



UNIVERSIDAD LICEO SUPERIOR DE HIDALGO

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Psicología

La relación entre los Estilos de socialización parental,

Sintomatología depresiva e Ideación suicida

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EI TÍTULO DE

Licenciado en Psicología

PRESENTA

Ashley Martínez Pérez

Asesor: Alejandra Elizabeth Gómez Bocanegra



Pachuca, Hidalgo.

Noviembre del 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi familia, por su apoyo incondicional, en especial a mis padres, responsables de proveer mi educación y en apoyarme en todas mis decisiones.

A la Universidad Humanista de Hidalgo por su apoyo en el programa de titulación, ya que sin él no hubiera sido posible esta investigación

A mi asesora de tesis y revisores, por su continuo acompañamiento y apoyo.

A la escuela secundaria que participó en esta investigación por la confianza otorgada.

En general a todas las personas que me apoyaron en este proyecto de investigación.

Índice

Resumen	1
Capítulo I. Introducción	3
1.1. Planteamiento del problema	6
1.2. Hipótesis	10
1.3. Objetivos	10
1.4. Importancia del estudio	11
1.5. Limitaciones	13
1.6 Definición de términos	15
Capitulo II. Estilos de socialización parentales	22
2.1. La familia	22
2.2. Origen de la familia	22
2.3. Definición de la familia	24
2.4. La familia como sistema	27
2.5. Conceptos involucrados en la comprensión de la familia	33
2.6. Las funciones de la familia	38
2.7. La función socializadora en la familia	41
2.8. El proceso de socialización en la familia	44
2.9. La función educativa de los Padres	49

2.10. Parentalidad	50
2.11. Los estilos de socialización parental	54
2.12. Tipos de estilos de socialización parental	58
2.13. Características de los estilos de socialización parental	60
2.14. Efectos de los estilos de socialización parental	65
2.15. Tipología de la familia según su organización	69
2.17. Tipología de la familia según su composición	70
2.16. Las familias con Hijos Adolescentes	76
2.17. La familia en la actualidad	82
2.2.1. La adolescencia	84
2.2.2. Introducción	84
2.2.3. Definición de la adolescencia	84
2.2.4. Cambios físicos en la adolescencia	85
2.2.5. Cambios cognitivos	86
2.2.6. Desarrollo socio-emocionales	90
2.3.1 Depresión	96
2.3.2. Historia de la depresión	96
2.3.3. Conceptualización de la depresión	98
2.3.4. Enfoque cognitivo conductual	102
2.3.5. La depresión desde el modelo de Aarón Beck	105

2.3.6. La triada cognitiva	108
2.3.7. Organización estructural del pensamiento depresivo	109
2.3.8. Errores en el procesamiento de la información	110
2.3.9. La depresión desde el modelo de interacción recíproca.....	111
2.3.11. Síntomas de la depresión	113
2.3.12. Sintomatología de la depresión en adolescentes	116
2.3.13. Criterios para especificar la depresión	118
2.3.14. Los factores relacionados a la depresión.....	119
2.3.15. Depresión en la adolescencia y los estilos de socialización parentales	120
2.4.1. El suicidio	124
2.4.2. Antecedentes históricos del suicidio	124
2.4.3. La concepción del suicidio y el suicidio consumado.	127
2.4.4. Intento suicida.....	129
2.4.5. Ideación suicida	130
2.4.6. La ideación suicida en adolescentes y los estilos de socialización parental.....	132
2.4.7. Aproximaciones teóricas sobre el suicidio	134
2.4.8. Los factores relacionados con la conducta suicida	142
Capítulo III.....	144
3.1. Diseño de investigación	144
3.2. Sujetos	144

3.3. Criterios de inclusión	144
3.4. Criterios de exclusión	144
3.5. Instrumentos	144
3.6. Procedimiento	147
Capítulo IV. Resultados	149
4.1. Datos demográficos	149
4.2. Resultados por variables	155
Capitulo V. Discusión	159
5.1. Conclusiones	165
5.2. Sugerencias	166
Referencias bibliográficas	168
Anexos	176

Resumen

La depresión según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018; OMS, 2017) a nivel mundial, se calculó que el número total de personas con depresión excedió los 300 millones en el 2015, por lo consiguiente es la principal contribuyente a la discapacidad global, del mismo modo la depresión es la causa de las muertes por suicidio.

Por lo anterior, un factor influyente en la depresión e ideación suicida es la familia, siendo este un sistema dinámico e interdependiente, en el cual las acciones de un integrante influye en todo el sistema, afectando en mayor o menor forma la calidad de las relaciones, de forma individual (parental, conyugal), o externa (social), y siendo la socialización la principal función de la familia (padres) para que los adolescentes adquieran valores, reglas, formas de comportamiento para la sociedad.

Por tal motivo, considerando la importancia y el impacto de los estilos de socialización parental que tienen en los adolescentes. En el presente estudio de tipo cuasi-experimental, exploratorio de tipo predictivo, en población cuantitativa, se planteó como objetivo principal conocer cuál es la relación entre los estilos de socialización parentales, la sintomatología depresiva y la ideación suicida, en la Escuela Secundaria Técnica No. 31, ubicada en la calle Fernández de Lizardi, Ciudad de los niños, Pachuca, Hidalgo; se trabajó con una muestra aleatoria de 76 alumnos cuya edad oscilaba entre los 12 y 14 años. La información se obtuvo a través de la Escala de socialización parental en la adolescencia (ESPA29), la Escala de depresión del centro estudios epidemiológicos y la Escala de ideación suicida de

Beck. Los resultados obtenidos mostraron; en relación a los estilos de socialización, se arrojó que el estilo indulgente fue el que predominó ya que un 42.25% de adolescentes refieren percibir dicho estilo por ambos padres, de modo que la depresión se encontró la media en 38.25 y la ideación suicida en 7.17, por esta razón no existe relación significativa entre el estilo indulgente, sintomatología depresiva e ideación suicida; sin embargo los estilos de socialización son factores que pudieran influir en la sintomatología depresiva e ideación suicida, pero no está determinada totalmente, ya que existen múltiples variables asociadas.

Capítulo I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (como se citó en Jaureguizar, Bernaras, Soroa, Sarasa y Garaigordobil, 2015) a nivel mundial, refiere que la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad entre adolescentes de ambos sexos y edades comprendidas entre 10 y los 19 años.

La depresión puede dar paso a la ideación suicida, la cual se caracteriza por pensamientos repetitivos sobre el deseo de morir, el cual puede estar presente o no un plan para quitarse la vida; sin embargo, considerando que el suicidio, puede definirse como un proceso que inicia con la ideación suicida, seguido por el intento suicida, hasta finalizar con el suicidio consumado, de modo que se puede determinar que la ideación suicida es el primer eslabón para llegar al suicidio.

Por lo tanto la Organización Mundial de la Salud en el año 2006 (como se citó en Sánchez, Musitu, Villarreal, Martínez, 2010) ha informado que en la mayoría de los países de todo el mundo, las tasa de suicidio entre los adolescentes está aumentando alarmantemente.

Sin embargo, tanto en la depresión como en la ideación suicida en adolescentes, existe una relación con el funcionamiento de la familia, si se considera a la familia como grupo primario, el cual cumple diferentes funciones, entre la función más importante es la socializadora para el desarrollo óptimo de los integrantes, y siendo los padres quienes a través de los estilos de socialización, se dará el proceso de socialización, el cual consistirá en la transmisión de los valores, tradiciones y normas, ya que de lo contrario como sugiere Eguiluz (como se citó en Eguiluz y Ayala, 2014) un ambiente familiar negativo, que se caracteriza por

problemas de comunicación entre los padres e hijos, constituye uno de los factores de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de la salud.

Por lo consiguiente, la importancia del estudio de los estilos de socialización parentales realizadas por Baumrind (como se citó en Torio, Peña y Rodríguez, 2008) quien realizó el primer estudio sobre los estilos de socialización, donde elabora una descripción y relación sobre los tres tipos de estilos educativos que los padres emplean hacia los niños, así como a su vez se correlacionan con las cualidades, características y conductas de los niños teniendo en consideración el apoyo ejercido, es decir el grado en que los hijos se sienten aceptados y tomados en cuenta por sus padres, que ha mostrado una relación positiva con el bienestar de los hijos, mientras que el control conductual hace referencia a los límites, reglas y regulación de las conductas de los hijos que prescriben los padres, teniendo efectos positivos como negativos dependiendo el nivel ejercido por parte de los padres, mostrando mayor interés en el efecto del estilo autoritario.

Por tal motivo se seguirá la línea teórica de Gonzalo Musitu y se analizará los estilos de socialización parental de forma categorial o tipológico (García, García y Lila, 2007; Estévez, Jiménez y Musitu, 2007), utilizando como referencia el modelo teórico sistémico (Estévez, Musitu et, al., 2016; Valdés, 2007; Eguiluz, 2003) , en el cual se investiga a la familia, la relación entre sus integrantes, en particular con los padres que influye en el comportamiento del adolescente, de igual manera se utilizará el modelo cognitivo conductual (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012; Beck, Rush y Emery, 1998), ya que la depresión e ideación suicida se analiza en tres áreas como son pensamiento, emoción y conducta.

Considerando lo anterior, para comprender la relación entre los estilos de socialización parental, la sintomatología depresiva y la ideación suicida, la presente investigación se encuentra organizada en cinco capítulos.

El primer capítulo está dedicado al planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, importancia del estudio, definición de términos, así como las limitaciones de la investigación. El capítulo dos consiste en la exposición de la teoría relacionada a las tres variables, los estilos de socialización parentales, la sintomatología depresiva e ideación suicida. El capítulo tres se explicara la metodología llevada a cabo, es decir el diseño de investigación, los materiales, sujetos y el procedimiento seguidos para la obtención de los datos. El capítulo cuatro se explicaran los resultados obtenidos en los análisis estadísticos realizados, mostrando gráficas y tablas con los datos obtenidos. El capítulo cinco se divide en tres apartados los cuales son de discusión, conclusiones y sugerencias, donde se analizará a profundidad los resultados obtenidos considerando las implicaciones teóricas de los mismos.

1.1. Planteamiento del problema

La presente investigación tiene como propósito determinar ¿Cuáles son los estilos de socialización parental más predominantes en los adolescentes, existe relación con la sintomatología depresiva e ideación suicida? Cabe mencionar que este trabajo dará respuesta a la interrogante recién planteada.

Derivado de lo anterior en la actualidad una problemática de sector salud es la depresión y el suicidio en adolescentes. La Organización Mundial de la Salud (2018) considera que la depresión es un trastorno mental frecuente, afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, por lo tanto es la causa de discapacidad entre las personas ya que la depresión especialmente cuando es larga su duración e intensidad, moderada a grave pueden alterar las actividades laborales, escolares y familiares, y en el peor de los casos se puede llegar al suicidio, por otro lado la Asociación Mexicana de Suicidología menciona que aproximadamente 108 millones de personas al año están afectados por la conducta suicida (ideación suicida, intento suicida o suicidio), considerando que por cada suicidio, 25 personas realizan un intento suicidio, así como ideación suicida.

La OMS así como la Asociación Mexicana de Suicidología mencionan que cada año se suicidan a cerca de 800 000 personas por lo consiguiente el suicidio es la segunda causa de muerte entre el grupo de edad 15 a 29 años.

De igual forma el INEGI (2017) registraron 6,285 suicidios, esto representa una tasa de 5.2 fallecidos por lesiones auto infligidas por cada 100 000 habitantes, la cual no varió con respecto al año anterior.

En 2015 ocurrieron 2,599 fallecimientos por lesiones auto infligidas de jóvenes de 15 a 29 años, lo que representa una tasa de 8.2 suicidios por cada 100,000 jóvenes de este grupo de edad. Por sexo, las tasas de suicidio de este grupo poblacional, son de 12.6 en hombres y 3.9 en mujeres (por cada 100 000).

En México las tasas de suicidio han incrementado de un 3.5% a un 5.2%, según el INEGI en 2014 y que va gradualmente en incremento porcentual, de tal suerte que es un problema que interesa a las autoridades en salud mental de México.

Ya haciendo referencia a la población adolescente en este país, se señala que el 40.2 % de los suicidios a partir del 2014 se trató en jóvenes de 15 a 29 años, entre este grupo de edad la tasa alcanza 7.9% de suicidios por cada 100,000 jóvenes.

Considerando los datos obtenidos en los años anteriores se puede considerar que los adolescentes son un sector de la población que requiere mayor atención, ya que se encuentran en un periodo de transición y confusión, en la cual desean la independencia, pero al mismo tiempo quieren ser tratados como niños en situaciones donde tengan que ser responsables de su conducta. Dado que los adolescentes experimentan cambios físicos, psicológicos y cognoscitivos, es un sector más vulnerable, en diversas situaciones son incapaces de discernir la información falsa de la verdadera, así como analizar determinadas situaciones, manifestándose problemas emocionales como la depresión, así como ideación suicida.

Tratando de comprender lo ya señalado, la familia que es el núcleo primario y siendo los padres responsables en gran parte del desarrollo de los adolescentes, proporcionando estrategias socializadoras para su mejor desarrollo en el ambiente, así como la transmisión de normas y valores. Cuando en diversas situaciones los padres ejercen su rol en ocasiones sin ningún conocimiento previo sólo el uso de la experiencia o el aprendizaje observacional a través de generaciones anteriores, utilizan conductas que consideran adecuadas y fundamentales para la socialización de los hijos, además que fortalecerá o empobrecerá la relación entre padres e hijos, ya que dichas conductas toman en cuenta el nivel de apoyo y control que ejercen los padres hacia los hijos.

De modo que, la combinación de dichas variables da como resultados los estilos de socialización parentales, el cual proporcionara, efectos positivos como negativos hacia el adolescente. Por lo consiguiente los padres influyen en gran medida en el desarrollo en el adolescente.

Por lo anterior surge la necesidad de realizar estudios sobre los estilos de socialización, primeramente por Diana Baumrind (1966) quien menciona el efecto que produce principalmente el estilo autoritario en los niños y adolescentes, dando la pauta para investigaciones futuras.

De modo que las investigaciones realizadas por Bahamón, Vásquez, Ruiz, Herrera, Avarado y Galindo (2018) a adolescentes escolarizados, sobre las practicas parentales (estilos de socialización parental) e ideación suicida, los resultados concluyeron que la dimensiones de imposición, comunicación y control

conductual de la figura paterna tiene mayor poder predictivo de la ideación suicida en hombre y mujeres adolescentes que de la figura materna.

Por otro lado las investigaciones realizadas por Andrade, Bentancourt, Vallejo, Segura y Rojas (2012) en adolescentes escolarizados, en relación con las practicas parentales (estilos de socialización parentales) y sintomatología depresiva, arrojó resultados esperados correlacionando las dos variables mencionadas, confirmando la relación cuanto mayor apoyo y comunicación y control conductual percibido por el adolescente de los padres menor sintomatología depresiva. Por lo tanto cuanto mayor imposición y control psicológico percibido por los adolescentes, mayor sintomatología depresiva.

En la misma línea se encuentra Musitu y García (2004) quienes tomaron las dimensiones que abarcan los estilos de socialización parentales, elaborando un instrumento psicométrico, el cual evalúa el estilo parental percibido por el adolescente, dicha investigación se realizó a adolescentes escolarizados, de ambos sexos cuya edad comprende 10 y 18 años.

Por tal motivo se seguirá la línea teórica de Gonzalo Musitu y se analizará los estilos de socialización parental de forma categorial o tipológico (García, García y Lila, 2007; Estévez, Jiménez y Musitu, 2007), utilizando como referencia el modelo teórico sistémico (Estévez, Musitu et, al., 2016; Valdés, 2007; Eguiluz, 2003) y el modelo cognitivo conductual (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012; Beck, Rush y Emery, 1998) para analizar a la familia, depresión e ideación suicida.

1.2. Hipótesis

Existe relación entre determinados estilos de socialización parental percibidos, depresiva e ideación suicida en adolescentes.

Hipótesis Alternativa

Existe relación entre determinados estilos de socialización parental percibidos, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes.

Hipótesis Nula

No existe relación entre determinados estilos de socialización parental percibidos, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes.

1.3. Objetivos

Objetivo General: Conocer la relación entre determinados estilos de socialización parental percibidos, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes.

Objetivos Específicos:

1. Conocer los diferentes estilos de socialización parentales que existen entre los adolescentes como muestra de estudio.
2. Identificar los estilos predominantes de socialización parental como predictor de la sintomatología depresiva e ideación suicida.
3. Identificar la relación entre la sintomatología depresiva e ideación suicida.

1.4. Importancia del estudio

Este trabajo de investigación se realiza con el propósito de conocer la relación sobre los estilos de socialización parentales, la sintomatología depresiva y la ideación suicida en adolescentes. Teniendo en cuenta que la familia es el contexto de socialización más importante para los niños y adolescentes, adquiriendo en él, las primeras habilidades y hábitos, que le permitirán conseguir autonomía, así como las conductas cruciales de la vida, para un adecuado desarrollo en la vida adulta.

Por esta razón es importante tener en cuenta el tipo de familia donde se desenvuelve, nivel socioeconómico, el periodo que transcurre el adolescente, su desarrollo a lo largo de la vida así como a los padres, quienes contribuyen al crecimiento de los hijos, y siendo estos los modelos de referencia más importante en la vida del adolescente. Por otra parte, considerando que la función principal de los padres es la socialización, en el cual hacen uso de diferentes estilos de socialización para controlar la conducta de los hijos, el cual tendrá efectos positivos o negativos en los adolescentes.

Por lo anterior, este trabajo de investigación permitirá identificar los estilos de socialización parentales como posibles predictores de la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Así mismo esta investigación pretende ser de utilidad para diversas instituciones del estado de Hidalgo para que el personal tenga un amplio y claro conocimiento sobre la sintomatología depresiva en adolescentes, teniendo en cuenta un síntoma en particular la ideación suicida, la cual permitirá prevenir un posible intento suicida o el suicidio. Así como llegar a un diagnóstico, para su pronta atención, ya que

en ocasiones el malestar externado por el adolescente tiende a confundirse por la etapa que atraviesan, puesto que los cambios que surgen son de índole físicos, cognitivos y psicológicos.

De igual manera esta investigación proporcionara información necesaria para que posteriormente profesionales interesados en este tema, puedan crear medidas de prevención, así como atención de parte de los padres o instituciones de salud, con la finalidad minimizar la sintomatología depresiva, así como la ideación suicida en los adolescentes.

1.5. Limitaciones

En el transcurso de la investigación se encontraron algunas limitaciones que se pueden considerar importantes en el análisis de los datos.

Limitaciones metodológicas

La primera limitante que se encontró fue la falta de investigaciones en México sobre los estilos de socialización parentales, por la complejidad, así como la falta de instrumentos para medir los estilos de socialización parentales, si bien Andrade y Betancourt (2008) han desarrollado un instrumento de prácticas parentales el cual ha presentado confiabilidad para evaluar la percepción de la conducta de los padres por los adolescentes de la Ciudad de México, el problema que se encontró y que se requería para esta investigación fue que el instrumento no proporcionaba específicamente que estilo de socialización parental percibía el adolescente por parte de los padres. Por lo tanto se decidió utilizar la Escala de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA29) publicado en España y que se ha sido utilizado en México, más específicamente en Pachuca, Hidalgo; por Ruiz y Vázquez (2015), el cual mostro tener buenos resultados para evaluar los estilos de socialización parentales.

Por otro lado, se encuentra la escala de ideación suicida de Beck, la cual comúnmente es aplicada a población mayor de 14 años, sin embargo existen pocos estudios relacionados con población adolescente de 12 a 14 años como en la investigación de Eguluz y Ayala (2014), siendo esta de gran utilidad para la detección de ideación suicida.

La segunda limitación que se encontró fue con referente a la muestra ya que para la investigación sólo se consideró criterios de inclusión, dejando que la muestra sea general, por lo tanto pude existir un sesgo, puesto que en algunos casos los adolescentes no tienen un padre o viven con la pareja de su madre o padre.

Limitaciones del investigador

La primera limitación fue el acceso de la muestra, ya que el periodo en el cual se realizó la evaluación era de exámenes, por lo tanto algunos profesores no accedían con facilidad a trabajar con los estudiantes y aquellos que si lo hacían era todo el grupo, por lo consiguiente la evaluación que se consideraba hacer de grupos pequeños, se realizó a todo un grupo.

La segunda posible limitación fue el lugar donde se realizó la evaluación, que fue en la biblioteca ya que no contaba con asientos individuales, era una mesa rectangular (larga) con sillas por lo tanto los adolescentes podían estar distrayéndose, lo cual podría influir en las respuestas de los instrumentos.

La tercera limitación es la falta de comprensión por parte de los alumnos de las instrucciones de la Escala de estilos de Socialización Parentales, a pesar de repetir dos veces las instrucciones, los adolescente mostraron ciertas dificultades en la comprensión de estas por lo tanto cuando se aplicó esta Escala se revisó cada instrumento para que no hubiera error al contestar el mismo.

1.6 Definición de términos

Adolescencia: Es un periodo de transición que media entre la niñez y la edad adulta (Feldman, 2008)

Alianza en la familia: Son relaciones construidas entre los integrantes de la familia, pero menos duraderas y en general producen beneficios al sistema (Eguiluz, 2003)

Conducta autodestructiva: Se refiere a la acción de lesionarse a sí mismo sin intención suicida consciente (Sim, Adrián, Zeman, Cassano y Friedrich, 2009; como se citó en Castro, Kirchner y Planellas, 2013)

Conducta suicida: La conducta suicida según Beck y Dieskstra (como se citó en García, 2006) valoran como una consecuencia de conductas que van desde la ideación, la amenaza, la tentativa, hasta el suicidio consumado.

Circularidad: Las relaciones entre los miembros del sistema se presentan en forma repetida y recíproca, de modo que poder ser observadas como pautas de interacción (Eguiluz, 2003).

Clima familiar: Se manifiesta en las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, aspectos de desarrollo como la comunicación, interacción, desarrollo personal que puede ser fomentado por la vida en común (Pezúa, 2012).

Dicigotos: También llamados fraternos, son aquellos individuos que se forman a partir de un óvulo y un espermatozoide diferentes, por lo tanto tienen genomas completamente distintos (Díaz y Quiroga, 2015).

Dinámica familiar: Hace referencia a la movilidad que se da en el clima relacional que construyen los integrantes de la familia para interactuar entre ellos mismos y con el contexto externo. En ella son interdependientes dimensiones como: autoridad, normas, roles, comunicación, límites y uso del tiempo libre (Viveros y Arias, 2006; como se citó en Viveros y Vergara, 2014).

Distorsiones cognitivas: Hace referencia a la tendencia de los individuos a procesar, codificar y recuperar información coherente con las claves contenidas en algunos de sus esquemas previos (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Equifinalidad: Un sistema puede alcanzar el mismo resultado final partiendo de condiciones iniciales diferentes (Eguiluz, 2003).

Emoción: Las emociones como Lawler (como se citó en Bericat, 2012) la define son estados evaluativos sean positivos o negativos, relativamente breves, que tiene elementos fisiológicos, neurológicos y cognitivos.

Esquemas cognitivos: Son entidades organizadas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contiene conocimiento, como se organiza y estructura los estímulos ambientales (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Estrategias de socialización: Como lo menciona Goodnow (como se citó en Torio, Peña y Rodríguez, 2008) son un conjunto de conductas que los padres valoran como apropiadas y deseables para sus hijos, para su desarrollo e integración social.

Estructura familiar: Es un conjunto de pautas funcionales conscientes o inconscientes que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia (Valdés, 2007).

Estilos de socialización parentales: Son un conjunto de actitudes que los padres tiene hacia sus hijos y que, conjuntamente crean un determinado “ambiente” en el hogar (Estévez, Jiménez y Musitu. 2007).

Familia: Son cualquier combinación de dos o más personas que se unen por lazos de consentimiento mutuo, nacimiento o acogida, y que juntas, asumen las responsabilidades y funciones como el mantenimiento del cuidado de los integrantes, la satisfacción de las necesidades afectivas, así como la socialización de los niños (The Vanier Institute of the Family, 2018; como se citó en Estévez y Musitu, 2016).

Factores protectores: Son características detectables en el individuo que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud (Paramo, 2011).

Factores de riesgo: Se define como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2018).

Feedback: Son los procesos mediante los cuales un sistema abierto recoge información sobre los efectos de sus decisiones internas en el medio, información que actúa sobre las decisiones (acciones) sucesivas. El feedback o retroalimentación puede ser negativa o positiva (Cathalifaud y Marcelo, 1998).

Homeostasis: En la familia operan ante variaciones de las condiciones del ambiente, corresponden a las compensaciones internas al sistema que sustituyen, bloquean o complementan estos cambios con el objeto de mantener invariante la

estructura sistémica, es decir la mantención de las formas dinámicas o trayectorias en la familia (Cathalifaud y Marcelo, 1998).

Ideación suicida: La ideación suicida como la define Beck, Kovaccs y Weissman (como se citó Pérez, Alvarado, Vianchá, Bahamón, Verdugo y Ochoa, 2013) son deseos y planes de cometer suicidio, sin haber realizado ningún intento de suicidio.

Límites: Para Minuchin (como se citó en Puello, Silva y Silva, 2014) son importantes para el funcionamiento de la familia, ya que estos los constituyen las reglas, las cuales la definen quienes participan.

Monocigotos: Son aquellos individuos que comparten el mismo material genético, porque se forman a partir de un mismo cigoto que se divide temprano en la embriogénesis (Díaz y Quiroga, 2015).

Normas: Son reglas que deben ser respetadas, lo cual permitirá el ajuste ciertas conductas negativas a conductas favorables para la sociedad, es decir son reglas que se deben seguir o que se deben ajustar a las operaciones (Raluy, 2006).

Pautas de comportamiento: Se relacionan con la normatividad que siguen los padres frente al comportamiento de los hijos siendo portadoras de significaciones sociales (Izzedin y Pachajoa, 2009).

Parentalidad: El ejercicio de la parentalidad como menciona Cebotarev (como se citó en Vargas y Aran, 2013) implica a ambos padres hacia los hijos, a la satisfacción de las necesidades acorde con los cambios en el desarrollo de los hijos e hijas, como también con las demandas cambiantes del ciclo vital de las familias y del contexto social.

Pensamientos automáticos: Son los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (en sus distintos niveles de accesibilidad) y distracciones cognitivas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Permeabilidad: Refleja el grado de apertura de la familia a los contextos en los cuales está inmersa (Valdez, 2007).

Psicoeducación: Tiene la función de informar al paciente y a sus familias sobre la enfermedad, sus posibles causas y sus síntomas, sus signos y la necesidad del cumplimiento de la educación, como sugieren Albarrán y Macías (2007) la psicoeducación puede definirse como una aproximación terapéutica, la cual proporciona a los familiares y al paciente información específica acerca de la enfermedad y el tratamiento, relacionado en técnicas que pudiera utilizar para afrontar el problema.

Red de apoyo: es una estructura que brinda algún tipo de contención a los individuos, como mencionan (Hanson, Isacson, Janzon y Lindell, 1989; en Aranda y Pando, 2013) la red de apoyo, se define como el apoyo que recibe un individuo ya sea de tipo espiritual, emocional, instrumental e informativo, por la interacción entre personas, sean estos familiares, amigos, vecinos o miembros de organizaciones sociales,

Reglas: Ley, estatuto o modo de ejecutar una cosa. Razón que debe servir de medida para las acciones (Raluy, 2006). Es decir son posibles supuestos que son elaboradas por un espectador para poder explicar la conducta de la familia.

Relación simétrica: las relaciones simétricas son aquellas en donde existe la reciprocidad entre los participantes, adquiriendo los mismos derechos y obligaciones (Gelabert, 2009; Kerbrat-Orecchioni, 2005; como se citó en Batlle, 2013).

Relación asimétrica: se producen entre integrantes que no ocupan la misma posición dentro de la interacción, según Robinson (como se citó en Batlle, 2013) el término de asimetría se refiere literalmente a una falta objetiva de proporción entre las partes de una cosa, su uso en la literatura implica una falta de igualdad subjetiva y moral.

Relación paterno-filial: Gil (como se citó en Pérez y Arrázola, 2013) son aquellas relaciones afectivas y positivas que nos ayudan a crecer como personas. Es decir que la relación que se establece entre los padres e hijos que sentaran las bases de quienes seremos y como nos interrelacionaremos en el contexto.

Rol: es la función o papel que desempeña una persona en un lugar o en una situación específica (Raluy, 2006).

Socialización: es un proceso que se define como la transmisión de valores, creencias, normas etc. Apropriados para la sociedad a la que pertenecemos (Estévez y Musitu et al., 2016).

Sintomatología depresiva: se entiende como un conjunto de síntomas de la específicos de la depresión, que puede influir en el estado de ánimo y sobre situaciones poco placenteras para el sujeto, etc., el cual podría tener un efecto significativo en el individuo que le impida continuar con sus actividades que común mente realizaba (Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales, 5 edición).

Síntoma: es la manifestación o indicio que denota el estado de un sujeto y que sirve para reconocer enfermedades (Raluy, 2006).

Sistema: es un conjunto de elementos en integración recíproca en el que el comportamiento de cada subsistema es determinado por la situación y la conducta de los demás que la configura (Valdés, 2007).

Sistema abierto: está constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema (Eguiluz, 2003).

Valores instrumentales: son aquellas formas de actuar específicas que una persona utiliza ante determinada situación. Según Rockearch los valores instrumentales incluyen las creencias, juicios, convicciones y concepciones relacionados con el actuar de las personas lo cual conduce a alcanzar los valores finales (Robbins, 2002; como se citó en Valbuena, Morillo y Salas, 2006).

Vínculo afectivo: son la expresión de la unión entre padres e hijos aspecto que va más allá de la relación de parentesco, facilitando la comunicación, la seguridad, el establecimiento de normas, así como su cumplimiento (Pérez y Arrázola, 2013).

Capitulo II. Estilos de socialización parentales

2.1. La familia

El estudio de la familia ha sido abordado por diferentes ciencias, como la filosofía, sociología, derecho y la psicología por lo tanto, el concepto como la estructura y organización de la familia ha estado en continua transformación, ya que para elaborar una definición sobre la familia hay que tomar en cuenta su funcionalidad, la cultura y tradiciones propias de cada familia. Por lo consiguiente se llegó la conclusión que es importante conocer el contexto histórico en donde se desarrollaron concepciones y teorías sobre la familia.

Se considera a la familia como la más antigua institución social ya que, es el primer contacto de socialización del individuo, donde desarrolla su identidad, adquiere sus primeras experiencias, valores y concepción del mundo, que le ayudaran una adecuada adaptación del medio en el cuan se desarrolla, por lo tanto los padres tienen la función de educar, brindando herramientas necesarias a los hijos para un desarrollo óptimo.

2.2. Origen de la familia

La familia es parte fundamental, a través de su influencia los integrantes de la familia asimilan y se apropian de las tradiciones, cultura y valores sin embargo, la característica principal de la familia es la capacidad de flexibilidad hacia la nueva generación ya que, ante las exigencias de la sociedad, le permite transformar sus valores y adaptarse para una adecuado desarrollo de sus integrantes, los cuales a través de los padres van transmitiendo de generación a otra los valores fundamentales, de modo que la sociedad y la familia se influyen mutuamente, ya que la sociedad brinda las pautas de comportamiento.

Por tal motivo la familia comenzó a tener un factor importante en la salud mental, ya que la percepción individual que se tenía durante un tiempo hacia la salud mental surgió una transformación en la década de los 50's, al observar la importancia de incluir a la familia como parte del tratamiento hacia el paciente, por lo tanto se inició un movimiento llamado "paradigma sistémico", comenzando en Estados Unidos. Si bien el enfoque psicoanalítico inicio en Europa, en ese momento Estados Unidos se encontraba influenciado por el psicoanálisis sin embargo, al finalizar la segunda guerra mundial se abordaban problemas de salud mental en un sentido más amplio, recuperando el enfoque holístico.

El primer enfoque fue la Teoría General de Sistemas y la Cibernética, conceptualizando el sistema y sus componentes. Otras aportaciones son los conceptos de comunicaciones realizados por Watzlawick, Beavin y Jackson (como se citó en Pereira, 1994) en el cual a grandes rasgos mencionan que es imposible no comunicar dentro de un sistema. Posteriormente los trabajos evolutivos de Haley (como se citó en Pereira, 1994), menciona que la familia pasa por una serie de fases propias de su ciclo vital, una de ellas es cuando la familia decide tener hijos.

Por otro lado, la Teoría Ecológica de Bronfrenbrenner (como se citó en Pereira, 1994), quien menciona que la familia está inmersa en subsistemas, es decir que aparte de considerar a la familia como sistema esta interactúa con otros sistemas como la escuela, trabajo etc. Para finalmente, a través de la aportación de las teorías mencionadas surgió el Modelo Estructural Sistémico, el representante de este modelo fue Salvador Minuchin (como se citó en Pereira, 1994) menciona que la familia es un sistema abierto, el cual se relaciona con otros sistemas y a la vez dentro de la familia se

pueden observar subsistemas, por lo tanto a través de la interacción de los miembros se organizan y se estructura la familia.

