarán los perfiles descriptivos de las variables en investigación, en donde se reportará el comportamiento de los participantes en la aplicación del Inventario de Prácticas de Crianza, junto con los Inventarios de Ansiedad de Beck A. y el Inventario de Depresión de Beck

Perfiles Descriptivos de Inventario de Prácticas de Crianza

Se realizaron los perfiles descriptivos de cada instrumento para ejemplificar y representar como es que se comporta la muestra de acuerdo al análisis factorial que se llevó a cabo para el Inventario de Prácticas de Crianza. Lo que se muestra a continuación que los reactivos que conforman el instrumento se agruparon en 5 Factores, los cuales se representan a continuación.

Con respecto al factor Asertivo Democrático que consta de 9 reactivos (ver tabla 2) y cuyos valores pueden ir de una puntuación mínima de 0 a una máxima de 27 se observa en la muestra un rango de 6 a 27 con $\bar{X}=16.41$ y de $s=5.08$.

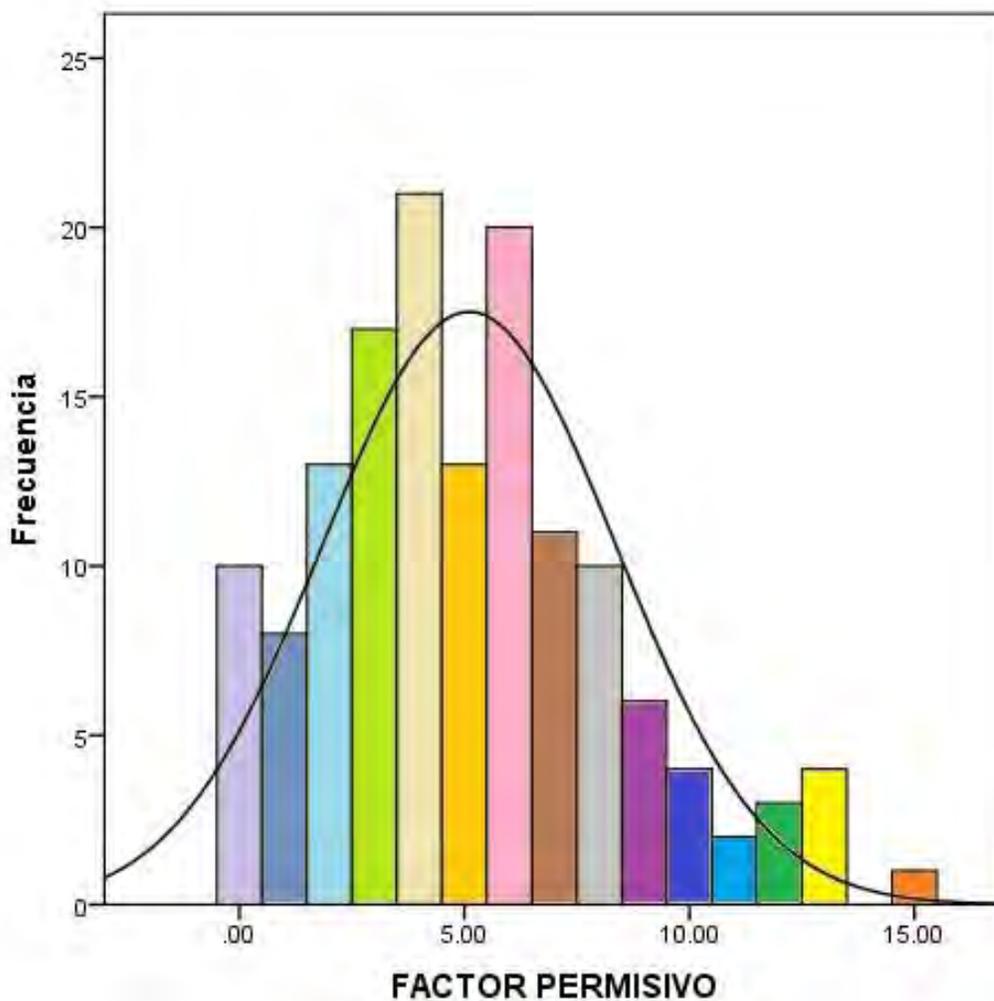
FIGURA 8 Perfil descriptivo del factor asertivo democrático



Referente al factor Permisividad que consta de 5 reactivos y cuyos valores pueden ir de una puntuación mínima de 0 a una máxima de 15 se observa en la muestra un rango de 0 a 15

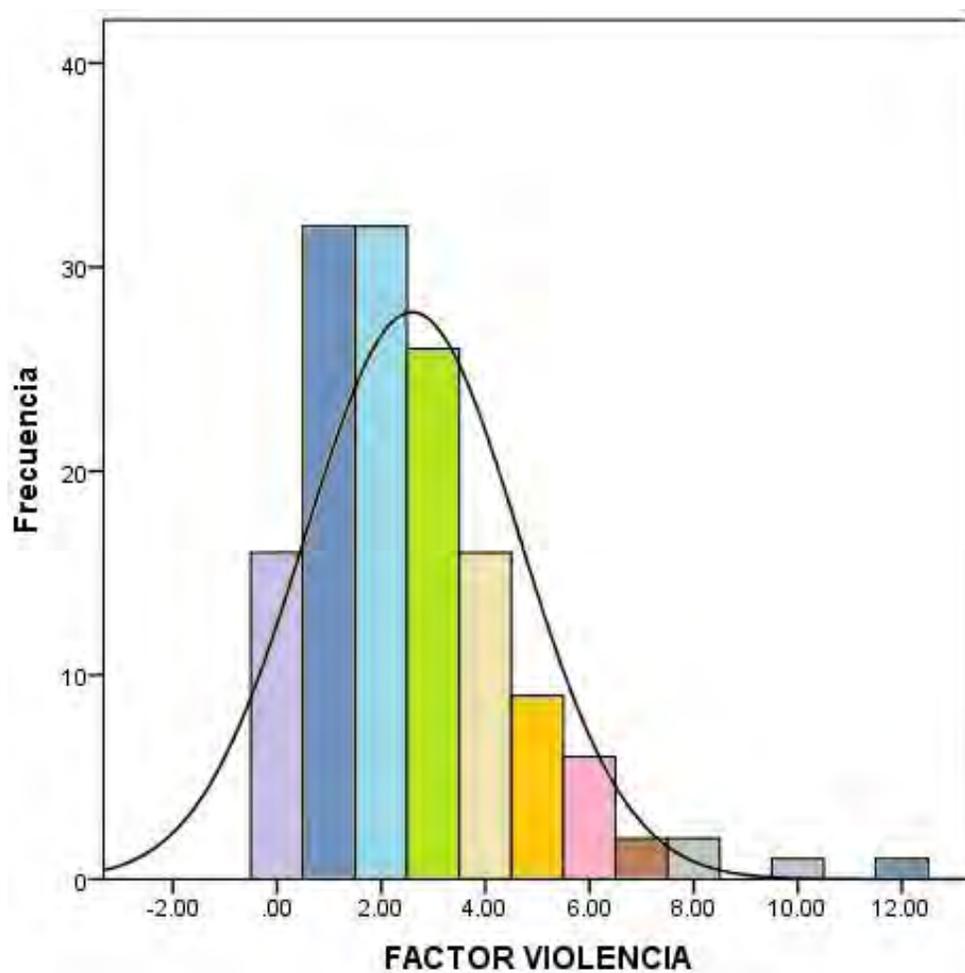
$\bar{X}=5.10$ y $s=3.25$.

