



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

**“Prácticas parentales y creencias irracionales en
adolescentes”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARÍA DE LA LUZ GALEANA CORREA

DIRECTORA:
MTRA. KARLA ALEJANDRA CERVANTES BAZÁN

REVISORA: DRA. MARÍA SANTOS BECERRIL PÉREZ

SINODALES:
DRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA
MTRO. SALVADOR CHAVARRÍA LUNA

ASESOR ESTADÍSTICO: LIC. MA DE LOURDES MONROY
TELLO.



CIUDAD DE MÉXICO, 2022



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 la **Universidad Nacional Autónoma de México** por darme la oportunidad de conocer y estudiar mi profesión que se convirtió en mi pasión, y permitirme conocer personas increíbles en el camino.

A mi directora, la **Mtra. Karla Alejandra Cervantes Bazán**, por ser un gran ejemplo e inspiración, por creer en mí y darme la confianza de empezar mi sueño. GRACIAS POR TODO.

A mi comité: a la **Dra. María Fayne Esquivel Y Ancona**, la **Lic. Leticia María Guadalupe Bustos De La Tijera**, el **Mtro. Salvador Chavarría Luna**, y la **Dra. María Santos Becerril Pérez**, por su invaluable contribución y por compartirme su conocimiento para la realización del presente trabajo.

A la **Psicóloga Iris Suidi Taboada Barajas**, quien fue mi supervisora en el Hospital Psiquiátrico Infantil, por darse el tiempo de enseñarme y acompañarme a descubrir mi pasión y al mismo tiempo descubrirme a mí misma.

A mis papás, **Luz y Tomás**, por acompañarme y guiarme hasta aquí, dando lo mejor de ellos y motivándome a crecer un poco más cada día, sin ustedes yo no sería ni la mitad de lo que soy; GRACIAS POR TODO LO QUE ME HAN DADO Y POR TODO LO QUE SOY.

A mi hermano, **Rogelio**, por todas las veces que me ayudó a volver a mí, a volver a la tierra, cuando mis pensamientos me llevaban de viaje; por siempre confiar en mí, y mostrarme que lo más importante es no perder de vista la meta, aun cuando el camino cambie.

A mi **Tía Vicky**, por ser un ejemplo de fortaleza y perseverancia, por mostrarme que la vida nos alcanza para hacer todo lo que amamos.

A **David**, por las mil veces que me recordó la fortaleza y valentía que tengo, escucharme y siempre "echarme porras" en cada uno de los proyectos y experiencias nuevas.

A **Ari**, por siempre escucharme, sin importar el tema o el día, acompañarme en cada paso de la licenciatura y la titulación, y por crear conmigo un espacio en el cual poder expresarme y desahogarme.

A **Vania**, por darme mi segundo hogar, por ser una gran maestra, de danza y de vida.

Y a todos los que con sus palabras y gestos me han dado la motivación y la fortaleza para luchar por lo que amo, **GRACIAS**.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Prácticas parentales	4
Prácticas parentales y desarrollo socioemocional en los hijos.....	8
Capítulo 2. Creencias irracionales.....	13
Desarrollo de las creencias irracionales	19
Creencias irracionales en la adolescencia.....	22
Capítulo 3: Método.....	25
Objetivo general:	25
Objetivo Específico:.....	25
Variables:	25
Muestra	26
Diseño y Tipo de estudio.....	26
Instrumentos	27
Procedimiento	29
Capítulo 4: Resultados	31
Capítulo 5: Discusión y conclusión.....	48
Referencias	55
ANEXOS	60

Resumen

Las prácticas parentales son aquellas acciones que realizan los padres dentro de la crianza en pro del desarrollo de sus hijos; para lograrlo padres e hijos se ven envueltos en diversos procesos de aprendizaje, entre ellos el aprendizaje de creencias, mediante las cuales perciben e interpretan el mundo, a ellos mismos y a los demás, estas creencias pueden ser racionales o irracionales y se forman a partir de una posible base biológica y de un aprendizaje social, siendo este aprendizaje importante en el desarrollo de los adolescentes. En la presente investigación, se buscó conocer si existe diferencia entre la presencia de creencias irracionales dependiendo de la práctica parental predominante percibida por los adolescentes, para lograrlo se contó con una muestra de 40 adolescentes, dividida en una muestra clínica y no clínica, a quienes se les aplicó la Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt (2008) y el Instrumento de creencias irracionales del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro (n/d); en los resultados se encontró que, existe diferencia en la presencia de las creencias irracionales entre una muestra clínica y no clínica, además se observó que si bien existe diferencia en la presencia de creencias irracionales dependiendo de la práctica parental predominante, esta es estadísticamente significativa en los padres. Los resultados obtenidos pueden servir como base para la creación de programas de prevención y tratamiento de patologías asociadas a las creencias irracionales, como la depresión y ansiedad.

Palabras clave: Crianza, Prácticas parentales, Creencias irracionales, Aprendizaje social

Abstract

Parental practices are the actions that parents perform in the upbringing for the development of their children; to achieve this, parents and children are involved in various learning processes, including the learning of beliefs, through which they perceive and interpret the world, themselves and others, these beliefs can be rational or irrational and are formed from a possible biological basis and social learning, this learning being important in the development of adolescents. In the present investigation, we sought to know if there is a difference between the presence of irrational beliefs of the predominant parental practice perceived by adolescents; to achieve this there was a sample of 40 adolescents, divided into a clinical and non-clinical sample, who were applied the Scale of Parental practices of Andrade and Betancourt (2008) and the Instrument of irrational beliefs of the Psychiatric Hospital Juan N. Navarro (n/d). The results show that, there is a difference in the presence of irrational beliefs between a clinical and non-clinical sample, it is also detected that there is a difference in the presence of irrational beliefs in the practice of the predominant parents, this is statistically significant in fathers. Based on the results, prevention and treatment programs can be created in pathologies associated with irrational beliefs.

Key words: Parenting, Parental practices, Irrational beliefs, Social Learning

Introducción

Los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo de sus hijos, es a partir de ellos que los niños aprenden a ver y desarrollarse en el mundo. La crianza de los hijos comienza desde que nacen y sigue hasta la vida adulta, incluye aspectos afectivos, cognitivos y sociales, lo que permite que el niño edifique su identidad y se desarrolle como un ser social (Cortés & González, 2017). Dentro de la crianza se encuentran tres procesos: “las pautas”, que es lo que los padres ven dentro de la normalidad debido a la cultura en la que se desarrollan; “las creencias” a partir de las cuales los padres justifican sus acciones (Aguirre, 2002); y “las prácticas parentales” que se refieren a las acciones que llevan a cabo con sus hijos.

Las prácticas parentales se encuentran dirigidas a que el niño alcance las metas de socialización, lo que promueve la adquisición de habilidades y conductas específicas, además de facilitar el aprendizaje de conocimientos que permitan a sus hijos reconocer e interpretar el mundo que les rodea (Darling & Steinberg, 1993; Aguirre, 2002). Las prácticas parentales se dividen en dos categorías: apoyo y control; el apoyo se refiere al soporte y cariño que expresan los padres a sus hijos, teniendo como objetivo el desarrollo de su independencia, y autorregulación; por otra parte el control parental implica guía y supervisión por parte de los padres hacia sus hijos, esta categoría se divide en control psicológico y control conductual; el control psicológico se caracteriza por conductas de manipulación, presión, pocas oportunidades de independencia y autonomía; el control conductual se refiere a atención y supervisión de los niños y adolescentes, sin detener la independencia buscando regular su conducta (Andrade & Betancourt, 2011).

El actuar de los padres puede fomentar o entorpecer el desarrollo de sus hijos; se ha observado que el control psicológico tiene efectos negativos en los adolescentes llegando a generar personas poco competentes, sin sentido de identidad, así como la presencia de problemas internalizados y externalizados en los adolescentes; por el contrario, el apoyo y el control conductual genera efectos positivos. (Andrade, Betancourt & Orozco, 2006, citado en Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013; Aguirre, 2002; Andrade & Betancourt, 2011; Ruvalcaba, Gallegos, Caballo & Villegas, 2016; Méndez Andrade & Peñaloza, 2013)

Las prácticas parentales influyen en los niños y adolescentes tanto a nivel conductual como a nivel cognitivo, esto debido al proceso de aprendizaje en el que tanto los hijos como sus padres se encuentran envueltos. Los niños y adolescentes aprenden conductas al observarlas en otros, principalmente si “los otros” son personas significativas para ellos como lo son sus padres; de

esta misma manera los niños aprenden a entender la vida a partir de lo que observan, esta percepción e interpretación de las situaciones tiene por nombre: creencias.

Las creencias son un concepto que forma parte de la Terapia Racional Emotiva Conductual, la cual refiere que las emociones, pensamientos y conductas se encuentran interrelacionadas; estas creencias pueden ser racionales o irracionales, encontrándose estas últimas relacionadas con emociones no saludables y conductas inadecuadas o autodestructivas (Ellis y Grieger, 1990); así mismo se ha observado que la presencia de creencias irracionales está asociado con baja autoestima, aumento de niveles de estrés en adolescentes, conductas autolesivas, pocas habilidades sociales y problemas interiorizados.(Ali, Baytemir & Sibel, 2018; Rangel, 2018; Castro, 2014;Mérida, 2008).

Ellis identificó 12 creencias irracionales, a partir de las cuales explica el comportamiento de las personas, éstas surgen de una posible base biológica y desde la infancia mediante el aprendizaje, siendo fundamentales las primeras experiencias, y como se mencionó, la influencia de las personas significativas; este aprendizaje se da a través de la observación, particularmente en los adolescentes para quienes los modelos de su entorno poseen un valor importante para interpretar las situaciones, debido a son importantes las acciones que los padres tienen con sus hijos, ya que es a partir de su conducta, que los niños y adolescentes llegan a desarrollar sus creencias, ya sean racionales o irracionales; estas últimas serán con las que se trabajará en la presente investigación dada su importancia en la presencia de padecimientos emocionales y conductuales.

A lo largo de la presente investigación se expondrá acerca de las prácticas parentales y su importancia en el desarrollo de los adolescentes, haciendo hincapié en las explicaciones realizadas por Andrade y Betancourt (2011) acerca del apoyo y control parental; así mismo se retomará la Terapia Racional Emotiva Conductual, a partir de la cual se entenderán las creencias irracionales, explicando su desarrollo e implicación en la adolescencia, lo que permitirá relacionar las prácticas parentales y las creencias irracionales en los adolescentes, finalmente se analizarán los datos de manera descriptiva y posteriormente mediante las pruebas estadística Kruskall Wallis y U de Mann Whitney; teniendo como objetivo conocer si existe diferencia entre la presencia de creencias irracionales dependiendo de la práctica parental predominante percibida por los adolescentes de la muestra.

Capítulo 1. Prácticas parentales

La crianza representa un aspecto fundamental para el desarrollo emocional y social de los niños y adolescentes; Eraso, Bravo & Delgado (2006), la definen como el entrenamiento y formación por parte de los padres, que incluye los conocimientos, actitudes y creencias que asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físicos y sociales así como, de las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar; se trata de un concepto que engloba actividades, actitudes y comportamientos que los padres tienen con sus hijos, donde administran sus recursos para apoyar y orientar el desarrollo. Mediante la crianza también se transfieren valores y normas para facilitar la inclusión a un grupo social (Arranz, 2004; Cuervo, 2010; Ramírez, 2005, citado en Carrasco, 2017).

Darling (1999) define la crianza como una actividad compleja que consta de diversas conductas específicas las cuales trabajan individual y conjuntamente para influir en la sensibilidad o responsividad del niño y del adolescente. Aguirre (2010) menciona que la crianza es una actividad portadora de acciones orientada al desarrollo, la cual varía dependiendo de la cultura en cuanto forma de expresión y contenido, sin embargo, mantiene el mismo objetivo que es asegurar el bienestar, supervivencia, calidad de vida e integración a la vida social de los hijos. La crianza es un proceso que integra múltiples dimensiones de las personas: la afectiva, la cognitiva, la social y la política, por lo que implica un aspecto importante en la edificación de la identidad y la construcción del ser social (Cortés & González, 2017).

Este proceso comienza por el establecimiento de vínculos afectivos dados por la construcción y reconstrucción de aprendizajes conscientes e inconscientes que resultan de las interacciones a lo largo de la vida de los padres e hijos, siendo una interacción de doble vía ya que los propios cuidadores están al mismo tiempo modificando su desarrollo (Posada, 2008), es por esto que cada proceso es diferente ya que tanto padres como hijos aportan sus propios elementos individuales; de hecho la crianza empieza mucho antes del nacimiento y continúa toda la vida, hasta la etapa adulta observándose modificaciones en el propio desarrollo (Cortés & González, 2017).

La crianza envuelve dos elementos centrales: la responsividad o grado de reacción hacia las necesidades, es decir el soporte que dan los padres a sus hijos y la demanda o grado de control, que implica lo que el padre pide que obedezca su hijo (Darling, 1999). Son de suma importancia las relaciones con la madre y el padre, así como su implicación en la crianza, la disponibilidad y el grado de apoyo que percibe su hijo; así como una adecuada comunicación con el niño o

adolescente, para que los padres puedan apoyar instrumental y emocionalmente a su hijo (Rodrigo, et al., 2004).

De esta forma, se entiende que la crianza es un proceso realizado por los padres que involucra múltiples actividades a través de las cuales buscan fomentar el desarrollo integral de sus hijos, que comienza desde el momento del nacimiento del niño y continúa a lo largo de la vida.

Dentro de la crianza se encuentran involucrados 3 procesos: las pautas, las creencias y las prácticas (Aguirre, 2002); las pautas de crianza dependen de cada cultura, están relacionadas con la normatividad que siguen los padres frente al comportamiento de los hijos siendo portadoras de significaciones sociales, por lo que dentro de ellas se encuentran las normas y costumbres, las cuales dependen de la cultura en la que se desenvuelven (Izzedin & Pachajoa, 2009); las creencias implican los valores, mitos y prejuicios que poseen los padres o cuidadores (Aguirre, 2010), son compartidas por los miembros de un grupo por lo que brindan seguridad en la toma de decisiones sobre la crianza, a partir de las creencias los padres explican o justifican las acciones hacia sus hijos (Aguirre, 2002). Las prácticas parentales son las acciones que llevan a cabo los padres para educar a sus hijos, las cuales afectan de manera directa las conductas específicas de estos y en sus características personales (Espejel 2015).

Darling y Steinberg (1993), definen a las prácticas parentales como los mecanismos que utilizan los padres directamente hacia las metas de socialización del niño y adolescente, incluyendo aspectos verbales y no verbales, estas metas comprenden la adquisición de habilidades y conductas específicas como los modales, y el desarrollo de habilidades globales como la curiosidad, independencia, pensamiento crítico; Espejel (2015) definió las prácticas parentales como las conductas específicas que los padres emplean para educar a sus hijos, las cuales tienen un efecto directo en el desarrollo de conductas específicas como las reglas para comer y actividades académicas y en sus características personales como la adquisición de valores y autoestima.

Como complemento, Aguirre (2002) define las prácticas parentales como acciones o comportamientos intencionados orientados a garantizar la supervivencia, a favorecer su crecimiento y desarrollo psicosocial y a facilitar el aprendizaje de conocimientos que le permita reconocer e interpretar el entorno que le rodea; así mismo afirma que las prácticas se van modificando conforme al propio desarrollo y los cambios que existen en el ambiente social; no siempre se realizan de la misma manera, de un padre a otro y sus efectos son diferentes en cada hijo.

Mediante las prácticas parentales los padres buscan modular o encauzar el comportamiento de sus hijos de acuerdo a sus creencias, valores y deseos (Aguirre,2010); contribuyen a inculcar en sus hijos valores y normas que le permiten ser considerado un adulto socialmente integrado en el futuro (Grusec & Goodnow, 1994, citado en Mestre, et.al., 2007). Las prácticas parentales surgen de un aprendizaje previo de los propios padres, por lo cual dependen de la cultura a la que pertenece, así mismo se ven influenciadas por el estado de ánimo y estabilidad emocional de los padres, por ejemplo, la inestabilidad psicoafectiva de los padres, propiciada por diferentes circunstancias entre ellas la pobreza, puede generar en los hijos aislamientos, inseguridad, pobre comunicación entre padres e hijos (Aguirre, 2002).

Las prácticas parentales incluyen actividades dirigidas a garantizar el bienestar físico, promover el bienestar psicosocial, apoyar su desarrollo físico y mental, así como facilitar la socialización. (Evans & Myers, 1994). Del mismo modo, se incluyen acciones dirigidas a la expresión de afecto y establecimiento de límites, actividades como el mantenerlo sano y a salvo de daños, el proporcionar refugio, ropa y comida, la atención o desatención de sus necesidades, prevención y atención de enfermedades, proporcionar seguridad emocional, socialización y afecto, permitir la estimulación, interacción y juego en lugares sanos de desarrollo (Evans & Myers, 1994), las prácticas parentales involucran expresiones verbales y no verbales, como gestos y tono de voz.