2.3. Definición de la familia

Debido a la diversidad de teorías que surgieron en la década de los 50's, en relación a la familia, así como la necesidad de definir a la familia en función de su estructura, por lo tanto a lo largo del tiempo se realizaron diferentes definiciones sobre la familia una de ellas considerando la familia como sistema; sin embargo conforme se presentaban cambios sociales y tecnológicos, la concepción de la familia que se limitaba “a aquella que estaba compuesta por marido, esposa e hijos nacidos del matrimonio, con obligaciones económicas, así como educativa ”, fue cambiando, esta definición deja de lado a otros tipos de familia que existen en la actualidad. André Michel (como se citó en Estévez y Musitu et al., 2016) sugiere en su libro “Sociología de la familia”, que no puede hablarse teóricamente de la familia en general, si no de tipos de familia.

Por la complejidad de conceptualizar a la familia con base a su estructura y organización, ha llevado a los teóricos de la familia a definir con base a las características y funciones que posee en particular.

Valdés (2007) menciona que se han utilizado diferentes criterios para poder definir a la familia los cuales son:

- Consanguineidad: la cual define a la familia a todos aquellos integrantes que contengan lazos sanguíneos ya sea que habiten o no en la misma casa.
- Cohabitación: es aquella familia que está compuesta por integrantes que habitan bajo el mismo techo.

- Lazos afectivos: se considera familia a aquellos integrantes que guardan una relación afectiva estrecha.

Llobera (como se citó en Valdés, 2007) ha intentado encontrar algunos puntos en común entre las diversas estructuras de familiares a lo largo de la historia. Sostiene que la familia como grupo social presenta algunas características que parecen ser constantes, de las cuales es:

- Reglas, las cuales prohíben las relaciones sexuales y el matrimonio entre parientes próximos.
- Cooperación económica entre ambos sexos.
- Existe una relación reconocida, duradera entre hombres y mujeres, considerados por la sociedad como individuos con derechos.
- Una estructura de autoridad particularmente donde los hombres disfrutan por lo general de un estatus más elevado y de mayor poder que las mujeres.

De la misma forma Estévez, Jiménez y Musitu (2007) consideran que los rasgos definitorios de la familia son:

- Tiene origen en el matrimonio.
- Está formada por el marido, la esposa y los hijos nacidos del matrimonio.
- Sus miembros están unidos por obligaciones de tipo económico, religioso y educativo, por una red de derechos y prohibiciones sexuales y por vínculos emocionales, como el amor, el afecto y el respeto.

Sin embargo no podemos considerar que todas las características mencionadas entran en determinados tipos de familia, ya que además de las particularidades

mencionadas, se toma en cuenta, las funciones y características fundamentales que desempeña la familia para poder proporcionar una definición, no obstante se encuentran similitudes entre los autores mencionados y es que la familia brinda a sus integrantes estabilidad económica, vinculación afectiva, así como apoyo y comprensión. Aunque en la actualidad algunos de las características mencionas son compartidas por otras instituciones públicas como las escuelas y asistencia para adultos mayores; sin embargo la familia sigue siendo la única instituciones social que cumple conjuntamente una variedad de funciones que se hablaron más adelante, las cuales serán necesarias para que los individuos adquieran confianza y habilidades sociales para una adecuada adaptación y beneficio de los integrantes del sistema familiar.

Las características y criterios no son universales por lo tanto no pueden aplicarse a todos los tipos de familia, como se mencionó anteriormente, en la actualidad hay una diversidad de tipologías de la familia a considerar, ya que es importante visualizar el contexto social, la cultura, así como la trasformación de las normas y valores que ha experimentado la familia en el siglo XXI.

Por ende The Vanier Institute of the Family (como se citó en Estévez y Musitu et al., 2016) considera a la familia como cualquier combinación de dos o más personas que se unen por lazos de consentimiento mutuo, nacimiento o acogida, y que juntas, asumen las responsabilidades y funciones como el mantenimiento del cuidado de los integrantes, la satisfacción de las necesidades afectivas, así como la socialización de los niños.

Por otro lado Valdés (2007) el cual considera que la familia actual comprende un sistema de relaciones de parentesco (no necesariamente implica consanguinidad) reguladas de forma muy diferente en las distintas culturas, estas relaciones tiene como

elemento nuclear común los vínculos afectivos entre sus miembros, que se expresan a través de la alianza entre los integrantes con uno u otro grado de pasión, intimidad y compromiso.

Con respecto a las dos definiciones proporcionadas anteriormente, se puede observar similitudes, las cuales son; consideran a la familia como cualquier combinación de dos o más personas, relacionada por un vínculo afectivo, adquiriendo responsabilidades y funciones, siendo la socialización de los niños la más importante.

Por tal motivo se realizara una definición de la familia, reuniendo las dos definiciones anteriores, con el propósito de ampliar la definición y sea útil en esta investigación. Por lo tanto la familia se considera como cualquier combinación de dos o más personas, que se unen por lazos de consentimiento mutuo, nacimiento o acogida, teniendo como elemento nuclear los vínculos afectivos entre sus miembros expresándose a través de la alianza entre sus integrantes con uno u otro grado de pasión, intimidad y compromiso, así como asumir responsabilidades y funciones para el cuidado de sus integrantes, siendo la socialización de los niños una de ellas la más importante.

2.4. La familia como sistema

Como se puede observar se ha estado refiriendo a la familia como sistema, por lo tanto, para comprender como funcionan e interactúan los individuos, es importante considerar que la familia se va abordar desde el enfoque sistémico, este distingue a la familia se cómo un sistema, esta idea fue tomada de la teoría general de sistemas, formulada por Ludwing Von Bertalanffy, la cual tiene como idea principal que la "familia es un sistema abierto, es decir un sistema que intercambia información de manera

continúa con su entorno, que es modificada por este y que al mismo tiempo lo modifica” (Valdés, 2007).

Así pues Bertalanffy (como se citó en Soria, 2010) define un sistema como una serie de elementos interrelacionados con un objetivo en común, que se afectan unos a otros, y la característica que los une es la composición que tienen, es decir, la totalidad, la cual no es solo la suma de sus partes, sino también la relación entre ellas, además cada elemento tiene una función e interactúa entre ellos.

Por otro lado como menciona Andolfi (como se citó en Eguiluz, 2003) desde la teoría sistémica considera a la familia se asemeja a cualquier sistema biológico porque es “un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y funciones dinámicas en constante interacción y en intercambio permanente con el exterior, formando una unidad frente al medio externo”.

Es decir que el sistema familiar está en interacción con otros sistemas, el cual al mismo tiempo este es modificado y modifica a otros sistemas, esta relación va ser necesaria para desarrollar relaciones significativas, la identidad, así como proporcionar límites y reglas que serán necesarios para el control de la conducta, por esta razón se podría concluir la complejidad de estudiar a la familia, ya que este proceso es constante, tomando en cuenta el ciclo vital de la familia, integrantes y los acontecimientos sociales en los que se encuentra inmerso la familia.

A través del enfoque sistémico, se pueden encontrar dos posturas, como menciona Valdés (2007).

La primera postura considera que los cambios en el sistema familiar solo son posibles cuando se modifican las interacciones entre sus integrantes y los subsistemas que lo componen, a través de las relaciones de significado de los integrantes, esta postura es representada por autores como Minuchin, Watzlawick y Haley, la segunda postura se encuentra en autores como Anderson, Gergen, Dallos y Goolishian quienes consideran el comportamiento de las familias como fundamentales para la comprensión de las interacciones y las comunicaciones que se desarrollan en sus integrantes.

Sin embargo una postura sistémica que se utilizara en esta investigación será el Modelo Ecológico, la cual fue presentada por Urie Bronfenbrenner (como se citó en Estévez y Musitu, et al., 2016) sostiene que la familia es un microsistema interactivo que se encuentra en interacción con otros microsistemas y la vez está inmerso en sistemas más amplios.

Dentro del modelo ecológico de Bronfenbrenner, Kurt Lewin influyo considerablemente con sus formulaciones teóricas, ya que Lewin (como se citó en Estévez y Musitu et. al, 2016) se destacó por su estudio del ambiente para la comprensión del desarrollo y comportamiento del individuo, considerando al ambiente desde una perspectiva subjetiva del mundo y las circunstancias que rodean a la persona.

Por lo anterior Bronfenbrenner observo el desarrollo del ser humano dentro de un ecosistema, es decir estudiando la interacción de este con su entorno y como este influye en el comportamiento del mismo, teniendo en cuenta los sistemas que rodean al individuo para su evolución y adaptación.

A través de esta postura Bronfenbrenner describió seis principios (como se muestra en la tabla 1) el cual permite comprender las relaciones que tiene el individuo, siendo componentes importantes para el modelo ecológico de este autor.

TABLA 1

Principios del Modelo Ecológico

Desarrollo en contexto	El desarrollo humano se encuentra profundamente influenciado por las características de los contextos que rodean a la persona.
Habilidad social	La persona necesita desarrollar habilidades sociales para interactuar adecuadamente con su entorno.
Acomodación mutua individuo-ambiente	Las personas y su entorno se adaptan y ajustan mutuamente.
Efactor de segundo orden	Algunos aspectos del desarrollo humano tienen lugar como resultado de interacciones modeladas y controladas por elementos que no están en contacto directo con las personas implicadas.
Conexiones entre personas y contextos	Las relaciones que trascienden a distintas personas y contextos influyen marcadamente en el desarrollo humano.
Perspectiva del ciclo vital	Las características de personalidad y el manejo de las situaciones difieren a lo largo del ciclo vital.

Tabla 1. Principios del Modelo Ecológico

Fuente. Recopilado de Estévez y Musitu et. al (2016); Intervención Psicoeducativa en el Ámbito Familiar Social y Comunitario

Por lo consiguiente el modelo ecológico de Bronfenbrenner (como se citó en Estévez y Musitu et al., 2016) considera que el ser humano se halla integrado en una abundante red de relaciones que se expresan gráficamente en estructuras concéntricas o anidas y que representan los contextos de desarrollo o ambientes más significativos. Es decir el individuo está integrado por sistemas que influyen directa o indirectamente en el

desarrollo del ser humano, los cuales se denominan como microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema.

- **Microsistema:** incluye todas las relaciones directas que las personas realizan en su vida cotidiana. Dentro de las más importantes tenemos a la escuela, los amigos y por su puesto la familia que es considerada por muchos el microsistema primario.
- **Mesosistema:** comprende las interacciones entre diversos microsistemas; como por ejemplo, la relación entre la familia y escuela; familia y amigos; familia y vecinos. Es decir es decir aquellas relaciones de dos o más entornos que participa el individuo activamente
- **Exosistema:** describe las interacciones de la familia con otros sistemas sociales como la comunidad o las instituciones culturales y de asistencia social. sin embargo este sistema se refiere a uno o más entornos que no incluye directamente al individuo, sino que influye de manera indirecta en el desarrollo del ser humano.
- **Macrosistema:** incluye las características de un sistema socio-cultural: estructura socioeconómica, creencias religiosas, valores, actitudes rechazadas o valoradas socialmente y circunstancias históricas de lugar y el momento.
- **Cronosistema:** en este sistema se incorpora la historia del individuo, el cual incluye las experiencias, acontecimientos significativos, así como sus efectos en el trascurso de la vida.

Por lo anterior se muestra la importancia de la influencia que adquieren los subsistemas, así como de otros sistemas; sin embargo el subsistema con mayor

significado es el parental, el cual empieza a funcionar tras el inicio de los hijos, teniendo una función ejecutoria dentro de la familia como la socialización.

La familia se comprende desde una perspectiva sistémica, por lo tanto se considera a la familia como un sistema abierto, el cual está constituida por elementos ligados entre sí por reglas de comportamiento, que al mismo tiempo influye y está influida por otros subsistemas o sistemas externos, ya que si un integrante de la familia presentara algún conflicto, este afectaría a todo el sistema familiar, por lo tanto la familia tiene diversas funciones que le permitirán al individuo el grado de asimilación y adaptación a las exigencias del exterior por lo tanto proporcionará retroalimentación positiva o negativa, para que el individuo analice y aprenda las normas que se regulan en otros sistemas; sin embargo para comprender al sistema familiar es necesario tener en cuenta algunos conceptos.

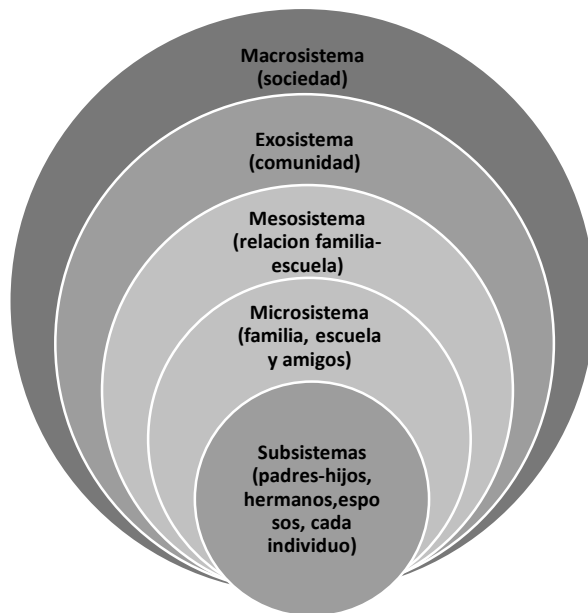


Figura 1. Teoría Ecológica y los Sistemas
Fuente. Recopilado de Valdés (2007); Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar

2.5. Conceptos involucrados en la comprensión de la familia

Existen algunos conceptos o elementos, como son la autoridad y poder en la familia y la importancia de la comunicación, reglas y límites, que surgen dentro del sistema familiar que tratan de explicar la relación que se establecen entre sus integrantes, así como estos son necesarios para la interacción con otros sistemas, por lo cual permitirá una mejor comprensión de la dinámica familiar.

a) Autoridad y poder en la familia

Para comprender el poder dentro de la familia, es importante conocer la definición de autoridad, la cual etimológicamente quiere decir “ayuda a crecer”. Por lo tanto para Valdés (2007) se derivara la principal función del ejercicio de autoridad dentro de la familia, la cual será ayudar a los jóvenes a la elaboración de sus objetivos y metas, así como la elección de las acciones por las cuales se llevaran a cabo.

Los padres en todas las estructuras familiares gozan de un reconocimiento social para dirigir y organizar la vida de los hijos hasta cierta edad, sin embargo el nivel de influencia que tienen los padres hacia los hijos, está influida por el contexto sociocultural y la edad de los hijos.

Por otro lado autores como Kreitner et al., (como se citó en Valdés, 2007) menciona la diferencia que existente entre la autoridad y el poder. La primera es el derecho de procurar obediencia para que las cosas se hagan; la segunda es la capacidad demostrada para lograr obediencia.

Así pues para que la familia funcione adecuadamente es necesario que exista una estructura de autoridad bien delimitada y que los padres tengan el poder, es decir de

ejercer la autoridad, el cual se va originar a través de diferentes situaciones como la identificación, el conocimiento, habilidades, características de personalidad, así como la capacidad de los padres para otorgar castigos y recompensas.

Para que los padres puedan ejercer su autoridad, se deben apoyar cada uno en la autoridad del otro, ya que existen diferentes situaciones que podrían dañar la autoridad de uno o de ambos padres; por ejemplo, que la madre le hable mal del padre, lo cual producirá un deterioro de la autoridad que el padre pudiera ejercer en el hijo, así como el proceso de identificación padre-hijo; las inconsistencias en cuanto al ejercer la autoridad, si uno de los padres establece una regla y el otro la cuestiona o la anula, generara confusión en los hijos y los padres que no ejercen su autoridad por lo tanto permiten que los hijos hacer lo que quieren y cuando intentan ejercer su autoridad se dan cuenta que no posee el poder para influir en la conducta de los hijos.

Por lo consiguiente los padres pueden ejercer su poder en distintas maneras una de ellas es a través de los cuatro estilos de socialización parentales, los cuales se mencionaran más adelante. La forma en la que los padres ejercen su autoridad va estar influida en ocasiones por diversas situaciones o factores como:

- La conducta del hijo: va ser más fácil la utilización del estilo autorizativo con un hijo sin problemas de conducta y buen rendimiento escolar, que con un hijo con problemas con el alcohol y bajo rendimiento escolar.
- La edad de los hijos: se tomara en cuenta la etapa del ciclo vital que los hijos estén cursando para ejercer la autoridad, es decir mientras los niños son pequeños, los padres ejercen estrategias de control basadas en normas claras y coherentes de las cuales exijan su cumplimiento de manera firme. Sin embargo la

autoridad basada en el control, no va resultar eficaz en la adolescencia, donde son más apropiadas el uso de la comunicación y el razonamiento, así como la explicación de las normas, ya que los adolescentes comienzan a buscar su independencia (Valdés, 2007).

- El sexo de los hijos: los padres tienden en general de ser menos autoritarios y utilizar menos castigos físicos con las hijas que con los hijos; aunque tienden a ejercer mayor control y supervisión con las hijas, especialmente cuando son adolescentes.

Los padres deben de estar conscientes que la relación de autoridad con los hijos pequeños es asimétrica, conforme los hijos crecen las relaciones se vuelven simétricas resultado del desarrollo físico, emocional y cognitivo de los hijos, sugiriendo un cambio en el ejercicio de la autoridad y el poder en los hijos, tomando en cuenta los factores mencionados.

b) La importancia de la comunicación, las reglas y límites en la familia

Ante situaciones conflictivas que surgen dentro del sistema familiar, existe una opción fundamental para solucionar los mismos, que tiene efectos positivos. Uno de ellos es la comunicación, es muy importante que los padres se comuniquen con los hijos utilizando mensajes claros, precisos y útiles, en lugar de hablar de manera vaga o confusa, lo cual ocasionara que la información se interprete de un modo erróneo.

La comunicación efectiva implica dos cuestiones, la capacidad de expresión de ideas y emociones, así como la de escucha, las cuales van a ser fundamentales para la resolución de conflictos y la realización de acuerdos.

En cuanto a la primera cuestión, esta se realiza adoptando una visión positiva del problema, actuando de manera empática y asertiva a la hora de expresar ideas y sentimientos para poder resolver los conflictos, así como posibles soluciones que surjan dentro del sistema, generando un clima familiar positivo.

Por otro lado la escucha, es el componente clave dentro del proceso de la comunicación, ya que en esta se respetan los silencios, los turnos de palabra, que muestran interés en las necesidades de los integrantes, así como las sanciones que se quieran transmitir generando beneficios positivos para sus integrantes.

Según Estévez y Musitu et al.,(2016) se ha comprobado que los hijos de familias donde existe un clima familiar positivo, caracterizado por la comunicación efectiva, la baja frecuencia de conflictos y la utilización de estrategias adecuadas para la resolución de mismos, muestran mucho menos problemas en diferentes niveles: mejor autoestima, mejor rendimiento académico, menos problemas emocionales como depresión o ansiedad, menos problemas de comportamiento, menor consumo de sustancias, mayor tolerancia a la frustración así como relaciones más positivas con los padres y otros adultos.

Otro aspecto fundamental para una adecuada dinámica familiar, la cual se encuentra relacionado con la interacción ente los padres e hijos, es el establecimiento de reglas y límites, que van a guiar el comportamiento de los niños.

Según Jackson (como se citó en Valdés, 2007) se caracteriza a la familia como un sistema gobernado por reglas. Las reglas son posibles supuestos que son elaboradas por un espectador para poder explicar la conducta de la familia. Por lo tanto como

menciona Valdés (2007) el concepto más claro que podría darse de las reglas es que son acuerdos relacionales que prescriben o limitan los comportamientos individuales en una amplia gama de áreas comportamentales, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable.

En una familia que inicia, cada integrante de la misma va aportar experiencias y esquemas aprendidos del sistema familiar de origen, a partir de ahí se irán construyendo acuerdos que delimitaran las reglas dentro del sistema familiar, a lo largo del tiempo la familia atraviesa por diferentes cambios, problemas o conflictos, donde las reglas pasaran por reajustes, por lo tanto las reglas deberán ir adaptándose a cada momento evolutivo del hijo y a la situación en particular de la familia.

Por otro lado los límites para Minuchin (como se citó en Puello, Silva y Silva, 2014) son importantes para el funcionamiento de la familia, ya que estos los constituyen las reglas, las cuales la definen quienes participan.

De modo que la función de los límites es proteger la diferenciación de los integrantes del grupo familiar, deben ser claros y precisos para un adecuado desarrollo de las funciones de las funciones de los miembros de la familia.

Los límites como mencionan Puello, Silva y Silva (2014) demarcan el espacio entre una familia y otra, entre los miembros de un grupo familiar. Por lo tanto se puede ver como mecanismos de protección ante riesgos externos a la que está expuesta.

Por lo tanto los niños necesitaran una serie de normas, límites y condiciones que permitirán interiorizar modos de comportamiento adecuados para la sociedad que forman parte, para el bienestar y convivencia pacífica dentro del sistema familiar. De igual

manera el dialogo y la comunicación familiar son importantes para que las reglas se apliquen adecuadamente y se respeten por todos los integrantes.

2.6. Las funciones de la familia

La familia ha tenido trasformaciones realmente importantes, por lo tanto se han realizado modificaciones de las funciones que cumple la familia en la actualidad.

Un ejemplo de ello es sobre el cuidado de las personas ancianas y enfermas, son hoy responsabilidad del estado o servicios que ofrecen a través de instituciones privadas especializadas, del mismo modo la funciona de educación formal y religiosa se ha encomendado a instituciones fuera de la familia, como colegios e institutos, otro aspecto que también ha sufrido modificación es en la función reproductiva, la cual ha perdido importancia, puesto que los matrimonios cada vez tienen menos hijos, algunos se tienen fuera del matrimonio e incluso ciertas parejas no tienen intención de tener hijos.

A pesar de todo, la familia sigue desarrollando actualmente funciones sumamente relevantes para el bienestar de los miembros. Sin embargo a pesar de las trasformaciones la familia sigue siendo la única institución importante, la cual cumple simultáneamente varias funciones como menciona Montoro (como se citó en Estévez, Jiménez y Musitu, 2007) las cuales son claves para la vida de las personas y para la vida en sociedad. Se trata de funciones sociales pero que ninguna otra institución social, aparte de la familia, es capaz de aglutinar y hacer funcionar simultáneamente.

La familia es una institución la cual economiza medios y recursos, así como regulando y ordenando a sus integrantes para beneficio de los mismos, los cuales son:

- La conducta sexual: a través de una serie de normas y reglas regula el comportamiento, como la prohibición del incesto o del adulterio.
- Los comportamientos económicos básicos y elementales: abarca la alimentación hasta la producción y el consumo.
- La educación de los hijos: en las edades más tempranas como la infancia adolescencia.
- Los afectos y sentimientos: a través de la expresión íntima y autentica de los mismos.

Por otro lado Valdés (2007) menciona una de las funciones esenciales de la familia es permitir la aparición de cambios que permitan la expansión y el desarrollo vital de sus integrantes.

Ya que dentro del sistema familiar necesitan cambios en los límites, reglas y normas; cambios entre los miembros de la familia que se relacionan con los cambios que producen los límites, reglas y normas; cambios que surgen fuera del contexto social los cuales van a facilitar su adaptación en el contexto.

Por otro lado Rodrigo y Palacios (como se citó en Valdés, 2007) la familia con respecto a los hijos cumple con cuatro funciones esenciales:

1. Asegurar su supervivencia y sano crecimiento físico.
2. Brindarles un clima de afecto y apoyo.
3. Facilitar a los hijos una estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno, así como para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo.

4. Tomar decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos y sociales que van a compartir con la familia la tarea de educación de los hijos.

De la misma forma Estévez, Jiménez y Musitu (2007) mencionan que la familia tiene otra función característica y es la capacidad para generar una red de relaciones basadas en el afecto y el apoyo.

Por otra parte, dentro de un grupo familiar como menciona Arranz y Olabarrieta (como se citó en Valdés, 2007) se produce una serie de interacciones sociales que, por ser significativas para el sujeto, van a ser interiorizadas y por tanto van a influir de manera decisiva en el curso del desarrollo.

Es decir que a través de las interacciones entre sus miembros basadas en el afecto, apoyo y siendo estas significativas para los integrantes, van a surgir varias funciones psicológicas para beneficio de la familia. Un ejemplo de ello es que genera a sus integrantes seguridad, así como sentido de pertenencia, promoviendo la autoestima e identidad personal, los cuales se necesitaran para una adecuada integración social.

La última función que desempeña la familia es la socializadora, sin embargo esta función es la más importante para que el individuo se desarrolle no sólo dentro del contexto familiar, sino en diferentes áreas, ya que a través del proceso de socialización la familia transmite costumbres, tradiciones, valores propias de cada cultura así como pautas de comportamiento, las cuales el sujeto va a interiorizar e influir en el desarrollo de la autoestima e identidad personal, así como aprender a solucionar los problemas y asumir responsabilidades que le permitirán una adecuada adaptación al contexto social.

Por lo tanto las funciones de la familia se resumen con la tabla que se muestra a continuación.

Tabla 2

Principales Funciones Desempeñadas por la Familia

Económica	<ul style="list-style-type: none"> • La familia regula los comportamientos económicos básicos y más elementales, desde la alimentación de sus integrantes en la infancia hasta la provisión financiera a los hijos adultos necesitados.
Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Permite la expresión íntima de afectos y emociones. Además, es proveedora de recursos materiales y personales a sus integrantes. Es el lugar elegido por la mayoría de personas para solicitar consuelo.
Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Se desarrolla principalmente cuando algún miembro de la familia presenta un problema específico que requiere atención y ayuda especiales.
Socializadora	<ul style="list-style-type: none"> • Una de las funciones principales que desempeñan la mayoría de las familias es la del cuidado y atención de los hijos, proporcionando desarrollo integral, psicológico y social.

Tabla 2. Principales Funciones Desempeñadas por la Familia

Fuente. Recopilado de Estévez y Musitu et al., (2016)

2.7. La función socializadora en la familia

Como analizamos anteriormente la familia tiene diferentes funciones y una de las más importantes es la función socializadora, ya que la familia constituye el contexto social por excelencia, por el cual comenzamos a comprender el mundo, fomentar las relaciones sociales, la configuración de sistema de valores personales, así como la identidad.

Por lo anterior Musitu y Cava (como se citó en Estévez, Jiménez y Musitu, 2007) definen la socialización como el proceso mediante el cual, las personas adquieren los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiados para un desarrollo óptimo

en la sociedad que pertenecemos. Es decir que a través de la socialización aprendemos pautas de comportamiento de la sociedad en la que formamos parte, para una adaptación y funcionamiento dentro de la sociedad.

Por otro lado Whiting (como se citó en Musitu y García, 2004) menciona que la socialización es un proceso mediante el cual se transite la cultura de una generación a otra.

Mischel y Parke (como se citó en Musitu y García, 2004) sugiere que la socialización está implicada necesariamente imponer unas restricciones a las conductas naturales o espontáneas de los hijos ya que esencialmente el niño necesita desarrollar repertorios conductuales que requieren la habilidad para suprimir comportamientos prohibidos y adoptar otros socialmente deseables.

Por lo tanto se puede considerar que la socialización es un proceso donde el cual se transmite la cultura, tradiciones y creencias, adquiriendo valores, reglas, así como pautas de conducta, ya que este proceso se ve implicado en la imposición de restricciones de comportamientos perjudiciales para los individuos, adoptando aquellos comportamientos esperados para la sociedad, de modo que la meta principal de la socialización es que el individuo adquiera como propios una serie de principios valorados social que permitan filtrar y distinguir información, conductas etc., de lo que es aceptable o inaceptable dentro de la sociedad. Es así que la socialización surge por medio de los estilos de socialización parentales, los cuales se explicaran más adelante.

A través del proceso de socialización se obtiene tres objetivos de importancia los cuales son:

1) El control del impulso y el desarrollo de la conciencia: este proceso se desarrolla en la infancia principalmente a través de los padres. Los niños aprenden a que no pueden obtener todo lo que desean, ya que sufrirán las consecuencias sociales o físicas de las personas.

Wrong (como se citó en Musitu y García, 2004) todos los seres humanos llegan a un equilibrio entre sus impulsos egoístas y las normas sociales interiorizadas, estableciendo límites para actuar directamente sobre esos impulsos, ya que todos los niños deben aprender cómo controlar sus impulsos y dilatar la gratificación de algún modo (Musitu y García, 2004).

Aunque el control del impulso se establece en la infancia, también es necesario en la etapa adulta, puesto que en los adultos se espera que controlen sus impulsos y los expresen solamente de formas que sean socialmente aceptadas. Por lo tanto si el niño no es capaz de tener un adecuado control, se relacionara probablemente con problemas en la adolescencia que incluyen las relaciones interpersonales, así como problemas de conducta.

2) Preparación y ejecución de roles: este objetivo se da a través de las interacciones interpersonales que se da en el trascurso del desarrollo vital.

Como menciona Brush y Simmnos (como se citó en Musitu y García, 2004) para los niños significa el aprendizaje de roles en la familia, roles relacionados con el género, roles en el juego con los iguales y roles en la escuela. Para los adolescentes significa el

aprendizaje de roles en las relaciones heterosexuales y experimentar una preparación más intensiva para el rol del adulto. Es decir en este objetivo se considera el ciclo vital del individuo, ya que desde que nace adquiere un rol y es de hijo por consiguiente tendrá que aprender los diferentes roles que se encuentran en el sistema familia así como social e ir transformando y adaptando a diferentes roles.

3) El cultivo de fuentes de significado: las fuentes de significado incluyen el vínculo afectivo y el logro personal que se da en las interacciones familiares, así como las creencias religiosas y las reglas que se transmiten en el proceso de socialización, por lo tanto las fuentes de significado tienden a ser variables y flexibles, ya que el individuo interactúa con diferentes subsistemas y sistemas, esto con el fin de promover una estructura y sentido de vida a través de la cultura en la que se encuentra inmersa por medio de la socialización.

Podemos considerar lo dicho hasta aquí que el proceso de socialización será necesario para el actuar del niño, adolescente, ya que aprenderá a controlar sus impulsos, las reglas, así como los roles que desempeñara en cada sistema, el cual les será de utilidad para un adecuado desarrollo en el contexto, ya que la socialización es una función radicalmente social puesto que es un proceso de inmersión cultural en donde la forma de actuar del individuo delimitara su adaptación en la sociedad.

2.8. El proceso de socialización en la familia

La familia como primer grupo social al que pertenecemos, nos va mostrando los elementos distintivos de la cultura, que es lo valioso así como las normas que se deben seguir para formar parte de la sociedad Musitu y Cava (como se citó en Esteve, 2005).

Dentro del sistema familiar se realizan infinidad de interacciones que favorecen trasmisión de normas, valores y creencias a través de la socialización que tiene lugar principalmente en la infancia y adolescencia, ya que representa las etapas de vida en las que el ser humano es más sensible a la socialización.

Por lo anterior Musitu y García (2004) mencionan, que el primer rol desempeña una persona, será el de hijo o hija.

De modo que la relación con los padres será indispensable para realizar el proceso de socialización, y así los niños aprendan un sistema de valores, normas sociales, pautas concretas de actuación, para finalmente poder discernir cuando sus conductas se ajustan o no a esas normas sociales. Es así que desde el momento del nacimiento y durante muchos años, los padres alimentan, dan cariño, protegen, cuidan y juegan con sus hijos, y estas actividades sientan las bases para la unión entre ellos, adquiriendo oportunidades que ninguna otra persona tendría como controlar y entender la conducta de los hijos (Estévez, Jiménez y Musitu, 2007). Por lo anterior los padres funcionan como agentes de socialización de los hijos por la importancia que estos adquieren (Izzedin y Pachajoa, 2009)

En definitiva son los padres que se encargan del proceso de socialización, por ser las figuras primarias en brindar el cuidado y protección así como la transmisión de valores, costumbres y pautas de conducta que el niño interiorizara para un adecuado aprendizaje el cual le será de utilidad para su adaptación en el medio en el que se desarrolla. En el proceso de socialización el niño no actuara como un sujeto pasivo, sino como señala Arnett (como se citó Esteve, 2004) la socialización es un proceso interactivo

mediante el cual se transmiten los contenidos culturales que se incorporan en forma de conductas y creencias a la personalidad de los seres humanos.

Es así que León, Cantero y Medina (como se citó en Esteve, 2005) sugieren que la participación activa del niño se asegura por el aprendizaje y la interiorización de la estructura social en la que el individuo se encuentra inmerso, al objeto de que este participe eficazmente en la misma. Dicho de otra manera, que se considerara una participación activa el niño cuando este aprenda e interiorice todo lo que se transmite por medio de la socialización y a la vez interactúe con contexto social.

Así que la interiorización es lo que Berger y Lukmann (como se citó en Esteve, 2005) la llaman internalización, que para estos autores, es la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado. Es decir en cuanto un objeto o manifestación subjetiva de otro se vuelve subjetivamente significativa para mí, de manera que el sujeto comprende el mundo en el que viven los otros y se vuelve suyo para dar significado, este elemento es la base para el proceso de la socialización.

Por lo anterior el proceso de socialización como menciona Lila et al. (Como se citó en García, García y Lila, 2007) no finaliza en la niñez, sino que continua durante la adolescencia, aunque se requieren de importantes transformaciones, de ahí que al inicio la relación entre padre e hijo es asimétrica para posteriormente modificarse a una relación más simétrica.