FIGURA 9 Perfil descriptivo del factor Permisivo



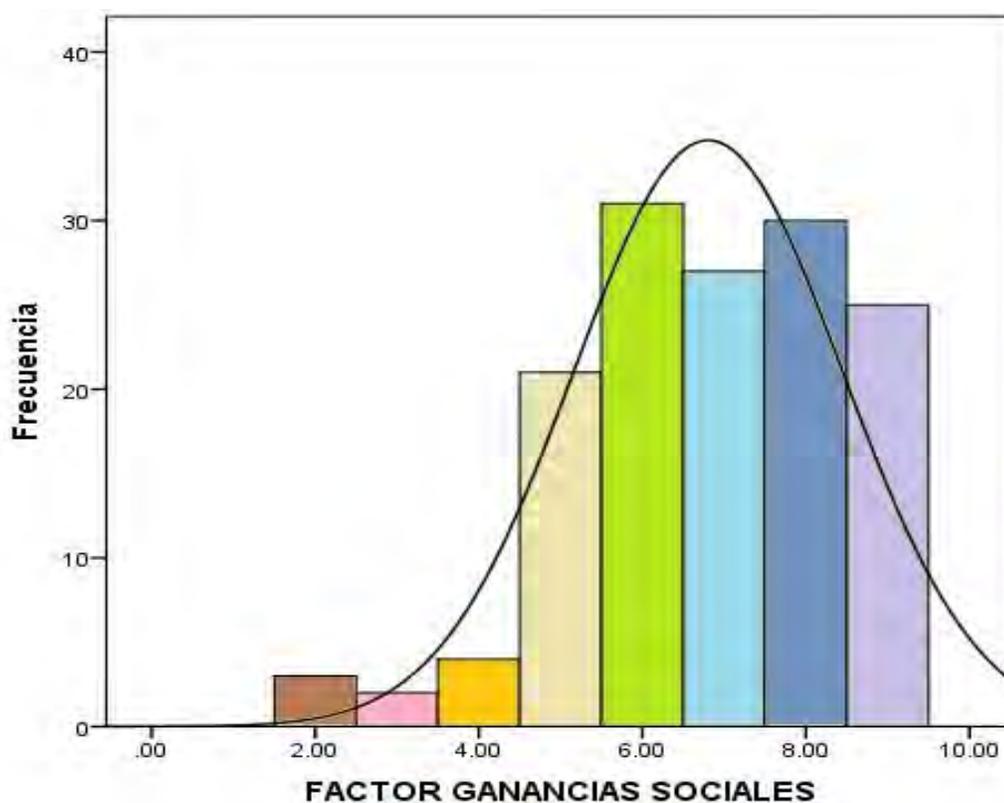
De acuerdo al Factor Violencia, que está conformado por 5 reactivos y cuyos valores pueden ir de una puntuación mínima de 0 a una máxima de 15 se observa en la muestra un rango de 0 a 12 con $\bar{X}=2.59$ y $s=2.05$.

FIGURA 10 Perfil descriptivo del factor Violencia



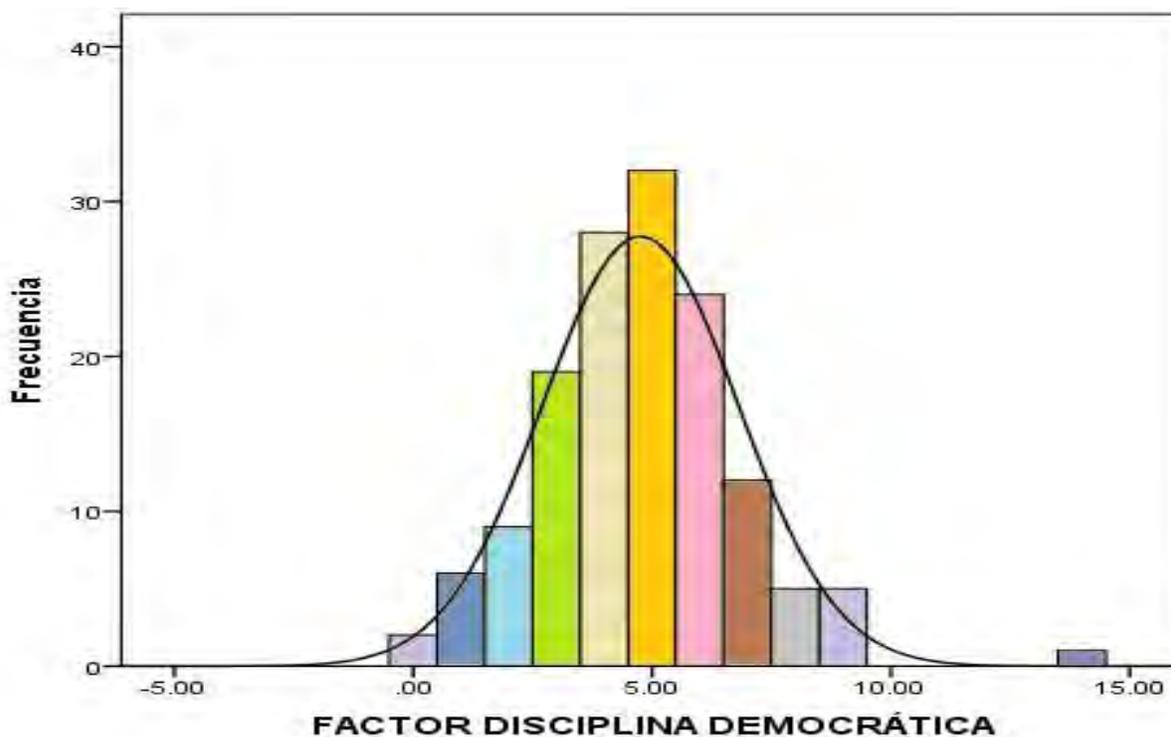
En el Factor Ganancias Sociales, el cual está constituido por 3 reactivos y cuyos valores pueden ir de una puntuación mínima de 0 a una máxima de 9 se observa en la muestra un rango de 2 a 9 con $\bar{X}=6.80$ y $s=1.64$.

FIGURA 11 Perfil descriptivo del factor Ganancias Sociales



Al igual que en el Factor anterior, el factor Disciplina Democrática es compuesto por 3 reactivos y cuyos valores pueden ir de una puntuación mínima de 0 a una máxima de 9 se observa en la muestra un rango de 0 a 14 con $\bar{X}=4.76$ y $s=2.05$.

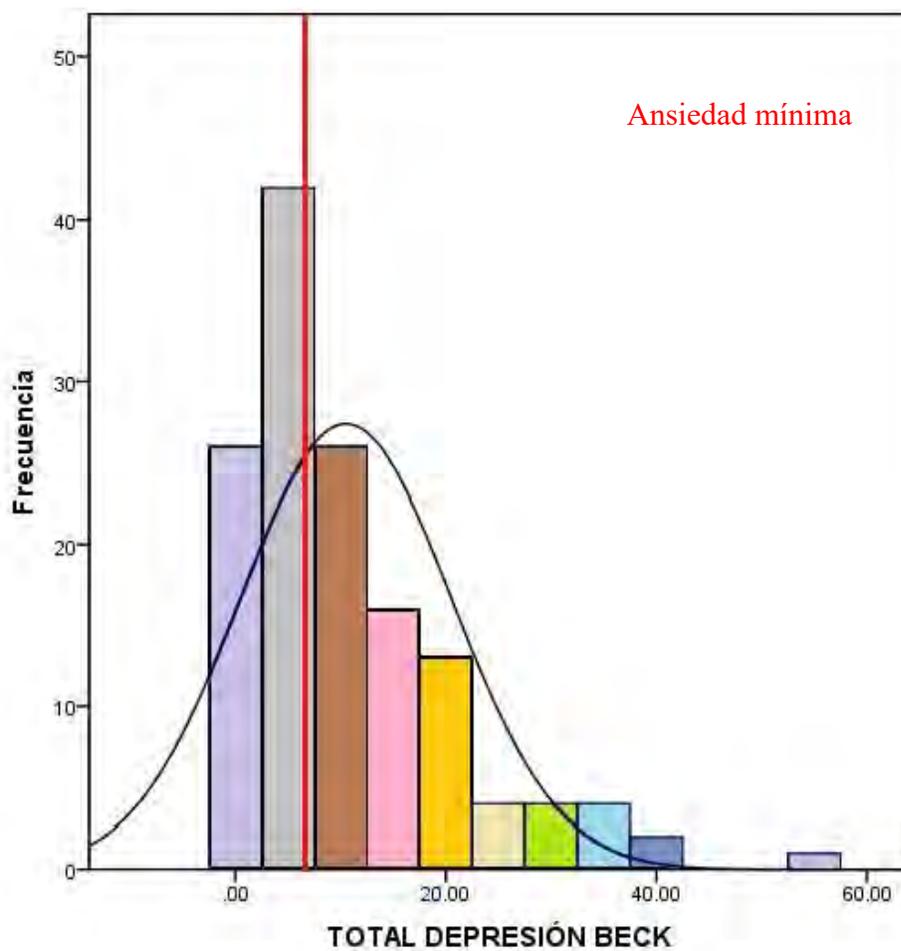
FIGURA 12 Perfil descriptivo del factor Disciplina Democrática



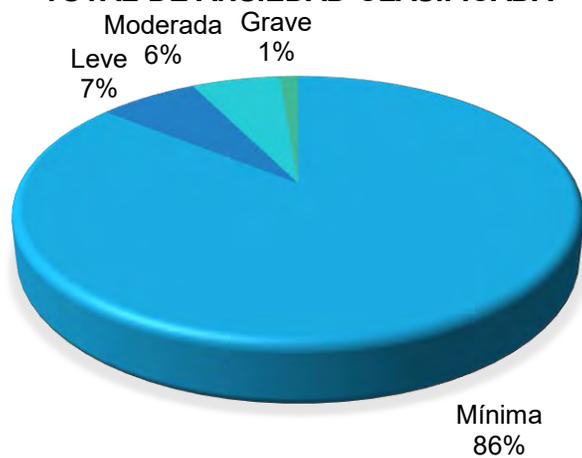
Perfiles Descriptivos de Inventario de Ansiedad de Beck A.