Las prácticas parentales pueden agruparse en dos categorías (Darling & Steinberg, 1993): el apoyo y el control. El apoyo parental se refiere a “la cantidad de soporte y cariño que expresan los padres hacia sus hijos” (Andrade & Betancourt, 2011), incluye la responsabilidad, sensibilidad y calidez en la respuesta de los padres ante la necesidad de sus hijos (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013), es un “constructo que involucra educación, cordialidad, responsabilidad y aceptación” (Barber y Lovelady, 2002 citado en Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013), de esta manera los padres brindan soporte social y motivan la independencia, así como la expresión libre de emociones (Aguirre, 2002); del mismo modo el apoyo fomenta la individualidad, la autorregulación y la asertividad (Baumrind, 1991, citado en Aguirre, 2010).

La proximidad física, caricias, juegos, gesticulaciones, verbalizaciones de afecto, la cooperación, ternura, entre otras formas de relación positiva son algunas de las manifestaciones del apoyo entre padres e hijos (Aguirre, 2010); el apoyo parental contribuye al desarrollo saludable de los niños y adolescentes (Barber, 2002 citado en Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013).

La segunda categoría de las prácticas parentales es el control, que se refiere a los límites, reglas, restricciones e inhibiciones que los padres establecen para sus hijos incluyendo el conocimiento de las actividades que estos realizan (Andrade & Betancourt, 2011), implica la regulación de la conducta a través de la guía y supervisión (Andrade & Betancourt, 2012, citado en Cortes & González, 2017). Las técnicas de control tienen como finalidad cambiar el curso de la conducta, supone respeto de las características temporales y conductuales del menor de edad, pueden ser directivas o prohibitivas (Aguirre, 2010).

El control puede ir desde prácticas muy estrictas hasta manera sutiles de influir en el comportamiento, por lo que incluye prácticas parentales como la disciplina, las demandas de madurez, la coerción, la inducción de la culpa, la supervisión, el retiro del afecto, el control hostil, el control inconsistente, la restrictividad y el castigo (Barber, 2002, citado en Guevara, Cabrera & Barrera, 2007); estas últimas forman parte de la regulación negativa, ya que los padres buscan restringir el comportamiento de sus hijos, realizando exigencias de manera arbitraria, demandando obediencia inmediata e incondicional (Vargas y Ramírez, 1999 citado en Aguirre, 2002). Por el contrario, en la regulación positiva existe una relación horizontal entre padres e hijos, en este tipo prevalecen la explicación y el llamado de atención de las consecuencias que traen consigo las acciones de las personas, lo que fomenta que los niños puedan reflexionar las normas, se descentralicen de sí mismo y puedan considerar a los otros, así mismo permite desarrollar la madurez necesaria para actuar de manera independiente (Aguirre, 2002).

Andrade y Betancourt (2011) mencionan que debido a que el constructo control parental envuelve múltiples conductas se ha realizado una distinción entre control psicológico y control conductual. El control psicológico implica estrategias intrusivas, un control pasivo-agresivo hostil hacia los hijos que se ve manifestado en estrategias como críticas excesivas, inducción de culpa, invalidación de sentimientos y sobreprotección (Andrade & Betancourt, 2011). En este tipo de control prevalecen la presión, la manipulación emocional y psicológica por parte de los padres, así como pocas expresiones de independencia y fomento de la autonomía (Guevara, Cabrera & Barrera, 2007). Aguirre y Durán (1998, citado en Aguirre, 2002) realizaron una serie de entrevistas donde observaron que aun cuando las madres reconocen la importancia de explicar a los niños la razón del castigo, llegan a hacer uso del castigo físico para controlar la conducta de sus hijos, esta conducta se debe a las creencias que las madres mantienen sobre la crianza, por lo que les es complicado romper con esta situación.

Por otro lado, el control conductual involucra prácticas parentales de atención y supervisión de las actividades de los hijos, estas prácticas buscan regular la conducta sin obstaculizar la

independencia. A partir de esta diferencia Andrade y Betancourt (2011) observaron una relación negativa entre el control conductual y problemas emocionales y conductuales como la ansiedad, depresión, conducta antisocial, entre otros; mientras que el control psicológico se relaciona de manera positiva con este tipo de problemas.

Prácticas parentales y desarrollo socioemocional en los hijos

Las prácticas parentales tienen como intención propiciar el desarrollo de los hijos, tanto en el aspecto emocional como social, debido a esto resulta importante entender cómo se lleva a cabo el proceso de desarrollo; a continuación, se presentan cuáles son las metas de desarrollo que se buscan alcanzar en cada etapa:

Tabla 1.

Metas de desarrollo por etapa

Etapa	Metas
Niñez temprana (3-5 años)	Autorregulación y el desarrollo de habilidades interpersonales, a la par y fortaleciendo estas habilidades se va desarrollando el lenguaje que permite a los niños socializar y expresar con palabras sus emociones
Edad escolar (6-10 años)	La autorregulación que ahora implica la autoconciencia y el autocontrol, también se desarrolla la metacognición; habilidades relacionadas con el aprendizaje y conocimientos (autocontrol, mantenimiento en una tarea, organización de materiales de trabajo, trabajar de manera independiente, escuchar y seguir indicaciones); así mismo el desarrollo de habilidades interpersonales
Adolescencia temprana (11-14 años)	Desarrollo de la identidad basada en el grupo; desarrollo de la mentalidad/actitud: la autoestima del adolescente fluctúa por su necesidad de aceptación por pares.
Adolescencia media (15-18 años)	Desarrollo de los valores e identidad individual; desarrollar la capacidad de consolidar sus diferentes selves en una identidad integrada

Fuente: Nagaoka, J, et.al. (2015) Foundations for Young Adult Succes. A developmental Framework.

Como se puede observar hay un largo proceso que implica una serie de cambios constantes y la exposición a múltiples experiencias nuevas, debido a esto resultan importantes las acciones que tengan los padres, las cuales deben ir orientadas a promover estas metas de desarrollo (Nagaoka, et.al. 2015); las prácticas parentales pueden fomentar o entorpecer el alcance de las metas de desarrollo de sus hijos, siendo de gran utilidad para predecir comportamientos en los hijos (Bobbio, Arbach & Alderete, 2016), ante esto Bowlby (1982, citado en Nagaoka, et.al. 2015) menciona que en los primeros años es necesario que los padres sirvan de apoyo y guía, así como una respuesta consistente ante las necesidades de sus hijos, debido a que esto permite que el niño adquiera seguridad para seguir explorando el mundo fuera de casa; del mismo modo se debe buscar espacios de estimulación e interacción ya que mediante el juego los niños refuerzan habilidades de autorregulación, permite el aprendizaje de esperar turnos y la habilidad de escuchar y aprender a respetar a los demás, del mismo modo es fundamental el establecimiento de límites, fomentando el respeto a las reglas y la autorregulación. En contraste, cuando los padres no permiten al niño tener iniciativa, éste puede desarrollar la sensación de culpa sobre sus propios deseos de actuar, así mismo un ambiente estresante puede disminuir la capacidad del niño de desarrollar habilidades de aprendizaje; si existe negligencia por parte de los padres el niño puede presentar poca autorregulación, y deficiencia en habilidades de socialización (Shonkoff et al., 2012, citado en Nagaoka, et.al., 2015). Esta función de los padres se va modificando conforme el desarrollo de sus hijos, sin embargo, siguen teniendo un papel fundamental durante la adolescencia.

La adolescencia es una etapa de transición de la niñez a la edad adulta que abarca desde los 10 a los 21 años aproximadamente (Medrano, 2016), es una de las etapas importantes debido a que se presentan múltiples cambios entre ellos los físicos como el estirón puberal, aumento de peso, cambio en la composición corporal, aparición de caracteres sexuales; a pesar de que los cambios corporales son de los más notables, es su significado psicológico y social el que determina la adolescencia (Aláez, Madrid & Antona, 2003).

Durante la adolescencia se lleva a cabo la búsqueda y establecimiento de la identidad; Marcia (1980) menciona que el proceso de la identidad se da a través de cuatro estadios de identidad que varían dependiendo de las crisis (periodos de toma de decisiones) y el compromiso (inversión personal en una ocupación o sistema de creencias), los cuatro estadios son: Logro de la identidad (la persona ha presentado una crisis que lo llevan a perseguir ideologías y ocupaciones que ellos mismos eligen), Exclusión (muestran compromiso, pero sus ocupaciones e ideologías son elegidas por los padres, hay poca evidencia de crisis), Difusión de identidad (no tienen dirección

ocupacional e ideológica, tampoco presentan crisis) y Moratoria (presentan crisis de identidad, presentan problemas con su ideología y ocupación), estos estados se encuentran influidos por el actuar de los padres para el Logro de identidad los padres alientan la autonomía, las diferencias se exploran en un contexto de reciprocidad, en la Exclusión los padres se involucran demasiado con sus hijos y no permiten la expresión de las diferencias, en Difusión de identidad los padres se muestran sumamente permisivos, muestran rechazo y poca disponibilidad, por último en Moratoria los adolescentes se encuentran en una lucha ambivalente con la autoridad de sus padres. Durante el desarrollo, los padres deben proveer retroalimentación constante sobre el desempeño de sus hijos, lo que tiene gran influencia en cómo éstos se ven a sí mismos, a los demás y el desarrollo de su identidad, así mismo, se debe buscar crear un ambiente de apoyo que permita al hijo desarrollar la autoaceptación.

Durante la adolescencia, las prácticas parentales poseen un papel importante en el desarrollo emocional de sus hijos, respecto a esto Betancourt (2007) encontró que los adolescentes cuyos padres hacen uso del control psicológico, se vuelven personas poco competentes, sin claro sentido de identidad, del mismo modo este tipo de control se encuentra relacionado con la presencia de problemas externalizados. Andrade, Betancourt & Orozco (2006, citado en Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013) realizaron un estudio donde encontraron que los preadolescentes con nivel de depresión mínima tenían puntajes más altos en control conductual de ambos padres y puntajes más bajos en control psicológico de la mamá, comparados con los que presentaron depresión leve y moderada. Por otra parte, se ha observado que las prácticas parentales de control conductual, con límites claros y definidos, así como la supervisión parental son un factor protector de las conductas antisociales de los adolescentes, contrario al control psicológico (Florenzano et al., 2009).

Aguirre (2002) afirmó que el contacto físico como parte del apoyo de padres a hijos fomenta que el niño desarrolle confianza en sí mismo y expresión de afecto, pues esto le confirma que los padres lo aceptan como persona. Gracia, Lila y Musitu (2005), realizaron un estudio en el que reportaron que aquellos niños que decían sentirse rechazados por alguno de sus padres puntuaron más alto en variables de ansiedad, depresión, trastornos somáticos, retraimiento social, agresividad y delincuencia que los niños que afirmaban sentirse aceptados por sus padres. Vicente (2015) encontró que las prácticas parentales negativas (control psicológico e imposición materna) principalmente el control materno influye en la presencia de autolesiones en los adolescentes, del mismo modo en su estudio logró observar que estas prácticas parentales fomentan el desarrollo de la ansiedad en los jóvenes.

Ruvalcaba, Gallegos, Caballo, y Villegas (2016) llevaron a cabo un estudio donde evaluaron a 417 adolescentes mexicanos con la finalidad identificar el valor predictivo que tienen las prácticas parentales percibidas por los hijos en algunos indicadores de ajuste en adolescentes mexicanos, estos indicadores pueden ser positivos como el autoestima, la resiliencia y competencias socioemocionales, o negativos como la ansiedad, la depresión y conductas disruptivas; en sus resultados encontraron que la variable de control psicológico es un predictor importante de la sintomatología depresiva y ansiosa, las prácticas parentales relativas a la comunicación y autonomía están asociados a mejores indicadores de ajuste, del mismo modo el control conductual materno funge como factor protector de la presencia de conductas disociales; es decir a mayor autonomía, comunicación y control conductual por parte de los padres mayor autoestima, resiliencia y competencia socioemocional en los hijos.

Méndez, Andrade y Peñaloza (2013) realizaron un estudio en el que buscaron conocer en qué medida “las prácticas parentales predicen las capacidades o dificultades de preadolescentes”, para esto aplicaron a 489 preadolescentes la Escala de Capacidades y Dificultades de Goodman y la Escala de prácticas parentales de Andrade y Betancourt, en sus resultados encontraron que el control psicológico de la mamá es un predictor de problemas conductuales mientras que el del padre predice además de problemas conductuales, síntomas emocionales; el control conductual de la madre protege de la hiperactividad, de la falta de atención y promueve la conducta prosocial, así mismo la práctica parental de autonomía de la mamá predice de manera negativa los síntomas emocionales, así como la conducta prosocial; debido a esto los autores concluyeron que en las relaciones padre-hijo se debe fomentar la comunicación, autonomía y control conductual para un adecuado desarrollo de los preadolescentes. Bahamón, et.al. (2018) realizaron un estudio en el que buscaban conocer en qué medida las prácticas parentales predicen la ideación suicida en adolescentes, encontrando que la imposición autoritaria de los padres sobre sus hijos, la comunicación y el control conductual aumentan la probabilidad de que los adolescentes presenten ideación suicida, mismo efecto posee el control psicológico, el cual en este estudio se observó principalmente en las madres.

Existe una influencia importante por parte de los padres que permite al adolescente el desarrollo de sus ideologías, de tal forma que aquello que aprendieron en su primera infancia lo ponen en práctica (UNICEF, 2002); un ejemplo claro de la influencia parental es la importancia que tiene la inclusión de la familia cuando se trabaja con un adolescente desde un enfoque cognitivo conductual, ya que es muy poco probable que el adolescente que ha aprendido a desarrollar el pensamiento racional en terapia lo mantenga si sus padres continúan reforzando

las viejas creencias irracionales y las conductas que estas generan (Ellis & Grieger, 1990). Así pues, Rangel (2018) realizó un estudio en el que encontró que el 18% de sus participantes presenta ideas irracionales a nivel familiar, lo que implica que además de transmitir valores y afectos, la familia también comunica formas de pensar y percibir el mundo.

Como se puede observar las prácticas parentales son un factor fundamental y determinante en el desarrollo emocional de los niños y adolescentes, ya que pueden llegar a entorpecer el desarrollo; al hacer los padres uso de la imposición y control psicológico se llegan a producir conductas inadecuadas en los hijos (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013), debido a esto se debe buscar balance entre las demandas de los padres y sus respuestas afectivas, ya que son predictores para el desarrollo de competencias en niños y adolescentes (Darling, 1999), así como de competencias de regulación emocional (Sheffield, Silk, Steinberg, Myers y Robinson, 2007, citado en Ruvalcaba, Gallegos, Caballo, & Villegas, 2016); es importante resaltar que las prácticas parentales no solamente influyen en el desarrollo socioemocional, sino también en el cognitivo, lo cual se explica a partir de la relación que existe entre los pensamientos, conductas y emociones, es decir, que cuando el niño presenta alteraciones en su desarrollo emocional, estos se encuentran asociados a disfunciones en sus cogniciones, las cuales, del mismo modo, están relacionadas a las prácticas parentales en las que se ha visto expuesto.

Capítulo 2. Creencias irracionales

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) fue creada por Albert Ellis a finales de los 50's y principio de los 60's (Ibáñez, Onofre, Vargas, 2012); la TREC se encuentra influida por varios filósofos como Epicteto, Marco Aurelio, Karl Popper. Ellis incorporó en su terapia aspectos de algunos terapeutas cognitivos, aunque a muchos de ellos los conoció después de haberla desarrollado; del mismo modo incluyó técnicas de la aproximación conductual, llegando a ser considerado como precursor de la Terapia Cognitivo Conductual, influyendo trabajos de autores como Lazarus, Mahoney, Greenwald, entre otros (Ellis & Grieger, 1990).

La TREC se basa en el supuesto de que las emociones de un individuo no son determinadas por las condiciones en las que se encuentra, sino por la manera en que este percibe la realidad que le rodea, esta percepción se da desde su propio lenguaje, sus creencias y las filosofías que tiene sobre el mundo, sí mismo y los demás (Szigethy, Weisz, Findling, 2012); es decir, los acontecimientos externos pasados o presentes contribuyen más no determinan las emociones humanas; esta terapia se enfoca en el presente inmediato en las emociones y conductas actuales, aun cuando el pasado llega a influir en la psicopatología actual, la TREC considera que el problema se mantiene por las decisiones del presente (Lega, Sorribes & Calvo, 2017).