Es decir que los padres (madre/padre) van a tener mayor autoridad sobre los hijos, por el papel (roles) que surgen dentro de la interacción, tanto la madre como el padre

van a actuar con el papel del adulto, y el niño primeramente como una persona que necesita aprender a controlar sus impulsos en relación a las normas sociales, así como aprender a desarrollar los roles dentro del sistema social, fuentes de significado, que orientara al niño hacia un comportamiento aceptable dentro de la sociedad (asimétrica). Por consiguiente si la relación es productiva, ambas partes se van nutrir por los roles que ejercen, siendo así que en la etapa de la adolescencia, la relación de padre/madre e hijo se asemeje a la de los adultos (simétrica).

Por la importancia de los padres e hijos en el proceso de socialización Musitu y García (2004) sugieren que este proceso requiere al menos de dos personas que interactúen desempeñando un rol complementario: un hijo, que es el objeto de socialización, y un padre/madre que actúa como agente socializador y, a su vez, los dos participando del mismo proceso. Siguiendo la misma línea Kuczynski y Grusec (como se cito en Estévez, Jiménez y Musitu, 2007) expresan la una similitud la cual es “los padres son personas que se encuentran, potencialmente, en la mejor posición para proporcionar una socialización adecuada a sus hijos”.

Así pues para que el proceso de socialización se realice adecuadamente es necesario el desarrollo del vínculo de ambos padres hacia el hijo ya que brindara confianza para la transmisión de generación en generación de las creencias, normas, como el control de la conducta de los niños. Siendo este un proceso es bidireccional, ya que tiene lugar de padres a hijos y de hijos a padres, se proporcionara de ambas partes una retroalimentación positiva o negativa que les permitirá corregir la conducta de ambos a las normas esperadas. Los niños tienen un papel activo, por lo que la acción del niño puede influir en el comportamiento de los demás integrantes de la familia (padres), así

como las actitudes de los padres pueden influir en la asimilación e interiorización de valores, creencias etc.

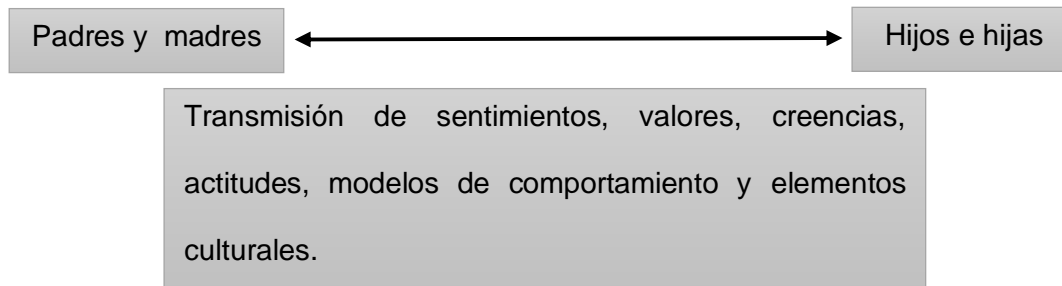


Figura 2. El Proceso de Socialización entre Padres e Hijos
Fuente: Recopilado de Estévez, Jiménez y Musitu (2007)

El proceso de socialización se caracteriza según Aguirre y Duran (como se citó en Izzedin y Pachajoa, 2009) por cinco aspectos básicos que son:

1. Es continuo
2. Es interactivo. Dicho de otra manera, la sociedad influye en la vida de la persona pero a la vez la persona participa de la vida sociedad.
3. Posibilita el desarrollo de la identidad personal y social del individuo.
4. Le permite a individuo internalizar las normas, los valores y las reglas que se dan sentido a la cotidianidad del ambiente social en que está inserto.
5. La socialización de los niños se produce a través de los estilos de socialización

El proceso de socialización según Estévez, Jiménez y Musitu (2007), comprende dos aspectos fundamentales los cuales son el primero es el aspecto de contenido de la socialización y el segundo es el aspecto formal.

1) El aspecto de contenido de la socialización: “es lo que se transmite”. Siendo este los valores inculcados en la familia, que dependen de los valores personales de los

padres así como del sistema de valores dominante en el entorno sociocultural más amplio, es decir dependen de todos los sistemas en los que interactúa el individuo.

2) El aspecto formal: “como se trasmite”. Este aspecto hace referencia al modo en que se transmite este contenido, es decir, a las estrategias y mecanismos que se utilizan en la familia para transmitir los valores y creencias culturales. Estas estrategias y mecanismos varían mucho de unas familias a otras; sin embargo para su mejor comprensión, se han desarrollado distintas clasificaciones de lo que se conoce como estilos parentales de socialización parental la cual se desarrollara más adelante.

2.9. La función educativa de los Padres

Como mencionamos la familia tiene una principal función que es la socializadora; sin embargo, esta forma parte también de la función educativa, ya que los integrantes que adquieren mayor relevancia son los padres y porque involucra a los hijos teniendo consecuencias positivas o negativas en su comportamiento. Es así que la socialización parental es aquella que incumbe tanto a los padres e hijos según Coltrane (como se citó en Valdés, 2007).

Por esto cuando los padres se involucran con los hijos tiene importantes consecuencias para el desarrollo de papeles de género más equitativos. Por lo tanto, si las estrategias utilizadas para corregir su comportamiento en el proceso de socialización son adecuadas brindara efectos positivos en los hijos de otro modo los efectos serán negativos. Es importante que para que se dé el proceso de socialización parental, la relación entre padres e hijos sea lo más favorable posible y brinde significados compartidos que permitan la delimitación de límites así como flexibilidad.

De modo que la comunicación verbal y no verbal va adquirir importancia en la función educativa de los padres ya que cuando el niño comprende el lenguaje las instrucciones de los padres le serán fácil de seguir, pero si lo que menciona el padre no concuerda con las acciones del mismo, al niño o adolescente le surgirá problemas al comprender las reglas impuestas por los padres.

Es importante reconocer que los padres educan a sus hijos en una comunidad amplia, que contiene numerosas normas y variables, ya que toma en cuenta los cambios que se producen en la sociedad. Por lo tanto van a ser uso de diferentes estrategias de socialización; sin embargo como mencionan Musitu y García (2004) las conductas concretas de los padres en las relaciones con los hijos pueden variar en su forma, pero en concreto hay puntos de unión importantes entre los miembros de una misma comunidad y en la actuación de los padres, estas puntos se refieren al tono de voz, la comunicación y la conducta, siendo estos elementos importantes para los padres al momento de educar a los hijos.

2.10. Parentalidad

La parentalidad ha estado relacionada con los roles tanto de la mujer como el hombre desde tiempos primitivos, sin embargo la importancia se le atribuyo a la sociedad actual, ya que ser padres se relaciona con la función social, surge a través de los estilos de socialización parentales, influyen la cultura de la sociedad así como los roles y funciones. Si tomamos en cuenta lo que menciona Musitu y García (2004) el primer rol social que desempeña una persona, habitualmente, será el de hijo o hija; necesitara la relación con sus padres para aprender un sistema de valores, normas sociales, pautas

concretas de actuación, para aprender, finalmente, a discernir cuando sus conductas se ajustan o no a esas normas sociales.

Por lo que convertirse en padre o madre, es algo que tienen que afrontar en determinado momento de la vida que influye de en gran medida las experiencias previas y no se puede tomar como un proceso insignificante, ya que para ambos padres, esta situación conlleva varios cambios en el estilo de vida de los padres como relación en pareja como, cambios en los hábitos del sueño, necesidades personales, así como la relación del tiempo con los amigos y la pareja.

a) La maternidad

Con lo que respecta al rol maternal, anteriormente, se limitaba el rol de la madre, a la cuestión reproductiva, ya que el cuidado de los hijos, especialmente a los varones, se limitaba a los padres, por lo tanto se puede concluir que la relación madre-hijo no era tan cercana, como lo es en la actualidad.

Posteriormente a finales del siglo XVIII la infancia era considerada como una fase imperfecta de la adultez, por lo tanto ésta debía de ser corregida por un adulto responsable, la cual recaía la educación de los hijos en la nodriza o ama de llaves, es decir personas ajenas a la familia, ya que dentro de las familias de clase alta, esto permitía a las mujeres a que pudieran acudir a eventos sociales con sus esposos, mientras que en las familias de clase comerciante, por necesidad las mujeres participaban junto con sus esposos en el trabajo productivo.

Sin embargo no fue casi hasta finales del siglo XVIII, con la llegada de la modernidad que se comienza a cuestionar la problemática de la educación y el cuidado

de los hijos, así como el papel de las madres en la relación con los hijos, con respecto a este último contribuyeron diferentes modelos psicológicos, uno de ellos fue el psicoanálisis, mencionando la importancia de la madre en la educación de los hijos colocándola como eje principal y al padre como figura periférica.

Por lo tanto la visión de la madre se relaciona con la realización de la maternidad, al cuidado de los hijos y del esposo, ya que tiene la función de mantener un clima afectivo entre las relaciones de los integrantes de la familia, así como el apoyo emocional a los hijos y al esposo, los cuales serán de suma importancia para un adecuado desarrollo en los hijos. En conclusión se reconoce el papel de la madre como fundamental dentro del hogar especialmente el que adquieren con los hijos.

Puesto que los cambios sociales y tecnológicos que fueron ocurriendo durante los últimos años, se desarrollaron ideas sobre la mujer y el rol que representaba en la sociedad, ya que después que su reconocimiento dentro del hogar, esta posición fue valorada como discriminación hacia la mujer por la diferencia de estatus entre los hombres y mujeres, por lo consiguieron las mujeres buscaban igualdad de condiciones entre hombres y mujeres, pudiendo acceder al mercado laboral, así como la importancia en la realización personal.

De modo que los cambios que surgieron les dieron más libertad a las mujeres de elegir el rol que quisieran desempeñar ya sea de madre-esposa o sólo de esposa. Sin embargo la mujer sigue desempeñando un papel importante en la educación de los hijos, ya que adquiere mayor responsabilidad en el hogar por brindar mayor comunicación entre los hijos, lo cual esto permitirá un diálogo adecuado a la hora de implementar las reglas dentro del hogar, de igual manera la opinión de la madre que tiene sobre el padre

y que se expresara continuamente hacia los hijos será fundamental para una adecuada interacción entre los miembros de la familia.

Por lo consiguiente se han realizado varios estudios sobre la importancia de la madre en la educación de los hijos, uno de ellos fue realizado por Pérez et al. (como se citó en Valdés 2007) las madres con tendencia a la extroversión por lo general tienen hijos con un mejor tono emocional, mayor nivel de actividad y mayor sociabilidad.

b) La paternidad

El hombre ha tenido menor participación con referente a la educación de los hijos, desde la prehistoria el rol social que se consideraba era de proteger, ayudar, atacar y proveer de alimento a la familia, por lo tanto la única relación que existía con sus hijos era especialmente, con los varones, ya que representaba el padre un modelo de identidad sexual, así como en la enseñanza de oficios.

Posteriormente con la Modernización, el hombre dentro de la familia era visualizado solamente como proveedor y la educación de los hijos era exclusivamente responsabilidad de las madres y la percepción que tenían los hijos sobre el padre sólo se limitaba a lo que las madres les comunicaban, sin embargo conforme se presentaban los cambios tecnológicos y sociales mencionados anteriormente, ya que éste se debió a la exigencia de condiciones, donde el hombre comenzó a participar en la educación de los hijos, mostrando la importancia sobre la participación de los padres, así como los efectos positivos de una adecuada relación entre ambos.

Por lo tanto como mencionan González, Cortés y Padilla (como se citó en Valdés, 2007) en la actualidad no se sostiene ninguna teoría que coloque a la paternidad en un

papel secundario dentro del cuidado del niño, ni tampoco existe un motivo alguno de creer que un progenitor de un sexo ejerza mayor influencia que otro en el cuidado de los niños.

Por lo anterior prevalecen razones de considerar que los progenitores ejercen diferentes clases de influencia en los hijos, por lo tanto según estos autores el padre establece las reglas y límites permitiendo al hijo un mejor control de impulsos, así como el padre posibilita la identificación sexual, dichas conductas serán indispensables para una adecuada adaptación social.

El papel de la parentalidad, juega un importante papel para el desarrollo del sujeto, sin embargo no se les puede asociar tanto a la madre como al padre funciones exclusivas, sino que ambos padres se complementan y apoyan mutuamente en el ejercicio de la función educativa hacia los hijos.

2.11. Los estilos de socialización parental

Para que se dé el proceso de socialización es necesario que los padres utilicen estrategias de socialización que están relacionadas con el tono, la comunicación y la conducta es decir con el apoyo y control, que tienen los pares hacia los hijos para delimitar su comportamiento. Según Ceballos y Rodrigo (como se citó en Izzedin y Pachajoa, 2009) los padres utilizan determinadas estrategias de socialización para regular la conducta de sus hijos; estas estrategias se expresan en estilos de socialización parental.

Por otra parte un aspecto a considerar es que algunos autores utilizan diferentes términos para definir los estilos de socialización parentales, como por ejemplo: Darling y

Steinberg (como se citó en Austria, 2015) han utilizado el término “estilos parentales”; otros como Maccoby y Martin (como se citó en Austria, 2015) hacen uso de “estilos educativos”; sin embargo el modelo que se utiliza para esta investigación será siguiendo Musitu y García (2004) los cuales utilizan el termino como “estilos de socialización parental” o “estilos parentales de socialización”.

Por lo consiguiente Estévez, Jiménez y Musitu (2007) definen el estilo parental como el conjunto de actitudes que los padres tiene hacia sus hijos y que, conjuntamente crean un determinado “ambiente” en el hogar. Por lo tanto son aquellas conductas que tienen los padres hacia los hijos para lograr inculcar en sus hijos creencias y valores aceptados socialmente en su contexto y cumplir así con la meta de socialización, fomentando un clima familiar adecuado para su aprendizaje.

En el ejercicio de la socialización parental no es universal es decir, se toma en cuenta el contexto cultural en el cual se integra la familia, ya que los valores y normas de cada entorno influyen en las actitudes de los padres hacia los hijos y del mismo modo los hijos interpretaran dicha conducta y organizando la suya propia.

Sin embargo a pesar de la gran diversidad, existen dos elementos que pueden ser comunes a la hora del ejercicio de la socialización parental, los cuales varían dependiendo al autor que se refiera, por ejemplo: para MacCoby y Levin (como se citó en Musitu y García, 2004) son las de calor y permisividad/flexibilidad; Diana Baumrind (como se citó en Musitu y García, 2004) aceptación y control parental; por otro lado y siguiendo la misma línea de estudio se encuentra Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts y Dornbusch (como se citó en Musitu y García, 2004) aceptación/implicación e inflexibilidad/supervisión.

A pesar de las diferencias, existen importantes coincidencias, ya que aceptan que los estilos de socialización parental se explican mediante un modelo bidireccional, y cuyos dos elementos o componentes son importantes para los estilos de socialización parental, ya que existe una retroalimentación positiva o negativa entre padres e hijos a la hora de ejercer la socialización por medio de los estilos de socialización.

En relación a los estilos de socialización parental, seguirá la línea metodológica de Musitu y García (2004), para estos dos autores los dos componentes o dimensiones que parecen ser comunes son la dimensión de apoyo y la de control, la primera hace referencia a aquellas conductas de los padres cuyo objeto es que los hijos se sientan aceptados y comprometidos y, se refleja en la expresión de afecto, satisfacción y ayuda emocional así como material, un ejemplo de ello son los elogios, muestras de cariño, alimento etc. Mientras que la dimensión control se refiere a la actitud que asumen los padres hacia los hijos con la intención de dirigir su comportamiento, un ejemplo de ello son los consejos o sugerencias, pero también amenazar o castigos u obligar a cumplir las normas.

La implicación/ aceptación: Se relaciona positivamente con las muestras parentales de afecto y cariño cuando el hijo se comporta de manera adecuada y negativamente, con la indiferencia parental ante las mismas conductas. A su vez, cuando el comportamiento del hijo viola las normas, este estilo se relaciona positivamente con el diálogo y, negativamente, con la displicencia.

Es decir que los padres van a mostrar actitudes de aprobación y afecto cuando los hijos se comporten adecuadamente, por el contrario si el niño o adolescente viola las normas, los padres harán uso del diálogo y el razonamiento para que el hijo entienda

mejor los motivos de determinada conducta, por lo tanto el niño o adolescente percibirá que las conductas de los padres son acordes a las normas impuestas por los padres, esto permitirá el desarrollo de una autonomía, así como la confirmación de su relación.

Por lo tanto si el hijo se comporta de acuerdo a las normas familiares establecidas, la percepción del hijo sería que los padres expresen afecto y cariño, ahora bien si los padres actúan de forma displicente, es probable que el adolescente interprete que los padres actúan con indiferencia.

La coerción/imposición: según Musitu y García (2004) es el estilo de socialización que se utiliza cuando los hijos se comportan de manera discrepante con las normas de funcionamiento familiar. Esta forma de actuación comprende, normalmente, suprimir las conductas inadecuadas, utilizando simultáneamente o independiente la privación, la coerción verbal y la física.

Es decir que si el hijo viola alguna regla, los padres hacen uso de la privación la cual implica el retiro de alguna cosa que el hijo disfrute, coerción verbal y física para corregir el comportamiento del niño o adolescente, esta última estrategia suele ser más efectiva que el diálogo y la comunicación, porque está implícita un alto grado de contenido emocional.

Por lo tanto ésta intervención que realizan los padres produce efectos inmediatos en el comportamiento del niño o adolescente ahora bien, si se utiliza sin el razonamiento y el dialogo, el control sólo será temporal o se limitará a la presencia del padre, es decir el niño o adolescente sólo se comportara adecuadamente ante el padre que ejerce este

estilo por lo tanto no será capaz de internalizar las normas, creencias, así como desarrollar problemas de conducta y personalidad.

Así que partir de estos dos componentes o dimensiones implicación/aceptación y coerción imposición, Musitu y García (2004) han desarrollado un modelo de socialización que da lugar a los tipos de socialización parentales, a continuación en la figura 3 se muestra los dos componentes o dimensiones y como es que se dividen los estilos de socialización.

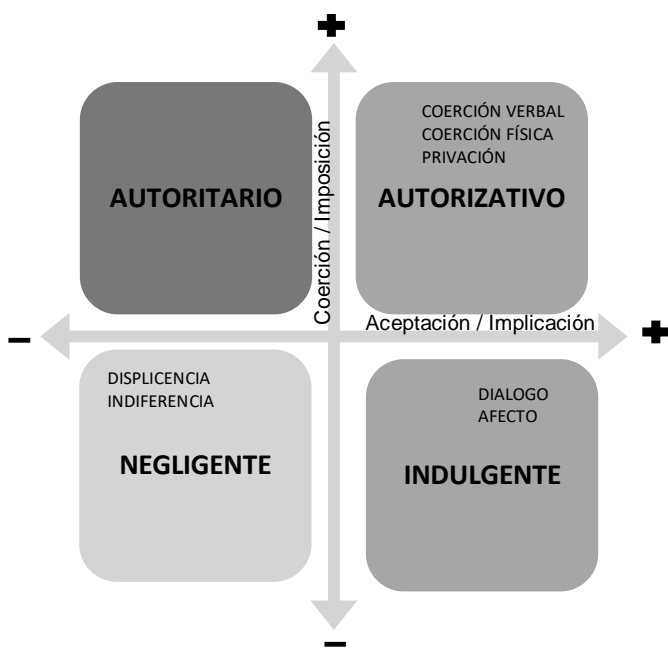


Figura 3. Modelo Bidimensional de Socialización Parental y Tipologías
Fuente: Recuperado de Musitu y García (2004)

2.12. Tipos de estilos de socialización parental

Los estilos de socialización no habían tenido relevancia, hasta la década de los años 60's, gracias a la investigación realizada por Diana Baurmind, influenciada por Kurt Lewin, mostro interés en los niños y los efectos que tienen los padres en el desarrollo de la personalidad de los niños, desarrollando así la primera tipología de los estilos de socialización parental: 1) estilo autoritario; 2) estilo autoritativo; estilo indulgente (Baurmrind, 1971; en Torio, Peña y Rodríguez, 2008); posteriormente (MacCboy y

Martin, 1983; en Torio, Peña y Rodríguez, 2008), re formulan la teoría explicada por Brumind, anexando otro estilo “negligente”, esta última teoría es la que prevalece en la actualidad.

Por lo consiguiente, para esta investigación se tomara en cuenta el modelo bidireccional de Musitu y García, el cual explica los estilos de socialización parentales a través de las dos dimensiones aceptación/implicación, coerción/imposición, las cuales confluyen dando como resultado los cuatro estilos de socialización parentales. Por lo tanto como se menciona anteriormente “los estilos de socialización parental se definen por la presencia de ciertos patrones de actuación y las consecuencias que esos patrones tiene para la propia relación paterno-filial y para los miembros implicados” (Musitu y García, 2004).

Los estilos de socialización van a englobar conductas frecuentes que tienen los padres en la socialización de los hijos, cada uno de los estilos tiene ventajas y efectos en los hijos, que se tendrían que valorar según el contexto social en el cual se desenvuelven. Es importante tener en cuenta que no existen estilos totalmente puros, es decir pueden existir combinaciones entre ambos padres que probablemente pudiera surgir un equilibrio entre ambos dependiendo los efectos positivos o negativos en los hijos, así como el estilo de socialización que se utilice. Sin embargo Musitu y García (2004) mencionan que parece existir una consistencia interna y una coherencia a lo largo del tiempo entre las estrategias utilizadas por los padres, de tal modo que es posible hablar de estilos de socialización predominante y universal.

2.13. Características de los estilos de socialización parental

Estilo Autorizativo. Este estilo se caracteriza por una elevada Aceptación/implicación y elevada Coerción/imposición. Los padres se caracterizan por ser comunicativos, fomentando el dialogo, ya que están dispuestos en escuchar las necesidades de los hijos, teniendo buena disposición por parte de los padres en retirar una demanda bien argumentada por los hijos, promueven la retroalimentación positiva. Los padres utilizan con más frecuencia la razón que la coerción para obtener control en los hijos, alimentando el diálogo más que la imposición pudiendo llegar a un acuerdo entre ambos.

Sin embargo cuando el uso del diálogo no funciona utilizan de igual manera la coerción física, verbal y las privaciones. Este estilo de socialización probablemente es el más funcional, por sus efectos positivos, ya que promueve un equilibrio entre el afecto y el control de los padres hacia los hijos generando efectos positivos a los hijos.

Musitu y García (2004) realizaron una definición constitutiva de los padres autorizativos, la cual la define como aquellos padres que se esfuerzan en dirigir las actividades del hijos pero de una manera racional orientada al proceso; estimulan el diálogo verbal y comparte con el hijo el razonamiento que subyace a su política; valoran tanto los atributos expresivos como los instrumentales, las decisiones autónomas y la conformidad disciplinada. En consecuencias, ejercen el control firme en puntos de divergencia, pero utilizando el diálogo. Los padres autorizativos afirman las cualidades presentes de los hijos, pero también establecen líneas para la conducta futura, recurriendo tanto a la razón como al poder para lograr sus objetivos.

Estilo Indulgente. Se caracteriza por una alta aceptación/implicación y baja coerción/imposición. Los padres al igual que el estilo autoritativo, se caracterizan por ser comunicativos, ya que fomentan el dialogo entre sus hijos para llegar a un acuerdo, estimulando la comunicación positiva, entre las técnicas disciplinares que los padres utilizan se encuentra la razón como principal estrategia. Pero a diferencia de los padres con estilo autoritativo, no suelen utilizar la coerción/imposición, cuando los hijos se llegan a comportar de una forma inadecuada.

Según Musitu y García (2004) el prototipo de los padres indulgentes es el que intenta comportarse de una manera afectiva, aceptando los impulsos, deseos y acciones del hijo. Consulta con ellos las decisiones internas del hogar y les proporciona explicaciones de reglas familiares. Permite a sus hijos regular sus propias actividades tanto como sea posibles, ayudándoles con las explicaciones y razonamientos, pero evita el ejercicio del control impositivo y coercitivo, no les obliga a obedecer ciegamente a pautas impuestas por las figuras de autoridad, a no ser que estas sean razonadas.

Estilo Autoritario. Este estilo se caracteriza por una baja aceptación/implicación y alta coerción/imposición, los factores importantes que distinguen a este estilo es la carencia de afecto y un alto poder parental, son los clásicos padres que dicen “se hace lo que yo ordeno”, cuando emiten una orden, no ofrecen razones, por lo tanto no promueven el dialogo, su actitud es firme, de modo que no modifican su conducta ante los argumentos de los hijos.

Los padres autoritarios ante las demandas de apoyo y atención son indiferentes por lo tanto no refuerzan las conductas positivas de los hijos, pero si reprueban las

conductas inadecuadas o aquellas conductas que no cumplen con sus expectativas, utilizando técnicas disciplinarias como coerción física, verbal y las privaciones.

Musitu y García (2004) mencionan que los padres con estilo autoritario, intentan moldear, controlar y evaluar la conducta y actitudes del hijo de acuerdo con un conjunto de normas de conducta, normalmente de forma absoluta. Valoran la obediencia como una virtud y favorecen medidas punitivas y de fuerza para doblegar la voluntad (la terquedad) cuando las acciones con el hijo o las creencias personales de este entran en conflicto con lo que piensan que es una conducta correcta. Confían en la inculcación de valores instrumentales como el respeto por la autoridad, respeto por el trabajo y respeto por la preservación del orden y de la estructura tradicional. No potencian el dialogo verbal y creen que el hijo debería aceptar solamente su palabra que es la “absoluta”.

Estilo Negligente. Se caracteriza por una baja implicación/aceptación y baja coerción/imposición, este estilo es el que más efectos negativos tiene sobre el comportamiento de los hijos, ya que los padres interactúan menos con los hijos, mostrando bajo nivel de afecto y apoyo, por lo tanto probablemente no llegan satisfacer las necesidades de los hijos, refiriendo falta de supervisión, control y cuidado, por lo tanto hacen responsable a los hijos de su propia conducta, así como sus necesidades.

Los padres negligentes ante una conducta adecuada por parte de los hijos se muestran indiferentes, de modo que no estimularan las conductas positivas, así como no castigarán las conductas inadecuadas. Consideran que los padres negligentes no son “malos”, sólo implementan herramientas inefectivas, por lo tanto es necesario orientar a estos padres para que pudieran sustituir por otras estrategias más eficaces que favorezcan la relación entre sus hijos.

Musitu y García (2004) realizó una definición constitutiva, la cual indica que los padres negligentes son aquellos que tienen serias dificultades para relacionarse e interactuar con sus hijos, al igual que para definir los límites, en sus relaciones con ellos, permitiendo con indefensión que sean los propios hijos quienes las definan; aceptan con dificultades los cambios evolutivos de sus hijos y tiene pocas expresiones de afecto; no se implican en las interacciones con ellos y no supervisan constantemente y consistentemente las actividades de los hijos.

Estos estilos obtienen influencia positiva o negativa, dependiendo como sean percibidos por los hijos, ya que la percepción como mencionan Barca y Santorum (como se citó en Verge, 2015) es un proceso cognitivo que facilita la capacidad del ser humano al medio, a través de este proceso es sujeto discrimina, selecciona e interpreta significados de los diversos estímulos que recibe y adquiere conocimiento sobre el mundo. Por lo tanto, esta concepción sobre un objeto o situación influyen diversos estímulos, de modo que la interpretación podría ser sesgada por múltiples factores.

Tabla 3

Características de los Estilos de socialización Parental

Estilo de socialización	Principales Características
Estilo autoritario	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencia de obediencia versus autonomía • Uso del poder y normas rígidas • Control y evaluación de la conducta y actitudes de los hijos • Comunicación mínima y unilateral • Escaso apoyo y afecto • Escasa atención a las demandas de los hijos • Uso probable del castigo físico
Estilo autorizativo	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulo de la autonomía con los límites claros • Elevado control razonado de la conducta • Los padres muestran agrado ante el comportamiento positivo de los hijos • Buena comunicación y uso del dialogo • Apoyo y respeto a los hijos • Escucha y respuesta hacia las demandas de los hijos.
Estilo negligente	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada autonomía material y afectiva • Escasos límites y baja supervisión • Indiferencia ante comportamientos positivos o negativos • Escasa comunicación y dialogo • Escaso apoyo y afecto
Estilo indulgente	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada autonomía y escaso control • Escasas reglas y límites a los hijos • Buena comunicación y dialogo • Elevado apoyo y afecto • Respuesta ante las demandas de los hijos

Tabla 3. Características de los Estilos de Socialización Parental.

Fuente. Tomada de Estévez, Jiménez y Musitu (2007)

2.14. Efectos de los estilos de socialización parental

Efectos del estilo autorizativo. Los efectos en las conductas de los jóvenes son positivas, ya que cuando su comportamiento ha sido inadecuado los padres han impuesto su autoridad, del mismo modo que cuando los hijos se comportan de forma adecuada, refuerzan dicha conducta. Gracias a un adecuado diálogo entre ambos y proporcionando adecuadas explicaciones sobre las conductas ejercidas, los hijos internalizan correctamente las normas de actuación, desarrollando la autoconfianza y el autocontrol ante situaciones que requieran un comportamiento específico, por lo tanto permitirá la competencia ante la sociedad.

Efectos del estilo indulgente. Los efectos de este estilo son los más controvertidos, ya que por un lado por parte de los padres, los hijos reciben retroalimentación positiva cuando sus conductas son adecuadas, sin embargo cuando los hijos se comportan de forma inadecuada los padres no utilizan la coerción, es decir no implican sanciones, sino que utilizan el razonamiento para hacerles saber a los hijos de cuáles serían las conductas más adecuada.

Por esta razón probablemente estos niños interiorizan de forma inadecuada las normas sociales. Del mismo modo como menciona Lamborn et al. (Como se citó en Musitu y García, 2004) la falta de coerción por parte de los padres, sea la razón por la cual los hijos están especialmente orientados hacia sus iguales y hacia las actividades sociales valoradas por los adolescentes.

Oliva y Parra (como se citó en Estévez y Musitu et al., 2016) señalan que los adolescentes de hogares indulgentes no parecen haber interiorizado adecuadamente las

normas y reglas sociales, presentan más problemas de control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, dificultades escolares y un mayor consumo de sustancias.

Por lo tanto los hijos al no haber vivenciado una figura paterna de autoridad como impositiva, confíen menos en los valores de tradición y seguridad de los autoritativos y tengan, como consecuencia de su implicación más igualitaria en las relaciones con sus padres, mejor autoconcepto familiar (Musitu y García, 2004) probablemente los niños tengan problemas de conducta, como baja tolerancia a la frustración, así como control de impulsos. Por otro lado Musitu y Cava (como se citó en Estévez y Musitu et al., 2016) sostiene que los adolescentes muestran una elevada autoestima y autoconfianza.

Efectos del estilo autoritario. Por la excesiva autoridad que ejercen los padres, los hijos adquieren un pobre autoconcepto familiar, de modo que posiblemente generen resentimiento hacia sus padres. Con referente al clima familiar que se vive es estresante, ya que las normas se aceptan por la imposición de los padres, por lo tanto no permite la interiorización de las normas sociales, ya que va seguida del miedo a diferencia del estilo autoritativo e indulgente que van seguidos de la razón, así como el afecto para hacer entender su comportamiento de los hijos, por esta razón los padres no permiten que los hijos adquieran responsabilidades y genere problemas con la autoestima

Stark, Humphrey, Cook y Lewis (como se citó en Musitu y García, 2004) hacen mención que aunque la terminología difiere, la caracterización del ambiente familiar de adolescentes depresivos o ansiosos como autoritario es consistente con los esquemas de padres “sobreprotectores” que se obtuvieron en la investigaciones clínicas. Por otro lado en España Linares (como se citó en Musitu y García, 2004) confirman que estos niños se muestran más inseguros y temerosos.

Efectos del estilo negligente. Como se mencionó con anterioridad este estilo es el que más efectos negativos tiene sobre los hijos ya que no interiorizan adecuadamente las normas por la falta de autoridad e indiferencia de parte de los padres así como falta de capacidad de cubrir las necesidades básicas de los hijos. Por lo consiguiente los hijos tendrán dos tipos de comportamientos: a) comportamiento hacia fuera, el cual implica que los hijos actúen impulsivamente, se implican en discusiones de tal modo que pueden ser ofensivos y crueles con las personas, ya que por la falta ejercida de poder por parte de los padres, los hijos no tienen miedo, así como respeto hacia las figuras de autoridad.

De igual modo, probablemente los niños tengan conductas antisociales por lo tanto engañaran y mentirán con facilidad, así como problemas con el alcohol y drogas, b) el otro comportamiento es hacia adentro, es decir que abarca los efectos psicológicos los cuales son más destructivos, ya que pueden surgir problemas mentales o emocionales como son miedo al abandono, ansiedad, pensamientos autodestructivos (suicidio), baja autoestima, falta de confianza hacia las demás personas por lo que generara pobres habilidades sociales.

Tabla 4

Efectos de los Estilos de Socialización Parental

Estilo parental	Consecuencias psicológicas	Consecuencias conductuales
Estilo autoritario	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Baja interiorización de normas sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajas competencias interpersonales • Estrategias inadecuadas de resolución de conflictos
Estilo autorizativo	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada competencia y madurez psicológica • Elevada autoestima • Elevada capacidad empática • Elevado bienestar emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada competencia y madurez interpersonal • Éxito académico • Conducta altruista
Estilo negligente	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Falta de empatía • Ansiedad • depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • muy bajas competencias interpersonales • elevados problemas de conducta (comportamiento antisocial, delincuencia) • agresividad
Estilo Indulgente	<ul style="list-style-type: none"> • competencia psicológica • elevada autoestima • baja interiorización de las normas sociales • baja tolerancia a la frustración 	<ul style="list-style-type: none"> • elevada competencia interpersonal • problemas de control de impulsos • dificultades escolares • consumo de drogas.