Dentro de los perfiles en el Inventario de Ansiedad de Beck A. se obtuvo que del total de la muestra de los 145 sujetos, en porcentaje se tiene que con ansiedad mínima se obtuvo un porcentaje de 77.9%, con ansiedad leve se obtuvo un 6.2% del total, con ansiedad moderada se obtuvo un 5.5% y por último con ansiedad grave se tiene un 3.4%. Estas puntuaciones se obtuvieron a través de la calificación de acuerdo a los puntos de corte en relación a la calificación del instrumento.

FIGURA 13 Perfil descriptivo total de Ansiedad Clasificada



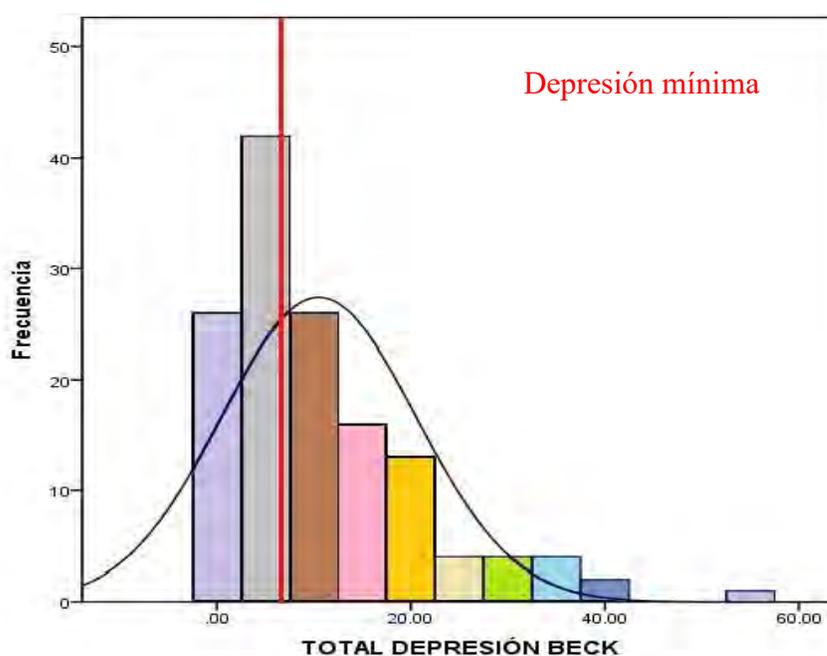
TOTAL DE ANSIEDAD CLASIFICADA



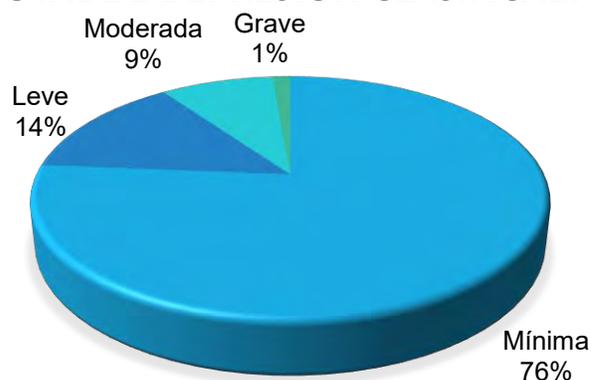
Descriptivos de Inventario de Depresión de Beck A.

De acuerdo a los puntajes obtenidos de cada participante de la investigación, se obtienen los siguientes resultados de acuerdo a la calificación del instrumento, que indica el nivel de depresión de los sujetos, arrojando los siguientes resultados: con depresión mínima se obtuvo un total de 68.3%, con 12.4% del total de la muestra con depresión leve, con depresión moderada de 7.6% y con depresión grave el puntaje es de 6.9%.

FIGURA 14 Perfil descriptivo total de Depresión Clasificada



TOTAL DE DEPRESIÓN CLASIFICADA



Dado el resultado obtenido del inventario de prácticas de crianza, en donde se observó que las prácticas de crianza, muestran predominantemente el uso del estilo asertivo democrático, se consideró la posibilidad de realizar un análisis detallado de dichos perfiles a partir de los grupos determinados por las variables sociodemográficas sexo, estado civil y escolaridad.

Análisis diferencial

Se realizó un análisis diferencial a fin de observar diferencias entre los grupos. En primer lugar, se realizó una diferencia de medias (t de Student) para muestras independientes para contrastar hombres y mujeres con respecto a las manifestaciones de ansiedad y depresión, los resultados se muestran en la tabla 3, indican que no existen diferencias estadísticamente significativas debido a que la muestra está conformada por sujetos no patológicos. En el caso de la depresión y la ansiedad se observa una significancia $p \geq .05$.

Tabla 3

Prueba t de Student para la comparación de hombres y mujeres en depresión y Ansiedad

Variable	Grupos	Media	Des. Estándar	t	gl	Sig
Total Depresión Beck A.	Hombre	11.0769	10.74785	9.38	136	.350
	Mujer	9.3830	8.54795			
Total Ansiedad Beck A.	Hombre	8.4382	9.42911	.334	133	.739
	Mujer	7.8696	9.27268			

En segundo lugar se realizó un análisis de varianza (Anova) de una sola vía para muestras independientes para contrastar la escolaridad y el estado civil de padres y madres de la muestra con respecto a las variables Ansiedad y Depresión.

De acuerdo al análisis de varianza ANOVA unifactorial que se realizó indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de la puntuación en el estado civil de las madres tanto en ansiedad y depresión como se demuestra en la Tabla 4 donde para depresión se obtuvo que ($F: .934; p \geq .05$) y en ansiedad las puntuaciones obtenidas son ($F: 1.594; p \geq .05$).

Tabla 4

Análisis de Varianza unifactorial ANOVA para el estado civil de las madres

Variable	Grupos	Media	Des. Estándar	F	gl	Sig
Total Depresión Beck A	Soltera	12.3158	10.18197	.934	4	.446
	Casada	10.8070	11.52934			
	Divorciada	9.0000				
	Separada	13.2667	8.13692			
	Unión libre	8.6731	7.90810			
Total Ansiedad Beck A	Soltera	10.0526	7.61923	1.594	4	.180
	Casada	8.0000	10.60496			
	Divorciada	25.0000				
	Separada	10.9333	11.97299			
	Unión libre	6.7843	7.92039			

De igual forma se realizó el mismo análisis de varianza ANOVA unifactorial para relacionar las puntuaciones que obtuvieron el estado civil de los padres relacionado con la depresión y la ansiedad, este indica que existen diferencias estadísticamente significativas como se demuestra en la Tabla 5 donde las puntuaciones de depresión se obtuvo que ($F: 2.720; p \leq .05$) y en ansiedad las puntuaciones obtenidas son ($F: .843; p \geq .05$). Lo que nos quiere decir que el estado civil de los padres de familia influencia directamente a presentar indicadores de depresión, lo que también nos indica que los padres de familia presentan mayores índices de depresión en comparación con las madres.

Tabla 5

Análisis de Varianza unifactorial ANOVA para el estado civil de los padres

Variable	Grupos	Media	Des. Estándar	F	gl	Sig
Total Depresión Beck A	Soltero	17.2500	13.92582	2.720	4	.033
	Casado	9.8776	11.49571			
	Divorciado	8.0000				
	Separado	15.5000	7.86179			
	Unión libre	7.7857	6.91247			
Total Ansiedad Beck A	Soltero	7.5000	5.97614	.843	4	.501
	Casado	7.9149	10.30371			
	Divorciado	5.0000				
	Separado	11.4286	12.08759			
	Unión libre	6.5476	5.40642			

También en análisis de varianza ANOVA unifactorial que se realizó indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de la puntuación en la escolaridad de las madres tanto en ansiedad y depresión como se demuestra en la Tabla 6 donde para depresión se obtuvo que (F: .631; $p \geq .05$) y en ansiedad las puntuaciones obtenidas son (F: .597; $p \geq .05$).