La TREC considera que las emociones y los pensamientos se encuentran conectados, formando un círculo causa-efecto, por lo que las emociones se mantienen a partir de que son reforzadas por los pensamientos e ideas repetitivas, los cuales tienden a presentarse en forma de conversaciones u oraciones internas (autoverbalizaciones) (Navas, 1981); por tanto, la TREC busca hacer explícito a la persona sus autoverbalizaciones, mostrándole una nueva forma de evaluar las situaciones del día a día para lograr actuar de una forma más razonable; como resultado de la modificación de las evaluaciones que hace la persona de su entorno, se obtienen emociones más funcionales (Ibáñez, Onofre, Vargas, 2012); es importante resaltar que, a pesar de que las cogniciones son importantes, la TREC no considera que estas por sí solas sean determinantes, pues reconoce que hay gran interacción entre pensamiento, conducta y emoción, es decir, "los pensamientos crean y afectan a las emociones, a las acciones, los sentimientos y los comportamientos también crean y afectan a los pensamientos" (Lega, Sorribes & Calvo, 2017, p. 101).

Bajo estos supuestos, se entiende que considera que "la psicopatología es el resultado de procesos disfuncionales en la forma de pensar" (Lega, Sorribes & Calvo, 2017); así mismo considera que las perturbaciones resultantes de emociones desordenadas, se encuentran

relacionadas, en gran medida, con el pensar ilógico, fantasioso, irracional, inflexible e infantil que puede tener la persona (Navas, 1981), sin embargo aunque el pensamiento tiene gran influencia las perturbaciones emocionales poseen aspectos emocionales, cognitivos y conductuales (Lega, Sorribes & Calvo, 2017).

La TREC es una psicoterapia activa, directiva, empírica, breve, profunda y duradera (Medrano, 2016), que busca ayudar a las personas a pensar de manera racional, es decir de manera científica, clara y flexible; a sentir de forma apropiada y actuar funcionalmente, de tal forma que pueda conseguir sus metas de vivir más tiempo y feliz (Ibáñez, Onofre & Vargas, 2012); trabaja bajo un proceso psicoeducativo emocional y conductual, en él busca fomentar el aprendizaje emocional de la percepción, comprensión, así como el manejo de emociones y conductas. (Medrano, 2016); el cambio se da cuando el paciente logra reconocer sus percepciones y pensamientos irracionales, para así genera un cambio en su ideología (Amorós, 1991).

Para lograr las metas de la TREC, Ellis propone el paradigma ABC, en el cual se puede apreciar claramente que las situaciones por sí mismas no generan las problemáticas emocionales, sino la interpretación que se hace de ellas; así mismo, se observa la relación existente entre pensamiento, conducta y emoción; así pues, la “A” representa el evento activador que puede ser un hecho externo o interno, del presente o del pasado, la “B” se refiere al sistema cognitivo de la persona, es decir las creencias, pensamientos, la percepción e interpretación que se tiene acerca del evento activador, estas creencias pueden ser racionales o irracionales, dependiendo de estas será la emoción y la conducta que se genere; la C implica la consecuencia emocional o conductual, es decir la reacción fisiológica, somática y la acción que se genera (Lega, Sorribes & Calvo, 2017); con ayuda de este modelo, la TREC mantiene un enfoque de aprendizaje en el que se busca dotar al paciente de habilidades cognitivo conductuales para manejar sus dificultades de una mejor manera (Medrano, 2016), así mismo se busca generar que con el tiempo el paciente se vuelva su “propio terapeuta” para que pueda emplear estas nuevas habilidades sin el apoyo o supervisión del terapeuta.

Como se ha visto Ellis se enfocó en la relación e interacción que existe entre pensamiento, conducta y emoción, así como en la manera en que los pensamientos y creencias llegan a tener una influencia importante en las psicopatologías (Lega Sorribes y Calvo, 2017), debido a la importancia que tienen los pensamientos y creencias en el bienestar de la persona son un aspecto central en la TREC; por creencia se entiende un marco de referencias o conjunto de reglas a partir de las cuales la persona evalúa las situaciones, a los otros, a sí mismo y la manera en que interactúa con los demás (Beck, 1976 citado en Ferrel, González, Padilla, 2013). Ellis (2005,

citado en Ferrel, González, Padilla, 2013) afirma que las creencias son aprendidas a través de las experiencias tempranas y son llevadas del pasado al presente; así mismo hace la distinción entre creencias racionales y creencias irracionales, las primeras generan conductas de autoayuda mientras que las segundas propician conductas destructivas para la sociedad y la persona (Calvete & Cardeñoso, 1999); Ellis también propone que el ser humano es capaz de comportarse tanto racional como irracionalmente y que solamente puede sentirse feliz cuando se comporta y piensa de manera racional (Nava, 1981).

Las creencias racionales se basan en la evidencia empírica, son lógicas, coherentes y pragmáticas (Lega, Sorribes & Calvo, 2017), producen resultados que ayudan a los individuos y a los grupos a alcanzar sus metas e intereses; el hecho de que una persona sea racional implica que es *“razonable, práctico, moderado, abierto, dispuesto al cambio, escéptico acerca de lo sobrenatural e incapaz de juzgar o condenar a las personas que tengan puntos de vista opuestos”* (Lega, Sorribes & Calvo, 2017, p.87); las creencias racionales son aquellos pensamientos que lleva a las personas a vivir más tiempo y más felices (metas principales de la gente según la TREC), de esta forma las personas eligen por sí mismas ciertos valores, propósitos metas e ideales, y utilizan formas eficaces, flexibles, científicas y lógico-empíricas para alcanzarlos (Ellis & Grieger, 1990). Del mismo modo, este tipo de creencias permiten evaluar las situaciones de manera flexible, enfrentar las situaciones desagradables desde la tolerancia o la aceptación de estas, así pues tienden a la flexibilidad y preferencia (Chaves & Quinceno, 2010).

Las creencias irracionales surgen de una premisa inadecuada y llevan a deducciones imprecisas que no son apoyadas por la evidencia; son aquellas que, contrario a las racionales, no permiten alcanzar las metas y proyectos básicos, aunque no necesariamente generan un trastorno psicológico, hacen vulnerables a producir fallos en el futuro (Ferrel, González, Padilla, 2013). El que sean irracionales implica que los argumentos que se utilizan para dar sentido a las situaciones no se encuentran basados en la realidad, son mágicos y supersticiosos, incoherentes e ilógicos, estas creencias se aprenden desde la infancia, en la familia y en la sociedad, llevando a la persona a comportarse de cierta manera (Ferrel, González, Padilla, 2013); como se mencionó, las creencias están relacionadas con las emociones y conductas, de tal forma que al tener creencias irracionales, estas llegan a generar emociones no saludables y conductas inconvenientes o autodestructivas (Ellis & Grieger, 1990). Cuando una persona se rige bajo creencias absolutistas que llevan a emociones desbordadas, no se encuentra en la mejor posición para lograr sus tareas y potenciar aspectos positivos de su vida (Calvete & Cardeñoso, 1999).

Las creencias irracionales se caracterizan por ser falsas, al no estar basadas en la evidencia y tender a ser una sobreexageración; son órdenes o mandatos, expresándolas como demanda, deberes o necesidades (Calvete & Cardeñoso, 1999); así mismo son radicales y extremas, tienden a ser generalizaciones, a ser negativas, enfocándose solamente a un aspecto de la situación, poco científicos, rígidos, obsesivos, siendo repetitivos, y pueden ser idealizaciones, no son funcionales para conseguir objetivos personales, se encuentran formados por exigencias a uno mismo, a los demás y a la vida (Lega, Sorribes & Calvo, 2017).

Las tres conclusiones irracionales nucleares son el tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación; 1) el tremendismo es la tendencia a resaltar excesivamente lo negativo de una situación; 2) la baja tolerancia a la frustración es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, la persona cree que no puede experimentar felicidad alguna; 3) la condenación es la tendencia a evaluar como mala la esencia humana, de uno mismo y de los demás, así mismo el mundo y la vida, cuando la persona no obtiene lo que considera merecer (Lega, Caballo & Ellis, 1997 citado en Castaño & Pérez,); dentro de estas se encuentran las tres creencias irracionales universales: debo ser competente, debo ser amado y el mundo debe ser un buen lugar para vivir (Ferrel, González, Padilla, 2013). Ellis identificó 12 creencias irracionales (Lega, Sorribes & Calvo, 2017; Nava, 1981; Aguilar, 2000):

1) Es de suma necesidad que a uno lo quieran y aprueben todas las personas significativas de su vida.

Quien busca esto se vuelve inseguro, frustrado y con sentimientos de minusvalía, ante la menor desaprobación se sentirá infeliz y perdido. Esta creencia propicia la sensación de malestar, tensión, ansiedad, inhibición, inseguridad, la persona puede posponer metas y derechos personales, así como confusión al tomar decisiones.

2) Para considerarse uno mismo valioso se debe ser competente, autosuficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles

La persona que posee esta creencia se evalúa como carente de valor cuando no es mejor que los otros, ve al éxito o competencia como necesidad, por lo tanto, puede presentar presión, ansiedad, incapacidad de disfrutar, insatisfacción, actitud defensiva, problemas psicomáticos, metas poco realistas e intolerancia.

3) Ciertas personas son malas, perversas y ruines y deben ser severamente castigados y penalizados.

Culpa a los demás y a sí mismo cuando se equivoca, y se considera sin valor cuando comete un error, así mismo la persona llega a presentar agresividad, coraje, pérdida de la capacidad de comunicarse o negociar, ansiedad, autoagresión y sentimientos de culpa constantes.

4) Es tremendamente horroroso que las cosas no nos salgan tan perfectas como deseáramos que salieran

La persona que presenta esta creencia tiende a quejarse constantemente y se mantiene trastornada por las situaciones que le tocan vivir, o por aquellas cosas que no salen como esperaría, por lo mismo, puede propiciar la presencia de sentimientos de angustia, depresión, nerviosismo, desesperación, desmotivación y frustración

5) La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.

La persona no logra ver que son sus verbalizaciones, creencias y evaluaciones las que le generan malestar, no tanto la situación en sí, es por esto que la persona puede llegar a sentirse culpable, apático, caer en la pasividad, a deslindarse de su responsabilidad, no buscar mejorar, crear dependencia las personas por creerlas responsables de lo que uno siente o vive, o crear dependencia a los objetos por considerarlos indispensables, del tal forme que genere necesidades falsas.

6) Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe sentirse terriblemente inquieto por ello y pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.

Este tipo de creencia provoca en la persona ansiedad, inquietud, incapacidad de disfrute, preocupación constante, desconfianza en las propias capacidades de enfrentamiento, temor y desgaste.

7) Es mucho más fácil evitar las dificultades y responsabilidades que afrontarlas.

Esto puede conducir a perder la autoconfianza, a que la persona presente apatía, pasividad, inercia ante la vida, irresponsabilidad, depresión, la persona que posee esta creencia corre el riesgo de presentar adicciones.

8) Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.

Implica que se puede pedir ayuda, sin llegar a la dependencia, la persona que presenta esta creencia puede llegar a perder su independencia, individualismo, autoexpresión e iniciativa, debido a esto la persona adopta una posición de pasividad, realiza poco esfuerzo personal, puede

permitir que los demás abusen de él; presenta sentimientos de angustia, pérdida de autoestima, inseguridad, no permite que la persona madure.

9) Las experiencias y eventos del pasado son los que determinan la conducta presente; no se puede nunca librar de la influencia del pasado.

Es cierto que el pasado tiene influencia en el comportamiento actual, sin embargo no la define, ya que se pueden llevar a cabo estrategias para lograr el cambio. Esta creencia puede propiciar en la persona pasividad, ansiedad, amargura, imposibilidad de disfrutar el presente, desesperanza, desmotivación, depresión e insistencia en la repetición de errores.

10) Uno debe sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.

El mantener esta creencia no necesariamente implica que se esté preocupando por los problemas en sí, más bien la persona se dice a sí misma que los demás no deberían actuar de la forma en que lo hacen; genera en las personas la sensación de abrumarse, la incapacidad de decir no, inseguridad, desesperación.

11) Siempre hay una solución única y perfecta para cada problema, y esta es la que debemos encontrar, o de lo contrario fracasaremos.

Este tipo de creencia lleva a la persona a no encontrar soluciones o encontrar soluciones poco funcionales, por lo que corre el riesgo de perder oportunidades, de ser improductivo, de mostrar ambigüedad en sus decisiones, y de inclusive agravar la situación; la persona puede presentar presión, tensión, obsesividad, ansiedad, poca tolerancia y ansiedad.

12) Se puede conseguir un máximo de felicidad a través de la inercia y la inactividad, o bien divirtiéndose pasivamente y sin comprometerse

El que una persona crezca con esta creencia tiene consecuencias negativas en cuanto a la formación de la disciplina y el autocontrol, esto genera intolerancia a la frustración, culpabilidad, desesperación, ansiedad y tendencia a evitar lo difícil e incómodo.

Como se puede observar una persona con creencias irracionales muestra poca flexibilidad en sus pensamientos y actuar, percibe las situaciones de manera absolutista, es decir, considera que esa es la única forma en que las cosas pueden ser, además no toma en cuenta los aspectos intermedios de una situación, yéndose a los extremos; puede mostrarse supersticioso y fanático, por lo que llega a juzgar a las personas que poseen puntos de vista diferentes al suyo.

Desarrollo de las creencias irracionales

Existen dos propuestas explicativas del desarrollo de las creencias irracionales, por un lado se afirma que existe una predisposición innata a presentar creencias irracionales (factores intrínsecos); por otro lado, se le da importancia a los factores externos en el desarrollo de dichas creencias (factores extrínsecos).

-Factores intrínsecos.

Los seres vivos buscan dirigir sus acciones de tal forma que sean adaptativas, la percepción y el procesamiento de la información no son la excepción, por lo que estos procesos son altamente selectivos para funcionar de manera adaptativa; los organismos le dan preferencia a aquellos estímulos que resultan importantes para su supervivencia y reproducción, así pues estos procesos mentales resultan ser distorsiones de la realidad ya que no se percibe por completo todos y cada uno de los estímulos del ambiente, tomando en cuenta esto, se ha propuesto que las creencias racionales e irracionales podrían poseer una base biológica, lo que implica que existe una predisposición de los seres humanos a comportarse de cierta manera, teniendo un valor adaptativo para los antepasados, un ejemplo de esto son las exigencias dentro de las creencias irracionales, las cuales, a partir de esta teoría pudieron haber sido adaptativas, ya que al generar frustración, intolerancia e ira permitirían la competencia o acceso al apareamiento (Ellis, 1976 citado en David, Lynn & Ellis, 2009).

Algunos aspectos que permiten apoyar el supuesto de que las creencias irracionales poseen una base biológica son: 1. Existen en todas las personas, 2. Existen en prácticamente todas las culturas, 3. Las creencias pueden ir en contra del grupo social al que pertenece la persona, 4. Existen independientemente del nivel de inteligencia y nivel educativo, 5. Resulta más fácil aprender una conducta autodestructiva (irracional) (Lega, Sorribe & Calvo, 2017). David, Lynn & Ellis (2009) afirmó que existe una posible base biológica de las creencias, mencionando que en el área prefrontal y subcortical del cerebro humano (como la amígdala) son áreas involucradas en la irracionalidad, mientras que la racionalidad sería codificada solamente en la parte prefrontal de cerebro; esto permitiría explicar la razón por la que resulta difícil modificar las creencias irracionales ya que se encuentra codificada en estructuras subcorticales evolutivamente más antiguas, sin embargo en la literatura revisada no se encontró evidencia empírica que apoya estos supuestos.

El aceptar la existencia de factores biológicos implica que la persona tendrá que trabajar arduamente para contrarrestar esas tendencias y luchar contra ellas (Lega, Sorribes & Calvo, 2017).

-Factores extrínsecos

Las creencias irracionales surgen desde la infancia a partir de las situaciones que las personas experimentan, siendo importantes estas primeras experiencias y la influencia de personas significativas (Obst, 2004 citado en Ferrell, Ortiz y Padilla, 2013). Las creencias son condicionadas por la familia y; en general, el entorno que les rodea (Rangel, 2018), por lo cual para la persona se vuelve convencional el entender la vida de esa forma, ya que considera que este tipo de creencias son normales y por tanto, comunes para todos, siendo difícil identificarlos y modificarlas (Ferrel, Ortiz & Padilla, 2013)

Bandura (1971) menciona que las personas poseen la capacidad de aprender conductas a partir de observarlas en otras personas y en darse cuenta de las consecuencias que esta conducta genera, para que esto se logre es necesario que se lleven a cabo 4 procesos:

1. Atención

Los observadores tienden a poner mayor atención aquellos modelos con características similares a ellos, los modelos que son vistos de manera constantes y que se consideran competentes, percibidos como poderosos y prestigiosos, son aquellos a los que mayor atención se les pone. Los niños y personas que no confían en su propio actuar son quienes tienden a imitar a otros continuamente.

2. Retención

Mantenimiento a largo plazo en la memoria, para lograrlo es necesario que se represente en la memoria, esta representación puede ser imaginaria o verbal, lo que implica todo un proceso cognitivo, la actividad moldeada se transforma en imagen y en símbolos verbales, que posteriormente permitirán la realización de la conducta.

3. Reproducción motora

El aprendizaje y la realización de la conducta no suceden necesariamente al mismo tiempo, pudiendo mantener en la memoria el aprendizaje y tiempo después llevarlo a cabo.