Tabla 4. Efectos de los Estilos de Socialización Parental.
Fuente. Tomada de Estévez, Jiménez y Musitu (2007)

2.15. Tipología de la familia según su organización

a) Familias tradicionales

En este tipo de familia los roles son predominantes ya que el hombre es catalogado como proveedor y la mujer al hogar y al cuidado de los hijos. En algunas familias, pueden aceptar que la mujer acceda al campo laboral, sin embargo esta alternativa es vista como última opción, ya que esta ayudara a los gastos de la educación de los hijos, por lo tanto en ambos padres surge la culpa, el padre puede sentir que no cumple con su rol como proveedor y la mujer por desatender a sus hijos. Los padres tienden a ser autoritarios, este tipo de estilo se caracteriza por la preferencia en el tipo de disciplina de tipo coercitivo, poca comunicación, así como la disminución de la expresión de la afectividad.

b) familias en transición

Los roles se han transformado, sin embargo esto no quiere decir que se hallan eliminado. Tanto la mujer como el hombre forman parte fundamental en la familia. El hombre que anteriormente solo tenía el rol de proveedor, ahora participa en las tareas domésticas y la crianza de los hijos, aunque en las tareas en las que el padre participa están estrechamente relacionadas con la crianza, sin embargo su función es de apoyo a la tarea de la madre.

En cuanto a la mujer aparte de contribuir a la maternidad y en las tareas domésticas, la mujer contribuye de forma económica en el hogar, sin embargo algunas de ellas consideran como un ingreso secundario, atribuyendo al hombre la responsabilidad fundamental del sostenimiento en el hogar. Con referente a la

parentalidad, tanto el hombre como a mujer se comparten la responsabilidad de educar a sus hijos, compartiendo la autoridad, procurando menos daños físicos, ante las falta de los hijos, mantienen una mejor comunicación así como la expresiones afectivas tanto en los hijos como en la pareja.

c) Familias no convencionales

Se alejan del esquema de los roles del hombre y la mujer. Las mujeres son más participativas en el campo laboral, ya que tiene altos ideales personales. En cuanto al soporte económico se asemeja a la figura del hombre. Con referente a la maternidad, la mujer está más alejada de las labores domésticas y la crianza del hogar por lo que desplazan la responsabilidad de la crianza de los hijos a otras personas, dando importancia a la realización profesional.

Según Buttin y Meler (como se citó en Valdés, 2007), estas parejas manifiesta un alto grado de conflicto asociado al hecho de invertir los roles culturalmente establecidos, ya que en ambos casos puede presentar una disminución de la autoestima.

2.17. Tipología de la familia según su composición

a) Familias nucleares

Este tipo de familia, está compuesto por ambos padres, unidos en matrimonio y los hijos viviendo bajo el mismo techo. Este tipo de familia es el más predominante en casi todas las sociedades, ya que se considera el tipo ideal en la sociedad, en México el 67% de las familias son nucleares.

Donoso y Villegas (como se citó en Valdés, 2007), quienes compararon el ajuste emocional y conductual de niños provenientes de familias nucleares con niños

provenientes de familias separadas. Los autores encontraron que la proporción de niños que presentaban problemas de ajuste emocional y conductual (agresividad, retraimiento, inmadurez, control de esfínteres, ansiedad, imagen disminuida y temores) fue significativamente menor que las familias nucleares.

b) Familia extensa

Es aquella familia que abarca tres o más generaciones viviendo bajo el mismo techo.

c) Familias monoparentales

En este tipo, existen dos formas de familias monoparentales, la que primera forma de familia monoparental es la que resulta cuando la pareja decide no seguir viviendo junta y separarse o divorciarse y por lo tanto el progenitor se queda al cuidado de los hijos; la segunda forma de familia monoparental es aquella en la cual existe un duelo por la muerte de la pareja. Esto produce que la familia entre en crisis y tenga que reajustar sus reglas, límites, dinámica familiar, por lo consiguiente el padre a cargo tiende a ser indulgentes o negligentes hacia los hijos, por la falta tiempo, compensar los malos momentos que pasaron los hijos o por un inadecuado establecimiento de reglas.

Las consecuencias para los hijos. Los problemas que se han identificado en los niños y adolescentes son de dos tipos, el primero son externos, el cual abarca trastornos de conducta, agresividad, desobediencia, etc.; el segundo es interno abarca trastornos de ansiedad, depresión etc.

Por lo tanto, algunas investigaciones como las realizadas por Amanto (como se citó en Estévez y Musitu, et al., 2016) se han encontrado niveles más elevados de ansiedad y depresión en niños de padres divorciados.

Sin embargo es importante la existencia de una relación positiva entre los padres e hijos, ya que protege a los hijos de conductas de riesgo que pudieran estar expuestos; por otro lado una relación negativa como baja inconsistencia en los estilos de crianza aumenta la probabilidad que los hijos presenten un desajuste social y emocional, por lo tanto un alto nivel de conflicto en las relaciones entre los progenitores e hijos potencia el riesgo de efectos negativos en los niños y adolescentes.

d) Familias reconstituidas

Este tipo de familia tiene como característica principal que un cónyuge proviene de una unión anterior por lo tanto tienen experiencia previa de familia así como expectativas en cuando a la vida y al cuidado de los hijos.

Los factores relacionados a este tipo de familia son el incremento de la esperanza de vida de las personas, el aumento de las tasas del divorcio, reconocimiento social.

Para las familias constituidas la importancia recae en la relación sólida que desarrolle la pareja, así como la de los hijos con la nueva pareja de la madre o el padre, ya que será un aspecto decisivo para el desenvolvimiento de las familias. En determinadas familias constituidas existe la fantasía por parte del cónyuge que la nueva pareja va aceptar el papel del padre biológico y por lo tanto asumirá las funciones de autoridad paterna, ocasionando conflictos entre los hijos, así como en pareja.

Por lo consiguiente la forma ideal que debe funcionar es que el nuevo integrante de la familia es como una persona comprensiva, cariñosa, dispuesta al dialogo que se preocupa por la educación de los hijos sin embargo va actuar como soporte por parte del progenitor sin asumir cargos de autoridad, conforme la familia se valla adaptando a la nueva dinámica familiar, el nuevo integrante podrá obtener una relación más estrecha con los hijos, donde habrá confianza en la cual podrán compartir preocupaciones etc.

Las consecuencias para los hijos. Este tipo de familia tiene más riesgo de presentar problemas en las relaciones familiares, por la presencia de padrastro o la pareja de uno de los padres, hermanastros, como menciona Isaacs (como se citó en Valdés, 2007) los hijos que provienen de familias reconstituidas existe el mayor riesgo de presentar problemas conductuales, sin embargo esto efectos la mayoría de los casos solo se presentan en el inicio de la transición por lo tanto no se mantienen en un periodo largo.

Por otro lado, solo un tercio de los padrastros, logran tener una relación satisfactoria con los hijos de la pareja, mientras que el resto se observa una relación de baja implicación (Cantón, Cortés y Justicia, 2002; en Estévez y Musitu, et al., 2016).

e) Familias homoparentales

Debido a la particularidad de este tipo de familia una de las variables que se ha analizado en investigaciones es el rechazo social que se realiza a sus integrantes; sin embargo las investigaciones han demostrado que no existe una diferencia entre familias homotarentales de familias heteroxesuales (Gonzales y Sánchez, 2003; en Estévez y Musitu, et al., 2016).

Por lo anterior una red de apoyo que es importante para este sistema familiar son las amistades, las cuales son de la misma orientación sexual, ya que brindan apoyo emocional así como el vínculo de pertenencia.

Las consecuencias para los hijos. Por lo tanto como se mencionó anteriormente debido a la especial atención en el desarrollo emocional y social de los hijos, algunos investigadores como Pedreira, Rodríguez-Piedra y Seoane (como se citó en Estévez y Musitu et al., 2016) coinciden que el ajuste social de los niños y adolescentes es similar al de las familias heterosexuales.

Siguiendo la misma línea, Estévez y Musitu et al., (2016) menciona que grandes asociaciones en el campo de la Psiquiatría y Psicología como la Asociación Americana de Psiquiatría, Asociación Americana de Psicología y la Asociación Americana de Pediatría han confirmado que los niños que crecen con padres homosexuales muestran los mismo niveles de funcionalidad emocional, cognitiva y sexual que aquellos niños con padres heterosuxuales.

f) Uniones libres

Este tipo de familia se caracteriza cuando los miembros de una pareja han decidido vivir juntos, es decir la pareja está unida por lazos afectivos, sin formalizar la relación a través del vínculo legal del matrimonio, este tipo de uniones puede deberse a un conjunto de complejos factores culturales, económicos y sociales. En Latinoamérica se puede dividir las uniones en tradicionales y modernas, las primeras se debe al producto del machismo y la segunda a una elección por parte de las parejas.

Consecuencia para los hijos. Anteriormente las parejas que establecían una relación de unión libre no tenían hijos, sin embargo esto ha estado cambiando, ya que pueden estar formados por dos padres biológicos o por un padre biológico y otro no, por lo tanto los efectos positivos o negativos varían dependiendo la situación en la que se encuentre la familia, como menciona Booth (como se citó en Valdés, 2007) los niños con dos padres biológicos tiene mejor interacción social, sin importar el tipo de unión.

g) Divorcio

Anteriormente el divorcio estaba visto como un signo de inestabilidad y sancionado socialmente. Sin embargo conforme los cambios sociales y el aumento de las cifras de divorcios, ha perdido en gran parte su sanción social.

Por lo general el divorcio es resultado de conflictos que se presentaban anteriormente en la pareja, sin embargo en algunos casos las parejas adoptan de otra manera la problemática ocasionando que el conflicto no desaparezca después de la ruptura.

Consecuencias para los hijos. En cuanto a los efectos que causan a los hijos existen diversos autores como señala Hetherington y Stanley-Hagan (como se citó en Valdés, 2007) el haber vivido un divorcio está asociado con una probabilidad mayor de lo normal en los hijos de tener una relación débil con los padres, de sentirse solos y de experimentar muchos problemas de salud, tanto físicos como emocionales.

Otro estudio realizado por Takeuchi et al. (como se citó en Valdés, 2007) encontraron que las personas que experimentaron la muerte o separación de un padre,

especialmente del padre del mismo sexo en su niñez, reportaron mayores cuadros depresivos.

Por otro lado también se realizaron investigaciones sobre los efectos que producen en los adolescentes, ya que si bien parecen disponer de las capacidades cognitivas para la comprensión del divorcio, así como redes de apoyo, no están exentos de los efectos negativos del divorcio. Estudios realizados por Sánchez, Valdés y Castro (como se citó en Valdés, 2007) con adolescentes mexicanos que presentan conductas delictivas y abuso de sustancia, la mayoría proviene de padres divorciados o separados.

Despert, Ackerman, Dolto y Rice (como se citó en Valdés, 2007) sostiene que es mucho más nocivo que un divorcio el que los hijos vivan en una situación familiar caracterizada por falta de afecto y agresividad constante entre ambos padres. Sostienen que la armonía familiar es más importante para el desarrollo de los hijos que si los padres viven juntos o no.

Por consiguiente los efectos no son causados por el divorcio directamente sino por los factores que se asocian a este ya sea por el nivel de conflicto entre ambos padres, así como la falta de implicación de ambos padres hacia el hijo.

2.16. Las familias con Hijos Adolescentes

Con el paso del tiempo la familia debe pasar por diversas situaciones que brinda ideas de cambios y ajustes en los roles o tareas que enfrentara como sistema, esto se debe al desarrollo de sus integrantes y por lo tanto una de las etapas importantes en el sistema familiar es cuando se decide la construcción de la familia propia, es decir la pareja toma la decisión de formar su propia familia de tal modo que la familia por su

capacidad de flexibilidad, tendrá que realizar ajustes necesarios como lograr la independencia económica, la elaboración de un proyecto de vida, así como ajuste de roles.

Esto le permitirá pasar a la siguiente etapa que sería la familia con hijos pequeños, donde el sistema marital se ajusta a la entrada del nuevo integrante, se reorganizan los roles de pareja para dar entrada a los roles paternos y dar surgimiento de las tareas de crianza (Estilos de socialización parentales).

Posteriormente surge la etapa de la familia con hijos adolescentes, en esta etapa vuelve a ver un ajuste de roles; durante esta etapa vuelve a plantearse la relación de pareja, ya que los hijos incrementan sus actividades fuera del hogar, por lo tanto los padres procuraran el desarrollo de su autonomía en relación a la toma de decisiones a través de los estilos de socialización parentales.

Como se puede apreciar la importancia de la familia no disminuye, sino que al contrario cuando el ser humano alcanza la adolescencia, la familia desempeña un importante papel hacia los hijos, ya que dependiendo la relación entre sus integrantes, generará la confianza necesaria así como la competencia para afrontar la transición de la infancia hacia la edad adulta, de igual manera los adolescentes formaran su identidad, desarrollaran habilidades sociales para establecer a futuro relaciones de amistad o de pareja.

De tal manera como menciona Estévez, Jiménez y Musitu (2007) los padres siguen jugando un papel crítico en su desarrollo. Sin embargo si la interacción entre padres e hijos no es adecuada y positiva, pueden aparecer problemas que

desestabilizarían la dinámica familiar. Además mientras los hijos eran todavía pequeños las formas de funcionamiento y organización familiar validas hasta el momento, resultan inadecuadas ahora que los hijos son adolescentes por lo que los padres y los hijos deben reorganizarse y adaptarse a la nueva situación.

Así que dentro de la relación entre padres e hijos, en el contexto español autores como Musitu, Buelga, Lila y Cava (como se citó en Estévez, Jiménez y Musitu, 2007) realizan un modelo de “estrés familiar en la adolescencia”, el cual trata de explicar el comportamiento de las familias con hijos adolescentes así como los cambios asociados.

Por lo anterior este modelo está enfocado sólo en las familias con hijos adolescentes, el cual trata de explicar porque ciertas familias atraviesan satisfactoriamente eventos estresantes, así como cambios vitales, mientras que otras no lo logran, a través de la disponibilidad de ciertos recursos que dispone la familia, los cuales constan de tres dimensiones fundamentales para explicar el funcionamiento del sistema familiar: el primero es la cohesión o vinculación emocional, el segundo es la adaptación o flexibilidad y el tercero es la comunicación.

Tabla 5

Estrés Familiar en la Adolescencia Aspectos a tener en cuenta.

- La familia dispone de dos recursos fundamentales para hacer frente al estrés: un funcionamiento familiar satisfactorio y una comunicación familiar positiva y abierta.
- Los aspectos principales de funcionamiento familiar son: la capacidad para adaptarse a la nueva situación (flexibilidad) y la unión afectiva de los integrantes de la familia (vinculación emocional).
- Los aspectos principales de la comunicación familiar son: la existencia del libre intercambio de opiniones en un ambiente de comprensión y satisfacción, y la evitación de una comunicación excesivamente crítica y negativa.

Tabla 5. Estrés Familiar en la Adolescencia: Aspectos a Tener en Cuenta

Fuente: Recopilado de Estévez, Jiménez y Musitu (2007)

En lo que respecta a las dos primeras dimensiones, si se presenta elevados niveles de vinculación emocional entre sus integrantes, así como la flexibilidad en cambiar o adaptar las normas, tiene un funcionamiento satisfactorio. De tal manera si dentro de la familia existe poca vinculación emocional, la familia va tener un funcionamiento inadecuado.

De las dos dimensiones mencionadas se derivan varios tipos de familias con hijos adolescentes (Estévez, Jiménez y Musitu, 2007).

Familias altas en funcionamiento familiar: son familias con uno o varios hijos adolescentes que mantienen un elevado grado de vinculación emocional entre sus miembros y son capaces de adaptar la estructura y normas familiares en coherencia con las nuevas demandas que realizan los hijos.

Familias bajas en funcionamiento familiar: son familias cuyos hijos han entrado en la edad adolescente y que, frente a las nuevas demandas de éstos, han disminuido el grado de vinculación emocional y no han flexibilizado la estructura y normas familiares.

La tercera dimensión, es la comunicación entre los padres e hijos adolescentes, la cual facilita la función e interacción entre sus integrantes. En esta dimensión se encuentran la comunicación abierta, la cual permite un flujo de información por lo tanto facilita la comprensión; por otro lado se encuentra la comunicación problemática, la cual es poco eficaz o negativa por lo tanto van a carecer de entendimiento entre sus integrantes. De estas dos dimensiones se permite diferenciar dos tipos de familias con hijos adolescentes (Estévez, Jiménez y Musitu, 2007).

Familias altas en comunicación familiar: son familias que mantiene una comunicación abierta, libre, comprensiva y satisfactoria entre padres e hijos adolescentes.

Familias bajas en comunicación familiar: son familias que, con la llegada de los hijos a la adolescencia, han cerrado los canales de comunicación y ésta, si se da es de carácter problemático.

Por lo tanto este modelo considera tres dimensiones o recursos que dependiendo su nivel de implicación dentro del sistema familiar, es como se clasificaran las familias con hijos adolescentes ya que harán uso de estos recursos para facilitar la adaptación dentro del sistema familiar ante las demandas de cambios de los hijos adolescentes.

Los tipos de familia adolescente según Estévez, Jiménez y Musitu (2007) se clasifican en tipo I, II, III y IV.

- Familia Tipo I: son familias que tienen un funcionamiento familiar adecuado, con elevado grado de vinculación emocional, entre los miembros y de flexibilidad dentro del sistema, y al mismo tiempo, presentan una comunicación positiva entre padres e hijos adolescentes.
- Familias Tipo II: se trata de familias con hijos adolescentes que no logran un adecuado funcionamiento familiar, escasas vinculación y flexibilidad, pero consiguen tener una comunicación adecuada entre padres y adolescentes.
- Familias de Tipo III: en este caso, el funcionamiento es adecuado, pero la comunicación entre padres e hijos está cargada de conflictos.
- Familias Tipo IV: estas familias tiene bajos recursos en general, tanto en lo referente al funcionamiento familiar como en relación con la comunicación. Estas

familias son por tanto, las más problemáticas en el proceso de afrontamiento de los cambios a la adolescencia y por lo tanto tienen consecuencia en la conducta del adolescente.

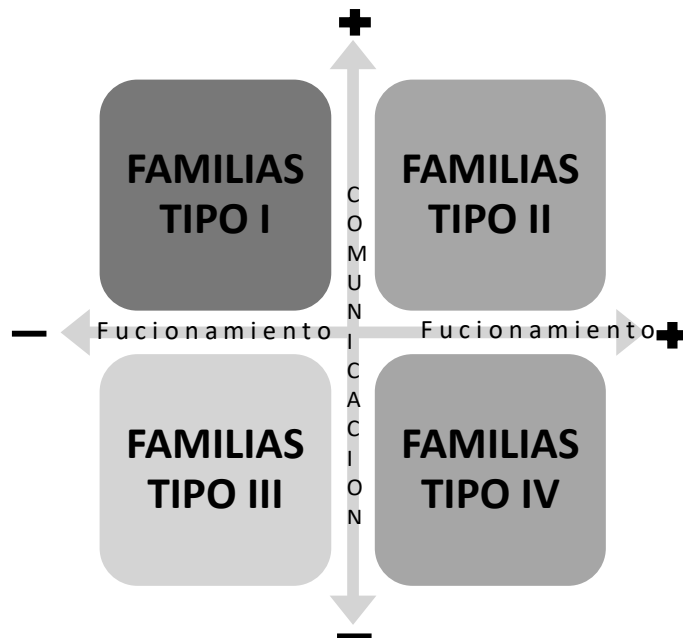


Figura 4: Tipos de Familias con Hijos Adolescentes
 Fuente: Recopilado de Estévez, Jiménez y Musitu (2007)

En la familia con hijos adolescentes, atraviesan por diferentes cambios que serán necesarios para el desarrollo de sus integrantes, una de ellos es la reorganización de roles, así como los estilos de socialización parentales serán diferentes a las que utilizaban cuando eran niños, por lo tanto la importancia de los recursos familiares (vínculo emocional, flexibilidad y comunicación) en la llegada de miembros adolescentes, no sólo serán necesarios para que grupo familiar se desarrolle adecuadamente, sino que contribuirá a los recursos personales de los miembros, en particular de los adolescentes, permitiendo lograr la autonomía, desarrollar la identidad, así como habilidades sociales, necesarias y fundamentales para la adolescencia.

Es decir que el ajuste de los hijos adolescentes en gran medida depende del ajuste del sistema familiar, ya que la familia proporciona herramientas necesarias para la integración al medio en el cual se desenvuelve, así como el desarrollo de sus integrantes.

2.17. La familia en la actualidad

Al comienzo del siglo XX se realizaron transformaciones en diversas áreas como la salud, política, económica así como social, modificando los valores, normas y tradiciones que regulaban anteriormente a las familias mexicanas, dando como resultado cambios en los tipos de familia así como en la concepción de la misma.

Una de las áreas de desarrollo que transformo la concepción de la familia fue la salud, el cual implica el aumento de la esperanza de vida, ya que anteriormente la vida en México era de 33 años, ha aumentado notablemente para el año 2000 la cual era de 73 años para hombres y de 78 años para las mujeres referencia.

Por lo tanto esto trae transformaciones dentro de las familias mexicanas la cual implica tiempo de vida en común en la pareja, así como la posibilidad de que los hijos efectúen estudios más prolongados, esto implica que las generaciones siguientes van a tener la oportunidad de convivir durante más tiempo.

Otra área es el descubrimiento médico, que constituye el surgimiento de los métodos anticonceptivos, el cual ofreció la oportunidad de planificar el número de hijos, en consecuencia del uso de métodos anticonceptivos fue la reducción de la familia mexicana.

Por lo consiguiente las parejas puedan dedicarle más tiempo a su preparación académica y profesional, sin las presiones de los hijos, tomando en consideración con mayor importancia a los valores de la realización profesional y personal.

Otro aspecto importante que surgió en México y originó un cambio en el sistema familiar, las mujeres adquirieron el derecho a votar, así como la participación al mercado laboral y educativo, transformando la concepción de la mujer, así como los cambios en los papeles de género propiciando cambios de valores dentro de la familia tradicional mexicana.

De tal manera es importante considerar el contexto histórico por el cual las teorías relacionadas a la familia surgieron, ya que algunas definiciones de la familia se podrían descartar por el desarrollo de diferentes áreas, transformando a la familia tradicional de México y por lo tanto empleando estilos predominantes de socialización parental para socializar a los adolescentes.

Por lo anterior surgieron investigaciones (Donas, 2001; en Verdugo, Aguelles, Guzmán, Márquez, Montes y Uribe, 2014) que han señalado que la familia ha perdido gran parte de su influencia respecto a la transmisión o imposición de valores. Por otro lado (Chen y Kaplan, 2001; en Verdugo, Aguelles, Guzmán, Márquez, Montes y Uribe, 2014) reconocen la función paterna como un predictor importante en diversos aspectos, del desarrollo de los hijos; así como otros aspectos de la familia como la dinámica, estructura, comunicación y expresión de afectividad (Oliva, 2006; Barrera, 2010; en Verdugo, Aguelles, Guzmán, Márquez, Montes y Uribe, 2014). Por lo tanto se muestra la importancia de realizar investigaciones actuales de la familia así como de la función que desempeña.

2.2.1. La adolescencia

2.2.2. Introducción

El ser humano atraviesa por diversas etapas, transformándolo. La etapa de la adolescencia representa la transición de la niñez a la adultez, es una etapa en la que se lucha por la identidad personal y los cambios físicos, por ser un periodo crítico, la familia tiende a ser un soporte emocional ante las dificultades del adolescente. Esta etapa inicia con la pubertad o comienzo de la edad fértil, se ha visto envuelta en una variedad de rituales, en los cuales se reconoce el comienzo de la capacidad reproductiva Hurlock (como se citó en García, 2006)

Este periodo por ser difícil de conceptualizar, ya que se da por hecho que los sujetos por el simple hecho de encontrarse en la adolescencia, tiende a pasar por los mismos cambios, sin tomar en cuenta que las conductas de los adolescentes difieren, ya que cada individuo es diferente. Por lo tanto en esta investigación no se enfocara en dar una definición específica de la adolescencia pero si en los cambios físicos, cognoscitivos y socio-emocionales generales.

2.2.3. Definición de la adolescencia

Etimológicamente la palabra adolescencia es un término que deriva de la voz latina “adolescere”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, por lo tanto la adolescencia es un periodo de transición que media entre la niñez y la edad adulta.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la vida adulta, ente los 10 a 19 años, considerándola un periodo de transición y crucial importancia.

Si bien en la actualidad existen diversas teorías, con respecto a este proceso de investigación se tomara Broocks (como se citó en García, 2006) quien denomina adolescencia al periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los 12 o 13 años hasta los 20 años. Menciona que durante el transcurso de esta época es cuando las funciones reproductoras alcanzan la madurez y se presentan cambios físicos mentales y morales los cuales se producen de forma simultánea.

2.2.4. Cambios físicos en la adolescencia

En la adolescencia atraviesan por una serie de cambios físicos importantes, entre ellos la estatura, el peso, el cual comienza en las niñas entre 9 y los 14 años; mientras que en los niños ocurre entre los 10 y los 16 años.

En ambos sexos no todas las partes del cuerpo maduran con la misma rapidez, durante este periodo la cabeza, las manos y los pies crecen primero. Posteriormente los últimos en crecer son los hombros y el tronco.

Dentro de los cambios físicos que atraviesan los adolescentes, se encuentra la aparición de las características sexuales primarias, es decir los órganos necesarios para la producción; posteriormente las características sexuales secundarias, es decir los signos fisiológicos de la madurez sexual, que no implica directamente los órganos reproductivos, a continuación en la tabla seis observaremos las diferencias más claras de estas dos características.

Tabla 6

Cambios físicos en la Adolescencia

<i>Características Sexuales primarias</i>	<i>Características Sexuales Secundarias</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Con respecto a las mujeres, las estructuras del cuerpo involucradas son los ovarios, el útero. Durante la pubertad, estos órganos se agrandan y maduran.</i> • <i>En las mujeres aparece la menarquia.</i> • <i>Con respecto a los varones, los testículos, el pene, la glandula prostática y las vesículas seminales, maduran en esta etapa.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • En las mujeres incluyen características como el crecimiento de las glándulas mamarias. • En los hombre el ensanchamiento de los hombros • A algunas características generales son, el cambio en la voz, textura de la piel, el vello púbico, facial, en las axilas.

Tabla 6. Cambios Físicos en la Adolescencia

Fuente. Elaboración propia.

2.2.5. Cambios cognitivos

Otra área importante en la adolescencia, es la de las funciones y desarrollo cognoscitivo, La cognición son aquellos procesos por medio de los cuales el individuo aprende e interpreta, dando significado a un objeto o ideas o conjunto. Por consiguiente los procesos cognitivos entre los cuales se encuentra la percepción, sensación, identificación, asociación, pensamiento, memoria, concepción de ideas, así como la solución de problemas, permitirán que el individuo adquiera conciencia y conocimientos cerca del entorno (Harrocks, 1984; citado en Alcantar, 2002).

Por lo tanto, la estructura cognitiva va ser un patrón organizado de pensamientos o acción que se usa para afrontar o explicar algún aspecto de la experiencia (Estévez, Musitu et al. 2016)

El autor Jean Piaget que abordó el desarrollo cognitivo recibió un gran impacto en la Psicología del desarrollo, debido a la profundidad de sus planteamientos, los cuales eran fundamentados por sus observaciones y experimentaciones.

Piaget trato de descubrir la ontogenia de las funciones cognitivas, es decir el desarrollo de la cognición a través de la diferentes etapas del ciclo vital. Considero que a medida que los niños maduran adquieren estructuras cognitivas cada vez más complejas que ayudan a adaptarse a la exigencias del ambiente. Por lo tanto la meta de la inteligencia es siempre la adecuada adaptación al ambiente en la búsqueda del equilibrio, entre las estructuras internas, (la asimilación y acomodación) y la información del ambiente en la vida diaria, para entender el mundo que los rodea (Estévez, Musitu et al., 2016).

Debido a que las estructuras cognoscitivas adoptan diferentes formas en función de la maduración y la edad Piaget desarrollo cuatro estadios del desarrollo cognoscitivo. Sin embargo los estadios que abordaremos de manera más específica son los últimos que corresponden para este trabajo de investigación.

- La etapa de las operaciones concretas que comprende de los 7- a los 11 años aproximadamente, en este estadio los niños empiezan a pensar de forma lógica por lo tanto ya no pueden ser engañados por las apariencias, comienzan a clasificar y comprender conceptos, los cuales pueden ser aplicados a operaciones, objetos o eventos concretos.

- La etapa de las operaciones formales, comprende desde los 11 años en adelante. En este estadio el pensamiento lógico ya no es limitado a situaciones concretas u observables, sino a situaciones abstractas. Los adolescentes disfrutan valorando cuestiones hipotéticas y como resultado, pueden convertirse en seres idealista. Son capaces de aplicar el razonamiento hipotético- deductivo sistemático que les permite considerar muchas soluciones posibles a un problema y escoger la respuesta correcta (Estévez, Musitu, et al., 2016).

Tabla 7

Estadios del Desarrollo Cognitivo

ESTADIOS	EDAD	CARACTERISTICAS
Sensoriomotor	<ul style="list-style-type: none"> • 0-1 meses • 1-4 meses • 4-8 meses • 8-12 meses • 12-18 meses • 18-24 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de reflejos • Esquemas simples de acción • Inicio de la intencionalidad • Experimentación activa de nuevas coordinaciones • Inversión representativa de nuevas coordinaciones
Preoperacional	<ul style="list-style-type: none"> • 2-7 años • 2-4 años • 4-7 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Organización de esquemas representativos interiorizados • Pensamiento simbólico y preconceptual • Pensamiento intuitivo
Operaciones concretas	<ul style="list-style-type: none"> • 7-11 años 	Operaciones vinculadas a los objetos
Operaciones formales	<ul style="list-style-type: none"> • 11-16 años 	Operaciones desvinculadas de los objetos

Tabla 7. Tabla de Estadios del Desarrollo Cognitivo según Piaget
Fuente. Recopilado de Estévez y Musitu et al. (2016)

En la familia, los valores, los juicios morales y las tradiciones culturales, como menciona Valdés (2007) son modelados por los padres y transmitidos a los hijos de manera intencional o no, a través de la comunicación verbal y no verbal, ya que va ser en la familia donde los hijos realizaran la concepción del mundo que les rodea.

La adquisición de valores morales permitirá a los niños ser conscientes de sus sentimientos así como de los demás, el desarrollo de la conciencia moral inicia en la infancia a través del aprendizaje observacional, los castigos y recompensas, poco a poco el niño lo interiorizara y tomara conciencia para poder más adelante en la adolescencia hacer los suyos y darles forma individual, pudiéndolos comparar con otros sistemas.

El desarrollo del razonamiento moral en la adolescencia, surgió por el teórico llamado Lawrence Kohlberg, quien desarrollo historias en las que la toma dediciones resultara complicada, ya que cada situación constituye respuestas negativas. Sin embargo en la realidad no hay respuestas correctas, de ahí surge los dilemas morales, el dilema moral más reconocido por este autor es el de “Heinz, cuya esposa está muriendo”.

A través de estas historias analizó las respuestas de niños, adolescentes y adultos, descubrió tres etapas del razonamiento moral: preconvencional, convencional y posconvencional; y a su vez cada uno se divide en dos etapas. Las primeras etapas se basan en los factores externos, y en función de los niveles más avanzados corresponden a procesos más internos del individuo.

1. El nivel preconventional: este razonamiento se basa a factores externas, lo controlan exclusivamente con el castigo y el premio en caso de los niños y adolescentes, por medio de la orientación a la obediencia e instrumental.
2. El nivel convencional: buscan la orientación moral a través de la sociedad, es decir por las normas interpersonales y la moral del sistema social.
3. El nivel posconvencional: hace referencia al código personal, por medio de los principios éticos personales del individuo.

2.2.6. Desarrollo socio-emocionales

a) Desarrollo emocional

La emoción según Gesell (como se citó en García, 2002) sugiere que es un estado de ánimo exaltado. Las emociones que se experimentan los individuos juegan un papel fundamental en la interacción social, ya que con la influencia de las emociones le damos significado diferente a nuestras experiencias e interpretamos información del contexto que nos rodea.

Las emociones ejercen un rol importante en la vida del individuo brindando significado a determinados acontecimientos que nos permitirán un mejor entendimiento del ambiente, por lo tanto las emociones se pueden clasificar en: Primarias, que son consideradas respuestas universales, innatas; un ejemplo de ello puede ser el miedo. Y secundarias, que resultan de la combinación de las emociones primarias y están condicionadas por la sociedad y la cultura.

De acuerdo con Gesell, el crecimiento emocional es un proceso progresivo de formación de patrones que tiñe múltiples situaciones de la vida cotidiana. Este proceso

involucra, la red de relaciones interpersonales, que se extienden a las rutinas de cuidado personal, los intereses y actividades del hogar, escuela y familia (Alcantar, 2002).