Tabla 6

Análisis de Varianza unifactorial ANOVA para la escolaridad de las madres

Variable	Grupos	Media	Des. Estándar	F	gl	Sig
Total Depresión Beck A	Sin estudios	5.0000	3.55903	.631	4	.641
	Educación básica	11.4638	9.78080			
	Educación media	10.1429	11.21535			
	superior	7.4286	9.03433			
	Educación superior Posgrado	11.0714	9.82512			
Total Ansiedad Beck A	Sin estudios	12.5000	8.88819	.597	4	.665
	Educación básica	8.0441	9.07092			
	Educación media	9.4000	11.46187			
	superior	6.5714	5.28700			
	Educación Superior Posgrado	6.0714	5.67673			

También se realizó el análisis de varianza ANOVA unifactorial para relacionar las puntuaciones que obtuvieron la escolaridad de los padres relacionado con la depresión y la ansiedad, este indica que no existen diferencias estadísticamente significativas como se demuestra en la Tabla 7 donde las puntuaciones de depresión se obtuvo que (F: .548; $p \geq .05$) y en ansiedad las puntuaciones obtenidas son (F: .866; $p \geq .05$).

Tabla 7

Análisis de Varianza unifactorial ANOVA para la escolaridad de los padres

Variable	Grupos	Media	Des. Estándar	F	gl	Sig
Total Depresión Beck A	Sin estudios	11.0000				
	Educación básica	9.9054	9.49141			
	Educación media	12.1935	12.32996			
	superior	6.7500	5.85235	.584	4	.675
	Educación superior Posgrado	8.2857	5.83660			
Total Ansiedad Beck A	Sin estudios	13.0000				
	Educación básica	7.0139	6.46441			
	Educación media	8.2581	11.89389			
	superior	4.7500	5.18813	.866	4	.487
	Educación Superior Posgrado	11.1429	12.04388			

Análisis de correlación

Finalmente se efectuó un análisis de correlaciones enfocado en el instrumento Inventario de Prácticas de Crianza IPC correlacionado los factores con El Inventario de Ansiedad de Beck A. en conjunto con el Inventario de Depresión del mismo autor. En la tabla 8 se muestran los factores divididos en prácticas de crianza positivas en donde se encuentran los factores Asertividad Democrática, Ganancias Sociales y Disciplina Democrática comparando también la Prácticas de Crianza consideradas negativas, que en este caso son los factores Permisividad y Violencia.

Los resultados para la muestra total arrojaron correlaciones bajas entre sí, en relación a las prácticas positivas promedio, $r = -.034$, $p \leq 0.05$, el factor de asertividad democrática, $r = -.042$, $p \leq 0.05$, así mismo como los factores ganancias sociales $r = -.028$, $p \leq 0.05$ y disciplina democrática $r = -.011$, $p \leq 0.05$ con depresión. Lo que nos indica que en general las prácticas de crianza positivas en sus factores antes mencionados, están siendo afectadas directamente por los índices de depresión en los adultos. Esto quiere decir que si los cuidadores primarios están siendo afectados por índices de depresión, se les dificulta en mayor medida desarrollar prácticas de crianza positivas con los infantes.

Por otra parte, en los demás cruces correlacionados como lo son, las prácticas de crianza negativas, no tienen relaciones estadísticamente significativas con índices de depresión en adultos, al igual que las prácticas de crianza en general, prácticas de crianza positiva y negativa en relación con ansiedad de los cuidadores primarios.

Tabla 8

Tabla de Correlación de Pearson entre

	Depresión	Ansiedad
Prácticas de Crianza Promedio	,230**	,323**
Prácticas Positivas Promedio	-,034	,216*
Asertividad Democrática	-,042	,224**
Ganancias Sociales	-,028	,113
Disciplina Democrática	,011	,084
Prácticas Negativas Promedio	,476**	,257**
Permisividad	,490**	,273**
Violencia	,262**	,129

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Discusión y conclusiones

El objetivo de esta investigación fue desarrollar y aplicar un estudio para relacionar e identificar como los índices de ansiedad y depresión con la ayuda de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck A. en cuidadores primarios, influyen para el desarrollo de distintas prácticas de crianza de acuerdo a los factores que se obtuvieron con la validez y confiabilidad del instrumento Inventario de Prácticas de Crianza (IPC).

Uno de los objetivos de este estudio fue validar y confiabilizar el instrumento Inventario de Prácticas de Crianza (IPC) (Villatoro 2006) y describir la relación entre ansiedad y depresión en cuidadores primarios de acuerdo a los factores de este instrumento.

Para lograr lo anterior primeramente se corroboró la estructura factorial del Inventario de Prácticas de Crianza (IPC) y su confiabilidad, se discuten a continuación los resultados encontrados en relación al análisis psicométrico.

Con el fin de conocer la validez de constructo del instrumento para medir los problemas de conducta en los niños de acuerdo a las prácticas de crianza ejercidas por los cuidadores primarios, se realizó un análisis factorial para intentar comprobar si la estructura factorial correspondía con la postulada por el instrumento original. Los resultados mostraron diferencias con los datos obtenidos por López (2013) en su aplicación y validación con la población mexicana, en dicho instrumento existen 6 factores, por lo que el instrumento se evalúa por medio de 6 sub-escalas.

Las escalas de López fueron las siguientes: La dimensión Castigo, la dimensión Ganancias materiales, la dimensión Interacción social, uso de Normas, Ganancias sociales y finalmente los límites. En este estudio se obtuvieron 5 factores, en donde las prácticas de crianza se dividen en positivas y negativas, 3 factores como prácticas de crianza positivas, como lo son asertividad

democrática, ganancias sociales y disciplina democrática, en contraste con factores de prácticas de crianza negativas como son permisividad y violencia.

Las diferencias encontradas entre las dos versiones pueden deberse a diversas causas, una de ellas se relaciona con el tiempo, el instrumento de López fue validado hace 5 años en un contexto diferente al actual, otra causa tiene que ver con el contexto socioeconómico ya que el instrumento de López fue aplicado a cuidadores primarios de niños de escuelas públicas y el presente estudio se aplicó en escuelas de Asistencia Semi-Privada y de asistencia Pública que implica un nivel socioeconómico diferente al que López encontró y finalmente el instrumento de López fue validado con cuidadores primarios de niños con una edad de 11 y 14 años de edad, y en el presente estudio la aplicación fue con cuidadores primarios de niños con edades de entre 3 y 6 años de edad.

La muestra se conformó por 145 cuidadores primarios de niños y niñas en preescolar de entre 3 y 6 años de edad, los cuidadores primarios fueron evaluados con tres pruebas; el Inventario de Ansiedad de Beck A., el Inventario de Depresión de Beck A y el Inventario de prácticas de crianza.

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de los estadísticos realizados, podemos concluir que los cuidadores primarios, de preescolares, muestran que al manifestar sintomatología depresiva leve existe una tendencia baja a utilizar un estilo de crianza positivo, cuando la sintomatología depresiva es moderada, la tendencia a utilizar estas prácticas de crianza disminuye.

De acuerdo con Antony y Benedick (1981) una característica de la sintomatología depresiva es negarse a interactuar con los demás. Moreno y Cubero (1990) comentan que el castigo como

medio de modificar la conducta no considera el dialogo con los hijos como elemento clave para solucionar los problemas, sino más como un limitante de ciertas conductas no deseadas.

Es por ello que la investigación se enfocó en como la depresión y la ansiedad que de acuerdo a investigaciones de la OMS, como se refiere en el marco teórico, son padecimientos que en la actualidad están presentes en la mayoría de la población, así se trata de buscar la relación entre los indicios de ansiedad y depresión que pueden estar presentes o no en los cuidadores primarios y de esta forma saber cómo interfieren en las prácticas de crianza en preescolares.

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

De acuerdo con Granada & Domínguez (2012) los padres de familia pueden haber tenido una infancia carente de buenas estrategias por parte de sus padres, algunos carentes de afecto, no obstante, esto no determina los estilos de crianza que utilicen en la educación de sus hijos, ya que en la medida que las personas se educan y desarrollan en un ambiente propicio, pueden aprender a manejar de mejor manera sus relaciones en su vida y con sus hijos.

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

Durante el desarrollo de la investigación se tuvo un seguimiento de la misma, por lo que, si se generaba algún tipo de problema, se realizaban los análisis pertinentes para poder continuar con el fin de la investigación y así reflejar lo mejor posible lo que se trataba de demostrar en un inicio.

Con respecto a las situaciones de conflicto que fueron identificadas a través de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck A. la mayoría de los padres reportaron que existen conflictos en diferentes áreas de su desarrollo psicosocial y les nació la inquietud de saber más acerca de ese tipo de problemáticas, que muchas veces pasan desapercibidas ya que forman parte de lo cotidiano.

