



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**EL CONTROL CONDUCTUAL, CONTROL PSICOLÓGICO Y LAS PRÁCTICAS DE DISCIPLINA SEVERA COMO PREDICTORES DE LOS TRASTORNOS INTERNALIZADOS EN NIÑOS**

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

**JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTOR: DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES**

**COMITÉ: DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA**

**DR. RUBÉN LARA PIÑA**

**LIC. GREGORIO SILVA ROVAR**

**DRA. ANA MARÍA NALTAZAR RAMOS**

**PROYECTO APROBADO POR UNAM: CAC/PSIC/135-14  
BECAS PARA TITULACION-PROYECTOS DE INVESTIGACION UNAM**



**CIUDAD DE MÉXICO**

**ABRIL 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# *Agradecimientos*

A la vida, por el pasado que me ha forjado, fortalecido y enseñado, por el presente que me acompaña, disfruto y agradezco, por la fortuna haberme puesto en el lugar correcto con las personas indicadas con quienes cuento ahora, por haberme dado el privilegio de estudiar una carrera tan linda como es la psicología en la máxima casa de estudios del país, porque a pesar de los obstáculos y los tropiezos he encontrado la fortaleza para seguir adelante con los sueños.

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, por brindarme la oportunidad de ser parte de tan privilegiada casa de estudios, y un especial agradecimiento para mi tan amada Facultad de Estudios Superiores Zaragoza porque en ella me forme y crecí profesionalmente y como persona.

Al programa de prevención psicológica, por hacerme parte de tan distinguido grupo de estudiantes y profesores a quienes tengo mi mayor respeto y admiración.

Al Dr. Juan Jiménez Flores, quien además de ser mi director y profesor es mi amigo y ejemplo, mi gratitud no es suficiente para el cobijo, formación y apoyo que me ha dado a lo largo de mi formación académica y profesional y en este proyecto en especial. Y aunque las palabras falten para expresar mi gratitud, mi completa admiración, respeto y cariño hacia usted Dr.

A mi asesora la Dra. Luz María Flores, por su accesibilidad y paciencia, por aceptar ser parte de este proyecto y sus incontables consejos y enseñanzas desde un inicio y hasta el final de este proyecto.

A la Dra. Ana María Baltazar por acceder a ser parte de este proyecto y por sus valiosas aportaciones.

Al Dr. Rubén Lara y al Lic. Gregorio Silva, por sus aportaciones y tiempo empleado a la revisión de esta tesis.

A las madres de familia, a los maestros y a la escuela primaria pública “Julio Cortazar” por su tiempo, su contribución y accesibilidad para facilitar la realización de este proyecto.

## *Dedicatorias*

A Mario Flores y a Eva Resendiz, mis verdaderos y únicos superhéroes, mis padres. Por siempre ser el mejor ejemplo para mí, por los sacrificios, por su amor, por su esfuerzo y por enseñarme que con trabajo, esfuerzo y dedicación todo puede ser posible. Nunca podré regresarles todo lo hecho por mí y para mí, sin su presencia no sería posible nada de esto, gracias por ser ustedes mis padres, pues si volviera nacer y pudiera escoger mis padres, sin duda, los elegiría otra vez, los amo.

A mi hermano Omar Flores, de quien he aprendido que lo importante no es caer sino levantarse, aun cuando parezca que todo está en tu contra siempre habrá una salida. Gracias por ser mi hermano, por tu irreverencia y carisma.

A mi hermano Alejandro Flores, por siempre estar para mí y creer en mí, por su confianza y amor incondicional, por enseñarme que la dedicación y el trabajo duro dan frutos, por los momentos compartidos y protegerme, por tu brillo.

Para mi abuelita Lola<sup>+</sup>, por su cariño, amor, sabiduría y cuidarme de pequeño. Por siempre en mi corazón.

A mis amigos y amigas de siempre: Iván, Ariel, Samantha, Ana, Luis, Rodrigo, Roberto, Massiel, Lalo, Emeruk, por esos momentos buenos y malos que hemos compartido en los que he descubierto el significado de la palabra amistad.

A mis amigos que me ha dado la carrera: Edgar, Vania, Ángel, Kari, Jonathan, Vera, Eddu, Armando, Yesenia, Ariel, José Luis, Jorge, Cristian, Angie, por compartir esta etapa tan importante en nuestras vidas y por los futuros proyectos a su lado, sin duda he aprendido mucho de todos ustedes.