Este crecimiento emocional está relacionado con el ciclo vital de los sujetos por lo tanto es gradual e implica todas las circunstancias que se experimenten en la vida, así como las relaciones significativas de los individuos. Así que Gesell trató de explicar el desarrollo emocional a través de “gradientes de crecimiento”, el cual explica como el clima emocional cambia año con año conforme al acenso del nivel de madurez general, es decir, acuerdo con el desarrollo del individuo.

Gesell reconoce que ciertas características emocionales persistentes podrían atribuirse al carácter innato, sin embargo menciona que existen otras características individuales que remontan a las experiencias vitales (Alcantar, 2002)

Por lo tanto el desarrollo emocional del adolescente no se encuentra limitada, sino que abarca una innumerable cantidad de emociones y sentimientos que pueden ser expresados o reprimidos por situaciones específicas, contribuyendo por un lado al carácter innato y por otro a las experiencias de los adolescentes; sin embargo las características de los gradientes de crecimiento, sólo se enfocara en la edad de 12 a 14 años, la cual se observara a continuación en la tabla 8.

Tabla 8

Gradientes del crecimiento

12 años	Se considera expansivo, extrovertido, entusiasta, generoso. Los padres mencionan que constituye una buena compañía, mostrándose amistoso, comprensivo, reflexivo, ameno y razonable. Tiene muchos temores, pero menos preocupaciones, menos llanto y celos.
13 años	Se caracteriza por ser reflexivo, reservado, tranquilo, dueño de sí.
14 años	Es expansivo, extrovertido, entusiasta y lleno de energía. Tiene cierto amor propio y le gusta competir. Puede experimentar en realidad una mayor confusión y desconcierto íntimos, lo que pareciera indicar su actitud independiente y segura de sí misma. La cólera es menos frecuente y la manifiesta más verbal que físicamente o bien opta por retirarse

Tabla 8. Tabla de Gradientes del Crecimiento "Emociones en General"
Fuente. Recopilado de Gesell (citado en Alcantar, 2002)

b) Desarrollo social

Por un lado se encuentra Albert Bandura quien se alejó del conductismo para centrarse en el aprendizaje humano el cual llamo aprendizaje social o aprendizaje vicario.

Observó que los niños no sólo adquieren nuevas conductas sólo con refuerzo, sino también observando e imitando a las personas a su alrededor. Estas personas actúan como modelos de conducta hacia los niños, por lo tanto los niños aprenderán por medio de ellos, las conductas que son apropiadas para la sociedad, sean favorables y saludables o no para su desarrollo, sin embargo para considerar la elección del modelo o la conducta a imitar dependerá del prestigio social, es decir de lo reforzada de la conducta por la sociedad.

Por lo tanto Bandura (como se citó en Estévez y Musitu et al., 2016) formulo la idea de refuerzo vicario que es el premio o aprobación que recibe el modelo por su

conducta, en función de este refuerzo, la persona imitara o no la conducta sin necesidad de ser reforzada directamente.

En cambio, Erikson (Feldman, 2008) explica el desarrollo socio-emocional en etapas así como sus complicaciones, describió ocho etapas del desarrollo (Tabla 9), donde el éxito dependerá de la integración de las etapas anteriores, sino habrá una confusión en la misma.

Tabla 9

Desarrollo socio-emocional de Erickson

Etapas	Edad	Eventos significativos
• <i>Confianza vs desconfianza</i>	Desde el nacimiento a los 12-18 meses	Desarrollo del vínculo de la madre e hijo, a través de la alimentación.
• <i>Autonomía vs vergüenza y duda</i>	18 meses a 3 años	Control de esfínter
• <i>Iniciativa vs culpa</i>	3 a 6 años	Independencia
• <i>Laboriosidad contra inferioridad</i>	6 a 12 años	escuela
• <i>Identidad con confusión de identidad</i>	Adolescencia comprende 12 años a 20 años	Se dan las relaciones entre compañeros
• <i>Intimidad frente al aislamiento</i>	20 a los 40 años	Relaciones amorosas
• <i>Capacidad generativa contra estancamiento</i>	40 a 60 años	La paternidad
• <i>Integridad del yo frente a la desesperación</i>	60 años hasta la muerte	Se inicia con la reflexión sobre la vida y aceptación de la vida.

Tabla 9. Desarrollo socio-emocional de Erik Erikson.

Fuente. Elaboración propia.

Sin embargo con el propósito de esta investigación se abordara con detalle sólo la etapa que abarca la adolescencia.

Identidad vs difusión de identidad: esta etapa comprende desde los 12 años hasta los 20 años, en esta etapa se da por concluido la niñez, apareciendo nuevas responsabilidades para el adolescente. El problema central de esta etapa es la búsqueda de la identidad, que se lograra a partir de los diferentes roles que forma parte el adolescente, en la escuela, familia, amigos, etc. Por otro lado si el adolescente no logra forjarse una identidad, le generara un estado de confusión de los roles.

Por otro lado, siguiendo casi la misma línea de investigación, pero con un enfoque sociocultural se encuentra Lev S. Vygotsky (como se citó en Estévez y Musitu, et, al., 2016). Quien se interesó en el desarrollo de los procesos psicológicos superiores como el lenguaje y el pensamiento.

En relación al lenguaje y pensamiento sugiere que a través de la acción con el medio los individuos desarrollan las funciones como el lenguaje y el pensamiento, tomando en cuenta el contexto histórico y la cultura.

Palacios (como se citó en Estévez, Musitu, et al., 2016) menciona que el lenguaje, símbolos y el conjunto de herramientas culturales son instrumentos que median nuestra relación con el entorno, de tal forma que lo que determina la conducta no es un estímulo sino los procesos psicológicos superiores adquiridos (lenguaje y pensamiento), primero en una escala evolutiva histórico-sociocultural y segundo en la escala del desarrollo individual.

Es decir el niño a través de la interacción de la sociedad o comunidad en la que vive, va incorporándose de conocimiento, actividades, metas y recursos culturales que

le serán de utilidad para su supervivencia, surgiendo la internalización sociocultural individual para formar parte de la sociedad.

Un concepto que formula Vygotsky (como se citó en Estévez y Musitu, et al., 2016) para la comprensión de su teoría es la Zona de Desarrollo próximo. Es decir el niño va construir su conocimiento con sus propias capacidades; sin embargo en cierto momento va necesitar la ayuda de un adulto para que sea capaz de guiar su aprendizaje.

Si bien Vygotsky menciona que los procesos cognitivos surgirán dentro de la sociedad en primera instancia que proporcionará al individuo herramientas, con las cuales desarrollar sus procesos cognitivos, que en ocasiones necesitará la ayuda de adultos para la construcción del mismo, que posterior mente interiorizara para volver al contexto social.

2.3.1 Depresión

2.3.2. Historia de la depresión

La depresión en la actualidad ha tenido mayor difusión, ya que como mencionamos, cada día, va en aumento la población adolescente que sufre este padecimiento. Sin embargo, Jackson (como se citó en Korman y Sarudinsky, 2011) sugiere que el concepto de depresión es relativamente reciente, en la lengua inglesa este concepto aparece durante el siglo XVII, sustituyendo a la melancolía (proviene del griego melas=negro y xolia=humor). Por lo tanto se puede concluir que este padecimiento ha existido desde la antigüedad y que la palabra melancolía, así como la depresión van a tener un proceso de considerable evolución en cuanto a la clasificación y consideración del término, ya que como menciona Ledezma y Pérez (2006) la historia de la depresión es la historia de la melancolía.

Cuando se habla por primera vez de esta terminología, fueron en los escritos de Hipócrates, “teoría de los humores”, los cuales se consideran una de las más importantes aportaciones de la Medicina así como de la Psicología, relacionaba a la bilis negra con la melancolía, según Ledezma y Pérez (2006). Hipócrates afirmaba que si el miedo y la tristeza perseveran mucho tiempo, hay melancolía”, por lo tanto consideraba a la bilis negra como el agente causal de ésta, su exceso o alteración cualitativa, altera el equilibrio de los humores.

Por otro lado, Empédocles basándose en la teoría de los humores de Hipócrates, menciona de igual manera que el desequilibrio de estos puede causar la enfermedad, cabe mencionar que esta clasificación surgió basada en los cuatro elementos, que se sitúan en el corazón. Por lo consiguiente podemos ver en los escritos del texto de

Homero “la Ilíada y la Odisea” como el autor nos expresa los deseos, paciones y estados en el individuo de la antigua Grecia.

En la edad media, en especial San Agustín de Hipona, menciona que la enfermedad se origina por posesión demoniaca y para curar ese estado es necesario la realización de exorcismos.

En la era del renacimiento, donde se realizaron grandes trasformaciones científicas, Francisco Versalles, rechaza el concepto de enfermedad que se había estado manejando en la edad media, mencionando que la melancolía es producirá por causas naturales, por lo tanto se comienza a realizar investigaciones sobre la “melancolía”, teniendo en consideración las alteraciones biológicas y fenomenológicas.

Posteriormente Phillipe Pinel (como se citó en Ledezma y Pérez, 2007) indico que el pensamiento de los melancólicos se encontraba centrado en un objeto de manera obsesiva y que la memoria y la asociación de ideas esta frecuentemente perturbadas conduciendo en ocasiones al suicidio.

En la segunda mitad del siglo XIX Emil Kraeplin utiliza el término de “locura depresiva” en sus clasificaciones nosológicas, sin desprenderse del término melancolía para significar la enfermedad, y deja la palabra depresión para denominar un estado de ánimo, considerado que las melancolías eran formas de depresión mental, Conti (como se citó en Korman y Saudinsky, 2011).

Por otro lado Adolf Mayer (como se citó en Korman y Saudinsky, 2011) propuso eliminar el termino de melancolía y remplazarlo por la depresión. Por lo consiguiente se llegó a la conclusión de denominar a la depresión con melancolía, si había presencia de

síntomas, como pérdida de placer en casi todas las actividades, sentimiento de vacío, es decir que a pesar de que suceda algo bueno en el transcurso del día, y no haya ningún cambio en referente a la actitud del sujeto, llegando a la conclusión de que los síntomas eran suficientemente graves como para nombrarlos simplemente depresión.

2.3.3. Conceptualización de la depresión

La historia de la melancolía, nos da un panorama amplio de cómo fue conceptualizándose la depresión. Por lo tanto diferentes teóricos clasificaron y conceptualizaron la depresión, ya que en la actualidad, su etiología considera varios factores, entre ellos abarca los genéticos, ambientales y psicológicos.

Para comprender el concepto, es importante analizar los usos técnicos del término de depresión, Hernández y Sierra (2012) sugiere que existen tres usos técnicos del término: el primero de ellos es el humor depresivo, el cual se caracteriza por la falta de motivación, tristeza o desesperanza, así como anhedonia, por lo tanto se refiere a un estado psicológico no patológico, el cual es usado frecuente para describir el estado de ánimo en la adolescencia, siendo este es el primer criterio para diagnosticar la depresión, el cual se hablara más adelante; el segundo, es el síndrome depresivo, que está formado por un conjunto de síntomas, por ejemplo fatiga, alteraciones del sueño y humor depresivo; y finalmente el tercer término el cual hace referencia a la depresión clínica en el sentido del diagnóstico psiquiátrico, donde debe existir criterios específicos de sintomatología depresiva por lo menos dos semanas y afectación del funcionamiento social general.

Lara, Acevedo y López (como se citó en García, 2002) indican que la depresión, puede ser entendida como un estado de ánimo, como la presencia de sintomatología

depresiva y como trastorno clínico. Por lo tanto se considera que la depresión es uno de los estados psicológicos que afecta a la mayoría de las personas en algún momento de su vida; este estado puede ser transitorio o prolongarse más allá de meses o años. Además de que ante la diversa problemática que genera en los individuos, se ha reconocido en países con diversas culturas como el problema de salud mental más común. Por otro lado el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales aborda la depresión siguiendo varios criterios los cuales son:

Tabla 10

Criterios para el Diagnóstico de la Depresión

DSM-IV-RT	DSM-V
<ul style="list-style-type: none"> • El estado de ánimo deprimido. • Disminución de interés en las actividades que le producían placer al sujeto. • Pérdida o aumento de peso. • Insomnio o hipersomnia, casi todos los días. • Fatiga o Pérdida de energía casi todos los días. • Agitación o enlentecimiento psicomotor. • Sentimientos de inutilidad o culpabilidad. • Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, así como tomar decisiones • Puede tener pensamientos de muerte, ideación suicidas, o intento suicidio. • Estos síntomas deben ser clínicamente significativos, para que el sujeto se vea afectado en diversas áreas, sociales, familiares etc. • Estos síntomas han de presentarse durante el mismo periodo de dos semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo depresivo. • Disminución de interés en las actividades que le producían placer al sujeto. • Pérdida o aumento de peso. • Insomnio o hipersomnia, casi todos los días. • Agitación o enlentecimiento psicomotor. • Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. • Sentimientos de inutilidad o culpabilidad. • Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, así como tomar decisiones. • Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o tentativa suicida. • Estos síntomas deben ser clínicamente significativos para que el sujeto se vea afectado en diversas áreas sociales, familiares, etc. • Estos síntomas han de presentarse durante el mismo periodo de dos semanas.

Tabla 10. Criterios para el Diagnóstico de la Depresión.

Fuente: Elaboración propia.

Clasifican a la depresión mayor como:

- Leve: la presencia de pocos o ningún síntoma, más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, los síntomas producen poco deterioro del funcionamiento social o laboral.
- Moderado: el número de los síntomas, así como la intensidad están entre leve y grave.
- Grave: el número de síntomas supera notablemente a los necesarios para realizar el diagnóstico por la intensidad de los síntomas el sujeto presenta gran malestar que interfieren en el funcionamiento laboral, social o escolar.

Por otro lado el libro de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10), aborda la depresión considerándola en el apartado de los trastornos del humor (afectivos) cuya alteración fundamental es un cambio de humor o en la efectividad. Los episodios depresivos ya sean leves, moderados o graves el paciente sufre:

- Estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad.
- El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido.
- La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas, a menudo están presentes las ideas de culpa o inutilidad.
- Síntomas somáticos: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, enlentecimiento motor, pérdida peso, apetito, disminución de la libido.
- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

- No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir criterios de episodio maniaco o hipomaniaco.
- El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas.

Como podemos apreciar la depresión, es una problemática que ha existido desde la antigüedad y conforme el ser humano ha evolucionado, también el concepto se ha transformado, lo importante de destacar es que la sintomatología que presenta los sujetos debe ser claramente significativa que afecta diferentes áreas como social, familiar, pareja etc., y cumplir con los criterios necesarios, uno de ellos el tiempo para considerarse depresión. Sin embargo en la actualidad este problema mental es el más común en la población mexicana, en especial los adolescentes que son más vulnerables, ya que atraviesan por cambios físicos, cognoscitivos y socio-emocionales (OMS, 2018). Por lo tanto existen diferentes teorías o enfoques que explican la depresión así como su tratamiento.

Como mencionan Ledezma y Pérez (2006), existen diversas conceptualizaciones de la depresión, enfocadas por las diversas teorías psicológicas y sus autores, para la comprensión y entendimiento de dicho problema de salud social, que ha repercutido en millones de individuos mundialmente a lo largo de la historia. Por lo tanto con respecto a esta investigación el enfoque o teoría que va ser conceptualizada la depresión va ser Cognitivo-conductual.

2.3.4. Enfoque cognitivo conductual

El enfoque cognitivo-conductual, como su nombre lo indica surge de la unión del enfoque Cognitivo y del enfoque Conductual. Este modelo de tratamiento involucra al individuo en cuestión de sus pensamientos, emociones y conductas disfuncionales, generando un cambio y por aquellos pensamientos, emociones y conductas más adaptativos.

Por lo tanto, para el surgimiento del enfoque cognitivo conductual, hacen uso de aportaciones del modelo conductual, así como cognitivo, del primer modelo, las aportaciones más importantes son:

- Surge como alternativa de tratamiento, rechazando al modelo psicoanalítico.
- Estudios sobre el condicionamiento clásico de Pavlov, dando lugar al surgimiento del enfoque conductual, por el condicionamiento clásico.
- La ley del Efecto de Thorndike que situó las bases para el condicionamiento operante de Skinner.
- Albert Bandura, estableció una nueva forma de condicionamiento, el aprendizaje por observación, dando lugar a los procedimientos de modelado.

Posteriormente tras el surgimiento del enfoque conductual y sus limitaciones de estímulo-respuesta (conducta), se desarrolló un nuevo enfoque el Cognitivo, el cual realizo aportaciones importantes al enfoque cognitivo-conductual, los autores destacados y sus teorías son Albert Ellis “Terapia Racional Emotiva”; Aaron Beck “Terapia cognitiva”; Donald Meichenbaum “Entrenamiento de Autoinstrucciones” “La inoculación del estrés” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

La primera aportación fue por Albert Ellis, con Terapia Racional Emotiva conductual (TREC), la cual implica en:

- Considera al ser humano como un organismo complejo y biopsicosocial con una tendencia a establecer metas y propósitos, así como su capacidad de tratar de conseguirlos.
- Propone un modelo de ABC: el cual implica que los sucesos activadores (A), por sí sólo no generan consecuencias conductuales, emocionales o cognitivas (C), ya que dependerá de cómo el sujeto las interprete (B) dicho suceso activador.
- La concepción central, se encuentra en la distinción entre las creencias racionales e irracionales y cómo estas contribuyen en el desarrollo de los pensamientos, emociones y conductas, adecuadas o disfuncionales. Ya que los individuos tienden según la TREC a pensar irracionalmente o eligen cambiar sus creencias irracionales.
- Las técnicas que con mayor frecuencia se utilizan en la TREC pueden agruparse en técnicas cognitivas, conductuales y emotivas, si bien todas ellas tiene como objetivo primordial eliminar o reducir creencias irracionales, generar nuevas creencias funcionales, así como promover un estado más saludable en el individuo.

La segunda aportación fue por Aaron Beck en los años sesenta formula y desarrolla la terapia Cognitiva, la cual consiste en:

- El origen de la formulación de la terapia cognitiva, primero surge con la terapia cognitiva de la depresión, ya que Beck externa su descontento sobre los

resultados del enfoque psicoanalítico, así como sus investigaciones de la depresión.

- De este modo, Beck formula un modelo cognitivo para explicar los trastornos emocionales, inicialmente la depresión.
- El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimulantes no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo.
- Beck propone un modelo de organización cognitiva en el que se resalta el importante papel que juegan los esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos.
- La terapia cognitiva utiliza técnicas cognitivas, conductuales y emotivas para promover el cambio de los esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos. Muchas de las técnicas que utiliza, fundamentalmente las conductuales emotivas, teniendo como principal objetivo la modificación de cogniciones en lugar de conductas.

En la tercera aportación se ha descrito tres intervenciones cognitivas cuyo objetivo fundamental es el incremento de habilidades de afrontamiento para reducir el estrés y malestar emocional, así como para incrementar la autoeficiencia y la competencia personal. Estas intervenciones son: a) el entrenamiento de autoinstrucciones, 2) el entrenamiento en Inoculación de Estrés y 3) el entrenamiento o Terapia de Solución de Problemas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

- Donald Meichenbaum diseñó “ el entrenamiento en autoinstrucciones” (EA), “la inoculación de estrés”; el primero tiene como objetivo modificar el dialogo interno del individuo; el segundo quien junto con Cameron diseñaron este, dividiéndolo en tres fases, primero la fase de conceptualización, segundo fase de adquisicion y finalmente la fase de entrenamiento en habilidades sociales.
- La terapia de Solución de problemas de D' Zurilla y Golfriend consta de cinco etapas: 1) orientación general, 2) formulación y definición del problema, 3) generar alternativas, 4) toma de decisiones 5) verificación.

De modo que la unión de ambos enfoques, cognitivo- conductual según Mahoney (como se citó en Serrano, 2001) surgió como resultado de no considerarse, dentro del análisis experimental de la conducta, el papel de los eventos privados; sentimientos y los pensamientos, es decir de por el hecho de no considerarse a la conducta como consecuencia de los pensamientos y sentimientos, por las interpretaciones de los estímulos de nuestro entorno.

Por lo tanto las aportaciones que fueron de mayor importancia en el desarrollo del enfoque cognitivo-conductual fueron cognitivas y uno de los autores más representativos de ambos enfoques fue Aaron Beck, ya que utilizó técnicas conductuales en su modelo cognitivo de la depresión. Por lo tanto para el propósito de esta investigación se utilizara el modelo de Beck para conceptualizar la depresión.

2.3.5. La depresión desde el modelo de Aarón Beck

Uno de los puntos importantes es que este modelo se considera activo, estructurado y directivo, ya que propone que los individuos aprendan y sean capaces de manejar, así como prevenir la depresión a través del proceso terapéutico estructurado y

guiado por el terapeuta, es decir “aprender algo desde su propia experiencia psicoterapéutica” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1998),

Por lo tanto según Beck, Rush, Shaw y Emery (1998) el terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente. Dado que el paciente depresivo suele estar, al principio, confundido, preocupado o distraído, el terapeuta le ayuda a organizar su pensamiento y su conducta, con el fin de ayudarlo a hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana.

Según Beck (como se citó en Rush, Shaw y Emery, 1998) se basa en el supuesto teórico que subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones que son eventos o ideas, verbales o gráficos, se basan de supuestos, es decir esquemas los cuales se desarrollaron a partir de las experiencias anteriores del individuo.

El terapeuta en este enfoque va a ayudar al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con problemas psicológicos, reduciendo y eliminando los síntomas, centrándose en “síntomas objetivos” es decir específicos, e identificando las cogniciones que son la base de dichos síntomas.

Por lo tanto el paciente a través del proceso terapéutico aprende a resolver los problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta realiza este proceso a través de una amplia variedad de técnicas cognitivas y conductuales.

Tabla 11

Técnicas Utilizadas en el Enfoque Cognitivo Conductual

TECNICAS CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de actividades • Role-playing • Técnicas de afrontamiento • Técnicas de control de estímulos
TECNICAS EMOTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción de autocompasión • Inducción de cólera • Distracción externa • Hablar de los sentimientos • Análisis de responsabilidad
TECNICAS COGNITIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistros y descubrimiento guiado. • Técnicas de retribución. • Técnicas de conceptualización alternativa. • Técnicas basadas en la imaginación.

Tabla 11. Técnicas utilizadas en el Enfoque Cognitivo-Conductual

Fuente. Adaptado de Beck, Rush, Shaw y Emery (1998)

Sin embargo es importante aclarar que cuando Beck realizó su modelo cognitivo de la depresión fue enfocado más a la práctica terapéutica que simplemente dar conceptos teóricos específicos.

Es así que uno de los conceptos claves para el desarrollo del modelo de la depresión de Beck es la “pérdida”, tomada por su formación psicoanalítica, ya que Beck (como se citó en Caro, 2009) considera que la aflicción es una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, por otro lado para Freud (como se citó en Caro, 2009) el depresivo melancólico siente la pérdida personal y la humillación por parte de otra persona significativa, pero no puede tolerar sus propios impulsos agresivos por estar herido.

Razón por la cual la pérdida, considerada como una reacción a la aflicción personal o de un ser amado, hará que se activen los esquemas y producirá la triada cognitiva. En ella radica la clave para entender la conducta del depresivo. Es decir la pérdida se manifiesta en la triada cognitiva, ya que el paciente percibe que ha perdido algo importante para su felicidad por lo tanto le genera una aflicción extrema, de ahí que se anticipa con pensamientos negativos ante diversas situaciones que enfrente, considerándose a sí mismo incapaz para lograr las metas correspondientes.

Rush y Giles (como se citó en Caro, 2009) la depresión se considera no como un trastorno primario del estado de ánimo, sino como consecuencia de un punto de vista negativo, sesgado, sobre el sí mismo, el futuro y el mundo.

Según Beck, Rush y Shaw (1998) el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1) la triada cognitiva; 2) los esquemas; 3) los errores cognitivos (errores del pensamiento de la información).

2.3.6. La triada cognitiva

La Triada Cognitiva, consta de tres aspectos cognitivos principales, según Beck, Rush, Shaw y Emery (1998), los cuales son visión negativa del paciente, interpretación de experiencias y visión negativa del futuro.

1. El primer componente, se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Es decir el depresivo se ve a sí mismo deficiente o inútil, que todo lo que le sucede se debe a un defecto de sí mismo.

2. El segundo componente, se enfoca en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Es decir que el mundo le presenta obstáculos, los cuales no puede superar para lograr su meta.
3. El tercer componente de la triada, según Beck, es la visión negativa del futuro. En la cual el individuo ante futuros proyectos, se anticipa con situaciones negativas, es decir que le generen dificultades.

2.3.7. Organización estructural del pensamiento depresivo

El segundo componente de modelo es el que se refiere a los esquemas, como los cuales son supuestos, que se forman a través de la experiencia, organizando y categorizando la información, transformando en cogniciones. Este componente explica por qué los pacientes depresivos mantienen actitudes de minusvalía y sufrimiento, cuando en la realidad pueden existir situaciones positivas.

El individuo está inmerso en diferentes situaciones a lo largo de la vida, de las cuales contienen innumerables estímulos, que el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, interpretando y conceptualizando determinadas situaciones. Por lo tanto ante determinadas situaciones, los sujetos conceptualizan de forma diferente.

Como menciona Beck, Rush, Shaw y Emery (1998) ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado evento. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. Por lo tanto el esquema es la base para poder localizar diferencias y codificar un estímulo transformándolo en cogniciones.

Los esquemas empleados por los individuos, determinan el modo de actuar y estructurar distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inmóvil hasta que una situación externa, es decir ambiental lo active. Por lo tanto un esquema activado ante determinada situación determinara la forma de actuar del individuo.

De modo que en los estados psicopatológicos de la depresión un esquema que se encuentra relacionado con un estímulo concreto y adecuado, es alterado por otro esquema y a medida que este se va haciendo más activo son relacionados con estímulos de escasa relación lógica.

Por lo tanto los individuos que se encuentran en depresión, el esquema central se encuentra alterado por estímulos externos de determinadas situaciones, las cuales distorsionaran a tal grado que se ajustan a esquemas inadecuados para el sujeto. Por lo tanto los pacientes depresivos pierden el control de sus pensamientos y son incapaces de acudir a otros esquemas más adecuados.

2.3.8. Errores en el procesamiento de la información

En los pacientes depresivos se da con frecuencia los errores de pensamiento, es decir mantienen una creencia específica negativa con referente a sí mismos o al contexto. Es así que Beck (como se citó Rush, Shaw y Emery 1998) menciona que los errores sistemáticos surgen en el pensamiento depresivo, ya que el paciente mantiene la creencia de conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

Algunos errores del pensamiento que se presentan en la depresión son:

- a) Inferencia arbitraria
- b) Abstracción selectiva
- c) Generalización excesiva
- d) Maximización y minimización
- e) Personalización
- f) Pensamiento absolutista, dicotómico

El pensamiento presente en el paciente depresivo, existe la creencia negativa por lo tanto, se puede conceptualizar en dos tipos “maduro” y “primitivo”, el primero consiste en que el individuo integra determinadas situaciones en varias dimensiones; el segundo, como su nombre lo indica el individuo tiende a estructurar sus experiencias de manera primitiva, es decir su pensamiento tiende a ser negativo, absoluto, catastrófico, y por lo tanto su respuesta emocional tiende a ser extrema y negativa.

2.3.9. La depresión desde el modelo de interacción recíproca

El modelo cognitivo de la depresión, toma en referencia al individuo y la forma en la que estructura la realidad, por lo tanto la visión puede ser sesgada, da la impresión de no tomar en cuenta las experiencias del individuo y el contexto (familiar, amigos etc.) por lo tanto dentro de este modelo, se toma en cuenta la depresión desde el modelo de interacción recíproca de Bandura.

Bandura (como se citó en Beck, Rush, Shaw y Emery, 1998) menciona que la conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones, a su vez influyen sobre la persona. Por lo tanto este modelo toma en cuenta el medio ambiente en el cual

el sujeto se desarrolla una de las variables son las “personas significativas” y “relaciones interpersonales armoniosas”, estas variables sirven como una red de apoyo en los individuos para neutralizar la sintomatología depresiva ya que sirve como representación de la realidad.

3.3.10. La depresión desde el modelo sistémico

La depresión se ha explicado desde modelos individuales, teniendo en consideración solo al individuo descartando la influencia externa, es decir del ambiente en donde se desarrolla el ser humano, hasta el surgimiento del enfoque sistémico.

Por lo tanto si se analiza el modelo ecológico de Brofenbrenner, en cual considera el desarrollo del individuo ocurre a través de las amplias interacciones cada vez más complejas que realiza el ser humano con el ambiente y que este influye de manera directa e indirectamente en el desarrollo de la persona, es decir que este puede o no estar consciente de como los valores, la cultura o el contexto histórico influye en su desarrollo.

Por lo anterior se percibe la influencia que ejerce la familia sobre el transcurso de la depresión, ya que esta puede actuar como factor protector o factor de riesgo en desencadenar la depresión, afectando a todo el sistema familiar. Como sugiere Navarro (como se citó en Heredia y Pinto, 2008) la enfermedad no solo afecta al paciente sino a todo su círculo más cercano.

Ya que la familia constituye una red de apoyo social para el que sufre depresión convirtiéndose en la principal fuente de apoyo emocional, apoyando o informando al enfermo, por lo tanto la familia forma parte de la responsabilidad del sujeto que sufre depresión de modo que la familia adquiere importancia en el tratamiento de la depresión

no solo a nivel individual. Así pues una cuestión importante para el proceso terapéutico en el enfoque sistémico como sugiere Satir (como se citó como se citó en Heredia y Pinto, 2008) será la construcción o la reconstrucción de la imagen de la familia, ya que esta ha sido alterada por la aparición de la enfermedad.

Esto a su vez requiere el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de resolución, para sobrellevar crisis, dificultades del tratamiento y algunos otros problemas específicos dentro del sistema familiar que pudieran influir en la depresión, lo cual se logrará con el aprendizaje de nuevos métodos para enfrentar y resolver dichas situaciones, esto con la ayuda de la intervención terapéutica.

2.3.11. Síntomas de la depresión

Beck (como se citó en Beck, Rush, Shaw y Emery, 1998) considera los síntomas y signos de la depresión como consecuencias de patrones cognitivos, ya que no existe un acuerdo común de lo que constituye o conforma la depresión. Por lo tanto los signos y síntomas expresados por los pacientes que son denominados depresivos se dividen en afectivos, conductuales, cognitivos, somáticos y motivacionales.

a) Síntomas Afectivos son:

- Tristeza
- Cólera inducida
- Distracción
- El sentido del humor
- Limitación de las expresiones de disforia
- Periodos de llanto incontrolable

- Sentimientos de culpabilidad
- Falta de placer o agrado
- Periodos de llanto
- Vergüenza
- Cólera
- Ansiedad
- Tendencia al suicidio

b) Síntomas motivacionales:

- Pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia evitación.
- Dependencia

c) Síntomas cognitivos

- Indecisión
- Percibir los problemas como abrumadores
- Autocrítica
- Pensamiento absolutista
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse

d) Síntomas conductuales

- Pasividad, evitación e inferencia
- Problemas de habilidades sociales

e) Síntomas somáticos

- Alteraciones del sueño
- Alteraciones sexuales y del apetito

En cuanto a la sintomatología que maneja el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) son:

- El ánimo del episodio de la depresión mayor, la persona lo describe como deprimido, triste, desanimado, desesperanzado. Algunos sujetos pueden negar la tristeza, sin embargo esta se puede percibir a lo largo de la entrevista, Otros refieren no tener sentimientos o que se sienten ansiosos, algunos pacientes hacen referencia más a quejas somáticas en vez de sentimientos de tristeza, otros sujetos presentan irritabilidad.
- Disminución o pérdida de interés o placer en las actividades, los sujetos muestran menos interés en las actividades que realizaban y que consideraban como placenteras. Los familiares de los pacientes refieren que notan un aislamiento social. Por otro lado algunos pacientes muestran una reducción significativa en el interés o deseo sexual.
- Alteraciones del apetito, en el cual consiste la disminución o aumento de apetito, cuando las alteraciones son graves en los sujetos se puede observar una pérdida o ganancia significativa de peso.
- Alteraciones de sueño, el sujeto presenta dificultad para dormir (insomnio) o un sueño excesivo (hipersomnia).
- Cambios psicomotores, los cuales incluyen agitación, que comprende la incapacidad de permanecer quieto o sentado, caminar de un lado al otro tocar o frotarse la piel las manos u otros objetos; otro síntoma es la lentitud, puede expresarse a través de del pensamiento, discurso así como la marcha.

- Fatiga o disminución de energía. El sujeto se siente cansado sin haber realizado alguna actividad física o por otro lado requiere de un esfuerzo considerable en realizar algunas actividades.
- Sentimiento de inutilidad o de culpa, el sujeto tiene evaluaciones negativas sobre la vida, de la propia valía, así como errores de pensamiento. Los sujetos malinterpretan las situaciones que les suceden en la vida diaria dándoles un valor negativo.
- Dificultad para concentrarse, pensar así como tomar decisiones, los pacientes continuamente se quejan con problemas de memoria, como problemas de atención.
- Pensamientos de muerte, ideación suicida o intentos suicidas, estos síntomas abarca los sentimientos pasivos del suicidio, es decir como no levantarse por la mañana, creencia de que los demás estarían mejor sin él, hasta tener pensamientos transitorios del suicidio, teniendo planes específicos o incluso tener un intento suicidio.