Mendoza (2012) menciona que el contexto familiar es de suma importancia en el desarrollo de prácticas de crianza inadecuadas que afectan al desarrollo de los niños, ya que existe una interacción entre 3 factores (individuales, sociales y culturales), que afectan al individuo. Son factores que intervienen en el proceso de aprendizaje y fortalecimiento del empleo de malas prácticas de crianza.

Dekovic, Wissink y Meijer, (2004) constatan que un ambiente familiar negativo (construido por frecuentes conflictos, tensiones y prácticas de crianza no definidas) dificulta el adecuado desarrollo de los niños y aumenta la probabilidad de que surjan problemas de disciplina y conducta, asimismo se ha observado que la existencia de conflictos familiares, su frecuencia e intensidad, así como la utilización de estrategias disfuncionales para su resolución, (por ejemplo: utilizar violencia, ignorar, huir de la situación o la permisividad) contribuyen también un importante factor de riesgo que se relaciona con un mayor número de conductas problemáticas y de mayor gravedad en los hijos Misitu et al., (2006).

Existe evidencia que permite puntualizar que la comunicación entre la familia e instituciones educativas es un ingrediente necesario para evitar que se desarrolle la exclusión y problemáticas relacionadas con las prácticas de crianza.

Por otra parte, no existe ni hay un modelo de prácticas de crianza adecuadas u óptimas para el desarrollo pleno de los infantes, pero existen ciertos estilos de crianza que se consideran mejores

que otros, por lo que se recomienda continuar y dar más peso a programas diseñados como escuela para padres que implementa la SEP, en donde se tendían que diseñar estrategias para mayor participación de los cuidadores primarios y padres de familia de menores identificados con mayores problemáticas a causa de las prácticas de crianza que han recibido y así fortalecer el vínculo de la diada bidireccional menores-cuidadores . Las prácticas de crianza regularmente son modelos que heredamos de nuestras propias familias y se tiene influencia del contexto histórico socio-cultural en el que nos desenvolvemos, por lo que los estilos de crianza también se ven modificados, por lo tanto el conocimiento de las prácticas de crianza y su relación con los estados de ansiedad y depresión ayuda a conocer que al estar en un estado afectivo ansioso o deprimido puede afectar a la relación que tienen los padres y adultos en su entorno, tanto interpersonal como social. Los padres son referentes importantes, por ende, su ausencia puede minar el sano desarrollo del hijo y facilitar conductas de riesgo, puesto que no existe quien pueda monitorearlas ni contenerlas mediante una relación de reciprocidad, afecto y cuidado, lo cual indica que una adecuada supervisión parental es importante para prevenir este tipo de conductas, tal como lo señalan Martínez et al. (2003).

De igual manera, el involucramiento y atención a los hijos parece jugar un papel muy importante en la presencia o ausencia de conductas antisociales en ellos (Palacios & Andrade, 2008), de tal manera que resulta trascendente el que los padres estén atentos a sus hijos, los conozcan, aprendan de ellos y procuren el diálogo. Oliva et al. (2007) apuntan a una mejor comunicación que reditúa en el mejor ajuste conductual de los hijos.

De esta manera se puede observar que la crianza está relacionada con la depresión de los cuidadores primarios, por lo que es conveniente crear estrategias dirigidas a fortalecer los estilos de crianza, apoyar y fortalecer a los cuidadores primarios para que mejoren sus estilos de

crianza, además de que favorezcan la relación de los padres con los hijos y se disminuyan los niveles de ansiedad que puedan ser ocasionados por la incertidumbre que genera la crianza de los hijos, para ello es necesario divulgar, hacer promoción de la salud mental y la psicología clínica, para crear vínculos en la aceptación de psicoterapias.

Sin embargo, para generalizar los resultados y enriquecerlos en futuras investigaciones, sería importante considerar otros factores como el nivel socioeconómico de las familias, el número de integrantes de las mismas, así como la ocupación de los padres, esto aportaría mayor información acerca de la población mexicana en donde hasta el momento es muy escasa, sobre todo porque son pocos los datos que se tienen sobre la relación que existe entre los niveles de ansiedad y depresión con las prácticas de crianza que los cuidadores primarios implementan y así obtener más datos de los cuales partir para crear las estrategias de intervención.

La disciplina inconsistente obedece también a la permisividad y a la falta de consistencia en la forma de educar a los niños. Por este motivo, apremia promover vínculos con los infantes, en donde se propicie un espacio de expresión y en donde no predomine un sistema autoritario que coarte su capacidad subjetiva, sin que ello implique la falta de límites, sin perder de vista otras características, como pueden llegar a ser el nivel sociocultural de los cuidadores primarios, además de sus características de personalidad. A su vez, lleva a reforzar lo propuesto por Saucedo et al., (2007), indican que es necesario que los padres y cuidadores primarios, así como cualquier otra persona con la que los infantes interactúen, deben respetar la dignidad de los niños y promover en ellos conductas prosociales. Así también, se requiere favorecer una dinámica familiar en donde tenga lugar el ejercicio compartido de la autoridad y la toma de decisiones responsables. Se trata de crear espacios de confianza, de respeto, donde quepa la autoridad y no el autoritarismo ni la permisividad, ya que una disciplina inconsistente puede fungir, como en

este caso, como una variable predictora de los indicios de ansiedad y depresión como afecciones a los estilos y prácticas de crianza.

Por otra parte, la planeación conforme a la identificación de problemas es importante, dado que la investigación no tuvo resultados estadísticamente significativos ya que un porcentaje bajo no tenía algún problema grave con ansiedad o depresión, además que las prácticas de crianza son muy variadas entre un cuidador primario y otro. De esta manera sería útil, antes de realizar una investigación, diagnosticar a cuidadores primarios con altos niveles de ansiedad o depresión para únicamente trabajar con ellos y lograr resultados contundentes.

El ideal sería que los padres pudieran brindar soporte y acompañamiento para que los hijos sean capaces de generar confianza propia y producir su autonomía. No obstante, es más evidente la dificultad en su consecución, por lo cual se requiere hacer saber a los padres de la labor y las implicaciones que tienen bajo su cargo en su núcleo familiar. De tal suerte, que practicar estilos de crianza positivos, que tomen en cuenta a toda la familia en conjunto con suficiente afecto y comunicación, una escucha constante, así como una supervisión y un interés genuino en sus gustos, actividades y capacidades, se vuelve prominente en aras de conducirlo a ser un adulto socialmente integrado. Palacios y Andrade (2008) lo refieren como una interacción positiva entre padres e hijos.

Es evidente que hace falta realizar más investigación acerca de las interacciones, el funcionamiento, el clima y las estrategias dentro de las prácticas de crianza en relación con las conductas antisociales de los hijos, con el fin de encontrar aspectos específicos que estén fungiendo como factores de protección.

Sin embargo, la información obtenida sobre la influencia de la ansiedad y la depresión en las prácticas de crianza ayuda a tener mayor información sobre este tema y así también, contribuye a

conocer sobre la situación actual de los cuidadores primarios en la Ciudad de México y su relación con los preescolares, permitiendo entrever algunas necesidades importantes de atender.

Desde esta perspectiva es importante redimensionar la formación de los practicas de crianza más consistentes y la necesidad de instaurar límites precisos, dejando claro el papel que juegan los límites y las prohibiciones, y en la conformación que de ellos hagan para sí mismos y de los infantes, a la vez que sean capaces de respetarlos y sean capaces de evitar situaciones dañinas o que los pongan en riesgo, inclinándose a potencializar su capacidad creativa y productiva, acorde con valores que preserven la vida. Los límites también distinguen a una persona de otra, reconociendo al individuo con sus singularidades y sus potencialidades en un campo diverso, ágil y global, de modo que el intercambio y el común acuerdo en estas diferencias es contundente.

De igual manera, conviene promover, integrar y evaluar el desarrollo de habilidades sociales y competencias socio-emocionales en los padres y cuidadores primarios, para que los niños y niñas sean capaces de desenvolverse en un mundo social cambiante, mediante capacidades propias y propuestas constructivas, sabiendo además, de los enfrentamientos y desencuentros entre las personas, que forman parte del día a día, pero a partir de los cuales también se puede crear y construir. No obstante, es importante tomar en cuenta y analizar la relación entre la educación y la economía, ya que esta última ejerce una fuerte influencia sobre la primera. Así también, se necesita evaluar el impacto de un cambio, y evaluar qué se requiere para llegar a él. Si bien la implementación e instrumentación de este tipo de programas no es sencilla, se requiere seguir sumando esfuerzos que incluyan principalmente a los padres, las escuelas, las instituciones de salud y de educación, tanto públicas como privadas.