4. Motivación/ Reforzamiento

Las personas no llevan a cabo todo lo que aprenden, resultando importante la expectativa de la conducta, siendo más probable que se realice si se considera que la consecuencia tiene un valor importante y menos probable si esa consecuencia posee un valor punitivo. Existen 4 tipos de reforzamiento: a) extrínsecos: que provienen del exterior, importante en los primeros años de vida, b) intrínsecos: efectos fisiológicos, sensoriales y emocionales que genera la conducta, c) vicario: se aprende la conducta mediante los logros o fracasos de los demás, d) autorreforzamiento: implica la regulación de la propia conducta, respondiendo a su conducta siendo autocastigadores o autorecompensantes (Engler, 1996).

En los primeros años de vida, el modelamiento es una copia inmediata que hacen los niños de las conductas observadas, conforme se da su desarrollo, comienzan a generar habilidades motoras y simbólicas que les permite realizar conductas más complejas (Engler, 1996). La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1971) permite explicar la importancia que tienen las conductas de los padres en el desarrollo del comportamiento de sus hijos, sin embargo esta influencia se puede ver reflejado en el ámbito cognitivo dónde los niños adquieren ciertas creencias a partir de lo que ven y escuchan de sus padres. Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Aquino, Nunes & Munhoz (2011) que tenía como objetivo comprobar las relaciones entre la percepción del apoyo de la familia, los síntomas de la depresión y las creencias irracionales, encontrando que existe una relación negativa entre la percepción de soporte familiar, depresión y creencias irracionales, lo que implica que a mayor percepción de autonomía y afectividad disminuye la presencia de creencias irracionales y la depresión, así mismo observaron que los padres poseen una gran influencia para el desarrollo de trastornos emocionales, de tal forma que los hijos llegan aprender de sus padres sus creencias irracionales mediante el modelamiento, al observar la manera en que interpretan las situaciones cotidianas y la autoevaluación es que realizan. Por su parte, Ivanova e Israel (2006) encontraron que la inestabilidad familiar entendida como la predictibilidad y consistencia de las actividades y rutinas familiares, se encuentra asociada a la sintomatología depresiva, siendo entonces un factor protector contra la psicopatología infantil.

Como se puede observar, existen diferentes factores en el desarrollo de las creencias irracionales, sin embargo las personas poseen la capacidad de cuestionar sus propios pensamientos, por lo que no son impotentes ante la base biológica y social de sus creencias irracionales, ya que pueden trabajar de manera activa para modificar sus creencias a través de métodos cognitivos que permitan desafiar su comportamiento; así pues la estrategia para hacer frente a los pensamientos irracionales es el aprender a discriminar las creencias racionales de

las irracionales, de tal forma que, se pueda contrarrestar o reemplazar la irracionalidad por pensamientos racionales, disminuyendo su presencia a lo largo del día, volviéndose dicha acción más fácil con la práctica (David, Lynn & Ellis, 2009).

Creencias irracionales en la adolescencia

La adolescencia es una etapa de transición por la que todos los seres humanos, abarcando de los 10 a los 21 años aproximadamente. Los adolescentes se encuentran en el proceso de desarrollar la capacidad de razonar con ideas más abstractas, de explorar los conceptos del bien y el mal, de desarrollar hipótesis y de meditar sobre su futuro, del mismo modo comienzan a cuestionarse a sí mismos y a los demás, a pensar sobre conceptos como la verdad y la justicia, establecen su independencia emocional y psicológica (UNICEF, 2002), Durante esta época los menores de edad entran al nivel más alto de desarrollo cognoscitivo, resultado de la madurez cerebral y ampliación de oportunidades ambientales, este nivel Piaget lo denominó “operaciones formales”, esto implica el desarrollo de un pensamiento abstracto, pueden pensar en “los podría ser” en vez de solo lo que es; presentan un razonamiento hipotético - deductivo, lo que le permite generar una hipótesis y diseñar experimentos para comprobarla (Papalia, Olds & Feldman, 2010). Kuhn (2006 citado en Papalia, Olds & Feldman, 2010) menciona que el principal avance del pensamiento adolescente es la capacidad de la metacognición, la cual implica la conciencia y supervisión de los propios pensamientos; así mismo, conforme el niño va creciendo se desarrolla su capacidad de razonamiento para hacer frente a problemas morales más complejos.

Se ha visto que las creencias irracionales están asociadas a diferentes problemas emocionales en la adolescencia, Ali, Baytemir & Sibel (2018) realizaron un estudio en el que encontraron que la presencia de creencias irracionales puede generar en los adolescentes baja autoestima, asociado a un aumento de los niveles de estrés en adolescentes; durante esta época, en la que se experimenta una mayor sensibilidad ante las opiniones de los demás, resulta de gran importancia las expectativas que tienen los padres hacia sus hijos, ya que estas pueden generar mayor estrés en los adolescentes, a partir de las creencias irracionales que pueden presentar como “Si no paso el examen, será una tragedia para mí y mi familia” o “Debo pasar las materias”, las cuales al no ser cumplidas generan disminución del autoestima en el adolescente.

Por otro lado, Castro (2014) en su artículo “Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica”, aplicó un cuestionario de creencias irracionales a las 10 jóvenes que presentaban autolesiones no suicidas con las que realizó su estudio,

encontrando que ciertas creencias tenían una mayor prevalencia, entre ellas: “Las desgracias humanas se originan por causas externas y no puedo hacer nada o casi nada para evitar o controlar la pena y el sufrimiento que me producen”, “Es más fácil evitar que enfrentarse a las responsabilidades y los problemas de la vida”, “Hay que tener a alguien más fuerte en quien confiar”.

La decisión de realizar o no ciertas actividades se encuentran influenciadas en gran medida por las creencias irracionales que tiene la persona, en ese sentido Rangel (2018) encontró en su tesis que el 68% de los estudiantes con los que realizó la investigación maneja ideas irracionales, lo que los lleva a limitarse en la expresión de ideas, pensamientos y sentimientos por miedo a no ser aceptados; al no ser consciente del uso de ideas irracionales, el adolescente considera que mantiene una salud mental adecuada cuando puede no ser así; así mismo encontró que la mayoría de las creencias irracionales son consecuencia de inconformismos personales, sentimentales, familiares y sociales.

Las creencias irracionales afectan las diferentes áreas de vida de la persona, entre ellas la parte social, un ejemplo de esto es el estudio realizado por Mérida (2008) en el cual buscó correlacionar las creencias irracionales y las habilidades sociales en adolescentes entre 13 y 17 años, encontrando mayor correlación con las habilidades sociales en las áreas de necesidad de aceptación y éxito, intolerancia a la frustración e indefensión, las cuales dentro de las creencias irracionales de Ellis son: “Necesito amor y aprobación de cuantos me rodean”, “Es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo deseo o quiero”, “Las desgracias humanas se originan por causas externas y no puedo hacer nada o casi nada para evitar o controlar la pena y el sufrimiento que me producen”; ahora bien, las creencias relacionadas con problemas interiorizados son las de necesidad de aceptación y la de indefensión, lo que supone que cuando a estas personas se les presenta tensión y desilusión pueden presentar trastornos de ansiedad y/o depresión. Por otra parte, existe una correlación negativa entre creencias de evitación y autoexpresión en situaciones sociales, (capacidad de expresarse espontáneamente en diversas situaciones sociales); así mismo a mayores habilidades para cortar con interacciones, que incluye la habilidad de decir no a otras personas, menor la presencia de la creencia irracional de necesidad de aceptación, ya que la autoestima es independiente de la aceptación incondicional de los demás. Otra de las áreas de vida que se ve influenciada por las creencias irracionales es el área escolar, así lo muestran Medrano, Galleano, Galera & Del Valle (2010) en su estudio en el que encontraron como resultado que existe una diferencia significativa en la cantidad de creencias irracionales entre los estudiantes que

desertaron de la escuela y los que no, los estudiantes que presentaban mayores creencias irracionales parecen presentar mayores dificultades en su funcionamiento psicosocial por lo que se vería obstaculizado su desarrollo académico.

Como se puede observar las creencias irracionales resultan importantes para entender algunas patologías presentadas en los seres humanos, en este caso en los adolescentes, un ejemplo de esto son la ansiedad y depresión, que se encuentran relacionados con los pensamientos recurrentes que presentan, sus emociones y la manera en que las expresan, es decir su conducta. Un aspecto fundamental en el desarrollo de las creencias es el aprendizaje que tienen los adolescentes de sus propios padres, de la manera en que estos interpretan las situaciones, así como las acciones que tienen con sus hijos durante su crecimiento a la edad adulta, y de esta forma, crear los cimientos de su percepción del mundo. Es por esto que, el presente trabajo buscará conocer si existe alguna relación entre las prácticas parentales y las creencias irracionales de sus hijos adolescentes, de tal forma que en un futuro se pueda utilizar esta información para la creación de programas de tratamiento y preventivos de algunas problemáticas que presentan los adolescentes.

Capítulo 3: Método

Objetivo general:

Conocer si existe diferencia en la presencia de creencias irracionales dependiendo de la práctica parental predominante percibida por los adolescentes de la muestra.

Objetivo Específico:

Describir la percepción que tienen los participantes adolescentes acerca de las prácticas parentales de sus padres.

Identificar las creencias irracionales en los adolescentes.

Comparar las creencias irracionales con las prácticas parentales percibidas por los adolescentes en una muestra clínica y no clínica.

Variables:

+ Prácticas parentales

Definición conceptual: Las prácticas parentales son aquellas acciones o comportamientos intencionados que realizan los padres, orientados a garantizar la supervivencia de su hijo, a favorecer su crecimiento y desarrollo psicosocial y a facilitar el aprendizaje de conocimientos que permita al niño reconocer e interpretar el entorno que le rodea (Aguirre, 2002); estas acciones tienen un efecto directo en el desarrollo de las conductas de los niños (Espejel, 2015).

Definición operacional: En el presente estudio las prácticas parentales se medirán a partir de la Escala de prácticas parentales de Andrade y Betancourt (2008), que permite conocer la percepción del hijo acerca de la conducta de sus padres; evalúa la comunicación con los padres, y la autonomía fomentada por ellos, dimensiones que forman parte de las prácticas parentales de apoyo ya que fomentan mayor acercamiento de los padres con sus hijos, al mostrar interés en ellos, proporcionando soporte, y permitiendo la expresión de emociones e ideas, motivando la independencia y autonomía; así mismo el instrumento evalúa el control psicológico e imposición que tienen los padres para con los niños y el control conductual con sus hijos, es decir, la supervisión y conocimiento que tiene de las actividades de ellos, dimensiones incluidas en las prácticas parentales de control. En las dimensiones paternas, la “dimensión control conductual” forma parte de la “dimensión de comunicación”, mientras que en el caso de las maternas se encuentran separadas.

+Creencias irracionales

Definición conceptual: Las creencias irracionales son aquellas que se caracterizan por no estar basadas en la evidencia y ser una sobreexageración; son órdenes, mandatos o exigencias, que se expresan como demanda, deberes o necesidades (Calvete & Cardeñoso, 1999); son radicales, extremas, muy negativos, enfocándose solamente a un aspecto de la situación, rígidos, obsesivos, repetitivos, y llegando a ser idealizaciones, no son funcionales para conseguir objetivos personales (Lega, Sorribes & Calvo, 2017); debido a que se encuentran interrelacionadas con las emociones y conductas, las creencias irracionales llegan a generar emociones no saludables y conductas inconvenientes o autodestructivas. (Ellis & Grieger, 1990)

Definición operacional: Se evaluará la presencia o ausencia de las creencias irracionales haciendo uso del Cuestionario de creencias irracionales que se utiliza en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en el área de Terapia Cognitivo Conductual, en el cual se encuentran las 12 creencias irracionales propuestas por Ellis modificadas al vocabulario de la población que se atiende para mayor comprensión de los niños y adolescentes.

Muestra

El estudio se llevó a cabo con 40 adolescentes cuyas edades oscilaban entre los 12 y 17 años de edad, los cuales fueron divididos en dos submuestras con 20 participantes cada uno. Por un lado, se tuvo una muestra clínica que constaba de 20 adolescentes pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, quienes contaban con un diagnóstico de trastorno mental formal y tratamiento; el segundo grupo se encontraba formado por 20 adolescentes que no pertenecían a dicho hospital, por lo que no contaban con un diagnóstico previo.

Se tomaron en cuenta tres criterios de inclusión: 1) Tener un rango de edad entre 12 a 17 años de edad, 2) Capacidades de lectura y escritura, 3) Que dieran su consentimiento para utilizar sus datos en la presente investigación.

Diseño y Tipo de estudio

Es un estudio no experimental comparativo- transversal. Es no experimental ya que no hubo manipulación de variables, únicamente se midieron; es comparativo debido a que tuvo como propósito determinar las probables diferencias entre los grupos, así mismo es de corte transversal porque se recolectaron los datos de un solo momento en un tiempo único (Kerlinger, 2002).

Instrumentos

+ Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes de Andrade y Betancourt (2008) (Anexo 1):

La escala aporta información de la percepción del adolescente a cerca de la conducta de sus padres; evalúa la comunicación con los padres, autonomía fomentada por ellos, el control psicológico que ejercen los padres, así como la supervisión y conocimiento que tiene de las actividades de sus hijos, esta última se encuentra integrada en la dimensión de comunicación paterna, mientras que en las dimensiones maternas se evalúa por separado, esto implica que consta de cuatro dimensiones para el padre y cinco para la madre.

El instrumento consta de 80 reactivos, divididos en 40 referentes a la madre y 40 al padre, se responde en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (nunca; pocas veces, muchas veces y siempre), cada respuesta posee cierta cantidad de puntos, siendo 1 punto para la respuesta “nunca”, 2 para “pocas veces”, 3 para “muchas veces” y 4 para la respuesta “siempre”; se busca obtener un puntaje en cada dimensión sumando los reactivos que la conforman y dividiendo el resultado entre el número total de reactivos por dimensión. La presencia de mayor puntaje implica que el adolescente percibe con más frecuencia la presencia de esa dimensión. La validez y confiabilidad se obtuvo a través de Alfa de Cronbach, todas las escalas obtuvieron niveles elevados de confiabilidad entre 0,80 – 0,97, en población mexicana (Tabla 2 y 3).

Tabla 2.

Dimensiones y confiabilidad de la escala del padre en la Escala de Prácticas parentales de Andrade y Betancourt (Andrade & Betancourt, 2008)

Dimensión	Definición	Reactivos	Confiabilidad
Comunicación y control conductual paterno	Comunicación entre el padre e hijo. Conocimiento que tienen el padre de las actividades de su hijo.	1, 3, 5, 8, 10, 11, 15, 17, 19, 24, 28, 33, 35, 36, 38, 39	Alfa = 0.97
Autonomía paterna	Respeto del padre a las decisiones que toma su hijo.	12, 18, 20, 22, 23, 26, 27, 32	Alfa = 0.94

Imposición paterna	El grado en que el padre impone sus creencias y conductas al hijo.	4, 6, 13, 21, 25, 34, 37, 40	Alfa = 0.90
Control psicológico	Uso de culpa, devaluación y críticas excesivas al menor.	2, 7, 9, 14, 16, 29, 30, 31	Alfa = 0.90

Fuente: Andrade & Betancourt (2008) *Escala de prácticas parentales*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Tabla 3.

Dimensiones y confiabilidad de la escala de la madre en la Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt (Andrade & Betancourt, 2008)

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

Fuente: Andrade & Betancourt (2008) *Escala de prácticas parentales*. Universidad Nacional Autónoma de México.

+ Cuestionario de creencias irracionales (Anexo 2):

Este instrumento es utilizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, particularmente en el área de psicoterapia cognitivo conductual. Se trata de un cuestionario de autorreporte que tiene como objetivo identificar la presencia de las diferentes creencias irracionales propuestas por Ellis (n/d). El instrumento se evalúa con presencia o ausencia de cada una de las creencias irracionales, se identifican las creencias presentadas en cada adolescente

y se analiza de manera clínica su implicación, ya que la presencia de la creencia supone que el adolescente hace uso de esta para entender o explicar sus acciones y su entorno; con la finalidad de hacer más comprensibles las frases para los pacientes adolescentes, las creencias fueron modificadas por los psicólogos en su vocabulario para hacer más comprensible para la población infantil; su contenido y redacción ha sido validado por jueceo (ver Figura 1).