2.3.12. Sintomatología de la depresión en adolescentes

Según la clasificación del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos mentales quinta edición, los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en los niños, adolescentes y adultos, las diferencias son en cuanto a la intensidad y las consecuencias de los síntomas. En los adolescentes más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Sin embargo también puede experimentar cuatro de los síntomas (criterios) mencionados anteriormente: cambios en el apetito o peso, problemas de sueño, falta de energía,

actividad psicomotora, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para concentrarse, o tomar decisiones, pensamiento de muerte o ideación suicida, teniendo planes, incluso teniendo un intentos suicidas.

Por otro lado Pardo, Sandoval y Umbarila (2004) mencionan los síntomas que son: habituales en los niños, son las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, mientras que en los adolescentes los síntomas que predominan son: enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia, las ideas delirantes.

Con referente a las manifestaciones clínicas de los síntomas en los adolescentes, en la pubertad destacan algunos síntomas, estos se pueden reducir después de la pubertad, sin embargo los jóvenes que presentan episodios depresivos severos, es decir mayor duración, mayor cantidad de síntomas así como intentos de suicidio, y que están más expuestos un alto nivel de estrés y conflicto interpersonales tienden a desarrollar problemas psiquiátricos durante la adultez.

En algunos adolescentes como sugiere Dallal y Castillo (Pardo, Sandoval y Umbarila 2004) es posible que presenten somatizaciones en los casos en los que existe depresión mayor, por predominar las quejas somáticas en lugar del sentimiento de tristeza y vacío, en 1940 se habló de la "depresión enmascarada", el cual también es aplicado a los adultos que muestran diversos síntomas físicos, difícil de establecer un diagnóstico, de modo que por esto se hace más difícil diagnosticar la depresión en adolescentes.

Si bien la sintomatología entre adultos y adolescentes es similar, es importante que el especialista, aparte de la entrevista y la observación, se apoye de instrumentos

psicométricos para la elaboración de un diagnóstico, los síntomas que presentan pueden llegar a confundirse con otros trastornos, ya que la depresión puede presentarse como una enfermedad peligrosa generando conductas autodestructivas, hasta llegar al suicidio.

2.3.13. Criterios para especificar la depresión

Los criterios para especificar la depresión ayudaran al clínico a determinar si el individuo padece de ese trastorno y pueda así inicial el tratamiento. Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor, se emplean los siguientes criterios:

- a) Uno o más periodos de disforia o perdida de interés o de placer.
- b) Cinco o más de los siguientes índices:
 - 1. Aumento o disminución de peso o apetito.
 - 2. Sueño excesivo o insuficiente.
 - 3. Falta de energía o insuficiente.
 - 4. Lentitud o agitación psicomotora.
 - 5. Pérdida de interés o agrado en las actividades cotidianas.
 - 6. Sentimiento de la disforia al menos durante dos semanas.
 - 7. Disminución de la capacidad de pensar o de concentrarse.
 - 8. Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.
- c) Mantenimiento de la disforia al menos durante dos semanas.
- d) Búsqueda de ayuda.
- e) Ausencia de otros diagnósticos (esquizofrenia etc.).

Como se menciona anteriormente los criterios referidos por Beck, Rush, Shaw y Emery (1998) se incorporan a la nomenclatura oficial de la Asociación Americana de

Psiquiatría cuarta edición, revisada. También existen diferentes factores como la edad, sexo, grupo étnico, el nivel socioeconómico, la personalidad y la gravedad de la enfermedad que pueden influir en el individuo en cómo percibe y siente cuando está deprimido.

La depresión según el modelo cognitivo la clasifica en:

- Depresión leve: el individuo es capaz de visualizar sus pensamientos negativos.
- Depresión moderada: en el individuo su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, puede no existir conexión lógica con la realidad.
- Depresión grave: el sujeto está absorto en sus errores de pensamiento por lo tanto le impide visualizar los estímulos externos que le serán de utilidad para interpretar la realidad de forma más adecuada.

Sin embargo para esta investigación se tomarán los criterios de depresión, de la nomenclatura oficial de la Asociación Americana de Psiquiatría quinta edición ya que se observó que no existe diferencia entre la cuarta edición.

2.3.14. Los factores relacionados a la depresión

Este modelo sugiere una hipótesis sobre la predisposición y la aparición de la depresión, en primera la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1998).

La depresión puede ser desencadenada por una anomalía o una enfermedad física que activa la creencia latente en una persona de que está destinada a una vida de sufrimiento, ya que las situaciones desagradables de vida incluso las extremadamente

adversas no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona está especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva.

Por otro lado para Musitu (como se citó en Hernández y Sierra, 2012) algunos de los factores que hacen probable la alteración de los estados de ánimo son: la baja popularidad entre iguales, un rendimiento escolar bajo y problemas familiares como conflicto parental y divorcio.

Este modelo aparte de tomar en cuenta las experiencias tempranas, menciona que existen factores como personalidad, ambientales, genéticos y fisiológicos que influyen en el desarrollo de la depresión.

2.3.15. Depresión en la adolescencia y los estilos de socialización parentales

La depresión ha sido asociada a la adolescencia, ya que en esta etapa del desarrollo suelen darse, con frecuencia, molestias relacionadas con el estado de ánimo. Por lo tanto la relación con los padres se hace más difícil; el adolescente no solo se encuentra entre la niñez y la adultez, sino que también enfrenta una serie de conflictos entre adquirir responsabilidades y obligaciones, siendo por esto que la actitud de los padres surge un cambio dando a los adolescentes más independencias para que sean capaces de asumir las consecuencias tanto positivas como negativas de sus conductas.

Considerando que la depresión en los adolescentes se puede presentar de dos formas, la primera en una sensación de vacío y falta de sentimientos y la segunda se basa en las repetidas experiencias en el adolescente de fracaso, esta segunda

manifestación puede ser la más perjudicial, ya que puede conducir a una perturbación extrema de conducta como el suicidio en los adolescentes.

Para Aberastury (como se citó en Ledezma y Pérez, 2006) toda oposición que viva el adolescente por parte de los padres (principalmente), es trasladada al campo social.

Por lo consiguiente, en los adolescentes surgen la necesidad de ser más independientes y de participar más en las decisiones en familia, de modo que los padres tendrán que cambiar su forma de disciplinarlos ya que no pueden ser igual a la forma que utilizaban en la infancia, esto indica que si las relaciones entre los padres es positiva, surgirá un equilibrio entre padres e hijos en cuanto los roles, las reglas y las expectativas dentro del sistema familiar.

Por esta razón se ha mostrado interés de investigar la relación que tienen los hijos con los padres, más en particular los estilos de socialización parentales con la sintomatología depresiva, y autores como Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura, y Rojas (2012), encontraron relación entre estas dos variables, llegando a la conclusión, que la sintomatología en adolescentes mujeres es mayor que en los hombres, y con referente a los estilos de socialización parental encontraron: cuanto mayor apoyo, comunicación, autonomía y control conductual percibido por el adolescente tanto del padre como de la madre, menor sintomatología depresiva.

Además cuanto mayor imposición y control psicológico, mayor sintomatología depresiva, no obstante las correlaciones fueron de mayor magnitud en el caso de las mujeres que en el de los hombres y también más fuertes con los estilos de socialización materno que paterno.

Así mismo, Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura, y Rojas (2012) sugieren que en relación con la bibliografía internacional no son consistentes o bien otros solo han estudiado los estilos maternos, y quizá esto se deba a la importancia que tiene la familia en especial la madre en la cultura mexicana.

En relación con otros estudios Estévez et al., Gonzales et al., Pons y Berjano (como se citó en Pérez, Alvarado, Viacha, Bahamon, Verdugo y Ochoa, 2013) encontraron que los adolescentes que tenían mayor problema de comunicación, tanto con la madre como con el padre, expresaban síntomas depresivos y que los factores de riesgo más significativas eran las discusiones familiares, la percepción por parte del adolescente del desinterés en relación con los padres, así como la mala comunicación con la madre.

Por otro lado Sierra (2012) observo que existe una menor predisposición de síntomas depresivos y la presencia de conductas agresivas en estilos autorizativos e indulgentes, estos mismos favorecen el desarrollo de la autoestima por fomentar el dialogo y la expresión abiertamente de emociones por parte de los adolescentes dentro del sistema familiar.

Finalmente, para Pelkonen, Marttunen, Kaprio, Huurre y Aro (como se citó en Jaureguizar, Bernaras, Soroa, Sarasa y Garaigordobil, 2015), la depresión que se inicia en la adolescencia tiende a persistir y reaparecer, por lo que la detección precoz resulta esencial. Sobre todo si se considera “normal que los adolescentes se muestren cambios en el estado de ánimo, de modo que la detección de la depresión suele ser frecuentemente tardía.

Si bien la depresión en los adolescentes, puede ser multifactorial, hay cierta importancia en la relación entre padres e hijos adolescentes, ya que pueden actuar como factores de riesgo o factores protectores, el cual determinara el curso de la enfermedad, relacionándose con el suicidio.

2.4.1. El suicidio

El suicidio ha existido desde tiempos remotos, es un fenómeno universal, por lo tanto no es un tema novedoso, ya que ha sido considerado por diferentes culturas, adquiriendo diferentes significados debido a las influencias religiosas, filosóficas y sociopolíticas. En la actualidad esta conducta se ha incrementado notablemente en los últimos años, en especial en población adolescente. En México se muestra un incremento de tasas de suicidio e intentos de suicidio en la población joven que abarca de 15 a 25 años (Asociación Mexicana de Suicidología, 2017).

El suicidio produce un impacto psicológico y social que afecta a las personas cercanas del individuo. Según la OMS (como se citó en Sánchez, Musitu, Villarreal y Martínez, 2010) en el 2000, señala que un suicidio individual afecta profundamente al menos a otras seis personas y, en caso de ocurrir en una situación educativa o lugar de trabajo, el impacto es todavía mayor.

Por lo tanto es un fenómeno complejo, ya que intervienen diversos factores, por lo cual requieren mayor investigación en la población adolescente que atraviesa y las consecuencias que se producen a los familiares próximos.

2.4.2. Antecedentes históricos del suicidio

En la india el suicidio tenía connotaciones religiosas, ya que con la influencia del brahmanismo, los sabios se suicidaban durante las fiestas religiosas. Por otro lado en Japón, el suicidio era conceptualizado por una muerte honorable realizando todo un ritual el cual era nombrado “seppuku” este era realizado por los samuráis quienes preferirían tener una muerte honorable que mostrar sumisión ante sus contrincantes.

En Grecia se castigaba el suicidio, privando de sepultura al cadáver, por lo tanto se considera este acto como una ofensa a dios. Aristóteles consideraba este acto como una ofensa a dios o al estado.

En Roma suicidarse estaba prohibido, sin embargo los esclavos se suicidaban y aquellos que no habían logrado eran castigados duramente.

Esta concepción de suicidio se modificó en la época del cristianismo, san Agustín lo calificó de pecado mayor, debido a que viola el quinto mandamiento. Por otro lado Santo Tomas de Aquino consideraba el suicidio como el más grave de los pecados.

En el Renacimiento, persisten las mismas ideas respecto al suicidio, surgiendo opiniones que dejan a un lado el suicidio como pecado o crimen, justificándolo a situaciones donde se busca mitigar el dolor o el sufrimiento por lo tanto surge una nueva perspectiva teniendo en cuenta el estado emocional del individuo.

El concepto del suicidio cambio con la aparición de las ciencias sociales, considerando el fenómeno como problema social, ya que el suicidio no es exclusivo de una determinada edad, por lo tanto se ha tratado de explicar el suicidio desde análisis de la conducta individual hasta social, por lo tanto es un fenómeno multidimensional y complejo. De modo que la concepción del suicidio a lo largo de la historia se ha transformado, considerando los aspectos culturales como las tradiciones religiosas, políticas, sociales e individuales, teniendo en cuenta los cambios sociales.

Algunos autores Farberow y Boldt (como se citó en Villardón, 1993) han detectado un cambio en las actitudes hacia el suicido en la sociedad actual.

Es decir que existe, en términos generales, una mayor tolerancia hacia el suicidio. Parece que la sociedad se ha vuelto más “comprensiva” hacia los suicidios y las razones que explican el suicidio.

Boldt (como se citó en Villardón, 1993) señala que nos estamos moviendo de concepciones predominantemente negativas del suicidio hacia un consenso sobre el hecho de que existe un momento una situación en la que el suicidio no sólo es aceptable sino apropiado. Es por esto que en la actualidad por la falta de valores o la ambigüedad de valores entre las principales instancias socializadoras como la familia, la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, etc. favorecen y produce una confusión en cuanto al suicidio.

Así que debido a los movimientos y filosofías en la actualidad se considera el suicidio como un acto humano, el cual aboga por el derecho de suicidarse, el cual brinda una perspectiva que ayuda a justificar la acción y proporcionando mayor sentido a las racionalizaciones de los adolescentes.

El suicidio puede ser considerado por los adolescentes como una posible vía de extinción de todos sus problemas y situaciones difíciles, ya que el individuo “potencialmente suicida” al verse menos castigada por la sociedad podría decidir con menos dificultad el camino de la muerte autoprovocada.

Por lo consiguiente es importante considerar que la tasa de suicidios está aumentando en la población adolescente por ser un sector de la población vulnerable, así que es necesario brindar psicoeducación en la detención y prevención del suicidio.

2.4.3. La concepción del suicidio y el suicidio consumado.

Existen dos grandes problemas en cuanto a la definición del suicidio, la primera es la aplicación del término a comportamientos diversos; el segundo considerando el fenómeno desde varias perspectivas.

En cuanto a la aplicación del término existen tres confusiones de la expresión; la primera se refiere al hecho de que “suicida” se aplica a un conjunto de conductas que el individuo a cometido, como intentado o pensado en el suicidio. La segunda confusión es calificar a alguien como “suicida”, ya que se habla de “suicida” tanto para referirse a la persona que intentó en el pasado un acto suicida, así como para definir a la persona que en el presente comete un acto de suicidio. La tercera confusión se relaciona con la intención, siendo esta un factor clave para definir un acto como suicida.

Según el diccionario de uso del Español de Moliner (como se citó en Villardón, 1993) el suicidio se define como “acción de matarse a sí mismo”. Por lo tanto suicidarse se entiende, como matarse voluntariamente a sí mismo, es precisamente la voluntad o la intención lo que hace que posteriormente se torne complicada la distinción del suicidio como causa de muerte, esto responde a la tercera confusión que se mencionó anteriormente.

La definición del suicidio se vuelve más prominente cuando hace referencia a una variedad conductas que no son mortales y que son llevadas a cabo voluntariamente por la persona. Por lo tanto los deseos de suicidio pueden entenderse como una expresión del deseo de escapar de los problemas o situaciones complejas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1998).

Así que en el paciente suicida existe la desesperanza o expectativas negativas generalizadas; el suicidio puede ser una complicación de la depresión.

Por lo consiguiente, el suicidio abarca una variedad de comportamientos además de la propia muerte; dichos comportamiento no siempre pueden llevar a la muerte, si bien estos actos son provocados por el propio sujeto. Dentro de las conductas suicidas se encuentran la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado.

Beck y Dieskstra (como se citó en García, 2006) valoran actos suicidas como una consecuencia de conductas que van desde la ideación, la amenaza, la tentativa, hasta el suicidio consumado.

Por otro lado Pokorny (como se citó en Villardón, 1993) de acuerdo con la nomenclatura y clasificación del National Institute of Mental Health, propone el término de “suicidio consumado” para la muerte por suicidio y “conductas suicidas” para una serie de términos relacionados.

Para el propósito de esta investigación se utilizaran estos tres últimos autores (Pokorny, Beck y Dieskstra). Por lo tanto podremos concluir que el suicidio, como un acto de atentar contra tu propia vida, ante situaciones que el sujeto considere imposibles de afrontar, la cual intervienen diferentes conductas como son: ideas suicidas (desde el deseo de muerte hasta la planificación del acto suicida), intentos suicidas, los cuales puede llevar en algunos casos a la muerte y el suicidio consumado.

2.4.4. Intento suicida

El intento suicida, es también llamado parasuicidio, es un comportamiento que se caracteriza con la intención deliberada de provocarse la muerte que puede o no llegar a la muerte. Sin embargo para Van Egmond y Diekstra (como se citó en Villardón, 1993) menciona que hay una diferencia en cuanto al intento suicida y el parasuicidio, el parasuicidio supone un comportamiento autolesivo para el sujeto pero conscientemente no mortal, en tanto el intento de suicidio es entendido como un suicidio fallido.

Por otro lado Marchiori (como se citó en García, 2006) menciona que el intento suicida no tiene consecuencia en varias circunstancias con la pérdida de vida o daño físico y está más relacionado con los instrumentos, los cuales no siempre son efectivos. Así que todo intento suicida pone en riesgo la vida del sujeto, por lo que se debe considerar un tema de prioridad en la población adolescente, ya que no todos los intentos suicidas presentan las mismas características, de modo que es necesario proporcionar medidas necesarias para prevenir dichas conductas en los jóvenes.

Por último dentro de este comportamiento de intento suicida como sugiere García (2006) existen amplitudes que se pueden observar como son la tentativa gravísima de suicidio, tentativa grave, tentativa leve y tentativa sin daño.

1. Tentativa gravísima de suicidio: El individuo tiene idea de muerte, un profundo estado depresivo, prepara su comportamiento suicida, pero por un elemento crucial evita la muerte. Sin embargo presenta heridas físicas graves.
2. Tentativa grave: los instrumentos que se utilizan para llevar el comportamiento suicida; sin embargo no produce la muerte ni lesiones físicas.

3. Tentativa leve: los instrumentos que se utilizan para provocar la muerte, no provocan la muerte pero ocasionan heridas leves.
4. Tentativa sin daño: son en los casos en el que el medio elegido para provocar la muerte no puede producir ningún daño.

El intento de suicidio ha sido el más investigado por los teóricos, por el hecho de que no siempre se llega al suicidio y pueden recolectar evidencia de los factores relacionados al suicidio por los individuos. Por lo tanto es importante conocer el grado de tentativa para formular medidas de atención, ya que en la población adolescente puede ser mayor el riesgo de que se produzca una lesión grave.

2.4.5. Ideación suicida

Este proceso como menciona Torre (como se citó en Figueroa y Meza, 2017) comienza con una idea, que al ser recurrente en los pensamientos del individuo logra afectar su vida llevándolo a cometer actos suicidas que en la mayoría de las veces culminan en la muerte.

Por ello es la importancia de detectar tales ideas, la cual es una tarea difícil, ya que los individuos tienden a ocultar pensamientos que pudieran ser reprobatorios por la sociedad. Por esta razón la reacción que se establezca entre el terapeuta y el paciente podría beneficiar a la manifestación de las ideas, sin embargo no siempre son expresados en este proceso, ya que son enmascarados de diferentes formas verbales y no verbales.

Considerando que la ideación suicida según Boner y Rich (como se citó en Simón y Sanchis, 2010) abarca desde los pensamientos pasivos como son los pensamientos

de muerte; “ya no quiero seguir viviendo”, “quisiera terminar con todo” hasta los pensamientos más activos como la planificación del acto suicida, para llegar ya sea a un intento o al suicidio consumado, motivo por el cual es complejo detectar en los jóvenes.

Siguiendo la misma línea, Buendía, Riquelme, Ruiz y Bobes (como se citó en Simón y Sanchis, 2010) entienden por ideación suicida aquella parte importante del comportamiento suicida que puede ir desde pensamientos fugaces como “no vale la pena vivir”, hasta intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, llegando a planes explícitos.

De igual manera Beck, Kovacs y Weissman (como se citó Pérez, Alvarado, Vianchá, Bahamón, Verdugo y Ochoa, 2013) la ideación suicida la definen como los deseos y planes de cometer suicidio, sin haber realizado ningún intento de suicidio.

Es sí que la ideación suicida sea definida como los pensamientos sobre la muerte, deseos y planes de cometer suicidio. Beck clasifica la conducta suicida en dos, la manifiesta e indirecta, la primera hace referencia a las conductas expresadas por el sujeto como el sigilo, expresiones verbales, como son “no deseo seguir viviendo”, “quiero terminar con todo” etc., estas expresiones pueden dar inicio a las ideas suicidas.

En las conductas indirectas es difícil de percatarse, solo el terapeuta y en ocasiones la familia prestan atención a la conducta del sujeto, ya que tiende a realizar verbalizaciones como “supongo que no nos volveremos a ver” “adiós” “gracias por intentar ayudarme” etc., la cual surgirá sospechas de que el sujeto pretende intentar suicidarse o suicidarse.

Por otra parte la ideación suicida con respecto al DSM-V (como se citó en Figueroa y Meza, 2017) no son considerados como un trastorno mental, sino retomados como un síntoma de gravedad para diversas enfermedades como depresión mayor, trastorno bipolar, entre otras.

Sin embargo, los trastornos que muestran una mayor asociación con la conducta suicida son la depresión y los trastornos de ansiedad. Como mencionan Baca y Aroca (como se citó en Figueroa y Meza, 2017) la depresión mayor incrementa tres veces el intento suicida, los trastornos de ansiedad influyen en la transición de la ideación suicida al plan, y del plan al intento suicida. Del mismo modo Hintikka, Koivumaa, Lehto, Tolmunen, Honkalampi, Hattainen, y Viinamaki (como se citó en Sánchez, Musitu, Villarreal, Martínez, 2010) concluyeron en un interesante trabajo que el estado de ánimo depresivo se debe considerar como una condición previa necesaria para que se manifieste la ideación suicida.

2.4.6. La ideación suicida en adolescentes y los estilos de socialización parental

En lo que concierne la ideación suicida y la depresión, se observa una relación significativa; sin embargo, otra variable importante de analizar es que tanto se influye la relación de los adolescentes con los padres en la presencia de la ideación suicida.

Por lo consiguiente Quintanar (como se citó Pérez, Alvarado, Vianchá, Bahamón, Verdugo y Ochoa, 2013) menciona que la conducta suicida también se relaciona con el debilitamiento de estructuras sociales que sirven como contención y soporte a los sujetos para hacer frente a los diferentes eventos de la vida. Por esta razón la familia constituye una de las estructuras más importantes, para el desarrollo emocional, así como de red

de apoyo, esta estructura se ha visto modificada por los cambios sociales, por lo tanto ha aumentado la vulnerabilidad de los individuos, en particular de los adolescentes.

Por lo anterior, en relación al contexto familiar se han realizado varias investigaciones como las de Lai y Shek (como se citó en Sánchez, Musitu, Villarreal y Martínez, 2010) con estudiantes de secundaria de Hong Kong, de las cuales obtuvieron resultados significativos en la relación entre el funcionamiento familiar e ideación suicida.

Renen y Wild (como se citó en Sánchez, Musitu, Villarreal y Martínez, 2010) encontraron en un grupo de adolescentes, mayor ideación suicida, también se relacionaba con una menor comunicación y mayores conflictos con sus padres. En un estudio realizado en México por Pérez Rivera, Atienzo, de Castro, Leyva y Chávez (como se citó en Sánchez, Musitu, Villarreal y Martínez, 2010) concluyeron que los estudiantes que informaron que tenían bajo apoyo familia, tenían un 69 % más probabilidad de presentar ideación suicida. Por lo tanto Rodrigo et, al (como se citó en Pérez, Alvarado, Viancha, Bahamon, Verdugo, Ochoa, 2013) identificaron que la comunicación y el apoyo de los padres favorecen los estilos de vida sanos en la adolescencia.

Por otra lado, en una investigación realizada por Verge (2015) concluye que la relación de los estilos de socialización parentales como un factor de riesgo de ideas suicidas en adolescentes, y también en relación a los estilos de socialización que actuaría como un factor protector a dichos pensamientos. Los estilos que se relacionan como factor de riesgo son un 46% negligente, 46% autoritario y un 8% permisivo; con relación al estilo que asocia con un factor protector es el estilo Autoritativo; sin embargo la relación entre el estilo permisivo no es consistente ya que este autor destaca la

influencia del el estilo negligente y autoritario en el adolescente, por el porcentaje que se muestra.

En definitiva, existen pocas investigaciones en relación a la ideación suicida y estilos de socialización parentales en la población adolescente Mexicana por su multiplicidad de factores y por la complicación que esto abarca ya que es difícil que el adolescente exprese abiertamente sus deseos; sin embargo como se puede observar tres estilos de socialización están involucrados en la aparición de ideas suicidas, ya que se consideran a esos estilos como factores de riesgo.

2.4.7. Aproximaciones teóricas sobre el suicidio

El suicidio por ser un problema mundial, ha sido explicada por diferentes orientaciones teóricas, las cuales se han dividido en dos grandes grupos, las individuales y sociales; de la primera abarca las teorías psiquiátricas y psicológicas; la segunda incluye las orientaciones sociales.

a) Teorías psiquiátricas

Dentro de esta teoría se ha considerado dos orientaciones, la clásica y epidemiológica.

1) Orientación psiquiátrica clásica

Esta orientación hace referencia al suicidio como consecuencia de una enfermedad mental. El origen de este concepto del suicidio el cual está relacionado con la enfermedad mental se encuentra en Esquirol (como se citó en Villardón, 1993).

Siguiendo la misma línea Ladame (como se citó en Villardón, 1993) recientemente opina que todos los intentos suicidas están ligados a una patología.

Por otro lado se encuentra Cazauvielh (como se citó en Villardón, 1993), afirma que el suicidio es el resultante de algún desorden de pensamiento, del afecto o de la voluntad.

En conclusión la orientación psiquiátrica clásica se basa en la idea de suicidio como consecuencia de enfermedad, es decir que el sujeto que se suicida lo hace porque está enfermo, esta concepción ha tenido varias críticas por descartar aspectos culturales, además que no se explica por qué unos enfermos psiquiátricos no se suicidan. Otro aspecto son experiencias del sujeto así como los problemas o situaciones el cual pudieran influir en el suicidio.

En la actualidad existen varios autores que mantienen la orientación biológica de la conducta suicida, Winchel y Stanley (como se citó en Villardón, 1993) mencionan que la perspectiva del suicidio defiende la existencia de ciertas anomalías biológicas entre los individuos suicidas. La perspectiva biología del suicidio es un área promete en un futuro proporcionar favorables resultados; sin embargo todavía requiere mayor profundidad en relación con sus investigaciones.

2) Orientación Epidemiológica Psiquiátrica

Esta orientación trata de unir aspectos individuales con aspectos sociales, es decir con el fin de dar inicio con nuevas investigaciones enlaza aspectos psicopatológicos con variables sociales.

Esta perspectiva de investigación, en la actualidad ha sido muy común, ya que se engloban diferentes factores y se centran en los grupos en riesgo, analizando los posibles factores y características del mismo. Por lo tanto la probabilidad que surja una conducta suicida está determinada por tres factores de riesgo; 1) variables sociodemográficas, que abarca edad, sexo, etc.; 2) variables psicopatológicas, las cuales pueden ser enfermedades mentales, alcoholismo etc.; 3) variables sociales abarcan el nivel socioeconómico, hospitalización etc.

La epidemiología ha aportado interesantes datos sobre la población de riesgo suicida, con gran cantidad de investigaciones al respecto identificando factores de riesgo de la población suicida, tanto sociodemográficos como psicopatológicos (Spalt y Weisbuch, 1972; Bostman, 1987; Wilson, 1991; Cantor et al., 1992; Pritchard, 1992; citado en Villardón, 1993)

Con referente a esta investigación se enfoca en los factores sociodemográficos, los cuales consideran la edad y el sexo. En cuando a la edad, conforme avanza la edad hay mayor riesgo suicida. Sin embargo la alta incidencia en los jóvenes ha dado inicio a numerosas investigaciones epidemiológicas que relaciona la edad e indican que el suicidio es raro por debajo de los catorce años (McClure, 1988; Kienhorst, 1987; citado en Villardón, 1993), por lo tanto se puede concluir que la tasa de intentos suicidas así como suicidios va aumentando en la población adolescente.

En cuanto al sexo, sin bien el suicidio ha aumentado en la población adolescente, autores como Hawton, Osborn (como se citó en Villardón, 1993) mencionan que son las mujeres y chicas jóvenes las que intentan suicidarse, mientras que son los hombres los que cometen suicidio. Simons, Murphy y Keinhorst (como se citó en Villardón, 1993)

menciona que son las mujeres las que presentan una mayor incidencia de ideación suicida.

Esto probablemente se relacione a cuestiones culturales, ya que si se considera los roles ejercido por la mujer y el hombre en una familia tradicionalista (Valdés, 2007; Eguiluz, 2003), se puede considerar al reclamo social de género, ya que por un lado a los hombres se les obliga a ocultar y enmascarar sus emociones, considerándolas como un signo de debilidad por esta cuestión les cuesta buscar ayuda, considerando también que son más impulsivos y tienden a tener menor tolerancia al dolor crónico.

Y por otro lado en las mujeres, la incidencia de suicidio es menor que la de los hombres por su habilidad de letalidad, entre las razones es que la mujer es considerada como protectora de la vida y por lo tanto tiene un mayor rechazo social hacia la violencia, de tal manera que por eso la mujer opta por métodos más silenciosos, como la intoxicación por fármacos etc.

Sin embargo en la actualidad se percibe un aumento en suicidios consumados entre personas de sexo femenino, Hartelius (como se citó en Villardón, 1993) atribuye al proceso de urbanización. La incorporación de la mujer al trabajo y el cambio de roles y aspiraciones que eso supone, puede provocar un aumento de estrés y frustración entre las mujeres y si se analiza con lo anterior sobre la tipología de la familia se relaciona con las familias en transición.

Aparte de los factores sociodemográficos, como menciona Villardón (1993) la epidemiología apunta a una serie de trastornos psiquiátricos como la depresión, es la afección que da cuenta de un mayor porcentaje de suicidio. Birtchenell (como se citó en

Villardón, 1993) afirma que existen estimaciones de riesgo de cometer suicidio en una persona deprimida, es cincuenta veces mayor que el de una persona no depresiva, aunque esta estimación puede variar en función de la severidad de la depresión.

Igualmente Brent y Kolko (como se citó en Villardón, 1993) realizaron estudios donde corroboraron la relación de la conducta suicida en la población infantil y adolescente y los desórdenes afectivos.

Por lo anterior, se muestra la importancia de esta orientación epidemiológica, ya que se puede investigar en una determinada muestra los riesgos de una conducta específica. Los estudios sobre el suicidio indican que los hombres son los que más se suicidan y las mujeres son las que más lo intentan. Sin embargo en la actualidad parece que esta variable ha cambiado, la incidencia en mujeres va en aumento según lo mencionado anteriormente por Heratelius (como se citó en Villardón, 1993), por lo tanto es una nueva variable que se debería considerar en investigaciones futuras en la población adolescente.

b) Orientación psicológica

Dentro de esta perspectiva ofrecen diferentes concepciones de la conducta suicida, como la psicoanalítica, sin embargo con el propósito de esta investigación se mencionara la orientación fenomenológica por Shneidman y la teoría cognitiva de Beck (como se citó en Villardón, 1993).

La perspectiva fenomenológica, recoge componentes psicológicos sobre la conducta suicida, los cuales son: la hostilidad, la perturbación la constricción y el cese.

El primer componente hace referencia a la hostilidad hacia sí mismo; el segundo componente que es la perturbación, se relaciona al grado que una persona se encuentra inquieta, preocupada, este componente se vincula con estados emocionales negativos como son, el malestar, la culpa, la pena, etc.; el tercer componente que es la constricción, se refiere a las características cognitivas, a la imposibilidad de la persona suicida de percibir los aspectos positivos de la realidad, de modo que sólo se percata de los aspectos negativos; y el último el cese, este componente, se relacionan los tres anteriores considerando que cuando exista una alta hostilidad, perturbación y constricción, lo que surgiría una alta probabilidad de suicidio como una posible solución.

Otro enfoque psicológico es el de la teoría cognitiva de Beck, que explica el suicidio a través de su obra la Terapia cognitiva de la depresión, como se ha expresado en esta teoría expone la sintomatología depresiva, así como las distracciones de los pacientes depresivos a través de la triada cognitiva. Por lo anterior Beck, Steer y Ranieri (como se citó en García, 2006) considero que los individuos suicidas poseen un estilo cognitivo peculiar, que es diferente a los individuos normales y aquellos con perturbaciones emocionales no suicidas.

Es por esto que las que las estructuras de los sujetos que determinan el acto suicida se encuentran inmersas en la ambigüedad del deseo de morir o vivir, así como un conflicto entre un intento suicida previo y por ultimo entre las ideas y pensamientos suicidas, los cuales incrementan la probabilidad del deseo de muerte o suicidio. Por lo tanto las distorsiones cognitivas que presentan los pacientes depresivos hacen que sea imposible que puedan percibir la realidad.

García (2006) menciona que se han comparado las características cognoscitivas de sujetos suicida con relación a sujetos normales. El sujeto suicida presenta distorsión de sus pensamientos, los cuales incrementan la posibilidad de que ocurra el suicidio.

Otro exponente de las teorías cognitivas es Sugiyama (como se citó en García, 2006), establece tres tipos de causa de suicidio, según las motivaciones, los cuales son, la necesidad de comunicación, necesidad de cohesión social y la necesidad de mantenimiento de status.