Resulta claro que las relaciones entre ansiedad y depresión están asociadas con prácticas de crianza mayormente diversificadas y conflictivas. Estos hallazgos manifiestan, por un lado, las

implicaciones que posiblemente experimentan los cuidadores primarios, al ser emocionalmente inestables. Se pudo notar que la muestra nos da la pauta para seguir estudiando e interviniendo en esta problemática tan importante en la actualidad y el hecho de que los cuidadores primarios estén interesados en adquirir, aprender y desarrollar estrategias adaptativas para ser más consistentes con la crianza de sus hijos, ya que les brindará herramientas necesarias ante las dificultades que se les presentan al desarrollar esta tarea tan ardua y difícil que es ser cuidador y servir de ejemplo a los niños.

A manera de conclusión, se puede destacar, en primer lugar, el papel que juegan los estilos de parentalidad, ya que numerosos estudios han arrojado datos útiles sobre su efecto en diferentes países del mundo. México no es la excepción, y a pesar de tener diferencias de corte cultural, los estilos manejados en la presente investigación permiten corroborar aquellos que tienen mejores consecuencias en la crianza de los niños. En contraparte, los estilos parentales negativos muestran nuevamente el efecto negativo que tiene sobre los infantes, en particular al hablar sobre las conductas antisociales.

Es por esto que, a raíz de los resultados encontrados, se recomienda a los cuidados primarios y padres de familia:

- Practicar y reforzar los estilos parentales positivos, como la asertividad democrática, ganancias sociales y disciplina democrática, de manera que se fomenten relaciones positivas entre cuidadores primarios, padres e hijos que incluyan demostraciones de afecto, escucha, atención y respeto, así como una comunicación clara y constante que permita entablar relaciones basadas en la confianza.
- Procurar un involucramiento que permita a los padres e hijos interactuar regularmente, de forma que los padres estén al tanto de los intereses, gustos y capacidades de sus

hijos, al mismo tiempo que respeten sus preferencias, fomentará el sano desarrollo de los niños. Lo anterior implica un acercamiento en las familias que permita conocer a sus miembros, a sí mismos y en especial a los menores, para poder orientarlos. Dicho involucramiento también implica la dedicación a los hijos, es decir, destinar tiempo suficiente para convivir con ellos.

- Manejar una adecuada disciplina en donde estén presentes los límites y la consistencia, principalmente con el ejemplo y no solamente mediante palabras o imposiciones. Sin embargo, se debe evitar caer en autoritarismos que puedan provocar rebeldía o sumisión en los hijos. La disciplina incluye establecer reglas claras y hacerlas cumplir.
- Apoyar a los menores para que sientan el respaldo de los adultos y sus familiares que los rodean, para que desarrollen confianza y seguridad para desenvolverse. Alentarlos en actividades constructivas y que beneficien su formación, coadyudará en su sano desarrollo. Felicitarlos por sus logros y/o por haber realizado satisfactoriamente alguna tarea, fomentará que los hijos propicien aquellas conductas por las cuales son tomados en cuenta y reconocidos. Es por esto que resulta importante reconocer los comportamientos positivos.
- Utilizar comunicación no verbal que sea congruente con las palabras, Así, se evitarán los dobles mensajes que tan solo generan confusión en los receptores. Esta comunicación incluye al contacto físico.
- Fomentar en los hijos actividades que favorezcan el cuidado y mantenimiento de su salud, como aquellas deportivas y culturales.

También, se requiere de una colaboración entre la escuela y los padres para el quehacer educativo, ya que, a decir de Recio (1999) no solo los modelos de gestión y las normas son las responsables del empobrecimiento del funcionamiento escolar.

A su vez, es importante conocer las actitudes y conductas de padres de familia y profesores dada su responsabilidad como actores de la formación de los educandos. Cordié (como se citó en Oballe & Zunino, 2010, p.40) dice que “uno enseña con lo que es y muy poco con lo que sabe”, es decir, no solo una instrucción hablada es suficiente, sino son los actos de los adultos el mejor ejemplo.

Es así, que los resultados obtenidos en la presente investigación ofrecen información útil que permite un acercamiento a la realidad que los cuidadores primarios de Ciudad de México, viven en cuanto a la educación de niños y niñas que tienen bajo su cuidado, su relación con sus padres y con estados de ansiedad y depresión, y la forma en que éstas pueden repercutir en su comportamiento. Asimismo, dicha información contribuye como respaldo para continuar desarrollando programas que ayuden a disminuir conductas antisociales y se tomen en cuenta variables importantes como aquellas relacionadas con los estilos de parentalidad positivos, consistentes y sus efectos. De la misma forma, los datos recabados pueden ser usados para dotar a los padres y a las escuelas de herramientas efectivas que coadyuven a fomentar la salud mental y tratar de disminuir los niveles de ansiedad y depresión en la población en general.

REFERENCIAS

- Albor, Y. (2011). *Estilos de crianza y su efecto en la conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual*. . Ciudad de México: Tesis de maestría Universidad Nacional Autónoma de México.
- Almazán, R. y. (2010). *Construcción de los roles de género (Hombre y/o Mujer) a partir de los estilos de crianza*. . Ciudad de México : Tesis Teórica. Universidad Nacional Autónoma de México .
- Anthony, E. y. (1981). *Depresión y existencia humana*. España: Salvat Editores.
- Ayala, H. P. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*, 25 (3), 27-40.
- Ayala, V. H. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. . *Salud Mental.*, 27-40.
- Bados, A. (18 de 5 de 2005). *dspace*. Obtenido de dspace:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
- Baker B. L., & F. (2007). Early intervention and parent education. In: A. Carr, G. O'Reilly, P. N. Walsh & J. McEvoy (Eds.). . *Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice.*, 336-370.
- Baumrind, D. (1971). *Current patterns of parental authority*. . Developmental.
- Beck, A. T. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. United States of America: Basic books.
- Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España: Desclède Brouwer.

- Beck, A. W. (1961). A inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 53-63.
- Belló M., P. M. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *UAEM Redalyc*, 54-61.
- Bobes, G. J. (2001). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria*. España: Masson.
- Bobes, G. J. (2002). *Trastorno de ansiedad generalizada*. España: Ars Médica.
- Bornstein, L. y. (26 de Junio de 2010). *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*.
Obtenido de <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/BornsteinESPxp.pdf>.
- Bouton, M. E. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108 , 4-32.
- Butcher, J. N. (2007). *Psicología clínica* . España: Pearson Addison Wesley.
- C., A. J. (2002). *¡Mamá tengo miedo! Cómo evitar transmitir a su hijo su angustia, miedo y ansiedad*. Barcelona, España: Gedisa.
- Cabrera, V., & Guevara, I. &. (2006). Relaciones maritales, relaciones paternas y su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 115-126.
- Calderón, N. (1987). *Depresión*. México: Trillas.
- Carlos, G. R. (2008). Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y Tratamiento en niños, adolescentes y adultos. *Editorial Panamericana*, 257-270.
- Ceballos, A. R. (2010). *Ansiedad y depresión. Guía práctica*. México: Formación Alcalá.
- Ceballos, E. y. (1998). Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial, 225-242.

- Chávez, M. &. (2008). Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. *Diversitas* , 101-111.
- Cía, H. A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires : Polemos.
- Cornachione, L. (2006). *Psicología del desarrollo: Adulthood aspectos biológicos psicológicos y sociales*. Argentina: Brujas.
- Cornell, A. H. (2007). The moderating effects of parenting styles in the association between behavioral inhibition and parent-reported guilt and empathy in preschool children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 305-318.
- Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Perspect Psicol*, 6(1), 111-121.
- Darling, N. y. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.
- Díaz, A. (2009). *Satisfacción Marital y Estilos de Crianza*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México .
- Ellis, A. y. (1980). *Terapia racional-emotiva (TRE): Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Pax-México.
- Estévez E, M. G. (2005). El rol de la Comunicación Familiar y del Ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental* (28), 4.
- Ezpeleta, L. (2005). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Masson.
- Fawcett, J. y. (1983). Anxiety syndromes and their relationship to depressive illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44 (8), 8-11.
- Flávia. (1990). *Ansiedad*. En R. Vallejo, F. Gastó, (Comps.). *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. España: Salvat.