C1	Necesito amor y aprobación de cuantos me rodean/ tengo que ser amado y tener la aprobación de todas las personas importantes que me rodean
C2	Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo/ si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre competente, suficiente y capaz para conseguir todo lo que me propongo
C3	Los malos deben ser castigados por sus malas acciones
C4	Es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo deseo o quiero
C5	Las desgracias humanas se originan por causas externas y no puedo hacer nada o casi nada para evitar o controlar la pena y el sufrimiento que me producen
C6	Debo pensar constantemente que puede ocurrir lo peor
C7	Es más fácil evitar que enfrentarse a las responsabilidades y los problemas de la vida
C8	Hay que tener a alguien más fuerte en quien confiar
C9	Mi pasado es determinante de mi presente y mi futuro
C10	Debo preocuparme constantemente de los problemas de los demás
C11	Cada problema tiene una solución acertada, y es catastrófico no encontrarla
C12	Las condiciones de la vida deben ser buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad

Figura 1. Guía de creencias irracionales

Procedimiento

Para la realización del presente estudio se dividió al total de participantes en dos submuestras, la primera una muestra clínica formada por 20 adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, quienes contaban con diagnóstico y tratamiento dentro del hospital; la segunda submuestra se encontró conformada por 20 adolescentes que participaron de manera voluntaria en la investigación, quienes actualmente no cuentan con un diagnóstico psiquiátrico.

A los participantes de la primera submuestra se les informó a cerca de la investigación al finalizar la sesión de cada paciente comentándoles acerca de los objetivos, se les entregó el consentimiento informado asegurando la confidencialidad de los datos, una vez firmado, se le pidió al padre que saliera del consultorio y se le proporcionó al adolescente la Escala de Prácticas parentales de Andrade y Betancourt, se comenzó llenando los datos demográficos de manera conjunta el tesista y el participante, posteriormente, se dieron las indicaciones del cuestionario, mencionando que tache con una X la respuesta que más se parezca a lo que hace su mamá o

papá realizan, haciendo hincapié en que conteste lo más cercano a la realidad posible, recordando que sus datos serán tratados con confidencialidad; en cuanto al instrumento de creencias irracionales, debido a que este es utilizado en el hospital ya se contaba con la información de cada paciente, razón por la cual se solicitó a cada paciente su consentimiento para el uso de estos datos.

A la segunda submuestra se les dió el consentimiento informado, comentándoles acerca de la investigación y sus objetivos, asegurando la confidencialidad de sus datos, una vez firmado se pidió al adolescente que responda de manera individual la Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt. Al comenzar se contestaron los datos demográficos de manera conjunta el tesista y el participante, posteriormente se dieron las indicaciones del cuestionario mencionando que tache con una X la respuesta que más se parezca a lo que hace su mamá o papá realizan, haciendo hincapié en que conteste lo más cercano a la realidad posible; una vez realizado se hizo uso del siguiente diálogo “a continuación te voy a leer unas frases, tú me dices si alguna vez lo has pensado o consideras que es cierto, o si nunca lo has pensado o consideras que es no es cierto”, al finalizar el instrumento se agradeció su participación tanto al adolescente como a su padre, mencionando que se les dará a conocer los resultados obtenidos en la investigación.

Para el análisis estadístico de los resultados se hizo uso de las pruebas no paramétrica U de Man Whitney y Kruskal Wallis.

Capítulo 4: Resultados

Las prácticas parentales favorecen el crecimiento y desarrollo psicosocial de los niños y adolescentes, además facilitan el aprendizaje de conocimientos que permiten al niño reconocer e interpretar el entorno que le rodea (Aguirre, 2002), esta interpretación y evaluación se realiza a partir de las creencias (Beck, 1976 citado en Ferrel, González, Padilla, 2013), las cuales se encuentran condicionadas por la familia y en general, el ambiente en el que se encuentra inmerso (Rangel, 2018); es por eso que uno de los principales objetivos de la presente investigación es conocer si existe diferencia entre la presencia de creencias irracionales dependiendo de la práctica parental predominante percibida por los adolescentes.

A continuación, se presentan los datos sociodemográficos de la muestra en general, así como los resultados pertenecientes a cada submuestra, teniendo por un lado la muestra clínica y por otro la muestra no clínica.

Se hace una descripción de las prácticas parentales predominantes de ambos padres en cada submuestra. Posteriormente, se compararon las prácticas parentales percibidas por la muestra clínica con la no clínica en cada dimensión del instrumento aplicado, lo que permitió identificar con mayor claridad las diferencias entre ambas submuestras.

Las creencias irracionales son presentadas de acuerdo con la frecuencia en que se reportaron en cada submuestra, identificando las creencias con mayor prevalencia en cada grupo.

Finalmente, se presenta el análisis de los datos a nivel inferencial, realizado mediante el programa estadístico SPSS en el que se realizó una comparación entre dos muestras mediante la prueba U de Mann Whitney; del mismo modo se llevó a cabo una comparación entre las muestras de diferentes prácticas parentales predominantes mediante la prueba estadística Kruskal Wallis.

En la presente investigación participaron 40 adolescentes, de los cuales 32 eran mujeres (80%) y 8 hombres (20%), cuyas edades oscilaban entre los 12 y 17 años, con una media de edad de 14.58. En la muestra se encontraron adolescentes integrantes de diferentes tipos de familia, predominando aquellos adolescentes que viven con su familia nuclear, mientras que la menor parte de la muestra se encuentra dentro de una familia reconstruida (ver figura 2). La mayoría de los participantes tiene de cuidador primario a la madre (ver figura 3).

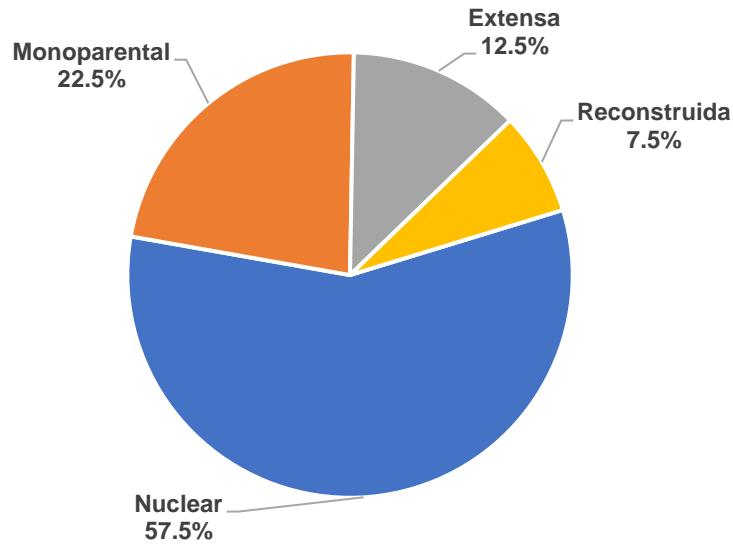


Figura 2. Tipos de familia en las que se encuentran los adolescentes de la muestra

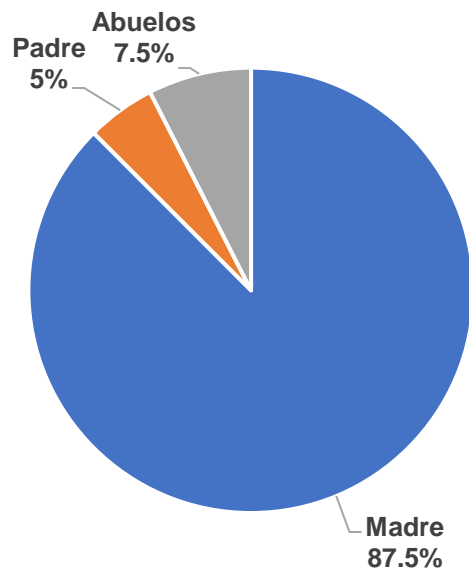


Figura 3. Cuidador primario de los adolescentes de la muestra

Debido a que en la revisión de la literatura se encontró que las creencias irracionales se encuentran asociadas con la presencia de emociones no saludables y conductas inconvenientes o autodestructivas (Ellis & Grieger, 1990), las cuales están presentes en diferentes padecimientos psiquiátricos; y a que se ha encontrado que las prácticas parentales se encuentran asociadas a

la presencia de síntomas propios de ciertos diagnósticos psiquiátricos (Andrade & Betancourt, 2011), se decidió seleccionar dos submuestras: 1) una muestra clínica cuyos participantes contaban con un diagnóstico psiquiátrico previo y 2) una muestra “no clínica” conformada por adolescentes que no contaban con antecedentes de diagnóstico psiquiátrico.

A continuación, se muestran los diagnósticos presentes en los participantes de la muestra clínica, predominando el diagnóstico de depresión, seguido de ansiedad (ver figura 4).

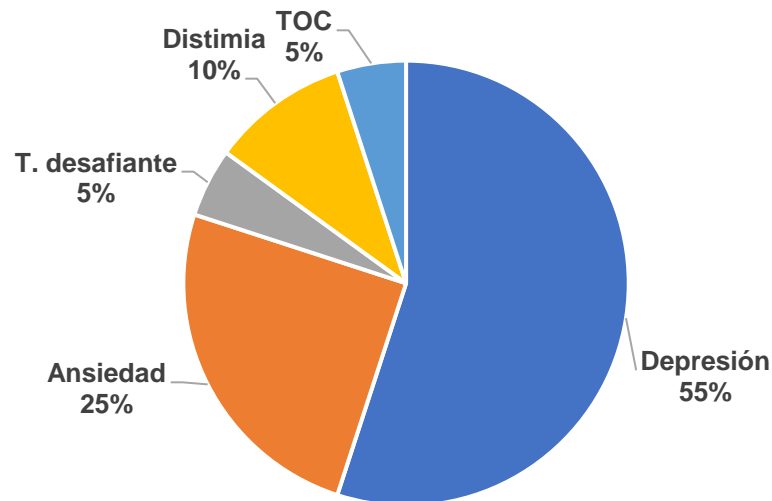


Figura 4. Diagnósticos psiquiátricos de los adolescentes de la muestra clínica

Prácticas Parentales

Dentro de los objetivos de la presente investigación está conocer las prácticas parentales presentes en los participantes de la muestra, para esto se aplicó la “Escala de prácticas parentales” de Andrade y Betancourt (2008), descrita en el método; para obtener la puntuación de cada dimensión se sumaron las respuestas de los reactivos de esta y se dividieron entre el número de reactivos, lo cual permitió identificar la dimensión predominante en cada submuestra.

En cuanto a las dimensiones paternas se observó que en ambas muestras la “dimensión de comunicación y control conductual paterno” es la dimensión predominante, observando mayores puntajes en la muestra no clínica; sin embargo esto se ve influido por cuatro respuestas ausentes, debido a que cuatro adolescentes de la muestra clínica no poseen una figura paterna; así mismo se encontró que las prácticas parentales con menor prevalencia en ambas muestras son aquellas

propias de la “dimensión control psicológico paterno” (ver Figura 5); esto supone que en general los padres de ambas muestras tienden a comunicarse con sus hijos, además de supervisar sus actividades, sin hacer uso de culpa, devaluación y críticas.

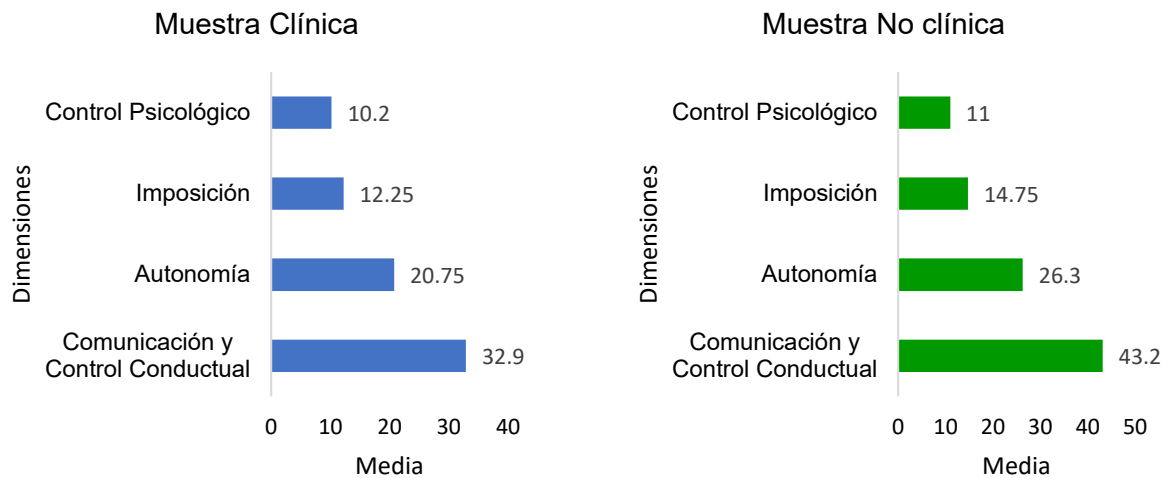


Figura 5. Comparación de las dimensiones paternas entre muestra clínica y no clínica

En cuanto a las dimensiones que miden la percepción de prácticas parentales en la madre, se observó que la “dimensión comunicación materna” se presentó con mayor frecuencia en ambas muestras, teniendo mayor puntaje en la muestra no clínica. En las dimensiones de “autonomía” e “imposición materna” se observan diferencias entre ambas muestras, presentando la “dimensión autonomía materna” mayor puntaje en la muestra no clínica, mientras que la “dimensión imposición materna” presenta un puntaje mayor en la muestra clínica (ver Figura 6). Esto supone que las madres de la muestra no clínica tienden a promover más la autonomía y a imponer menos sus creencias y conductas a sus hijos, en comparación con la muestra clínica.

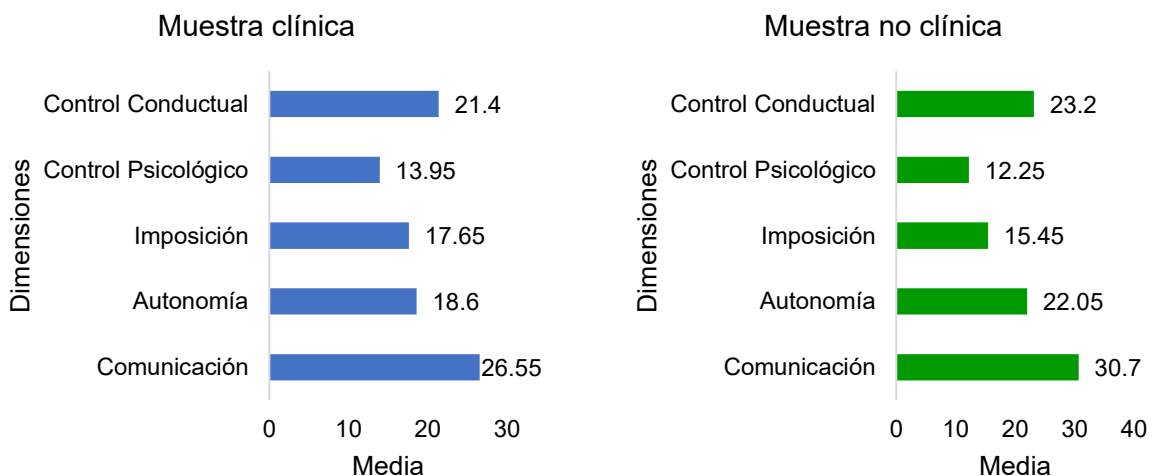


Figura 6. Comparación de dimensiones maternas entre muestra clínica y no clínica

Se realizaron categorías dentro de cada dimensión con la finalidad de que se observaran con mayor claridad las diferencias entre ambas muestras, se categorizaron los puntajes en: adecuado, tendencia a lo adecuado, tendencia a lo inadecuado e inadecuado, tanto para las dimensiones prácticas parentales de apoyo como para las de control.

Prácticas parentales de apoyo

En relación con las prácticas parentales de apoyo que incluye la “dimensión comunicación” y la “dimensión autonomía”, se encontró que la “dimensión autonomía paterna” la cual está integrada por ocho reactivos, con una distribución de su puntaje en un rango del 0 al 32; no tuvo resultados dentro de las categorías “inadecuado” y “tendencia a lo inadecuado”; ambas muestras presentaron frecuencias y porcentajes similares en las categorías “adecuado” y “tendencia a lo adecuado”, esto implica que la mayoría de los padres fomentan la autonomía de sus hijos, sin importar si estos cuentan con un diagnóstico psiquiátrico o no (ver Tabla 4).

Tabla 4

Categorías y frecuencias de la dimensión autonomía paterna

Rango	Categoría	Muestra clínica		Muestra no clínica	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
1-8	Inadecuado	0	0	0	0
9-16	Tendencia a lo inadecuado	0	0	0	0
17-24	Tendencia a lo adecuado	4	25%	7	35%
25-32	Adecuado	12	75%	13	65%
0	No tiene padre	4	-	0	-

Nota: El porcentaje válido incluye los casos que sí contaban con padre.

La “dimensión comunicación materna” cuenta con 10 reactivos, su puntaje se distribuye en un rango de 0-40; ninguna de las muestras presentó una comunicación inadecuada, sin embargo se observaron diferencias entre ambas, principalmente en la categoría “adecuado”, en la cual la muestra no clínica presenta mayor porcentaje en comparación con la muestra clínica; es decir, las madres de los adolescentes pertenecientes a la muestra no clínica se comunican más con sus hijos que las madres de la muestra clínica (ver Tabla 5).

Tabla 5.