- 1) La necesidad de comunicación: esta situación se da cuando el individuo no es capaz de comunicarse con alguien y puede incitar al acto suicido. En esta interviene dos factores el primero es la frustración a no poder formular un diálogo adecuado y el segundo el sentimiento de culpa.
- 2) Necesidad de cohesión social: hace referencia a la personalidad del sujeto y a las circunstancias que atraviesa el individuo.
- 3) Necesidad de mantenimiento de status: se refiere a cuando el individuo se anticipa al fracaso y esto tiene más significado cuando se encuentra en transición de adquirir un nuevo papel y abandonar el anterior, esto se agrava cuando existe presión de la sociedad por mantener un estatus o elevarlo.

c) Orientación sociológica

Esta orientación, explica el suicidio como producto de terminados aspectos de la sociedad, ya sea sus características o estructuras. El representante de esta orientación es Durkheim, que entiende por suicidio “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a

sabiendas de que habría de producir este resultado. La tentativa de suicidio es ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte” (Villardón, 1993)

Este autor analiza que el suicidio es un acto ejecutado por el propio individuo, el cual posee diferentes factores que pueden contribuir al suicidio, estos los dividió en dos grupos, extra sociales y sociales, ya que considera que en cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio, que debe depender de causas sociales y no sólo de factores individuales, por consiguiente podríamos estimar que rechaza cualquier teoría individualista del suicidio, es decir que solo tome en consideración al individuo y la forma de percibir su entorno como causa del suicidio.

De acuerdo a esta idea Durkheim describe cuatro tipos de suicidio, los cuales son suicidio egoísta, suicidio altruista, suicidio anómico y suicidio fatalista (Villardón, 1993).

- a) El suicidio egoísta: es consecuencia de falta de interacción social o de una excesiva individuación (el proceso en el cual el ser humano busca la individualidad sus necesidades básicas, objetivos, metas, propias).
- b) El suicidio altruista: se deriva de una interacción social demasiado fuerte.
- c) El suicidio anómico: aparece cuando la sociedad esta perturbada por transformaciones demasiado repentinas, no es capaz de ejercer su acción reguladora y el individuo pierde aquellos puntos de referencia.

Wenz (como se citó en Villardon, 1993) ha comprobado que la anomia familiar ayuda a explicar el comportamiento mal adaptativo de los sujetos, entre el que se encuentra el autodestructivo, como una posible forma, aunque extrema de reaccionar a dicha anomia.

- d) El suicidio fatalista: es el tipo de suicidio opuesto al anómico, se deriva de una excesiva regulación social.

El fenómeno del suicidio es complejo y como hacen mención diferentes enfoques, es multifactorial, ya que no sólo se debe tomar en cuenta al individuo por sí solo, sino el contexto familiar que puede ser un soporte emocional, a los adolescentes para enfrentarse a las exigencias de la sociedad.

2.4.8. Los factores relacionados con la conducta suicida

La conducta suicida no puede ser explicado por un factor específico, ya que es resultado de la unión de varios factores, en particular en la población adolescente, por lo tanto se debe a la unión de diversos factores que interviene conjuntamente, los cuales darán inicio con una ideación suicida, intento suicida hasta llegar al suicidio consumado. Por lo tanto la etiología del suicidio ha sido explicada desde diferentes factores los cuales son sociodemográficos, genéticos, clínicos y psicosociales.

- a) Factores sociodemográficos: como mencionamos anteriormente, en la actualidad el suicidio ha aumentado considerablemente, en especial en la población adolescente, dichos estudios toman en cuenta la edad y el sexo como factores que relacionan con la conducta suicida, por lo tanto se puede concluir que los suicidios suceden más con frecuencia en hombres que en mujeres; sin embargo son las mujeres quienes incurrir mayormente a intentos suicidas.
- b) Factores Genéticos: este factor hace referencia a factores biológicos del comportamiento suicida, que ha surgido a través de las investigaciones.

Por ejemplo, la investigación que realizó Ros (como se citó en García, 2006) demostró una tasa de concordancia superior en los gemelos monocigotos

respecto a los dicigotos. Dichos resultados apuntan a la posible existencia de predisposición genética, relacionada con ciertos neurotransmisores, ligada a una disfunción de la transmisión serotoninérgica en el sistema nervioso central.

- c) Factores Psicosociales: dentro de este factor se encuentran los aspectos familiares, sin bien la familia es el grupo social primario donde los adolescentes aprenden normas, tradiciones y valores, a través del proceso de socialización, por lo tanto la relación entre el sistema familiar y los hijos determinará en gran medida su desarrollo de la autoestima, identidad, etc.

Por lo tanto se realizaron estudios sobre dichas variables. Gonzales-Forteza, Andrade y Jiménez (como se citó en García, 2006) encontraron que los problemas familiares que se relacionan con la ideación suicida son principalmente la violencia del padre, las prohibiciones de la madre, regaños de ambos padres, problemas de hermanos.

Villatoro (como se citó en García, 2006) realizó un estudio con estudiantes adolescentes, en el cual encontró que los adolescentes que intentaron suicidarse, manifestaban su relación familiar menos buena, por menor comunicación, apoyo, y mayor hostilidad por parte de sus padres.

Capítulo III

3.1. Diseño de investigación

Este trabajo de investigación es cuasi-experimental, exploratorio de tipo predictivo, en población adolescente.

3.2. Sujetos

La investigación se llevó a cabo en Escuela Secundaria Técnica No. 31, Ubicada en la calle Fernández de Lizardi, Ciudad de los niños, Pachuca Hidalgo. La población a estudio fueron 76 adolescentes de 12 a 14 años de edad, los cuales fueron seleccionados aleatoriamente.

3.3. Criterios de inclusión

- Sujetos que estén cursando el nivel de secundaria
- Adolescentes de edades de 12 y 14 años
- Que vivan con sus padres

3.4. Criterios de exclusión

- Sin criterios de exclusión

3.5. Instrumentos

La información se obtuvo de tres instrumentos de evaluación, los cuales son:

A) Para medir sintomatología depresiva, se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión Revisada. La escala original contaba con sólo 20 reactivos pero debido a que se diseñó antes de que se perfeccionaran los criterios diagnósticos y clínicos que se incluyeron el DSM-IV y la Clasificación Internacional de las Enfermedades Décima edición (CIE-10) de las enfermedades, conociéndose las

disparidades de los síntomas, se comenzó a considerar la revisión de esta escala por lo tanto, después del proceso de revisión se agregaron 15 reactivos a los 20 originales, que pasaron por un proceso de traducción, adaptación y análisis de correlación con criterios diagnósticos..

- El instrumento mide la sintomatología depresiva, considerada un componente de la depresión que influye sobre el estado de ánimo y sobre situaciones que se viven como poco placenteras.
- Consta de 35 reactivos que miden la presencia y duración de los síntomas en las dos últimas semanas.
- A mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva.
- La nueva versión del CES-D-R brinda la posibilidad de contar con un instrumento de tamizaje para la detección oportuna de casos de problemas de depresión.

B) Para medir la ideación suicida, se utilizó La Escala de Ideación suicida de Beck. Se trata de una escala semi-estructurada que consta de 19 ítems de tipo Likert, el cual evalúa, la actitud hacia la vida y la muerte, características de la ideación o del deseo de muerte, Características del intento planeado y actualización de la tentativa. Por lo tanto proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida.

C) Para evaluar los estilos de socialización parental, se utilizó La Escala de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA29) cuyos autores son Gonzalo Musitu Ochoa y José Fernando García Pérez, el cual está dirigido a la población adolescente de 12 a 18 años de edad. El instrumento evalúa los estilos de socialización de los padres en distintos escenarios, así como el tipo de relación que los padres mantienen con los hijos.

El hijo valora la actuación de su padre y de su madre en 29 situaciones significativas, obteniendo una medio global para cada padre en las dimensiones de aceptación/implicación y coerción/imposición. A partir de estas dos dimensiones se tipifica el estilo de socialización de cada padre como autorizativo, indulgente, autoritario o negligente.

Dentro de estas dos dimensiones o escalas principales, Aceptación/Implicación, Coerción/Imposición, se encuentran subescalas que permiten en general conocer de manera más detallada la actuación de los padres, así como comprender lo que evalúa cada una de las dos dimensiones generales y la contribución que cada subescala hace a la dimensión general.

La escala o dimensión de **Aceptación/Implicación** abarca cuatro dimensiones o subescalas las cuales son:

- **Afecto:** Es el grado en el que los padres expresan cariños a los hijos, cuando se comportan de manera correcta.
- **Indiferencia:** El grado en que los padres no refuerzan las conductas correctas de los hijos, permaneciendo inexpresivos e insensibles, esta escala se relaciona negativamente a la dimensión de Aceptación/Implicación.
- **Diálogo:** el grado en que los padres acuden a la comunicación, cuando la actuación del hijo no se considera adecuada.
- **Displicencia:** el grado en que los padres reconocen las conductas incorrectas o inadecuadas del hijo, pero no establecen de manera consiente y deliberada un diálogo o comunicación con los hijos.

La escala o dimensión de **Coerción/Imposición** abarca tres dimensiones o subescalas las cuales son:

- Privación: El grado en que los padres utilizan el procedimiento de retirar al hijo un objeto o de privarle de vivencia o situación gratificante para el hijo, con la finalidad de corregir comportamientos no adecuados a la norma.
- Coerción Verbal: el grado en que los padres regañan, reprochan a su hijo cuando se comportan de manera inadecuada.
- Coerción física: El grado en el que los padres recurren al castigo físico, golpeando a su hijo con la mano o cualquier otro objeto cuando el hijo se comporta de manera incorrecta.

3.6. Procedimiento

En primera instancia se contactó con la directora de la Escuela Secundaria Técnica No. 31, se le explicaron los objetivos de la investigación, así como los instrumentos que se utilizarían para la recolección de los datos, autorizando la investigación. Sin embargo la Directora planteo que me apoyara en la psicóloga que labora en el plantel, para la programación de las citas así como la aplicación de los instrumentos y cualquier otra situación referente a la investigación.

Posteriormente se calculó el tamaño de muestra ya que el número total de población era de 488 y solo se trabajó con primero y segundo año de secundaria, así como tomar en cuenta el nivel de confiabilidad de la investigación, por lo tanto de los 323 se seleccionaron 76 estudiantes, los cuales de primer año 22 estudiantes fueron hombres, 15 estudiantes fueron mujeres; de segundo año 19 estudiantes fueron hombres y 20 estudiantes fueron mujeres.

Las aplicaciones fueron supervisadas por la psicóloga de la institución y se realizaron de forma colectiva, ya que por cuestiones de materias, exámenes y profesores no fue posible aplicar en grupos pequeños como se tenía contemplado, por lo tanto se continuo con la aplicación en el lugar que dispuso la institución que fue la biblioteca con un tiempo aproximado de 90 minutos.

Capítulo VI. Resultados

En este capítulo, se expondrán la información recolectada en la aplicación de los instrumentos utilizados en la investigación. A continuación se muestra los datos demográficos referentes a la población de estudios que participo en la investigación.

4.1. Datos demográficos

Para esta investigación participaron 76 estudiantes de 1º y 2º año de secundaria (37 alumnos de primer año y 39 alumnos de segundo año) cuyas edades oscilaron entre 12 y 14 años, siendo el más frecuente la edad de 13 años, de esta muestra la conformaron 41 Hombres (53.95%) y 35 Mujeres (46.05%).

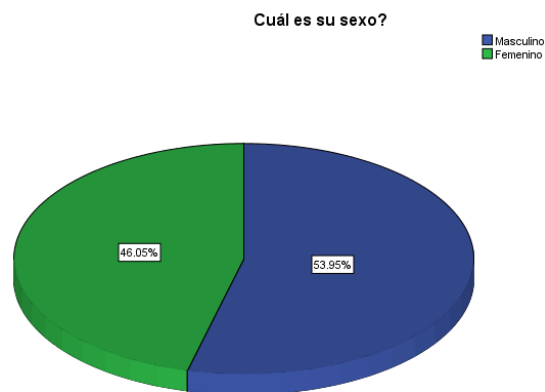


Figura 5. Sexo de los Encuestados.

El cual 92.11% estudia, el 7.89% estudia y trabajaba; el 72.37% es soltero y el 27.63% noviazgo; con referente a las creencias religiosas el 71.05% tiene creencias religiosas y el 28.96% no tiene creencias religiosas, de igual manera, dentro de la familia el 76.32% profesan alguna religión y el 23.68% no profesan alguna religión. Con lo que respecta a la familia y el número de integrantes que viven bajo el mismo techo la cantidad más frecuente fue de 4.79, integrantes. En relación con los padres 76.32% viven con papá y mamá, el 17.11% vive solo con mamá y el 6.58% vive con la mamá y el padrastro

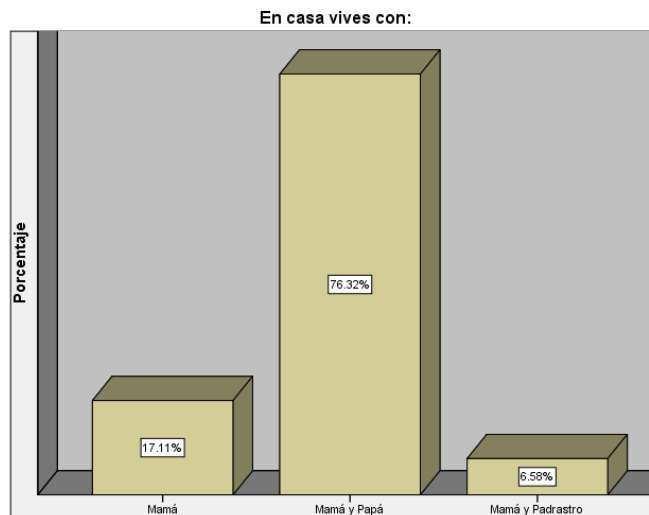


Figura 6. Vivienda

Con referente al número de hijo la media se encuentra en 1.79, por lo tanto los estudiantes refieren ser el primer hijo, de modo que tienden a tener un hermano mas según la media de 1.92. Con lo que respecta a la cuestión laboral de los padres, 42.11% mamá y papá, 32.58% papá, 18.42% mamá, 3.95% mamá y padrastro y 3.95 padrastro.

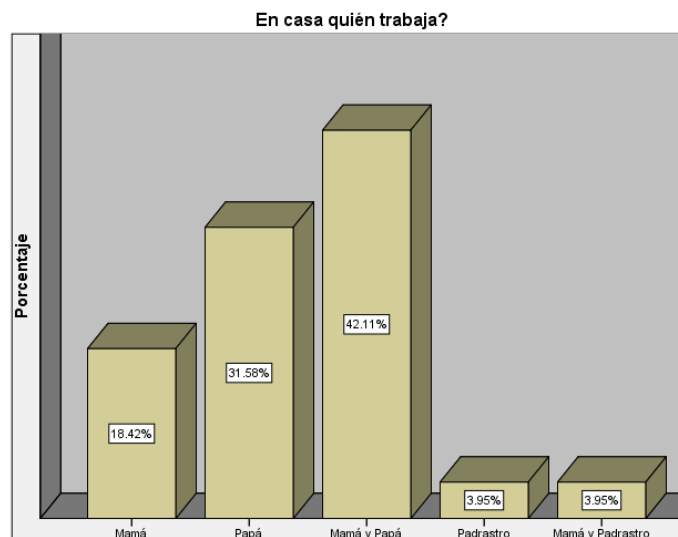


Figura 7. Laboral

Con relación a la convivencia en casa, la mayor parte del tiempo, el 52.63% mamá, 26.32% mamá y papá, 11.84% solo, 6.58%, 1.32 papá y 1.32 padrastro.

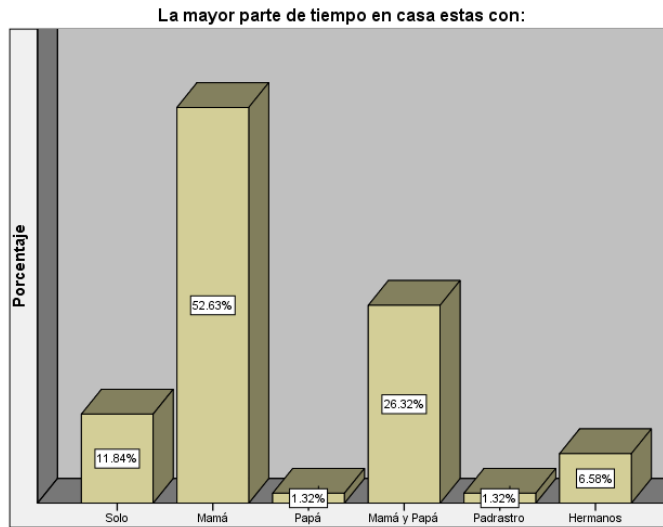


Figura 8. Tiempo en Casa

En cuanto a las reglas, 90.79% considera si tener reglas en casa y el 9.21% no considera tener reglas en casa. Por tal motivo consideran que el 60.53% mamá y papá, 32.89% mamá, 3.95% papá, 1.32% mamá y padrastro y el 1.32% hermano, se encargan de la disciplina.

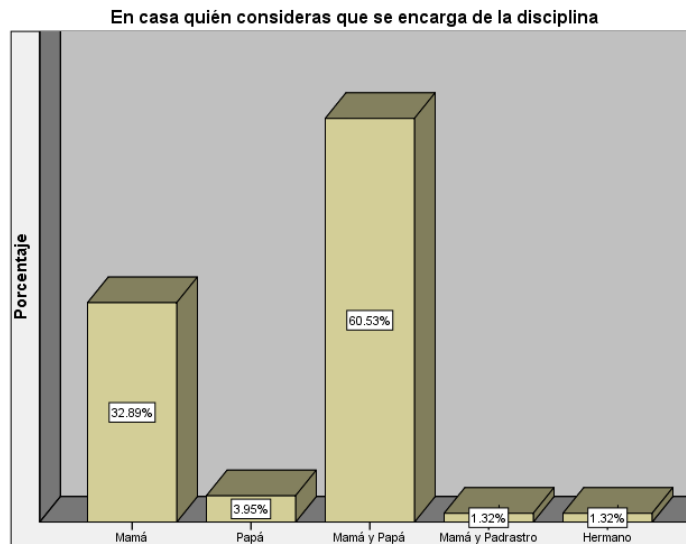


Figura 9. Disciplina en Casa.

El adolescente con los que respecta a la percepción de la disciplina, 43.42% firme-condescendiente, 30.26% firme, 22.37% permisivo y 3.95% indiferente.

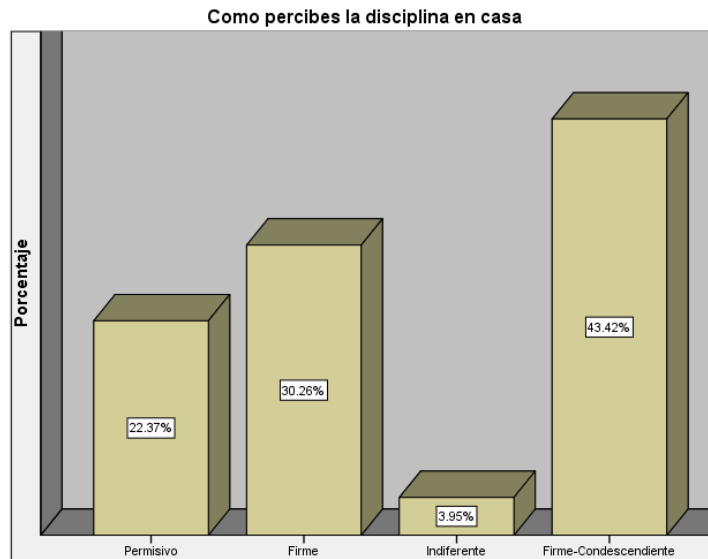


Figura 10. Percibe la Disciplina en Casa.

En cuanto a la figura de autoridad, los adolescentes consideran, 53.95 % mamá y papá, 32.89% mamá, 11.84% papá y 1.32% mamá y padrastro.

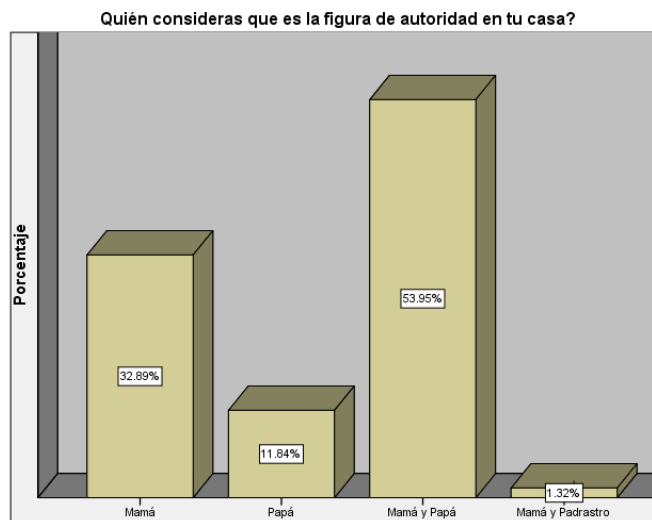


Figura 11. Figura de Autoridad.

Con lo que respecta a las consecuencias, cuando no se cumplen las reglas, los adolescentes consideran que los padres, 73.68% habla conmigo, 18.42% priva de algo, 3.95% me riñe, 2.63% me pega y el 1.32% es indiferente.

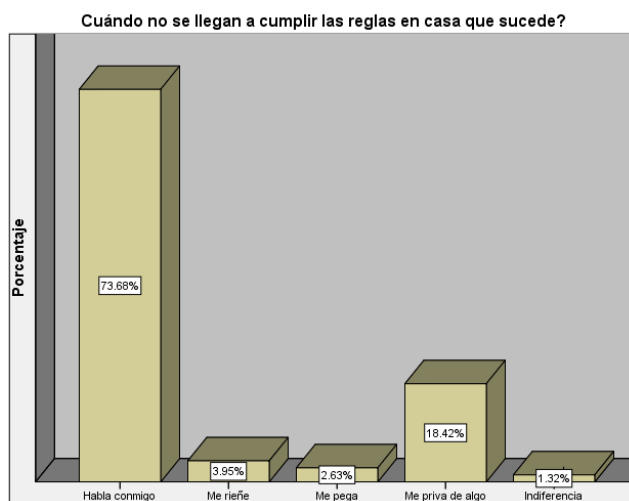


Figura 12. Consecuencias sobre el Incumplimiento de Reglas en Casa.

En relación con la comunicación con los padres los adolescentes, 71.05% buena, 27.63% regular y 1.32% mala.



Figura 13. Comunicación con los Padres.

Los adolescentes con lo que respecta a las conductas de afecto de los padres consideran, 50% muchas veces, 42.11 algunas % veces, 5.26% nunca y 2.63% casi nunca.

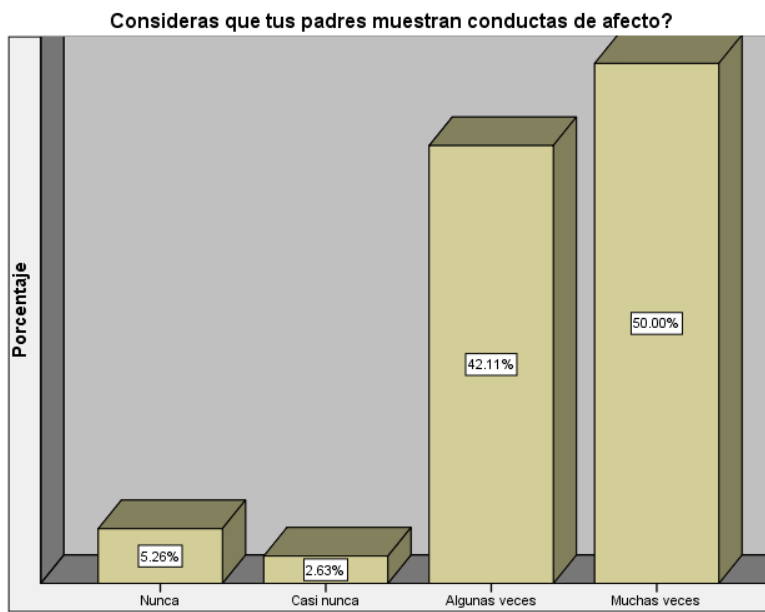


Figura14. Conducta de Afecto

4.2. Resultados por variables

Escala de Estilos de Socialización parental

Los adolescentes, con relación a la madre, perciben el uso mayormente del estilo indulgente con 36.84%, sin descartar la presencia de los demás estilos.

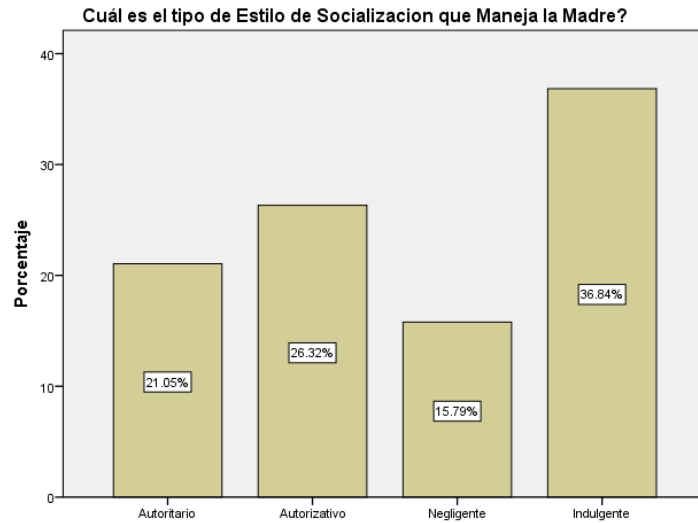


Figura 15. Estilo de socialización de la Madre.

Con referente al padre los adolescentes perciben el uso del estilo Indulgente con un 42.25%, sin descartar la presencia de los demás estilos.

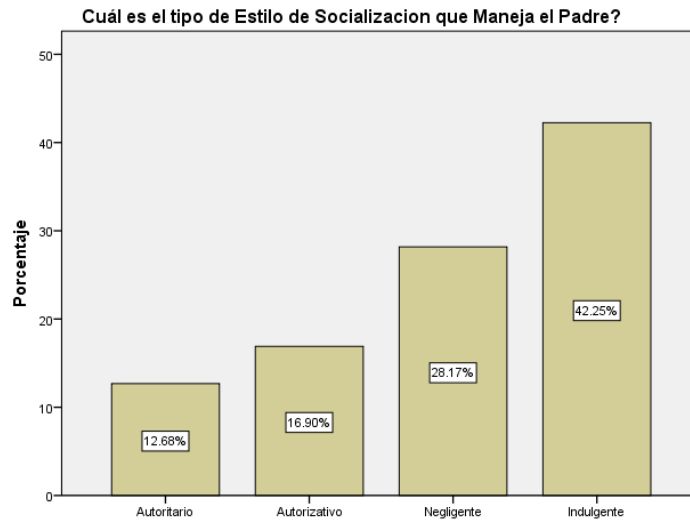


Figura 16. Estilo de socialización de la Madre.

En cuanto a los resultados por las dos dimensiones que abarca los estilos de socialización parental, la primera dimensión aceptación/ implicación la media de las subescalas en relación con la madre, el dialogo 57, afecto 57, displicencia 41, indiferencia 39; con referente al padre la media de dialogo 58, afecto 52, displicencia 51, indiferencia 42.

Tabla 12

Dimensión Implicación/aceptación

		Cuál es el nivel de Dialogo de la Madre	Cuál es el nivel de Dialogo del Padre	Cuál es el nivel de Afecto de la Madre	Cuál es el nivel de Afecto del Padre	Cuál es el nivel de Displicencia de la Madre	Cuál es el nivel de Displicencia del Padre	Cuál es el nivel de Indiferencia de la Madre	Cuál es el nivel de Indiferencia del Padre
N	Válido	76	71	76	71	76	71	76	71
	Perdidos	0	5	0	5	0	5	0	5
	Media	57.11	56.93	57.30	52.65	41.97	51.31	39.11	42.85
	Error estándar de la media	3.682	3.613	3.462	3.509	2.726	3.278	3.254	3.196
	Mediana	60.00	60.00	65.00	60.00	25.00	50.00	30.00	40.00
	Moda	95	90	70 ^a	30 ^a	25	25	10	20

Tabla 12. Subescalas de la Dimensión Implicación/aceptación.

La segunda dimensión que corresponde coerción/ imposición la media de las subescalas en relación con la madre son; coerción física 58, privación 54, coerción verbal 30; con referente al padre la coerción física 50, privación 48, coerción verbal 22; con referente al padre la media de coerción física 59, privación 48 y coerción verbal 22.

Tabla 13

Dimensión Coerción/Imposición

		Cuál es el nivel de Coer. Física de la Madre	Cuál es el nivel de Coer. Física del Padre	Cuál es el nivel de Privación de la Madre	Cuál es el nivel de Privación del Padre	Cuál es el nivel de Coer. Verbal de la Madre	Cuál es el nivel de Coer. Verbal del Padre
N	Válido	76	71	76	71	76	71
	Perdidos	0	5	0	5	0	5
Media		58.62	50.89	54.89	46.11	30.63	22.15
Error estándar de la media		3.180	3.037	3.834	3.727	3.649	3.083
Mediana		40.00	40.00	60.00	50.00	15.00	15.00
Moda		40	25	10	10	1	5

Tabla 13. Subescalas de la Dimensión Coerción/imposición

Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos versión revisada

Los resultados arrojaron, que los adolescentes con sintomatología depresiva se encontraron en la media de 38.25.

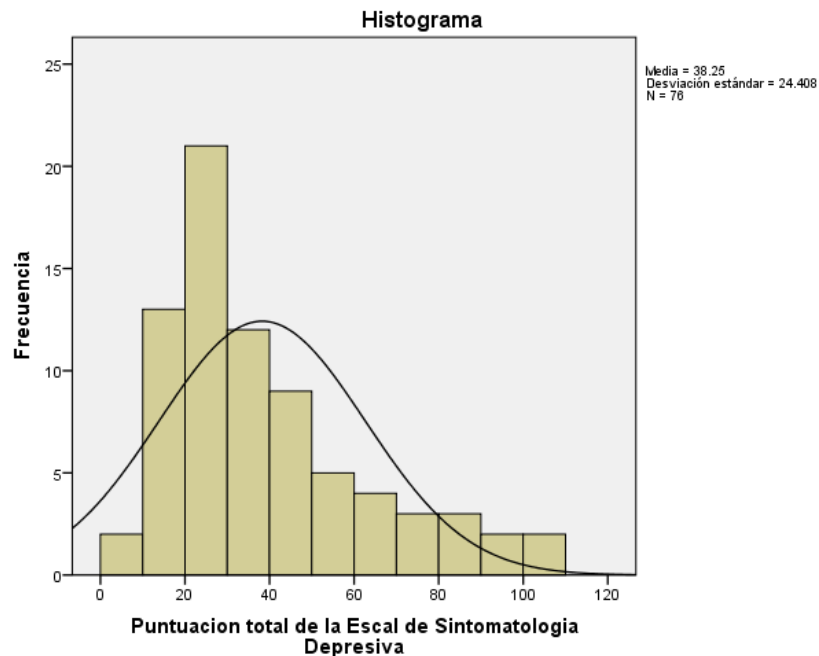


Figura 17. Sintomatología Depresiva

Escala de Ideación suicida de Beck

Con relación a la ideación suicida en adolescentes se puede apreciar la media fue de 7.17.

Tabla 14

Ideación Suicida

		Puntuación total de la Escala de Ideación Suicida de Beck	Actitud ante la vida / Muerte	Pensamientos / Deseos suicidas	Proyecto del Intento	Intento proyectado	Intentos Previos
N	Válido	76	76	76	76	76	76
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		7.17	1.58	2.72	1.64	1.00	.11
Error estándar de la media		.831	.239	.326	.245	.181	.035
Mediana		5.00	1.00	2.00	1.00	.00	.00
Moda		0	0	0	0	0	0

En cuanto a los factores disuasorios que impiden cometer el acto suicida los adolescentes consideraron, 59.32% familia, 20.34% familia y amigos, 11.68% experimentar la vida, 3.39% familia y novio (a), 3.39% amigos y 1.69% medios de comunicación.

Tabla 14. Ideación Suicida

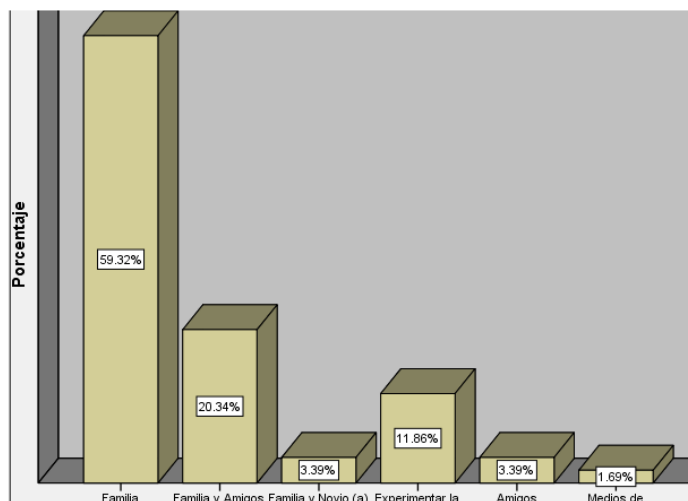


Figura 18. Factores Disuasorios

Capítulo V. Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue analizar la relación de determinados estilos de socialización parental, sintomatología depresiva e ideación suicida. Con respecto a los resultados que arrojó este trabajo y a partir de ello se puede determinar que el estilo de socialización parental indulgente no influye significativamente en la sintomatología depresiva e ideación suicida, por sus múltiples variables asociadas.