- Flores, G. M. (2009). Desarrollo y validación de la escala de percepción de prácticas parentales de crianza para niños en una muestra mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2 (28)., 45-66.
- Forehand, R. J. (2013). Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: What's different and what's the same? . *Clinical Psychology Review.*, 133-145.
- Frenk, J. L. (2013). Propuesta para el avance de la salud en México . *Fundación Mexicana para la Salud*, 146-154.
- Frick, P. &. (2010). Current Perspectives on conduct disorder. *Current Psychiatry Reports*, 8, 59-72.
- Frick, P. J. (2005). Callous-unemotional traits in predicting the severity and stability of conduct problems and delinquency. . *Journal Of Abnormal Child Psychology*,, 471-489.
- Gaxiola, J. F. (2006). Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e investigación en psicología*. (11), 115-128.
- Gerdes, A., Hoza, B., Arnold, E., Pelham, W., Swanson, J., & Wigal, T. &. (2007.). Maternal Depressive Symptomatology and Parenting Behavior: Exploration of Possible Mediators. *Journal abnormal child psychology* 35:, 705-714.
- Gracia, E. L. (2008). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 73-81.
- Guerrero, M. (2006). Identidad, género y familia. *Revista Electrónica Zacatecana*.
- Guo G. y Harris K. (2000). The Mechanisms Mediating the Effects of Poverty on Children's Intellectual Development. *Demography* 37 (4), 431-447.

- Hofstra, M. V. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 182-189.
- Holmbeck, G. J. (2002). Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: the mediational role of behavioral autonomy. *American Psychological Association*, 70(1), 66-110.
- Jiménez, D. (2009). *Estilos de Crianza y su relación con el rendimiento académico: Analisis y propuestas de intervencion*. Tesis Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México .
- Kalb LM, L. R. (2003). Child disobedience and noncompliance: a review. *Pediatrics. Pediatrics.*, 641-52.
- Knoche, L. G. (2007). Risk and protective factors for children of adolescents: maternal depression and parental sense of competence. . *Journal child family study.*, 684-695-.
- Kochanska, G. &. (2000). Mother-child mutually responsive orientation and conscience development: From toddler to early school age. . *Child Development*, 71, 417- 431., 417-431.
- Krug E, M. J. (2002). El informe mundial de sobre la violencia y la salud. *Biomédica.*, 227-236.
- Lacunza, A. D. (2010). Las habilidades cognitivas en niños preescolares. Un estudio comparativo en un contexto de pobreza. *Acta colombiana de psicología*, 13 (1), 25-34.
- Lara, M. C.-M. (2007). El costo social de los trastornos mentales. Discapacidad y días productivos perdidos. Resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica . *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.

- Lazarus, R. L. (2000). *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones (Tr. M. Ribas)*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Lewinsohn, P. L. (1982). The measurement of expectancies and other cognitions in depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 302-304.
- Lipina S, M. M.-R. (2004). Pobreza y desempeño ejecutivo en alumnos preescolares de la ciudad de Buenos Aires (República de Argentina). *Interdisciplinaria*, 21 (2), 153-193.
- Loasa, L. (1982). School, occupation, culture and family: The impact of parental schooling on the parent child relationship. *Journal of Educational Psychology*, 74, 791-827.
- Long, C., & Gurka M. & Blackman, J. (2008). Family Stress and Children's Language and Behavior Problems: Results From the national survey of children's health. . *Topics in Early Childhood Special Education* 28(3):, 148-157. .
- López, V., Clifford, T., & Minnes, P. &.-K. (2008). Parental Stress and Coping in Families of Children With and Without Developmental Delays. . *Journal on Developmental Disabilities* 14(2):, 99-104.
- Markowitz, C. (2007). Depressed Mothers, Depressed Children. *The American Journal of Psychiatry* 165(9), 1086-1088.
- Márquez- Caraveo, M. H.-G.-B.-S. (2007). Datos psicométricos del EMBU-I “Mis memorias de crianza” como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 30(2), 58-66.
- Martinez, Á. C. (2009). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*.

- Maughan, A., Cicchetti, D., & Toth, S. &. (2007.). Early-occurring Maternal Depression and Maternal Negativity in Predicting Young Children's Emotion Regulation and Socioemotional Difficulties. . *Journal abnormal child psychology* 35:, 685-703.
- Medina-Mora, M. E. (2003, 26 (4)). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 1-16.
- Medina-Mora, M. E. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35, 1773-1783.
- Medina-Mora, M. E.-G. (2003). La prevalencia de los trastornos mentales y el uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica de México. *Salud mental*, 26 (4), 1-16.
- Mendels, J. (1982). *La depresión*. Barcelona: Herder.
- Méndez, M. A. (2013). Practicas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.*, 99-118.
- Méndez, M. A. (2013). Prácticas parentales, capacidades y dificultades en preadolescentes . *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15, 99-118.
- Merino, S. y. (2004). Analisis factorial confirmatorio de la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg: validez preliminar de constructo. *Revista de Psicología de la PUCP*, (22), 189-214.
- Milne, L. y. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 205-216.

- Misitu, G. y. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16., 288-293.
- Mistry, R., Stevens, G., Sareen, H., & De Vogli, R. &. (2007). Parenting-Related Stressors and Self-Reported Mental Health of Mothers With young children. . *American Journal of Public Health* 97(7):, 1261-1268. .
- Morales, C. S. (2011). Evaluación de conocimientos sobre habilidades de manejo conductual infantil en profesionales de la salud. . *Acta de Investigación Psicológica.*, 428-440.
- Moreno, P. (2002). *Superar la ansiedad*. España: Decleè de Brower.
- Morrison, J. (2008). *DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico México: Manual Moderno*. Organización Mundial de la Salud (2003). *Estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Venezuela: Servicio Editorial.
- Mulsow, G. (2008.). Desarrollo emocional: impacto en el desarrollo humano. *Educacão Porto Alegre* 31(1): , 61-65. .
- Muris, P. &. (1998). Perceived parental rearing behavior and Anxiety disorders symptoms in normal children. Personality and Individual differences. *Personality and Individual Differences*.25, 1199-1206.
- Musitu, G., & Gracia, J. R. (1988). *Familia y Educación, Prácticas Educativas de los padres y Socialización de los hijos*. Barcelona: Labor.
- Nagin DS, T. R. (2001). Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys. *Arch Gen Psychiatry.*, 389-94.
- Newcomb, K. M. (2007). Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style, and Attachment. . *Cognition Therapy Research* 31, 419-436.

- Newcomb, K., Mineka, S., & Zinbarg, R. &. (2007). Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style, and Attachment. *Cognition Therapy Research* 31, 419-436.
- Noller, P. y. (1991). *The adolescent in the family*. London: Routledge.
- Oliva, L. M. (2006). Relación entre el estrés parental y la del niño preescolar. . *Psicología y Salud*, 16., 171-178.
- Palacios, D. J. (2003). *Estudios parentales un estudio exploratorio*. Veracruz, Veracruz: Ponencia en el Segundo Coloquio Nacional de Medios y Salud.
- Palacios, J. (1987). Las ideas de los padres sobre sus hijos en la investigación evolutiva. *Infancia y aprendizaje*, 39 (40), 83-85.
- Palafox, L. I.-L. (2008). Sintomatología ansiosa y estilos de crianza en una muestra clínica de preescolares. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 71-80.
- Peláez, B. M. (1974). *Teorías de la Ansiedad*. . México: Tesis de licenciatura en Psicología UNAM.
- Peña, V. y. (2010). *¿El inicio está en la familia?: Una revision a los antecedentes familiares y estilos de crianza en homicidas, delincuentes por robo y población sin antecedentes penales*. Tesis de Licenciatura Universidad Autónoma de México .
- Pereira, I. B. (2013). Parental anxiety and overprotection scale: A psychometric study with a sample of parents of school age-children. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(35), 35-55.
- Pons-Salvador, G., & Cerezo, M. &. (2005). Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema* , 31-36.
- Priest, R. (1992). *Ansiedad y depresión: Causas, efectos y cómo superarlos*. Barcelona: Plural.

- R, D. I. (2000). *La depresión en el adulto*. México: FUNSALUD.
- Rámirez, M. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: Prácticas de crianza. . *Estudios Pedagógicos*, (31), 167-177.
- Ravagan, L. (1981). *El origen de la angustia*. Buenos Aires: Universitaria.
- Raya, T. A. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696.
- Rodríguez, A. (2007.). Principales modelos de socialización familiar. *Foro de Educación 9:*, 91-97.
- Rosenzweig, J. B. (2008). Child Care and Employed Parents of Children With Emotional or Behavioral Disorders. . *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 78-79.
- Ruiz, J. Y. (1992). *Manual de psicoterapia cognitiva*. España: Úbeda (Jaén).
- Sáinz, P. D. (2001). *Manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad En J. Bobes, M. Bousoño, M. Gonzalez, P. Sáinz (cols.). Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención*. Barcelona: México: Masson.
- Salud, O. M. (2012). *Día mundial de la salud mental: La depresión es el trastorno mental más frecuente*. Bolivia: Organización Mundial de la Salud.
- Salud., O. M. (2002). *Información mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: Sinopsis.
- Santrock, J. (2006). *psicología del desarrollo del ciclo vital*. España: Mc Graw Hill.
- Schaffer, D. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XXI Editores.
- Segal, Z. V. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. España: Desclée de Brouwer.