Categorías y frecuencias de “la dimensión comunicación materna”

Rango	Categoría	Muestra clínica		Muestra no clínica	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
1-10	Inadecuado	0	0	0	0
11-20	Tendencia a lo inadecuado	4	21.05%	3	15%
21-30	Tendencia a lo adecuado	8	42.10%	5	25%
31-40	Adecuado	7	36.84%	12	60%
0	No madre	1	-	0	-

Nota: El porcentaje válido incluye los casos que sí contaban con madre.

La “dimensión autonomía materna” consta de siete reactivos, por lo que su puntaje se distribuye entre 0 y 28; la mayoría de las madres se concentran en las dimensiones “tendencia a lo adecuado” y “adecuado”, sin embargo, se observa mayor porcentaje en la categoría “adecuado” en la muestra no clínica, lo que supone que más madres de la muestra no clínica fomentan la autonomía de sus hijos, en comparación con la muestra clínica, lo que puede estar asociado a una sobreprotección de parte de las madres por el diagnóstico de su hijo (ver Tabla 6).

Tabla 6

Categorías y frecuencias de “la dimensión autonomía materna”

Rango	Categoría	Muestra clínica		Muestra no clínica	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
1-7	Inadecuado	0	0	0	0
		3		2	

8-14	Tendencia a lo inadecuado		15.78%		10%
15-21	Tendencia a lo adecuado	8	42.10%	7	35%
22-28	Adecuado	8	42.10%	11	55%
	No madre	1	-	0	-

Nota: El porcentaje válido incluye los casos que sí contaban con madre.

Prácticas parentales de control

En relación con las prácticas parentales de control que incluye las dimensiones “control conductual”, “imposición” y “control psicológico”, se encontró que en la “dimensión comunicación y control conductual paterno” la cual se encuentra integrada por 16 reactivos, y cuyo su puntaje se distribuye en un rango del 0 al 64; no se presentó una comunicación y control conductual inadecuado; sin embargo se observó que más padres de la muestra no clínica presentan una comunicación y control conductual adecuado en comparación con los de la muestra no clínica; es decir, en general los adolescentes de la muestra no clínica perciben que sus padres se comunican con ellos de manera adecuada, además de que supervisan sus actividades (ver Tabla 7).

Tabla 7.

Categorías y frecuencias de la dimensión comunicación y control conductual paterno

Rango	Categoría	Muestra clínica		Muestra no clínica	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
1-16	Inadecuado	0	0	0	0
17-32	Tendencia a lo inadecuado	5	31.25%	5	25%
33-48	Tendencia a lo adecuado	6	37.5%	7	35%
49-64	Adecuado	5	31.25%	8	40%
	No tiene padre	4	-	0	-

Nota: El porcentaje válido incluye los casos que sí contaban con padre.

La “dimensión imposición paterna” cuenta con ocho reactivos, por lo que su puntaje se distribuye en un rango de 0 a 32; en ambas muestras se encontraron resultados similares, se observa que la mayoría de los padres tienden a no imponer sus creencias y conductas a sus hijos, lo que fomenta la autonomía (ver Tabla 8).

Tabla 8

Categorías y frecuencias de “la dimensión imposición paterna”

Rango	Categoría	Muestra clínica		Muestra no clínica	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
1-8	Adecuado	1	6.25%	1	5%
9-16	Tendencia a lo adecuado	10	62.5%	13	65%
17-24	Tendencia a lo inadecuado	4	25%	5	25%
25-32	Inadecuado	1	6.25%	1	5%
0	No tiene padre	4	-	0	-

Nota: El porcentaje válido incluye los casos que sí contaban con padre.

La dimensión “control psicológico paterno” cuenta con ocho reactivos, con un puntaje que se distribuye en un rango del 0 al 32; en ambas muestras la mayoría de los padres se concentró en la categoría “Tendencia a lo adecuado”, sin embargo se observaron diferencias entre las muestras, teniendo la muestra no clínica mayor porcentaje de padres en esa categoría en comparación con la clínica; es decir, mayor número de padres de los adolescentes que no contaban con un diagnóstico psiquiátrico, tienden a hacer menor uso de culpa, devaluación y críticas, en comparación con los padres de adolescentes con un padecimiento psiquiátrico (ver Tabla 9).

Tabla 9.

Categorías y frecuencias de “la dimensión control psicológico paterno”

Rango	Categoría	Muestra clínica		Muestra no clínica	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
1-8	Adecuado	4	25%	4	20%

9-16	Tendencia a lo adecuado	9	56.25%	14	70%
17-24	Tendencia a lo inadecuado	2	12.5%	2	10%
25-32	Inadecuado	1	6.25%	0	0
0	No padre	4	-	0	-

Nota: El porcentaje válido incluye los casos que sí contaban con padre.

La “dimensión imposición materna” se encuentra compuesta por ocho reactivos, cuyos datos se distribuyen en un rango de 0 a 32; en ninguna de las muestras se encontraron resultados dentro de la categoría “adecuado”. En la categoría “Tendencia a lo adecuado” se observó que la muestra clínica presenta menor porcentaje, lo que implica que mayor número de madres de esta muestra tienden a imponer sus creencias y conductas a sus hijos, en comparación con la muestra no clínica (ver Tabla 10).

Tabla 10

Categorías y frecuencias de “la dimensión imposición materna”

Rango	Categoría	Muestra clínica		Muestra no clínica	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
1-8	Adecuado	0	0	0	0
9-16	Tendencia a lo adecuado	8	42.10%	11	55%
17-24	Tendencia a lo inadecuado	8	42.10%	9	45%
25-32	Inadecuado	3	15.78%	0	0
0	No madre	1	-	0	-

Nota: El porcentaje válido incluye los casos que sí contaban con padre.

La “dimensión control psicológico materno” se encuentra formada por ocho reactivos, cuyos puntajes se distribuyen en un rango de 0 a 32; se observaron mayores frecuencias en las categorías “Tendencia a lo adecuado” y “adecuado” en la muestra no clínica, lo que implica que

estas madres tienden a hacer menor uso o a no usar críticas excesivas, devaluación y la culpa, en comparación con la muestra clínica (ver Tabla 11).

Tabla 11

Categorías y frecuencias de “la dimensión control psicológico materno”

Rango	Categoría	Muestra clínica		Muestra no clínica	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
1-8	Adecuado	1	5.26%	3	15%
9-16	Tendencia a lo adecuado	12	63.15%	15	75%
17-24	Tendencia a lo inadecuado	5	26.31%	2	10%
25-32	Inadecuado	1	5.26%	0	0
0	No madre	1	-	0	-

Nota: El porcentaje válido incluye los casos que sí contaban con padre.

Finalmente, la “dimensión control conductual materno”, cuenta con siete reactivos y un puntaje que se distribuye entre 0 y 28; en ambas muestras el mayor porcentaje se concentra en la categoría “adecuado”, sin embargo, se observa mayores puntajes en la muestra no clínica, es decir, las madres pertenecientes a esta muestra tienen mayor supervisión y conocimiento de las actividades que realizan sus hijos (ver Tabla 12)

Tabla 12

Categorías y frecuencias de “la dimensión control conductual materno”

Rango	Categoría	Muestra clínica		Muestra no clínica	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
1-7	Inadecuado	0	0	0	0
8-14	Tendencia a lo inadecuado	1	5.26%	0	0
15-21	Tendencia a lo adecuado	6	31.57%	4	20%
22-28	Adecuado	12	63.15	16	80%

0 No madre 1 - 0 -

Nota: El porcentaje válido incluye los casos que sí contaban con madre.

Al comparar por psicopatología (depresión y ansiedad) se encontró que ambas poseen como prácticas parentales predominantes la “dimensión comunicación y control conductual paterno”, y “comunicación materna”.

Creencias Irracionales

En cuanto a las creencias irracionales se observó que en la muestra clínica se presenta mayor número de creencias, encontrando que el número más alto de creencias presentes en una persona de la muestra clínica es de 12, mientras que en la muestra no clínica es de 8 (ver figura 7).

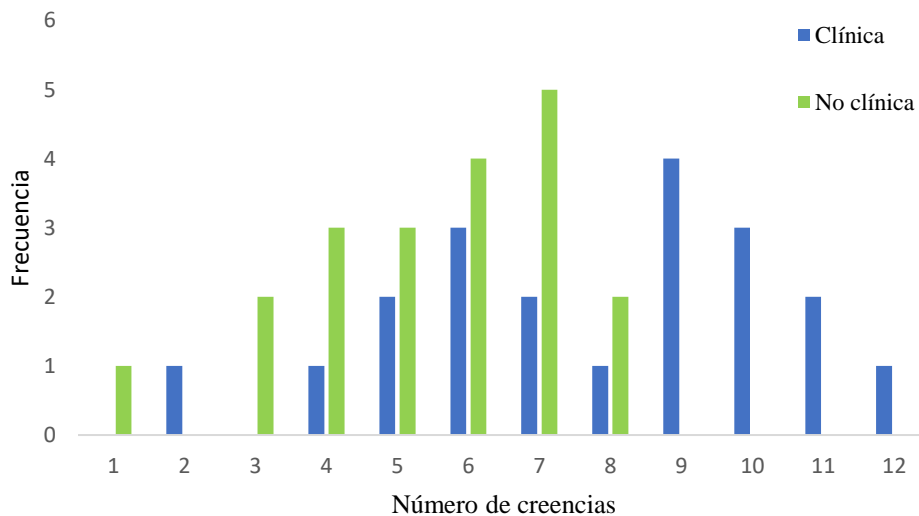


Figura 7. Número de creencias irracionales presentes en la muestra clínica y no clínica

Del mismo modo se encontró que la creencia “Los malos deben ser castigados por sus malas acciones”, se presentó en el 90% de los participantes. La creencia “ Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo” (C2), fue la segunda creencia con mayor frecuencia en ambas muestra; se observaron diferencias entre ambas muestras en creencias como “Cada problema tiene una solución acertada y es catastrófico no encontrarla”, “Debo preocuparme

constantemente de los problemas de los demás”, “Hay que tener a alguien más fuerte en quien confiar”, siendo en la muestra clínica en la que se presentan con mayor frecuencia (ver Figura 8).

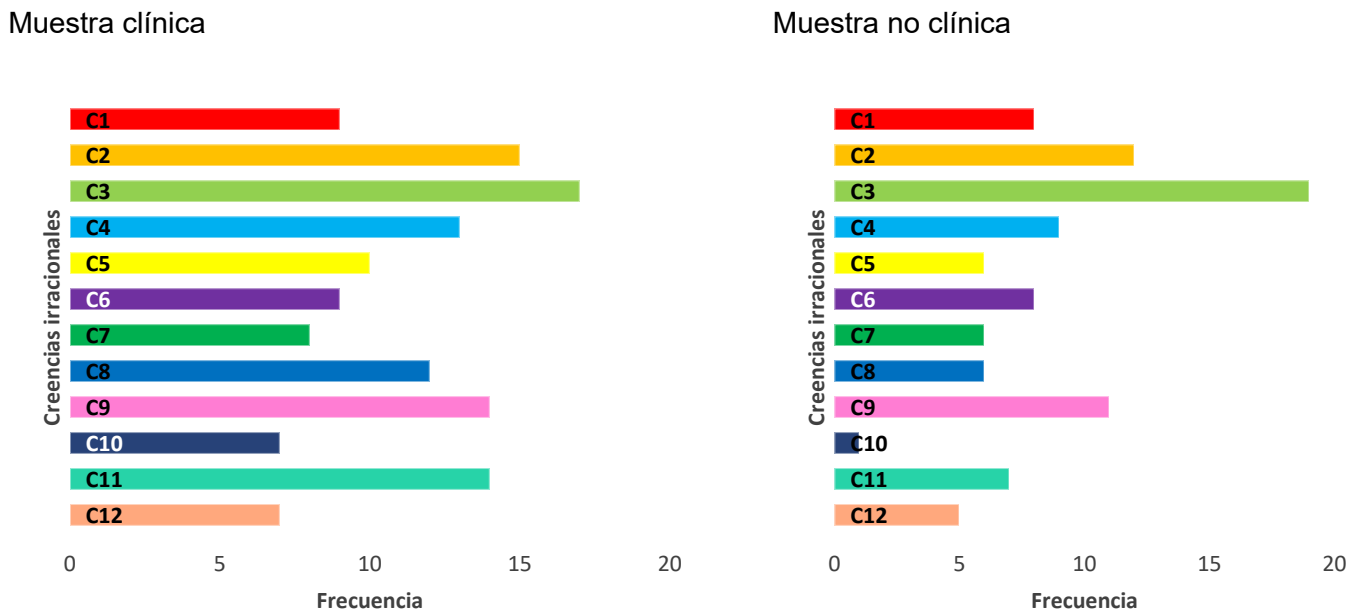


Figura 8. Comparación de creencias irracionales entre muestra clínica y ni clínica

Al realizar las comparaciones por patología, se encontró en que los adolescentes con depresión y ansiedad predominaron las creencias: “Los malos deben ser castigados por sus malas acciones” (C3) y “Cada problema tiene una solución acertada, y es catastrófico no encontrarla” (C11); del mismo modo los adolescentes con depresión presentaron la creencia “Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo/ si soy una persona valiosa debo ser siempre competente, suficiente y capaz para conseguir todo lo que me propongo” (C2). Estas creencias están asociadas con “el deber ser”, es decir, exigencias hacia ellos mismos y hacia los demás, lo que genera angustia, ansiedad, culpa y frustración al no poder ser cumplidas.

Comparación de prácticas parentales y creencias irracionales

Una vez concluido el análisis descriptivo de las distribuciones de las prácticas parentales y las creencias irracionales, se procedió a identificar las prácticas parentales y creencias irracionales predominantes en cada muestra, con la finalidad de realizar una comparación entre ambas variables.

En cuanto a los padres, se encontró que en ambas muestras había dos prácticas parentales paternas predominantes: la dimensión “comunicación y control conductual paterno” y “autonomía paterna”. Es importante mencionar que, para realizar la comparación de las prácticas parentales, se consideraron a los participantes que no conviven con su padre.

La “dimensión comunicación y control conductual paterno”, fue la dimensión predominante en ambas muestras con 14 participantes en la muestra clínica y 19 en la no clínica; se observó un mayor número de creencias irracionales en la muestra clínica (ver tabla 13). La segunda práctica parental predominante fue la dimensión “autonomía paterna”, observándose mayormente en la muestra no clínica, en quienes se encontró una media de $\bar{X}=5$ creencias; en cuanto al adolescente de la muestra no clínica que la presentó, se encontraron 7 creencias irracionales. En los participantes que no conviven con sus padres, se encontró que poseen en promedio $\bar{X}=7.73$ creencias irracionales (ver tabla 14).

Tabla 13.

Comparación de prácticas parentales paternas y creencias irracionales en muestra clínica

Dimensión predominante	Número de creencias irracionales	Creencias irracionales predominantes
No tiene padre (4)	7.73	C1, C2, C3 C9, C11.
Predomina “dimensión comunicación y control conductual paterno” (14)	8.21	C2, C3, C4
Predomina “dimensión autonomía paterna” (2)	5	C3, C8

Tabla 14.

Comparación de prácticas parentales paternas y creencias irracionales en muestra no clínica

Dimensión predominante	Número de creencias irracionales	Creencias irracionales predominantes
Predomina “dimensión comunicación y control conductual paterno” (19)	5.36	C2, C3, C9
Predomina “dimensión autonomía paterna” (1)	6	C2, C3, C4, C8, C11, C12

En el caso de las madres, se observó que en ambas muestras la “dimensión comunicación materna” fue predominante, ya que obtuvo la frecuencia más alta en 13 participantes de la muestra clínica y en 16 de la muestra no clínica; los adolescentes de la muestra clínica presentan una media de $\bar{X}=8.1$, mientras que los participantes de la muestra no clínica cuentan con un promedio de $\bar{X}=5.3$ creencias irracionales. En cada muestra hubo un participante en el que predominaron dos dimensiones de prácticas parentales, “la dimensión comunicación materna” y “la dimensión control conductual materno”, el participante de la muestra clínica cuenta con 8 creencias irracionales, mientras que el participante de la muestra no clínica cuenta con 5 creencias irracionales. El resto de las dimensiones predominantes son diferentes en cada muestra (ver tabla 15 y 16).

En la muestra clínica predominaron “la dimensión imposición materna”, y la “dimensión control psicológico materno”, la primera fue predominante en cuatro adolescentes de la muestra, quienes presentan una media de $\bar{X}=6$ creencias irracionales, resaltando las creencias “Es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo deseo o quiero” (C4), “Hay que tener a alguien más fuerte en quien confiar” (C8) y “Mi pasado es determinante de mi presente y mi futuro” (C9); es decir, los hijos cuyas madres hacen uso de la culpa, devaluación y críticas, tienden a presentar creencias en las que se observa que consideran que no cuentan con las herramientas para hacer frente a las situaciones de la vida, además de mostrarse frustrados cuando las cosas no son como ellos esperan; estas creencias están asociadas a la presencia de angustia y depresión. La dimensión “control psicológico materno” fue predominante en uno de los adolescentes, quien presenta 9 creencias irracionales (ver tabla 15).