A mi gran amigo Carlos<sup>+</sup>. Porque sé que has estado, estás y estarás conmigo, porque este triunfo es también tuyo, por siempre creer en mí, por nuestra promesa, por nuestra eterna amistad, porque hermano... no se muere quien se va, solo se muere quien se olvida. Siempre en mi mente y corazón.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>TRASTORNOS INTERNALIZADOS EN NIÑOS.....</b>	<b>4</b>
1.1 Trastornos internalizados.....	4
1.2 Trastornos externalizados.....	19
1.3 Sistemas de clasificación.....	23
1.4 Teorías explicativas de la psicopatología infantil.....	27
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>CONTROL PARENTAL.....</b>	<b>33</b>
2.1 Control conductual.....	33
2.2 Control psicológico.....	35
2.3 Prácticas parentales.....	37
2.4 Apoyo parental.....	40
2.5 Control y apoyo parental en las prácticas de crianza.....	42
2.6 Control parental y problemas internalizados.....	44
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>PRÁCTICAS DE DISCIPLINA SEVERA.....</b>	<b>49</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>MÉTODO.....</b>	<b>57</b>
6.1 Pregunta de investigación.....	57
6.2 Objetivo general.....	57
6.3 Objetivos específicos.....	57
6.4 Hipótesis.....	58
6.5 Definición de variables.....	59

6.6 Participantes.....	61
6.7 Tipo de estudio y diseño.....	61
6.8 Instrumentos.....	62
6.9 Procedimiento.....	63

**CAPÍTULO VI**

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>65</b>
------------------------	-----------

7.1 Fase 1. Revisión de las características psicométricas de la Escala de Autoridad Parental.....	65
7.2 Fase 1. Revisión de las características psicométricas de la Subescala de Trastornos Internalizados del CBCL.....	70
7.3 Fase 2. Análisis estadístico de los resultados obtenidos.....	76

**CAPÍTULO VII**

<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>95</b>
-----------------------	-----------

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>106</b>
--	------------

**APÉNDICE 1. Solicitud de aplicación de cuestionarios, subescala de problemas internalizados y escala de prácticas de disciplina severa para las madres**

**APÉNDICE 2. Escala de Autoridad Parental para Adolescentes Mexicanos**

**APÉNDICE 3. Distribución de frecuencias para los trastornos internalizados del niño**

**APÉNDICE 4. Distribución de frecuencias para los estilos de crianza**

**APÉNDICE 5. Distribución de frecuencias para las prácticas de disciplina severa**

## Resumen

El estilo autoritario cuenta con uso de control conductual y control psicológico, y junto con las prácticas de disciplina severa, son herramientas o estrategias que ocupan los padres para criar, regular la conducta y disciplinar a los hijos. El objetivo de este trabajo fue estudiar la influencia que tienen estos tipos de control medidos a través del estilo autoritario y las prácticas de disciplina severa sobre los trastornos internalizados en niños. Con este propósito, los instrumentos utilizados fueron: Escala de Autoridad Parental para Adolescentes Mexicanos (Aguilar & Aguilar, 2013), la lista de Conductas Infantiles (CBCL 6-18: Achenbach & Rescorla, 2001) validada para población mexicana (Hernández-Guzmán, 2005) y la Lista de Prácticas de Disciplina Severa (Jimenez & Flores, 2014). Se realizó un estudio confirmatorio (correlacional y explicativo) (Kerlinger & Lee, 2002), utilizando una muestra de 146 diadas formadas por niños y sus madres de familia, respectivamente. Se utilizó una correlación de Pearson para evaluar la relación entre el estilo autoritario percibido por los hijos, las prácticas de disciplina severa y los trastornos internalizados en los niños. Para determinar la influencia del estilo autoritario y las prácticas de disciplina severa utilizadas por las madres respecto a los problemas internalizados se utilizó una Regresión Lineal Múltiple. Los resultados obtenidos indican que solamente las prácticas de disciplina severa y en específico la disciplina hostil que ejercen las madres sobre sus hijos posiblemente promuevan la aparición de síntomas de trastornos internalizado en la infancia como el ansioso-depresivo y el aislado-depresivo.

Palabras clave: Control conductual, control psicológico, estilo autoritario, psicopatología infantil, trastornos internalizados, prácticas de disciplina severa, crianza.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito analizar la interacción que tienen el control conductual y psicológico materno junto con las prácticas de disciplina severa en la aparición de trastornos internalizados o emocionales durante la infancia, es decir, aquellas conductas que tienen las madres hacia sus hijos con la finalidad de regular la conducta de éstos últimos, y como estas conductas maternas influyen para que exista algún trastorno internalizado en los hijos, pues tras varios años, estas prácticas han sido tema principal de estudio e interés para aquellos teóricos del desarrollo quienes pretenden conocer el impacto que tienen sobre el desarrollo psicosocial de los hijos.