- Solis-Cámara, R. D. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de comportamientos para padres y madres con cuidadores pequeños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 59-69.
- Sprafkin J, V. R. (2002). DSM-IV-reference screening instrument for preschool children: the early childhood inventory. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 604-612.
- SW., J. (1986). *Historia de la Melancolía y la Depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. Madrid: Turner.
- Taboada, J. E. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: Factores de riesgo. *Ansiedad y Estrés*, 4(1), 1-16.
- Tezcucano, A. (2003). *Transmisión integracional de patrones de crianza agresivos: Un estudio sobre violencia familiar*. Tesis Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México .
- Torío, L. P. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1), 62-70.
- Torres, V. L. (1998). Influencia del contexto familiar en el desarrollo. Un análisis teórico. *Memoria del 5to. Encuentro Nacional de Investigadores sobre Familia* (págs. 317-327). Tlaxcala: CUEF.
- Tremblay RE, N. D. (2004). Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics.*, 43-49.
- Valencia, E. (2012). *Propuesta de un taller para prevenir violencia familiar con un enfoque sistémico, dirigido a padres de familia, dentro de una institución educativa*. Ciudad de México: Tesina Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México .
- Vallejo, J. D. (1990). *Etiopatogenia*. En R. Vallejo, F. Gastó (Comps.). *Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión*. España: Salvat.

- Vallejo, R. J. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. España: Masson.
- Vallejo, R. J. (2011). Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría. 431-459.
- Vera, J. G. (2007). Estimulación y prácticas de crianza en infantes Terena del Brasil. Ra Ximhai. . *Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable.*, 49-81.
- Vera, J. M. (2005). Relación del desarrollo cognitivo con el clima familiar y el estrés de la crianza. *Psico-USF, 10 (2)*, 161-168.
- Vostanis, P. G. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health: findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41(7)*, 509-514.
- Zubeidat, I. F. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras patologías en adolescentes. *Salud Mental, 31 (3)* , 189-196.

ANEXOS

Anexo 1

INVENTARIO DE PRÁCTICAS DE CRIANZA

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de reactivos, por favor contesta de acuerdo a tu percepción. No hay respuestas correctas o incorrectas. Responde con sinceridad de acuerdo a la percepción que tienes del tema.

Para contestar, marca con una (x) la opción que mejor indique lo que se aproxime más a tu percepción acerca del reactivo:

Por ejemplo:

				Muy frecuente	3
				Frecuente	2
				Algunas veces	1
				Nunca o casi nunca	0
A.	Le pido a mi hijo que recoja sus cosas			x	

La persona marcó (x) en el número 1, que quiere decir que **ALGUNAS VECES** pide al niño que realice la acción “Pedir a su hijo que recoja sus cosas.”

				De acuerdo	4
				Ni de acuerdo ni desacuerdo	3
				Desacuerdo	2
				Totalmente desacuerdo	1
1.	Cuando le pido a mi hijo que haga algo voy al punto y soy claro en mi petición				
2.	Durante el día trato de darme cuenta de los momentos en los que mi hijo se está comportando bien y le demuestro que me gusta cómo se está comportando.				
3.	Mi hijo y yo vemos la televisión juntos				
4.	Cuando mi hijo no hace lo que le pido, termino haciéndolo yo.				
5.	Mi hijo logra lo que quiere por medio de llanto, gritos y lloriqueo				
6.	Amenazo a mi hijo si no hace lo que le pido				
7.	Cumplo con las recompensas o castigos que le ofrezco a mi hijo				
8.	Cuando mi hijo y yo planificamos hacer algo divertido juntos, lo que hacemos resulta ser verdaderamente divertido.				
9.	Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, lo envío a una habitación y hago que se quede allí solo.				
10.	Tengo que cantalearle o insistirle a mi hijo para lograr lo que le pido.				
11.	Le cuento cuentos a mi hijo				
12.	Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, lo insulto.				
13.	Utilizo frases como “Gracias”, “¡Sigue adelante!”, para elogiar a mi hijo.				

		Totalmente de acuerdo			
		De acuerdo			4
		Ni de acuerdo ni desacuerdo		3	
		Desacuerdo		2	
		Totalmente desacuerdo		1	
14.	Los que compartimos el cuidado de este niño le decimos que él es malo o que no es tan bueno como los demás.				
15.	Cuando mi hijo hace algo malo que no me gusta, le pego con la mano o le doy una bofetada.				
16.	Hago cosas divertidas con mi hijo				
17.	Le grito a mi hijo cuando se ha comportado mal.				
18.	Cuando mi hijo hace algo mal o algo que no me gusta, le explico lo que ha hecho mal.				
19.	Mi hijo y yo realizamos juntos tareas del hogar, de una manera que resulta placentera para ambos (p. ej., ir de compras, lavar el automóvil, recoger la casa, cocinar, etc.).				
20.	Cuando mi hijo no hace lo que le pido, terminamos discutiendo.				
21.	Comparto con mi hijo, hablando o jugando, sin decirle u ordenarle lo que tiene que hacer.				
22.	Cuando le pido a mi hijo que haga algo, me quedo pendiente para asegurarme de que obedece.				
23.	Las discusiones entre mi hijo y yo son interminables.				
24.	Los que compartimos el cuidado del niño(a) estamos de acuerdo en la manera de manejar su comportamiento.				
25.	Le comento a mi hijo sobre mis propias experiencias, diciendo cosas como, "hoy no tuve un día bueno" o "Estoy feliz porque..."				
26.	Cuando mi hijo no hace lo que le pido le ofrezco algo agradable para que lo haga.				
27.	Bailo o canto con mi hijo				
28.	Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, lo privo de privilegios, como ver televisión o salir a jugar.				
29.	Amenazo a mi hijo con irme o dejarlo solo si no se comporta mejor.				
30.	Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, siento coraje por más tiempo del que desearía.				
31.	Juego con mi hijo (p.ej., juegos de mesa, al esconder, deportes, jugar a la casita, etc.).				
32.	Cuando castigo a mi hijo, lo hago en el momento y no dejo que las cosas se me vayan de la mano(no pierdo el control)				
33.	Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, le pego con una correa (cinto) o con otros objetos.				
34.	Mi hijo y yo conversamos para discutir problemas o tomar decisiones				
35.	Dejo que mi hijo haga lo que quiere hacer.				
36.	Cuando mi hijo me hace preguntas, le contesto demostrando interés y entusiasmo y no me siento irritado.				
37.	Soy firme y consistente al disciplinar a mi hijo.				

INVENTARIO DE DEPRESIÓN BECK

En el siguiente cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 0 Yo no me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
- 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
- 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 0 Yo no me siento como un fracasado
- 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
- 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
- 3 Siento que soy un completo fracaso como persona

- 0 En realidad yo no me siento culpable
- 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
- 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

- 0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo
- 1 Estoy desilusionado de mí mismo
- 2 Estoy disgustado conmigo mismo
- 3 Me odio

- 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
- 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
- 2 Me gustaría suicidarme
- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 0 Yo no me siento que esté siendo castigado
- 1 Siento que podría ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que he sido castigado

- 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
- 1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
- 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

- 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
- 1 Me siento descorazonado por mi futuro
- 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
- 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

- 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
- 1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento iritado todo el tiempo
- 3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
- 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 3 Ya no puedo tomar decisiones

- 0 Yo no he perdido el interés en la gente
- 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 2 He perdido en gran medida el interés en la gente
- 3 He perdido todo el interés en la gente

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo
- 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 0 Yo no me canso más de lo habitual
- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2 Con cualquier cosa que haga me canso
- 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
- 1 He perdido más de dos kilogramos
- 2 He perdido más de cinco kilogramos
- 3 He perdido más de ocho kilogramos
A propósito estoy tratando de perder peso
comiendo menos SI ___ NO ___

- 0 Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

- 0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Llora más ahora de lo que solía hacerlo
- 2 Actualmente llora todo el tiempo
- 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

- 0 Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
- 1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
- 3 Creo que me veo feo (a)

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
- 2 Mi apetito está muy mal ahora
- 3 No tengo apetito de nada

- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

Puntuación: _____

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE A. BECK

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy marcando con una **X** según la intensidad de la molestia.

SÍNTOMAS	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilidad de pierna				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

Puntuación: _____