En la muestra no clínica la “dimensión control conductual materno” y la “dimensión imposición y control psicológico materno” fueron predominantes en algunos de los participantes, siendo la “dimensión control conductual materno” la principal dimensión presente en dos adolescentes, los cuales presentan una media de $\bar{X}=5.5$ creencias irracionales. En uno de los adolescentes de esta muestra predominaron por igual la “dimensión imposición materna” y la “dimensión control psicológico materno”, el participante presenta siete creencias irracionales (ver tabla 16)

Tabla 15.

Comparación de prácticas parentales maternas y creencias irracionales en muestra clínica

Dimensión predominante	Número de creencias irracionales	Creencias irracionales predominantes
No madre (1)	8	C2, C3, C5, C6, C8, C9, C10, C11

Predomina “dimensión comunicación materna” (13)	8.1	C2, C3, C11
Predomina “dimensión imposición materna” (4)	6	C4, C8, C9
Predomina “dimensión control psicológico materno” (1)	9	C2, C3, C4, C5, C6, C8, C9, C10, C12
Predomina por igual “dimensión comunicación y control conductual materno” (1)	7	C2, C3, C5, C7, C8, C9, C11

Tabla 16.

Comparación de prácticas parentales maternas y la presencia de creencias irracionales en muestra no clínica

Dimensión predominante	Número de creencias irracionales	Creencias irracionales predominante
Predomina “dimensión comunicación materna” (16)	5.3	C2, C3, C9
Predomina “dimensión control conductual materno” (2)	5.5	C2
Predomina por igual “las dimensiones comunicación y control conductual materno” (1)	5	C2, C3, C4, C7, C12
Predomina por igual las “dimensiones imposición y control psicológico materno” (1)	6	C1, C3, C4, C5, C7, C9

Una vez concluido el análisis de perfiles que permitió identificar las diferencias respecto a la cantidad de creencias irracionales en los grupos de estudio, se procedió a realizar el análisis estadístico correspondiente para determinar las probables diferencias entre éstos, considerando tanto el grupo de pertenencia (clínico y no clínico), como el tipo de práctica parental predominante.

Para determinar las diferencias en relación con el número de creencias irracionales presentadas en los participantes de la muestra clínica y la no clínica, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, cuyo resultado con una $Z=2.821$, fue significativo al $\alpha=0.005$.

Esto implica que existe una diferencia estadísticamente significativa en la cantidad de creencias irracionales, siendo el grupo clínico el que las presentó con mayor frecuencia.

Finalmente, se crearon nuevas variables, en las cuales se realizaron grupos conformados por las dimensiones de prácticas parentales predominantes, separándolos en muestra clínica y no clínica; esto con la finalidad de conocer si existe una diferencia significativa entre los grupos descritos anteriormente respecto al número de creencias. Para esto se utilizó la prueba no paramétrica Kruskal Wallis que permite la comparación entre más de tres grupos (conformados por las dimensiones de prácticas parentales y tipo de muestra).

Se encontró que en el caso las prácticas parentales ejercidas por los padres sí existe una diferencia con una $K-W=10.29$, significativa al $\alpha=0.036$, lo cual implica que sí existen diferencias entre los grupos en cuanto a las creencias irracionales. Se encontró que los adolescentes que presentan mayor cantidad de creencias son aquellos pertenecientes a la muestra clínica y que tienen como práctica parental predominante la “dimensión comunicación y control conductual paterno. En el caso de la muestra no clínica, se encontró que los adolescentes que presentan más creencias irracionales son aquellos que tienen la “dimensión autonomía” paterna como la práctica parental predominante (ver Tabla 17).

Tabla 17.

Comparación entre grupos paternos respecto a las creencias irracionales

Grupos padre	Media de creencias irracionales	GL	K-W	Significancia
Muestra clínica/ participantes que no tiene figura paterna	7.75			
Muestra clínica/ predomina dimensión comunicación y control conductual paterno	8.21			
Muestra clínica/ predomina dimensión autonomía paterna	5	4	10.290	0.036
Muestra no clínica/ predomina dimensión comunicación y control conductual paterno	5.36			

Muestra no clínica/ predomina autonomía paterna 7

En el caso de las madres no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, esto debido a que al realizar las nuevas variables la muestra se dividió en varios grupos, disminuyendo el número de participantes en cada uno de ellos (Tabla 18).

Tabla 18.
Comparación entre grupos maternos respecto a las creencias irracionales

Grupos madre	Media de creencias irracionales	GL	K-W	Significancia
Muestra clínica/ participantes que no tiene figura materna	9			
Muestra clínica/ predomina dimensión comunicación materna	8.15			
Muestra clínica/ predomina dimensión imposición materna	6			
Muestra clínica/ predomina dimensión control psicológico materno	9			
Muestra clínica/ predomina por igual dimensión comunicación y control conductual materno	7	8	11.587	0.150
Muestra no clínica/ predomina dimensión comunicación materna	5.37			
Muestra no clínica/ predomina dimensión control conductual materno	5.5			
Muestra no clínica/ predomina por igual comunicación y control conductual materno	5			
Muestra no clínica/ predomina por igual imposición y control psicológico materno	6			

Capítulo 5: Discusión y conclusión

Los adolescentes se ven expuestos a múltiples cambios propios de la etapa de desarrollo en la que se encuentran, algunos de ellos presentan conductas de riesgo como consumo de sustancias, problemas alimenticios, lesiones traumáticas de origen deportivo, enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Ante esto los investigadores (Donas & Burak, 2001, citado en Páramo, 2011) han identificado que algunos factores protectores importantes se encuentran en la familia.

En términos de desarrollo socioemocional, durante la adolescencia se lleva a cabo la búsqueda y establecimiento de la identidad (Marcia, 1980), siendo de gran importancia la aceptación o rechazo de sus pares y sus padres (Nagaoka, et.al., 2015), de manera que, las acciones de los padres desempeñan un papel importante en el desarrollo socioemocional de los adolescentes (Betancourt, 2007).

En la presente investigación se retomó la clasificación de prácticas parentales realizada por Andrade y Betancourt (2011), donde las prácticas parentales pueden dividirse en dos categorías: 1) “Apoyo parental”, que involucra educación, cordialidad, responsabilidad, aceptación (Barber & Lovelady, 2002), y tiene como objetivo brindar soporte social, motivar la independencia, el control personal y la expresión libre de emociones (Aguirre, 2002); 2) “Control parental” que implica el establecimiento de límites y normas que establecen los padres, se subdivide en control conductual que involucran la atención y supervisión de las actividades de sus hijos, buscando regular su conducta sin obstaculizar la independencia; y el control psicológico que implica estrategias intrusivas como críticas excesivas, inducción de culpa, invalidación de sentimientos y sobreprotección (Andrade & Betancourt, 2011), teniendo efectos negativos en los adolescentes debido a las pocas oportunidades de expresión de independencia y poco fomento de la autonomía (Guevara, Cabrera & Barrera, 2007).

Las dimensiones del instrumento utilizado en la presente investigación se encuentran dentro de esas categorías; tanto la dimensión comunicación como la dimensión autonomía forman parte de las prácticas parentales de apoyo ya que éstas fomentan mayor acercamiento de los padres con sus hijos, al mostrar interés en ellos, proporcionando soporte, y permitiendo la expresión de emociones e ideas, motivando la independencia y autonomía; un ejemplo son los reactivos: 18. “Cuando estoy triste me consuela” y 30. “Me da confianza para platicarle algo muy personal de mí mismo” de la dimensión comunicación materna y el reactivo 18. “Respeto mi punto de vista, aunque sea diferente del que él dice” de la dimensión autonomía paterna. En contraparte las dimensiones control conductual, control psicológico e imposición, forman parte de las prácticas

parentales de control; las dimensiones imposición y control psicológico, incluyen prácticas parentales poco deseadas ya que son coercitivas y no promueven la autonomía, un ejemplo de esto es el reactivo 37. “Me dice que sus ideas son las correctas y que no debo de dudarlo” de la dimensión imposición paterna y el 12. “Cuando me castiga me hace sentir culpable” de la dimensión control psicológico materno; mientras que en las prácticas de control conductual comprenden prácticas de conocimiento y supervisión de las actividades que realiza el adolescente, como se observa el reactivo 4 “Sabe en dónde estoy después de la escuela”.

En los resultados se encontró que, de manera general, más adolescentes de la muestra no clínica perciben que tanto sus madres como sus padres se comunican de manera adecuada, generando confianza en ellos para comunicarles situaciones de su vida, además de mostrar interés en ellas; en el caso de los padres, muestran mayor conocimiento acerca de las actividades que realizan, en comparación con los adolescentes que cuentan diagnóstico psiquiátrico. Se pudo apreciar que, los adolescentes de ambas muestras perciben que sus padres fomentan la autonomía, respetando sus ideas; esto concuerda con los resultados obtenidos en la dimensión imposición paterna, en la cual se encontró que, a pesar de que en ambas muestras hay padres que hacen uso de estas prácticas, la mayoría tiende a no imponer sus creencias ni conductas en sus hijos, lo que permite el desarrollo de la autonomía; sin embargo los padres de la muestra no clínica tienden a hacer menor uso de prácticas de inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas, en comparación con los padres de la muestra clínica.

En el caso de las dimensiones maternas, se observó una tendencia a una mayor frecuencia en las prácticas parentales de apoyo de parte de las madres pertenecientes a la muestra no clínica, es decir que en general, los adolescentes de esta muestra perciben que sus madres se comunican adecuadamente con ellos, además de promover el desarrollo de la autonomía, respetando sus ideas.

En cuanto a las prácticas parentales de control se observó que a pesar de que en ambas muestras hay una tendencia a un adecuado control conductual, sin llegar a ser totalmente adecuado, las madres de la muestra no clínica tienden a conocer y supervisar más las actividades de sus hijos, en comparación con la clínica. Referente a las prácticas de orden coercitivo propias de las dimensiones imposición y control conductual, se encontró que a pesar de que las madres de ambas muestras llegan a hacer uso de ellas, éstas se presentan mayormente en las madres de la muestra clínica, es decir, más adolescentes de esta muestra perciben que sus madres tienden a devaluarlos y a imponer sus creencias y conductas, en comparación con los que no tienen un

padecimiento psiquiátrico; esto afecta los recursos de afrontamiento de los adolescentes, ya que al percibir a la familia como un ambiente hostil, buscará un grupo que le pueda brindar seguridad, lo que lo puede llevar al consumo de drogas, promiscuidad y conductas violentas (Gómez, 2008), se ha encontrado que en ciertos padecimientos como la depresión y ansiedad se encuentran presentes estrategias de afrontamiento poco adaptativas (Sepúlveda, Romero & Jaramillo, 2012). Vicente (2015) encontró que las prácticas parentales no deseadas, como lo son el control psicológico y la imposición, particularmente de parte de la madre, fomentan el desarrollo de la ansiedad, además de que influyen en la presencia de autolesiones, conductas que llegan a estar relacionadas con psicopatologías.

Estos resultados permiten corroborar lo encontrado en el estudio de Ruvalcaba, Gallegos, Caballo y Villegas (2016) quienes observaron que las prácticas parentales relativas a la comunicación, autonomía y control conductual están asociados a mejores indicadores de ajuste, tales como el autoestima, la resiliencia y competencias socioemocionales; mientras que el control psicológico es un predictor importante de sintomatología depresiva y ansiosa. Del mismo modo, concuerda con los resultados de Andrade, Betancourt & Orozco (2006, citado en Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013) quienes en su estudio detectaron que preadolescentes con nivel de depresión mínima tenían puntajes más altos en control conductual de ambos padres y puntajes más bajos en control psicológico de la mamá, comparados con los que presentaron depresión leve y moderada.

La segunda variable contemplada en este estudio, fue la presencia de creencias irracionales, entendiéndolas como aquellas creencias o ideas que se caracterizan por no estar basadas en la evidencia y ser una sobreexageración (Calvete & Cardeñoso, 1999); estas se encontraron en ambas muestras, presentándose en mayor cantidad y con mayor frecuencia en la muestra clínica, lo que se relaciona con lo afirmado por Ellis & Grieger (1990) acerca de que las creencias irracionales llegan a generar emociones no saludables y conductas inconvenientes o autodestructivas, tales como las que se llegan a presentar en ciertos padecimientos psiquiátricos, como la depresión y ansiedad, donde las creencias que poseen ayudan a mantener el padecimiento, ya que impiden la realización de nuevas conductas más adecuadas, fomentando emociones poco saludables.

Es importante resaltar que la creencia “los malos deben ser castigados por sus malas acciones” (C3), se presentó en el 90% de la muestra. Esta creencia es asociada a la presencia de

sentimientos de culpa, agresividad, coraje, pérdida de la capacidad de comunicarse o negociar, así como a la presencia de ansiedad y autoagresión, por lo que se considera que esta creencia podría estar relacionado a una crianza donde se hace uso de reprimendas y castigos físicos, situación que se puede encontrar dentro de la cultura mexicana, donde se considera que el uso de golpes como castigo es una manera eficaz de criar a los hijos; este tipo de acciones se encuentran asociados con un aumento en la agresividad del niño, depresión, baja autoestima, aumento de conductas inadecuadas, así como reducción de la internalización moral (Gershoff, 2002; citado en Saucedo, et.al, 2007). En ambas muestras la creencia “Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo/ si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre competente, suficiente y capaz para conseguir todo lo que me propongo” (C2), fue la que se presentó con mayor frecuencia, la cual está relacionada con insatisfacción, actitud defensiva, problemas psicosomáticos, metas poco realistas e intolerancia. La siguiente creencia en frecuencia en ambas muestras fue “Mi pasado es determinante de mi presente y mi futuro” (C9), ésta se encuentra asociada a la presencia de pasividad, amargura, desesperanza, desmotivación, depresión e insistencia en la repetición de errores; es importante resaltar que ambas creencias se han asociado a la presencia de ansiedad y la incapacidad de disfrute de las personas (Lega, Sorribes & Calvo, 2017; Nava, 1981; Aguilar, 2000), presentándose con mayor frecuencia en la muestra clínica; estas creencias se contraponen, ya que por un lado la persona se considera incapaz de modificar su vida y alcanzar sus metas, y por otro se valora en función de su capacidad para lograrlo, lo que puede dificultar la modificación de las conductas para obtener resultados más favorables.

Las creencias en las que se observó mayores diferencias en ambas muestras fueron “Cada problema tiene una solución acertada y es catastrófico no encontrarla” (C11), la creencia “Debo preocuparme constantemente de los problemas de los demás” (C10) y “Hay que tener a alguien más fuerte en quien confiar” (C8), presentándose con mayor frecuencia en la muestra clínica, las tres creencias se han asociado a la presencia de síntomas de ansiedad, angustia e inseguridad, ya que el adolescente necesita contar con alguna persona que lo apoye en la toma de decisiones, además de estar pendiente de ella, lo que puede llevar a la dependencia, un factor de riesgo para el adolescente; además de sentirse constantemente frustrado y desesperado ante las situaciones y personas que no son cómo él espera.

El objetivo principal de la presente investigación fue conocer si existe diferencia entre la presencia de creencias irracionales dependiendo de la práctica parental predominante percibida por los adolescentes. Se encontró que los adolescentes en los que predominó la dimensión comunicación y control conductual paterno, presentaron mayor número de creencias irracionales,

predominando la creencia “Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo/ si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre competente, suficiente y capaz para conseguir todo lo que me propongo” (C2), con insatisfacción, actitud defensiva, problemas psicossomáticos, metas poco realistas e intolerancia; en la muestra clínica también predominó la creencia “Es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo deseo o quiero” (C4); ambas creencias asociadas a la presencia de ansiedad e intolerancia, es importante recordar que esta dimensión incluye prácticas de comunicación y supervisión, donde el padre conoce las actividades de su hijo, además de darle confianza para comunicárselas, por lo que se considera que estas creencias se contraponen con las prácticas parentales, además de que en la mayor parte de los adolescentes, tanto de la muestra clínica como de la no clínica, predominó esta práctica.

En el caso de los padres, se logró observar una diferencia estadísticamente significativa entre las dimensiones de prácticas parentales paternas y el número de creencias irracionales que presentan los adolescentes en cada una de ellas, lo que implica que sí existen diferencias en las creencias irracionales presentadas en los adolescentes de la muestra dependiendo de la práctica parental paterna predominante percibida, lo cual podría servir como referencia a futuras investigaciones, donde se pueda abordar a profundidad la relación entre estas variables.