Estas prácticas parentales están determinadas por aquellas conductas que utilizan las madres para socializar a sus hijos. Las cuales se dividen en dos dimensiones: apoyo y control, en esta última dimensión se ha sugerido hacer una distinción para que se pueda entender de mejor manera, es por eso que la dimensión de control se divide en control conductual y control psicológico. Por una parte el apoyo se refiere a la cantidad de soporte y cariño que muestra en este caso la madre hacia los hijos, existiendo así mayor apego y cuidado en la relación, por otra parte el control conductual son aquellas conductas de las madres que regulan la conducta de los niños a través de la guía y la supervisión por medio de límites y reglas, de esta forma en contraste con el control conductual, el control psicológico se refiere a aquellas conductas de las madres que son intrusivas y manipulan tanto pensamientos como sentimientos de los niños. Asimismo, las prácticas de disciplina severa tienen una relación con las conductas de control que llevan a cabo las madres, estas prácticas son constantemente



utilizadas y se refieren a comportamientos agresivos en este caso por parte de la madre con la finalidad de controlar la conducta de los hijos.

De acuerdo con lo anterior, la presente investigación muestra un modelo de predicción entre el estilo autoritario (control materno conductual y psicológico) percibido por los hijos y las prácticas de disciplina severa percibidas por la madre sobre el efecto que tienen ambas prácticas en el desarrollo de algún trastorno internalizado en niños, al estudiar estas variables mencionadas se pretende se puedan implementar programas de prevención y estrategias de solución ante estos problemas.

Por tanto, este estudio se compone por siete capítulos, en los que se explican de manera detallada cada uno de los conceptos principales, al finalizar se muestran los resultados y la discusión.

En el capítulo I se lleva a cabo una revisión detallada acerca de los trastornos internalizados en niños y algunas teorías y/o modelos explicativos de dichos problemas, de igual forma se le da un breve espacio a los trastornos externalizados, posteriormente se abordan los diferentes sistemas de clasificación que existen y algunas teorías explicativas sobre psicopatología infantil.

En el capítulo II se describe el control parental en este caso el de la madre (control materno) y sus componentes como es el control conductual y psicológico, de igual forma en el capítulo se mencionan de forma breve las prácticas parentales y prácticas de crianza en general, por último se ofrece una recopilación de investigaciones relacionadas.

En el capítulo III se revisa y describe el concepto de prácticas de disciplina severa basado en sus principales autores, así como sus investigaciones relacionadas.

En el capítulo IV se presenta el planteamiento del problema, en este apartado se muestra la relevancia de la presente investigación y el modelo propuesto para los objetivos de la investigación.

En el capítulo V se presenta el método, la pregunta de investigación, hipótesis, objetivos de la investigación, descripción de la muestra, definición de las variables e instrumentos utilizados.

En el capítulo VI se muestran los resultados arrojados por la presente investigación, de igual forma se presentan las figuras y tablas de dichos resultados.

Por último, en el capítulo VII se presenta la discusión, las limitaciones y sugerencias del estudio.

Teniendo en cuenta la constitución de la presente investigación, a continuación se empezará por abordar el marco teórico.

# **CAPÍTULO I**

## **TRASTORNOS INTERNALIZADOS EN NIÑOS**

En este primer capítulo se comenzará por analizar la variable dependiente de la presente investigación, tal variable son los trastornos internalizados en la infancia, estos trastornos son importantes de investigar, ya que a pesar de no ser el motivo de consulta frecuente en los hospitales o clínicas de atención psicológica a comparación de otros trastornos, debido a sus características que veremos en este capítulo, son sin duda una problemática creciente en nuestra población infantil, de esta forma véase a continuación de forma más detallada este problema.

### **1.1. TRASTORNOS INTERNALIZADOS**

Los trastornos internalizados son aquellas agrupaciones de síndromes encubiertos reflejados al interior de la persona, tales como la reactividad emocional, la ansiedad, la depresión, las quejas somáticas sin causa médica y el retraimiento social (Achenbach & Rescorla , 2001), es decir, aquellas trastornos que se manifiestan emocionalmente.