Por lo tanto los resultados obtenidos en relación a las características generales de los sujetos a estudio son: con referencia al rango de edad que abarca la muestra de estudio es de 13 años, conformada principalmente por un 53.95% de hombres y un 46.05% de mujeres; con lo que respecta al área familiar el 78.32% vive con ambos padres, de modo que 42,11% de los adolescentes refieren que ambos padres trabajan; sin embargo un 25.00% menciona que la figura paterna se dedica al área laboral por lo consiguiente un 52.63% refiere convivir la mayor parte del tiempo con la figura materna, seguida de un 26.32% ambos padres.

Considerando lo anterior el tipo de familia en el cual se relaciona la muestra estudiada es a las familias en transición, ya que la figura materna como paterna forman parte fundamental del sistema familiar por el hecho de que ambos participan activamente en la educación de los hijos, así como en el área laboral; sin embargo la función del padre en cuestión a la educación de los hijos es sólo de apoyo a las tareas realizadas por la madre, por otro lado la figura materna aparte de contribuir a la maternidad y las tareas domésticas colabora con la economía del hogar, no obstante este último se considera dentro de la familia como un aporte secundario por lo tanto probablemente la horas

laborales son cortas para contribuir con las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, delegando esta responsabilidad a la figura paterna.

Por tal motivo ambos comparten la parentalidad y la responsabilidad de la educación entre ellos la socialización hacia los hijos, así como la estructura de la autoridad, manteniendo una mejor comunicación y expresión de afectividad con los hijos así como en pareja.

En cuanto a las características generales que abarca el área de los estilos de socialización, el 90.79% considera tener reglas dentro del hogar, por esta razón el 60.53% de adolescentes mencionan que ambos padres se encargan de la disciplina en casa, por otra parte un 53.95% de adolescentes considera a ambos padres como figuras de autoridad, seguida de un 32.89% toma en cuenta a la madre como figura de autoridad, de modo que la autoridad la comparten ambos padres, la cual se relaciona con la familia en transición, siendo esta estructura necesaria para que la familia funcione adecuadamente. Ya que se considera que la principal función de la autoridad dentro de la familia es ayudar a los adolescentes a la elaboración de las metas y objetivos, así como las acciones para llevar a cabo, por esta razón es necesario que dentro del sistema familiar exista una estructura de autoridad (Valdés, 2007).

Otro aspecto importante y que se relaciona con el objetivo principal de investigación, es que el 43.42% de adolescentes perciben la disciplina en el hogar como firme-condescendiente, es decir que existen castigos y diálogo ante conductas inadecuadas, de modo que los padres están dispuestos a escuchar las demandas de los hijos, por consiguiente, el 73.68% de los adolescentes consideran que los padres utilizan el diálogo con lo que respecta a las consecuencias de determinadas conductas, es así

que un 71.05% de adolescentes menciona tener una buena comunicación, así como un 50.00% de los adolescentes perciben conductas de afecto por parte de los padres. Sin embargo este tipo de disciplina corresponde al estilo autorizativo, posteriormente en el la escala de socialización parentales, la cual evalúa varios aspectos ya mencionados los resultados obtenidos son; los adolescentes perciben particularmente el estilo permisivo, el cual se caracteriza por la alta implicación y aceptación, es decir brindan más afecto, apoyo y dialogo, sin descartar la aparición de otros estilos de socialización.

Por consiguiente al analizar la relación entre determinados estilos de socialización, sintomatología depresiva e ideación suicida, se encontró que no existe relación significativa, en esta muestra de estudio.

Los resultados obtenidos, mostraron que los adolescentes perciben con mayor predominancia el estilo indulgente en ambos padres, de modo que no hay una relación significativa entre el estilo indulgente cuyo porcentaje es de 42.25%, la depresión cuya media es de 38.25 y la ideación suicida con una media de 7.17, ya que el estilo indulgente se caracteriza por un alto nivel de implicación y aceptación, así como un bajo nivel de coerción e imposición, es decir que los adolescentes perciben a los padres ejerciendo mayor comunicación y apoyo, ya que fomentan el diálogo entre ambos consultando decisiones internas dentro del hogar, de igual modo los padres tienden a comportarse de forma afectiva hacia los adolescentes aceptando los deseos e impulsos de los mismos por lo tanto la disciplina que ejercen es el razonamiento sin el uso de castigos físicos o materiales.

Es por esto que las consecuencias negativas que se obtienen están relacionadas en los adolescentes a un pobre control de los impulsos, dificultades académicas, baja tolerancia a la frustración y problemas con el consumo de sustancias, esto se debe a la escasa imposición de reglas y límites, ocasionando que los adolescentes no interiorizan adecuadamente las normas; sin embargo las consecuencias positivas de este estilo es que favorecen la autonomía en los adolescentes, elevada autoestima, igualmente fomentan la comunicación y el dialogo, así como el afecto y el apoyo hacia los adolescentes.

Por lo anterior la familia con hijos adolescentes presenta varios cambios necesarios para el sistema familiar y sus integrantes, ya que la relación con las figuras primarias se vuelve más simétrica es necesario de estrategias de socialización adecuadas para educar a los adolescentes. De donde resulta el modelo de estrés familiar que explica los tipos de familias con hijos adolescentes presentado por Esteves, Jiménez y Musitu (2007). Con lo que respecta a la muestra de estudio se puede concluir que los adolescentes se encuentran en la “familia tipo II” la cual no logra un adecuado funcionamiento familiar, pero logran tener una adecuada comunicación entre padres e hijos.

Con lo que respecta al estilo indulgente y la sintomatología depresiva no existe relación significativa alguna, ya que como lo sugieren algunos autores cuanto mayor imposición y control psicológico, mayor sintomatología depresiva (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas, 2012), por otra parte Sierra (2012) observó que en el estilo autorizativo como indulgente permite en los adolescentes un desarrollo adecuado de la autoestima, existiendo menor predisposición de síntomas depresivos y conductas

agresivas, ya que fomentan el diálogo, expresando sus emociones abiertamente dentro del sistema familiar.

En conclusión el estilo indulgente no se relaciona significativamente con la sintomatología depresiva por las características mencionadas del estilo indulgente y sus consecuencias positivas en relación al desarrollo de la autoestima, autonomía; sin embargo tiende a tener mayores consecuencias conductuales por la falta de reglas y límites.

En relación con la ideación suicida y el estilo permisivo, no se encontró relación significativa, ya que autores como Rene y Wild (como se citó en Sánchez, Musitu, Villarreal y Martinez, 2010) encontraron que la ideación suicida se relacionaba con una menor comunicación y mayores conflictos entre las figuras de autoridad, siguiendo la misma línea de investigación, en un estudio realizado en México por Pérez, Rivera, Atienzo, Castro, Leyva y Chávez (como se citó en Sánchez, Musitu, Villarreal y Martinez, 2010) observaron que un bajo nivel de apoyo en la familia, existe la probabilidad de presentar ideación suicida por lo tanto como sugiere Rodrigo et al. (como se citó en Pérez, Alvarado, Viancha, Bahamon, Verdugo y Ochoa, 2013) la comunicación y el apoyo de las figuras de autoridad favorecen en los adolescentes estilos de vida más sanos.

Asimismo Verge (2015) concluye que determinados estilos de socialización parentales se relacionan como un factor de riesgo de las ideas suicidas así como un factor protector de las mismas, entre los estilos que se relacionan como un factor de riesgo son el estilo negligente y autoritario; con respecto al estilo que se asocia como un

factor protector se encuentra el autoritario, por lo tanto la relación entre el estilo indulgente es inconsistente por el bajo porcentaje así como las consecuencias positivas.

En lo que concierne a la sintomatología depresiva se puede apreciar la relación entre la ideación suicida, ya que presentaron menor puntuación en sintomatología depresiva, de igual forma mostraron menor puntuación en ideación suicida, esto como sugiere DSM-V (como se citó en Figueroa y Meza, 2017) no son considerados como un trastorno mental, sino retomados como un síntoma de gravedad para diversas enfermedades como depresión mayor, trastorno bipolar, entre otras. Del mismo modo Hintikka, Koivumaa, Lehto, Tolmunen, Honkalampi, Hattainen, y Viinamaki (como se citó en Sánchez, Musitu, Villarreal, Martinez, 2010) concluyeron que el estado de ánimo depresivo se debe considerar como una condición previa necesaria para que se manifieste la ideación suicida

Siguiendo la misma línea se encuentra Villardón (1993) sugiere la depresión como una afección que mayor porcentaje tiene de suicidio. Igualmente Bitchenell (como se citó en Villardón, 1993) existe mayor riesgo en cometer suicidio en una persona depresiva que en una persona no depresiva. Por otro lado Berent y Kolko (como se citó en Villardón, 1993) realizaron una investigación donde encontraron una relación entre la conducta suicida en la población infantil y adolescente con los desórdenes afectivos.

De lo ya dicho es pertinente señalar que la hipótesis de trabajo ya planteada se rechaza al menos en esta muestra que se investigó por considerarse al estilo indulgente con un alto nivel de expresión del afecto, apoyo y la comunicación por parte de los padres hacia los adolescentes, así como por sus múltiples factores que conforman la depresión e ideación suicida.

5.1. Conclusiones

La familia, por su principal función que es la socializadora, como la define Musitu y Cava (como se citó en Estévez, Jiménez y Musitu, 2007) es el proceso mediante el cual, las personas adquieren los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiados para un desarrollo óptimo en la sociedad a la que pertenecemos. Por lo tanto, siendo los padres encargados de este proceso a través de los estilos de socialización van a influir en los adolescentes de forma positiva o negativa, relacionando determinados estilos como factores de riesgo o factores protectores en los adolescentes ante determinadas conductas. Por otro lado la familia también adquiere la función de apoyo hacia los integrantes, de tal manera que cuando se encuentren en un conflicto el sistema familiar brindara opciones que pudieran ayudar, así como soporte emocional.

De modo que la familia va tener que adaptarse a los cambios que surgen en el contexto social, brindando flexibilidad a la hora de elaborar las reglas, así como retroalimentación entre los integrantes que la conforman, ya que de no ser ase surgirán conflictos entre el sistema familiar que les impedirá el desarrollo del sistema si como sus integrantes.

Conclusión 1

Como se menciona anteriormente existen cuatro tipos de estilos de socialización parentales; estilo autoritario, estilo autorizativo, estilo indulgente y el estilo negligente; siendo este último el más disfuncional y considerando al estilo autorizativo el adecuado a la hora de ejercer la socialización, por consiguiente cada un adquiere consecuencias

positivas como negativas; sin embargo en la muestra de estudio el estilo que predomina significativamente es el estilo indulgente, el cual tiene consecuencias positivas y negativas, estas relacionadas más con problemas conductuales.

Conclusión 2

No se encontró una relación significativa en la aparición de sintomatología depresiva e ideación suicida y en los estilos de socialización indulgente, en esta muestra de estudio.

Conclusión 3

En cuanto a la sintomatología depresiva e ideación suicida hay una correlación, ya que aquellos que presentaron sintomatología depresiva igualmente mostraron tener ideación suicida.

5.2. Sugerencias

Para una futura investigación relacionada a los estilos de socialización parental, sintomatología depresiva e ideación suicida, se sugiere la elaboración o aplicación más detallada de instrumentos de estilos de socialización parental e ideación suicida en la población adolescente (de preferencia estandarizados a población mexicana), ya que los instrumentos para aplicar en población son muy pocos, algunos son españoles y otros se aplican mayormente a población de 14 años en adelante.

Así mismo se recomienda usar rangos más amplios en el periodo de la adolescencia y considerar una muestra proporcionada de mujeres y hombres para poder hacer comparaciones más precisas a través del género.

Otra cuestión importante es la elaboración de criterios de exclusión, para una investigación más específica en relación a los resultados obtenidos. Se recomienda considerar el contexto sociocultural, ya que eso influye en el ejercicio de los estilos de socialización parentales así como en los roles de los padres a la hora de ejercer la parentalidad y la función socializadora, por consiguiente se sugiere un análisis más específico para ambos padres con relación a los estilos de socialización parentales, debido a los roles que adquieren dentro del sistema familiar y van depender del contexto en el que se desarrolla la familia, de igual manera realizar un análisis considerando el género de los adolescentes, ya que como sugiere Musitu y García (2004) los adolescentes perciben diferentes estilos de socialización por parte de la figura materna y paterna.

Referencias bibliográficas

- Albarrán, A. J., Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de Psiquiatría del Hospital Civil Fray. *Investigación en Salud*. 9 (2), 118-124.
- Alcantar, M. I., (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- American Psychiatric Association, et al. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª ed. TR. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association, et al. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5ª ed. TR. Madrid, España: Panamericana.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B., y Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud mental*. 35 (1), 29-36.
- Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo Social. *Investigación en Psicología*. 16 (1), 233-245.
- Asociación Mexicana de Suicidología. (2017). *Suicidio: Día mundial para la Prevención del Suicidio*. Recuperado de <http://suicidologia.org.mx>.

- Austria, E., (2015). *Estilos parentales, participación de los padres en la escuela y ajuste académico de los alumnos de secundaria*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Bahamón, M. J., Vásquez, Y., Ruiz, L., Herrera, A. M., Alvarado, J. I., Galindo, C., (2018). Practicas Parentales como Predictores de la Ideación Suicida en Adolescentes Colombianos. *Psicogente*. 21 (39), 50-61.
- Batlle, J. (2013). Relaciones asimétricas en las reparaciones entre estudiantes. *Revista De didáctica Español como lengua extranjera*, 16.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental control on Child Behavior. *University of California, Berkely*. 37 (4), 887-907.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1998). *Terapia cognitiva de la depresión*. New York, Estados Unidos: Desclee De Brouwer.
- Bericat, E., (2012). *Emociones*. Universidad de Sevilla, España. Recuperado de www.sagepub.net.
- Caro, I. (2009). *Manual Teórico-Práctico de psicoterapias cognitivas*. Sevilla, España: Desclee de Brouwer.
- Castro, A., Kirchner, T., Planellas, I. (2013). Predicción de la Conducta Autodestructiva en Adolescentes Mediante Tipologías de Afrontamiento. *Universidad de Psicología de Bogotá*. 13 (1), 121-133.

- Cathalifaud, A. y Osorio, F. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistema. *Revista Universidad de Chile*, 3.
- Díaz, A. y Quiroga, M. I. (2015). Aspectos genéticos en el embarazo múltiple. *Revista Peruana de ginecología y obstetricia*. 61 (3).
- Eguiluz, L. y Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*. 22 (2), 72-80.
- Eguiluz, L. (2003). Dinámica de la familia: Un enfoque Psicológico Sistémico. Recuperado de <https://books.google.com.mx>.
- Estévez, E., Musitu, G., Cava, M. J., Moreno, D., Estévez, J. F., Guarinos, M., Jiménez, T. I., Martínez, B., y Buelga, S. (2016). *Intervención psicoeducativa en el ámbito familiar, social y comunitario*. Madrid, España: Paraninfo.
- Estévez, E., Jiménez, T., y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Recuperado de <https://books.google.com.mx>.
- Esteve, J. V. (2005). *Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes*. (Tesis de doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Feldman, R. (2008). *Understanding Psychology*. Nueva York, Estados Unidos: Mcgraw-Hill International Edition.
- Figuroa, A. M., y Meza, A. (2017). *Depresión e ideación suicida* (tesis de licenciatura).

Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

García, E., García, F., y Lila, M. (2007). *Socialización familiar y ajuste psicosocial, un análisis transversal desde tres disciplinas de la psicología*. Valencia, España: Universidad de Valencia.

García, N., (2006). Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas. (Tesis de licenciatura). Facultad de estudios superiores de Zaragoza, Ciudad de México, México.

Hernández, D. G., y Sierra, G. L. (2012). *Los estilos parentales y su relación con la autoestima, depresión y agresión en la adolescencia temprana*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017>.

Zzedín, R., y Pachajoa, A. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza ayer y hoy. *Fundación universitaria los libertadores*. 15 (2), 109-115.

Jaureguizar, J., Bernaras, E., Soroa M., Sarasa, M., y Garaigordobil, M. (2015). Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 23 (2), 245-264.

Korman, G. P., y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la

- conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 15 (1) 119-145.
- Ledezma, S., y Pérez, G. A. (2006). *Condiciones presentes en el desarrollo de episodios depresivos, en menores infractores del consejo tutelar del estado de hidalgo*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hidalgo.
- Musitu, G., y García, F. (2004). *Escala de estilos de socialización parental en la adolescencia*. Madrid, España: TEA.
- Pardo, G., Sandoval, A., y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de Psicología*. 13, 12-32.
- Paramo, A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*. 29 (1), 85-95.
- Pereira, R., (1994). Revisión histórica de la terapia familiar. *Revista psicopatología Madrid*, 14 (1), 5-17.
- Pérez, A., Alvarado, J. I., Viancha, M., Bahamon, M. J., Verdugo, J., y Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología del caribe*. 30 (3), 551-568.
- Pérez, B., y Arrázola, E.T. (2013). Vínculo afectivo en la relación paterno-filial como factor

- De calidad de vida. *Tendencia & Retos*. 18 (1), 17-32.
- Pezúa, M. C. S., (2012). *Clima social familiar y su relación con la madurez social del niño De 6 a 9 años*. (Tesis para obtener el grado de académico de Magister en Psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Puello, M., Silva, M., y Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación entre familia monoparental con hijos adolescentes. *Revista diversas perspectivas en psicología*. 10 (2), 225-246.
- Raluy, A. (2006). *Diccionario Porrúa de lengua Española*. Ciudad de México, México. Porrúa.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Recuperado de <https://es.scribd.com>.
- Ruiz, Y. M., y Vázquez. M. C. (2015). Conducta antisocial, personalidad delictiva y estilos parentales en adolescentes internos del tutelar de menores de Pachuca, Hidalgo. *Revista de investigación educativa, huella de la palabra*. 9, 23-32.
- Sánchez, J., Musitu, G., Villarreal, M. y Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Intervención Psicosocial*. 19 (3), 279-287.
- Segura-Celis, H. B., Vallejo, A. G., Osorio, J. R., Rojas, R. M., Reyes, S. I. (2011). La escala de prácticas parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes veracruzanos. *Revista de Educación y Desarrollo*.

- Serrano, M. (2001). Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Recuperado de www.revistas.unam.mx.
- Sierra, L. G. (2012). *Los estilos parentales y su relación con la autoestima, depresión y Agresión en la adolescencia temprana* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
- Simón, A., y Sanchis, F. (2010). Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica. *Apuntes de psicología*. 28 (28), 443-445.
- Soria, R., (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 13 (3).
- Torio, S., Peña, J. V., y Rodríguez, M. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Universidad de Salamanca* 20, 151-178.
- Valbuena, M., Morillo, R., y Salas, D. (2006). Sistema de valores en las organizaciones. *Revista Omnia*. 12 (3), 60-78.
- Valdés, A. A., (2007). *Familia y desarrolló intervenciones en terapia familiar*. Ciudad de México, México: El manual moderno.
- Vargas, J., y Arán V. (2013). Importancia de la Parentalidad para el desarrollo cognitivo infantil: una revisión teórica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 12 (1), 171-181.

Verdugo, J. C., Arguelles, J. Guzmán, J., Márquez, C., Montes, R., Uribe, I. (2014).

Influencia del clima familiar en el proceso de adaptación social del adolescente.

Psicología desde el Caribe. 31 (2), 207-222.

Verge, D., (2015). *Percepción filial sobre los estilos familiares en menores con ideas*

suicidas. (Tesis de licenciatura). Universidad Jaume I, España.

Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Recuperado de

<https://books.google.com.m>.

Viveros, E. F., y Vergara, C. E. (2014). *Familia y Dinámica familiar*, Medellín, Colombia:

Funlam.

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders:*

Global Health estimates. Recuperado de <http://www.who.int/es>.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Depresión: Nota descriptiva de la depresión*.

Recuperado de <https://www.who.int/topic/depression/es/>.

Anexos

Pachuca de soto hidalgo a 3 de mayo de 2018.

Profra. María Cristina Santamaría valencia

Directora de la escuela secundaria técnica 31

Presente

Por este medio me presento a usted, soy pasante de psicología Ashley Martínez Pérez, con número de cuenta 413502124, de la universidad humanista hidalgo, ubicada en mariano arista #107, col. centro, Pachuca hidalgo. Actualmente me encuentro preparando mi trabajo de tesis para titulación donde el tema es “los estilos de socialización parental y la relación con la ideación suicida en adolescentes de 12 a 14 años de edad, por lo cual solicito de su apoyo como autoridad a cargo de esta institución, para que me facilite a 75 jóvenes, para que les sea aplicada la prueba “inventario de depresión de Beck”, “escala de ideación suicida” y “escala de estilos de socialización parental”. La forma de llevar a cabo estas pruebas si así me lo permite seria de la siguiente forma 5 jóvenes por día, con un tiempo de 90 minutos, durante el mes de mayo-junio. Propongo el horario de 10:00 a 10:20 hrs. a reserva de lo que usted indique.

Sin otro particular, agradezco de antemano su atención.

Atentamente

P.I.Psic. Ashley Martínez Pérez

FICHA DE IDENTIFICACION

La presente investigación relaciona aspectos de estilos de crianza. Toda la información es confidencial y se usara con fines estadísticos.

1.- Número del sujeto:

2.- Sexo

a) Hombre b) Mujer

2.- Edad, en años cumplidos

3.- A que te dedicas

a) Estudiante b) Estudias-Trabajas c) Otro_____

3.- Estado civil

a) Sotero b) noviazgo c) Otro_____

4.- ¿Tienes creencias religiosas?

a) Si b) No

5.- En tu familia profesan alguna religión?

a) Si b) No

6.- ¿Cuántas integrantes de la familia viven en casa?

a) 2 b) 3 c) 4 d) 5 e) Otro_____

7.- En casa vives con:

a) Mamá b) Papá c) Ambos d) Tíos e) Abuelos e) Otros_____

8.- ¿Qué número de hijo eres?

a) 1 b) 2 c) 4 d) Otro_____

9.- ¿Cuántos hermanos tienes?

a) 1 b) 2 c) 3 d) Otro_____

10.- En casa quién trabaja?

a) Mamá b) Papá c) Ambos d) Otro_____

11.- La mayor parte del tiempo en casa estas:

a) Solo b) Mamá c) Papá d) Ambos e) Otro_____

12.- Consideras que en casa tienen reglas.

a) Si b) No

13.- En casa quien consideras que se encarga de la disciplina.

a) Mamá b) Papá c) Ambos d) Otro_____

14.- Como percibes la disciplina en casa.

a) Permisivo b) Firme c) Indiferente e) Firme-Condescendiente

15.- Quién consideras que es la figura de autoridad en tu casa?

a) Mamá b) Papá c) Ambos d) Otros _____

16.- Cuando no se llegan a cumplir las reglas establecidas en casa, que sucede:

a) Habla con migo b) Me riñe c) me pega d) Me priva de algo e) Indiferencia

17.- Como consideras que es la comunicación en casa (padres)?

a) Buena b) Regular c) Mala

18.- Consideras que tus padres muestran conductas de afecto.

a) Nunca b) Casi nunca c) Algunas veces d) Muchas veces

¡Gracias por tu cooperación!

No. Sujeto: _____

ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS VERSION REVISADA

(CES-D-R)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F / M

Escuela: _____ Fecha: _____

INTRUCCIONES

A continuación hay una lista de experiencias que probablemente hayas tenido. Por favor tacha la respuesta para indicar durante cuantos días de las **DOS ULTIMAS SEMANAS** te sentiste así, o si te ocurrió casi diario durante las últimas dos semanas.

Durante cuantos días.....

	Escasamente (0 a 1 días)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)
1.- Tenía poco apetito.	0	1	2	3	4
2.- No podía quitarme la tristeza.	0	1	2	3	4
3.- Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3	4
4.- Me sentía deprimido (a).	0	1	2	3	4
5.- Dormía sin descansar.	0	1	2	3	4
6.- Me sentía triste.	0	1	2	3	4
7.- No podía seguir adelante.	0	1	2	3	4
8.- Nada me hacía feliz.	0	1	2	3	4
9.- sentía que era una mala persona.	0	1	2	3	4
10.- Había perdido mi interés en mis actividades diarias.	0	1	2	3	4
11.- Dormía más de lo habitual.	0	1	2	3	4
12.- Sentía que me movía muy lento.	0	1	2	3	4
13.- Me sentía agitado.	0	1	2	3	4
14.- Sentía deseos de estar muerto (a).	0	1	2	3	4
15.- Quería hacerme daño.	0	1	2	3	4

16.- Me sentía cansado (a) todo el tiempo.	0	1	2	3	4
17.- Estaba a disgusto conmigo mismo(a).	0	1	2	3	4
18.- Perdí peso sin intentarlo.	0	1	2	3	4
19.- Me costaba mucho trabajo dormir.	0	1	2	3	4
20.- Era difícil concentrarme en las cosas importantes.	0	1	2	3	4
21.- Me moleste por cosas que usualmente no me molestan.	0	1	2	3	4
22.- Sentía que era tan bueno (a) como otra gente. ®	0	1	2	3	4
23.- Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo.	0	1	2	3	4
24.- Me sentía esperanzado (a) hacia el futuro. ®	0	1	2	3	4
25.- Pensé que mi vida ha sido un fracaso.	0	1	2	3	4
26.- Me sentía temeroso.	0	1	2	3	4
27.- Me sentía feliz. ®	0	1	2	3	4
28.- Hablé menos de lo usual.	0	1	2	3	4
29.- Me sentía solo (a)	0	1	2	3	4
30.- Las personas eran poco amigables.	0	1	2	3	4
31.- Disfrute de la vida. ®	0	1	2	3	4
32.- Tenía ataques de llanto.	0	1	2	3	4
33.- Me divertí mucho. ®	0	1	2	3	4
34.- Sentía que iba a darme por vencido (a).	0	1	2	3	4
35.- Sentía que le desagradaba a la gente.	0	1	2	3	4

¡Gracias por tu cooperación!

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SSI)

No. Sujeto: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F / M

Escuela: _____ Fecha: _____

INTRUCCIONES

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

I Características de la actitud hacia la vida/ muerte.

1. Su deseo de vivir es:
 - 0 Moderado a fuerte.
 - 1 Mediano o poco (débil).
 - 2 No tengo deseo (inexistente).

2. Su deseo de morir es:
 - 0 No tengo deseos de morir.
 - 1 Pocos deseos de morir.
 - 2 Moderado a fuerte.

3. Sus razones para vivir/ Morir son:
 - 0 Las razones para vivir son superiores a las de morir.
 - 1 Equilibrado (igual).
 - 2 Las razones para morir son superiores a las de vivir.

4. Su deseo de realizar un intento de suicidio es:
 - 0 Ninguno (inexistente).
 - 1 Poco (débil)
 - 2 Moderado a fuerte.

5. Realizar un intento de suicidio pasivo:
 - 0 Tomaría precauciones para salvar su vida.
 - 1 Dejaría la vida/ muerte a la suerte.
 - 2 Evitaría los pasos necesarios para salvar su vida.

II Características de los pensamientos/ deseos suicidas.

6. Su duración de pensamientos/ Deseos son:
 - 0 Breves, duran poco tiempo, o pasajeros.
 - 1 Temporadas o periodos largos.
 - 2 Duran un tiempo largo o continuo.

7. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos es:
 - 0 Rara vez, ocasionalmente (baja).
 - 1 Frecuentemente pienso/deseo.
 - 2 Casi todo el tiempo pienso/deseos.

8. Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:
 - 0 Rechazo los pensamiento/deseos
 - 1 Ambivalente; indiferente.
 - 2 Aceptación de pensamientos/deseos

9. Su control sobre la acción/Deseo de suicidio:
 - 0 Tiene capacidad de control.
 - 1 Inseguridad de capacidad de control.
 - 2 No tiene capacidad de control.

10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar).
 - 0 No lo intentaría porque algo lo detiene.
 - 1 Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
 - 2 No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.

11. Sus razones para Pensar/desear el intento suicida:
 - 0 Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
 - 1 Combinación de ambos (0-2).
 - 2 Escapar, acabar, manera de resolver los problemas.

Indicar cuales son estos factores que detienen la tentativa: _____

III Características del proyecto de intento.

12. El método. Especificado/Oportunidad de pensar el intento:
 - 0 Sin considerar método o plan.
 - 1 Considerado, pero sin elaborar los detalles.
 - 2 Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.

13. El método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento:
- 0 Método no disponible; no oportunidad.
 - 1 Método requeriría tiempo/esfuerzo, oportunidad no disponible realmente.
 - 2 Método y oportunidad disponible.
 - 2ª Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.
14. La sensación de “capacidad” para llevar a cabo del intento:
- 0 No tiene el valor, o capacidad (debilidad o asustado).
 - 1 No está seguro de tener valor o capacidad.
 - 2 Está seguro de tener valor.
15. La expectativa de anticipación de un intento real:
- 0 No
 - 1 Sin seguridad, sin claridad.
 - 2 Si

IV Realización del intento proyectado.

16. La preparación real de realizarlo:
- 0 Ninguna preparación.
 - 1 Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos etc.).
 - 2 Completa (preparativos terminados).
17. Notas acerca del suicidio:
- 0 No ha escrito nota o carta (ninguna).
 - 1 Solo pensaba, iniciada, sin terminar.
 - 2 Nota o carta escrita.
18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamentos, arreglos, o pagos, regalos).
- 0 No
 - 1 Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
 - 2 Planes realizados y arreglos finales.
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.
- 0 Revela las ideas abiertamente.
 - 1 Evita o revela las ideas con reserva.
 - 2 Encubre, oculta o engaña y miente.

V Factores de fondo.

20. Intentos previos de suicidio
- 0 Ninguno

- 1 Uno
- 2 Más de uno

21. Intenciones de morir asociada al último intento.

- 0 Baja
- 1 Moderada; ambivalencia, insegura.
- 2 Alta

¡Gracias por tu cooperación!

Nombre y apellidos Edad años Sexo (1=Mujer; 0=Varón)
 Colegio Curso/Clase

A continuación encontrarás una serie de situaciones que pueden tener lugar en tu familia. Estas situaciones se refieren a las formas en que tus padres responden cuando tú haces algo. Lee atentamente las situaciones y contesta a cada una de ellas con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas, lo que más vale es la sinceridad.

Las puntuaciones que vas a utilizar van de 1 hasta 4, así:

- el 1 es igual a **NUNCA**
- el 2 es igual a **ALGUNAS VECES**
- el 3 es igual a **MUCHAS VECES** y
- el 4 es igual a **SIEMPRE**

Utiliza aquella puntuación que tú creas que responde mejor a la situación que tú vives en tu casa.

EJEMPLO

Madre

Cuestión

Padre

Me muestra cariño
1 2 3 4

Se muestra indiferente
1 2 3 4

E1

Si recojo la mesa

Me muestra cariño
1 2 **3** 4

Se muestra indiferente
1 **2** 3 4

- Has contestado rodeando el número 3 en el apartado «Me muestra cariño», que quiere decir que tu padre te muestra cariño **MUCHAS VECES** cuando tú recoges la mesa.
- Has contestado 2 en el apartado «Se muestra indiferente», que quiere decir que tu padre **ALGUNAS VECES** se muestra indiferente cuando tú recoges la mesa.
- Para cada una de las situaciones que te planteamos valora estos aspectos:

- **ME MUESTRA CARÍÑO:** Quiere decir que te felicita, te dice que lo has hecho muy bien, que está muy orgulloso de ti, te da un beso, un abrazo, o cualquier otra muestra de cariño.
- **SE MUESTRA INDIFERENTE:** Quiere decir, que aunque hagas las cosas bien, no se preocupa mucho de ti ni de lo que haces.
- **HABLA CONMIGO:** Cuando haces algo que no está bien, te hace pensar en tu comportamiento y te razona por qué no debes volver a hacerlo.
- **LE DA IGUAL:** Significa que sabe lo que has hecho, y aunque considere que no es adecuado no te dice nada. Supone que es normal que actúes así.
- **ME RIÑE:** Quiere decir que te riñe por las cosas que están mal hechas.
- **ME PEGA:** Quiere decir que te golpea, o te pega con la mano o con cualquier objeto.
- **ME PRIVA DE ALGO:** Es cuando te quita algo que normalmente te concede, como puede ser retirarte la paga del fin de semana, o darte menos de lo normal como castigo; dejarte sin ver la televisión durante un tiempo; impedirte salir de la casa; encerrarte en tu habitación, o cosas parecidas.

Verás que las situaciones que pueden suceder en tu familia se encuentran en el centro de la página. En primer lugar deberás leer cada situación y contestar en el bloque de la derecha, destinado a las reacciones que tiene tu PADRE. Cuando acabes de valorar las reacciones de tu padre a todas las situaciones, deberás volver a leer las situaciones y contestar en el bloque de la izquierda, destinado a las reacciones que producen en tu MADRE. Es muy importante que sigas este orden y que las valoraciones que hagas de tu MADRE sean independientes de las que has hecho de tu PADRE.

SI TIENES ALGUNA DUDA, CONSULTA CON EL RESPONSABLE ANTES DE EMPEZAR.