En cuanto a las madres se encontró que en la mayoría de los adolescentes de ambas muestras predominó la “dimensión comunicación materna”, quienes, al igual que en las prácticas paternas presentan la creencia “Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo/ si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre competente, suficiente y capaz para conseguir todo lo que me propongo” (C2), así mismo la muestra clínica presentó la creencia “Cada problema tiene una solución acertada y es catastrófico no encontrarla” (C11), ambas asociadas a la presencia de ansiedad e intolerancia. La muestra no clínica además de la C2, presentó la creencia “Mi pasado es determinante de mi presente y mi futuro” (C9), estos resultados son similares a los de dimensión paterna. Estos resultados, tanto de la dimensión materna y paterna, son refutados por Aquino, Nunes & Munhoz (2011) quienes encontraron una relación negativa entre la percepción de soporte familiar, depresión y creencias irracionales; debido a esto es necesario que en futuras investigaciones se logre ahondar sobre la relación de estas variables.

Así mismo se observó que, el grupo de la muestra clínica donde predominó la dimensión control psicológico, y que no tiene madre, son los adolescentes en los que se observó un mayor número de creencias irracionales. En el caso de la muestra no clínica, el grupo que presentó más creencias irracionales fue en el que predominó la imposición y control psicológico, esto podría

estar relacionado con lo dicho por Gómez (2008), quien afirma que el modo en que se relacione el adolescente con la madre tendrá un impacto mayor en las relaciones con los demás que la relación con el padre. Sin embargo, estos resultados se ven influenciados por el número de grupos creados, teniendo cada uno de ellos pocos participantes; por lo que resulta importante realizar otros estudios donde se cuente con una muestra más grande.

En conclusión, el número creencias irracionales difiere dependiendo de la práctica parental predominante, particularmente las paternas, sin embargo, se necesitan más estudios en los cuales se pueda encontrar una relación más precisa entre estas variables, además de poder identificar qué creencias están asociadas con cada práctica parental. El presente estudio permitió identificar que, en general, los adolescentes perciben que sus padres tienden a hacer más uso de las prácticas parentales paternas de apoyo, que las de control, esto puede ser explicado por la manera en que tienden a relacionarse con sus hijos, al no poder estar la mayor parte del día con ellos.

En cuanto a las prácticas parentales de las madres, se observó un abanico más amplio de prácticas parentales predominantes, ya que los adolescentes de la muestra no clínica perciben en sus madres más prácticas parentales de apoyo y supervisión que de control psicológico e imposición, mientras que los de la muestra clínica, llegan a percibir mayores prácticas de control psicológico e impositivo; esto puede estar reforzando el padecimiento del menor, a quien se le llega a minimizar con las acciones de la madres, lo que puede generar inadecuado autoconcepto y autoconfianza, ambas presentes en padecimientos como depresión y ansiedad; a pesar de que estos resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas, desde una perspectiva clínica pueden servir como base para trabajar en la prevención de padecimientos en niños y adolescentes.

Del mismo modo, la investigación permitió corroborar que los adolescentes que cuentan con un diagnóstico psiquiátrico presentan mayor número de creencias irracionales, en comparación con los adolescentes que no lo poseen, estos datos además de permitir trabajar en la prevención e intervención con los adolescentes, podrían servir como base para posteriores investigaciones.

Dentro de las limitaciones de la investigación se encuentra que se contó con una muestra no probabilística, lo cual implica que se trata de una muestra no representativa, lo que puede dar sesgos en los resultados y no permite la generalización de los mismos, debido a que la distribución de los datos no es semejante a la curva normal y al no ser elegidos al azar, pueden existir sesgos de error en la selección de la muestra. Otra limitación es la posible deseabilidad

social dentro de las respuestas de los participantes, ya que se trabajó con instrumentos de autorreporte. Del mismo modo, se debe tomar en cuenta que el instrumento utilizado para la obtención de información de las prácticas parentales, aportaba información acerca de la percepción de los adolescentes, por lo que se considera que para futuras investigaciones se tomara en cuenta tanto la percepción del adolescente como la información que los padres proporcionen.

El hecho de que no contara con un instrumento que permitiera evaluar las prácticas parentales y las creencias en un continuo (de más a menos), limitó la posibilidad de que se obtuvieran resultados predictivos; debido a esto no se logró identificar a las prácticas parentales y creencias irracionales como factores predisponentes para la psicopatología en los adolescentes; por lo que para futuras investigaciones se sugiere contar con una población más grande donde se puedan obtener resultados significativos, además de instrumentos que permitan realizar correlaciones en un nivel de medición de las variables intervalar o de razón, de tal forma que se puedan realizar predicciones entre las prácticas parentales y las creencias irracionales, además de su impacto en diferentes patologías.

La presente investigación puede propiciar a la creación de talleres preventivos, donde se aborde la importancia de la relación de los padres con los hijos, basada en la comunicación y fomento de la autonomía, así como de la supervisión de los adolescentes, buscando involucrar a ambos padres en el proceso de la crianza; así mismo, en el caso de los padres con hijos que poseen con un padecimiento psiquiátrico, la presente investigación permite dar fundamento a la psicoeducación, acerca de la relación entre las creencias y la presencia de síntomas propios de patologías psiquiátricas, además de la relevancia que tiene las prácticas parentales en la presencia de estas. Del mismo modo, los resultados obtenidos en el presente estudio pueden servir como base para futuras investigaciones que permitan predecir a partir de las prácticas parentales, la presencia de creencias irracionales relacionadas con dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes, lo que permitiría realizar programas de prevención e intervención.

Referencias

- Aguilar, E. (2000). *Como no amargarse la vida*. México: Pax México.
- Aguirre, A. (2010). *Prácticas de crianza y su relación con rasgos resilientes de niños y niñas*. Facultad de Ciencias Humanas - Departamento Psicología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C. Colombia.
- Aguirre, E. (2002). *Crianza y pobreza*. En *Discusiones en la psicología contemporánea* (pp. 11-22). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Alaés, M., Madrid, J. & Antona, A (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del psicólogo*, 23,84, 45-53.
- Ali, M., Baytemir, K. & Sibel, Ayse. Irrational beliefs and perceived stress in adolescents: the role of self-esteem *Journal of educational science and psychology*, 8, 1/2018, 79-89.
- Amóros, V. (1991). Tratamiento psicológico según la terapia racional emotiva. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 9,2.
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2008). "Prácticas parentales: Una medición integral". *La Psicología Social en México*. Volumen XII. México: AMEPSO, 561-565
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2011). Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 1, 27-41.
- Bahamón, M., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos, A.M., Reyes, L., Uribe, J. & García, C. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21,39, 50-61.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. Estados Unidos de America: New York: General Learning Press.
- Betancourt, D. (2007). *Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, CDMX.
- Bobbio, A., Arbach, A. & Alderete, A. (2016). Evaluación de las prácticas parentales: Análisis psicométrico de la escala Adolescent Family Process. *Evaluar*, 16, 46-65.

- Calvete, E. & Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos. Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de psicología*, 15,1, 179-190.
- Castro, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista Neuropsiquiátrica*, 77,4, 226- 235.
- Chaves, L. & Quinceno, N. (2010). Validación del cuestionario de creencias irracionales en población colombiana. *Universidad de Antioquia*, 2,3, 41-56.
- Cortéz, A. & González, M. (2017). *Prácticas parentales y resiliencias en niños de 5 a 12 años en una escuela primaria pública de la Ciudad de México*. Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, CDMX.
- Darling, L. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113,3, 487-496.
- Darling, N. (1999). *Parenting styles and its correlates*. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED427896.pdf>
- David, D., Lynn, S & Ellis, A. (2009). *Rational and irrational beliefs: research, theory, and clinical practice*. Oxford University Press.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva: volumen 2*. New York: Estados Unidos de América: Springer Publishing Company.
- Engler, B. (1996). *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill.
- Eraso, J., Bravo, Y. & Delgado, M. (2006) Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres cabeza de familia en Popayán. Un estudio cualitativo. *Pediatría*, 41,3.
- Espejel, S. (2015). *Prácticas parentales y problemas externalizados en niños*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México: CDMX.
- Evans, J. & Myers, R. (1994). Prácticas de crianza: Creando programas donde las tradiciones y las prácticas modernas se encuentran. *Coordinator's Notebook childering*, 15, 1-15.
- Ferrel, F., González, J. & Padilla, Y. (2013). Esquemas maladaptativos tempranos y creencias irracionales en un grupo de homosexuales masculinos, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Psicología desde el caribe*, 301,1, 36-65.

- Florezano, R., et.al. (2009). Percepción de la relación parental entre adolescentes mayores y menores de 15 años. *Revista chilena de Pediatría*, 80,6, 520-527.
- Gracia, E., Lila, M. & Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud mental*,28,2, 73-81.
- Guevara, I., Cabera, V. & Barrera, F. (2007). Factores contextuales y emocionales morales como predictores del ajuste psicológico en la adolescencia. *Universitas Psychological*, 6, 2, 269-283.
- Ibañez, E., Onofre, G. & Vargas, J. (2012). Terapia Racional Emotiva: Una revisión actualizada de la investigación. *Resvita elerctrónica de Psicología Iztacala*, 15,4, 1454-1475.
- Ivanova, M. & Israel, A. (2006). Family Stability as a Protective Factor Against Psychopathology for Urban Children Receiving Psychological Services. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35,4, 564-570.
- Izzedin, R. & Pachajoa, A. (2009). Pautas, prácticas, creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *Revista de Psicología*, 15, 2, 109-115.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento: técnicas y comportamiento*. México: Editorial Interamericana
- Lega, L., Sorribes, F. & Calvo, M. *Terapia Racional Emotivo Conductual: una versión teórico-practica actualizada*. PAIDOS.
- Marcia, J. (1980). Identity in adolescence. *En Adeison, J, Handbook of adolescence psychology* (pp. 159-181), New York: Willy & Sons.
- Maurtua, V. & Zavaleta, S. (2018). *Estilos y prácticas parentales y actitud hacia la sexualidad en adolescentes de una universidad privada de arequipa en el año 2018*. Facultad de ciencias económico empresariales y humanas, Universidad Católica San Pablo, Perú, Arequipa.
- Medrano, L., Galleano, C., Galera, M. & Del valle, R. (2010). *Creencias irracionales, rendimiento y deserción académica en ingresantes universitarios*. Universidad Nacional de Córdoba: Argentina.
- Medrano, V. (2016). *Terapia Racional Emotiva Conductual: propuesta de atención para un adolescente con problemas emocionales y violencia intrafamiliar*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, CDMX.

- Méndez, M., Andrade P. & Peñaloza R. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15, 1, 99-118.
- Mérida, M. (2008) *Ideas irracionales que afectan las habilidades sociales en adolescentes de 13 a 17 años en cuya familia la figura paterna está ausente*. Facultad de humanidades, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Mestre, M., Tur, A., Samper, P., Nácher, M., & Cortés, M. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 2, 211-225.
- Nagaoka, J, et.al. (2015) *Foundations for Young Adult Success. A developmental Framework*.
- Navas, J. (1981) . Terapia racional emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13,1, 75-83.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R.(2010). *Psicología del desarrollo*. McGrawHill.
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica.*, 29,1, 88-95.
- Posada, A., Gómez, J. & Ramírez, H. (2008). Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. *Acta Pediátrica de México*,29,5, 295-305.
- Rangel, A. (2018). *Ideas irracionales y salud mental*. Facultad de humanidades, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango.
- Rodrigo, et.al. (2004) Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psycothema*, 16,2, 203-210.
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Caballo, V. & Villegas, C. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología del caribe*, 33, 3, 223-236.
- Sauceda, J., Olivo, N., Gutierrez, J. & Maldonado, J. (2007). El castigo físico en la crianza de los hijos. Un estudio comparative. *Hospital Infantil de México Federico Gómez*. 63, 382-388.
- Szigethy, E., Weisz, J & Findling., r. *Cognitive behavior therapy for children and adolescents*. Estados Unidos de América: American Psychiatric Association.
- UNICEF. (2002). *Adolescencia: una etapa fundamental*. Estados Unidos de América: New York.

Valdir Aquino, Baptista, Makilim Nunes, & Carneiro, Adriana Munhoz. (2011). Family support, irrational beliefs and depressive symptomatology among undergraduation students. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 20-29.

Vicente, X. (2017). *Influencia de las prácticas parentales y la ansiedad juvenil en la conducta autolesiva del adolescente*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional autónoma de México, México, CDMX.

ANEXOS

ANEXO 1

Escala Prácticas Parentales para adolescentes: PP-A

¿Eres? Hombre () Mujer ()

¿Cuántos años tienes?

¿Con quién

vives? _____

¿Con quién pasas la mayor parte del

tiempo? _____

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

MI MAMÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Sabe en dónde estoy cuando salgo de mi casa				
Le digo lo que hice, cuando salgo y regreso a casa				
Me hace sentir que soy un(a) inútil				
Sabe en dónde estoy después de la escuela				
Me dice que soy un(a) "burro(a)"				
Habla conmigo sobre mis problemas				
Me deja tomar mis propias decisiones				
Me impone las cosas que ella piensa				
Me grita por cualquier cosa				

MI MAMÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Conoce a mis amigos (as)				
Respeto las decisiones que tomo				
Cuando me castiga me hace sentir culpable				
Cree que todos debemos pensar como ella				
Se enoja conmigo por cualquier cosa				
Le platico sobre los planes que tengo con mis amigos				
Todo lo que hago le parece mal				
Platica conmigo como buenos(as) amigos (as)				
Cuando estoy triste me consuela				
Apoya mis decisiones				
Me dice que soy un(a) mal(a) hijo(a)				
Ella cree que tiene la razón en todo				
Respeto mis ideas, sin criticarme				
Me dice groserías o insulta, si me porto mal				
Conoce lo que hago por las tardes después de la escuela				
Me pregunta qué hago con mis amigos				
Platica conmigo de cómo me va en la escuela				
Me ayuda en mis problemas				
Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
Quiere que sea como ella es				
Me da confianza para platicarle algo muy personal de mí mismo (a)				

MI MAMÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Respeto mi punto de vista, aunque sea diferente del que ella dice				
Quiere que haga todo lo que ella dice				
Me da confianza para que me acerque a ella				
Me dedica tiempo para platicar				
Quiere que piense como ella piensa				
Entiende las razones que le digo				
Respeto mis decisiones aunque no sean las mejores				
Platica conmigo de las cosas que me suceden				
Piensa que todo lo que dice está bien				
En la casa se hace lo que ella dice				

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

MI PAPÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Habla conmigo sobre mis problemas				
Me trata injustamente				
Platica conmigo como buenos amigos				
Me impone su manera de ser				
Me consuela cuando estoy triste				
Quiere que sea como él es				
Me culpa por todo lo que sucede				
Me escucha de forma paciente cuando le platico mis problemas				

MI PAPÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Me amenaza, si me porto mal				
Me dedica tiempo para platicar				
Me ayuda en mis problemas				
Respeto mis gustos				
Cree que todos debemos pensar igual que él				
Pienso que me tiene mala voluntad				
Me da confianza para que me acerque a él				
Me culpa por cualquier cosa				
Le platico las cosas que me suceden				
Respeto mi punto de vista, aunque sea diferente del que él dice				
Platica conmigo de lo que hago en mi tiempo libre				
Respeto las decisiones que tomo				
Él cree que tiene la razón en todo				
Me deja tomar mis propias decisiones				
Entiende mi manera de ser				
Me pregunta sobre las cosas que me pasan durante un día normal en la escuela				
En la casa se hace lo que él dice				
Acepta mi forma de expresarme				
Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				

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

ANEXO 2

A continuación te voy a leer unas frases, tú me dices si alguna vez lo has pensado o consideras que es cierto, o si nunca lo has pensado o consideras que es no es cierto.

CREENCIA	PRESENTE	AUSENTE
“Necesito amor y aprobación de cuantos me rodean” o “tengo que ser amado y tener la aprobación de todas las personas importantes que me rodean”.		
“Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo” o “si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre competente, suficiente y capaz para conseguir todo lo que me propongo”.		
“Los malos deben ser castigados por sus malas acciones”.		
“Es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo deseo o quiero”.		
“Las desgracias humanas se originan por causas externas y no puedo hacer nada o casi nada para evitar o controlar la pena y el sufrimiento que me producen”.		
“Debo pensar constantemente que puede ocurrir lo peor”.		
“Es más fácil evitar que enfrentarse a las responsabilidades y los problemas de la vida”.		
“Hay que tener a alguien más fuerte en quien confiar”.		
“Mi pasado es determinante de mi presente y de mi futuro”.		
“Debo preocuparme constantemente de los problemas de los demás”.		
“Cada problema tiene una solución acertada, y es catastrófico no encontrarla”		
Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar.		
Todas las personas deben actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo; si no lo hacen, son despreciables y malos y deben ser castigados.		
Las condiciones de la vida deben ser buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad.		



ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

madre/padre de _____ acepto que mi hij@ participe en la investigación "Prácticas de crianza y creencias irracionales en adolescentes" realizada por la pasante de psicología María de la Luz Galeana Correa para obtener el Título de Licenciada en psicología. Asimismo, estoy de acuerdo en que sus datos sean utilizados con confidencialidad y para fines de la investigación. Manifiesto que se me ha informado el objetivo de la investigación, así como el uso que se le darán a los datos obtenidos.

Firma del padre/ madre

Nombre y firma del participante

_____ de julio de 2019