Es cierto que en contraste con los trastornos de conducta, los trastornos internalizados no son problemas por los que mayormente se llegue a solicitar algún servicio psicoterapéutico a temprana edad, sin embargo, algunas investigaciones (Caraveo, Colmenares & Martínez, 2001; Caraveo & Anduaga, 2007; Fernández, Martínez & Rodríguez, 2000) mencionan que estos problemas de carácter emocional como los síndromes depresivos y de ansiedad son de los más frecuentes en la población, tales resultados concuerdan con la demanda de consulta en hospitales de especialización en atención

psiquiátrica y psicológica infantil durante el 2003, en el cual 18% de los casos correspondió a trastornos depresivos y afectivos, solamente por debajo de los trastornos hipercinéticos con 33.7%, asimismo, los trastornos de ansiedad fueron frecuentes tanto en su vertiente predominante de inhibición como en la forma generalizada.

De acuerdo con lo anterior, tendríamos como segundo motivo de consulta a los trastornos internalizados, siendo así los trastornos externalizados los de más demanda, sin embargo, esto tendría su posible explicación en la dificultad que tienen los padres de detectarlos ya que no se manifiestan de forma explícita como los trastornos conductuales. Incluso algunos autores hacen referencia a lo fácil que es de detectar la conducta perturbadora de los menores con trastornos conductuales y de hiperactividad como también es fácil ignorar los problemas de los niños y/o adolescentes que son tranquilos y luchan con sus preocupaciones internas (problemas emocionales), por tanto al ser fácilmente ignorados también se vuelven difíciles de detectar, ya que los padres y maestros tienden a subestimar su gravedad pues en general de acuerdo con las normas sociales, estos niños parecen bien adaptados (Betancourt, 2007 & Solloa, 2001).

Como se puede observar, las normas socioculturales juegan un papel importante en la presencia de algún trastorno internalizado, por tanto es importante tener en cuenta las normas de género dentro de estas normas sociales, ya que parecen influir en la prevalencia de estos problemas de carácter emocional, pues en la mayoría de las sociedades se espera que las mujeres sean más pasivas, silenciosas y sensibles; por lo contrario de lo que se espera en los hombres, ya que estos tendrían que ser más agresivos, dominantes y activos. Por tanto, pareciera que puede llegar a ser normal que exista mayor presencia de síntomas internalizados en niñas que en niños, de hecho existe evidencia en algunas investigaciones

que reportan diferencias en la presencia de problemas internalizados y externalizados entre hombres y mujeres (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Bagrado, Carrasco, Sánchez-Bernardos, Bersabe, Loriga & Monsalve, 1995 & Solloa, 2001).

Específicamente en México, se ha encontrado diferencias en los puntajes de problemas entre niños y niñas. Por lo que se refiere a problemas externalizados los niños obtuvieron puntajes significativamente más altos que las niñas, en cuanto a problemas internalizados como la depresión, problemas somáticos y de ansiedad, las niñas reportaron puntajes significativamente más altos en comparación con los niños (Valencia & Andrade, 2005).

Con lo que respecta a la presencia por edad, se ha encontrado que los problemas de mayor frecuencia para niños de 10 a 13 años fueron los de tipo externalizado con el 28.6 %, seguidos de problemas de ansiedad con 17.4% y como tercer lugar se encontró la depresión con el 14.4% (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000), mientras que Achenbach (1982) explica que los problemas más comunes en los niños de 6 a 11 años de edad, son: rezongar, alardear, falta de concentración y hablar mucho. Dentro de los desórdenes clínicos en este mismo grupo de edad encontró: la hiperactividad, problemas de aprendizaje, fobia escolar, agresión y retraimiento.

Además de tener en cuenta la edad, es importante tomar en cuenta las características individuales de los niños, es por eso que existen diversas investigaciones sobre estas características y su relación con la presencia de problemas (internalizados) (Eisenberg et al., 1996; Fernández de Ortega, 2005; Finkenaver, Engels & Baumesteir, 2005; Rothbart & Bates, 1998; Valencia, 2005), las cuales indican que las diferentes dimensiones que

conforman el temperamento de niños y/o adolescentes (emocionalidad y reactividad negativa, persistencia a la tarea, nivel de actividad, inhibición, adaptabilidad) tienen una relación importante con el desarrollo de problemas internalizados. Otros factores individuales que se asocian con el desarrollo de problemas son la falta de habilidades sociales por parte de los menores, así como, el que éstos sientan vergüenza (Betancourt, 2007).

Al tener más claro a que se refieren los trastornos internalizados y sus principales características en general, es necesario mencionar que estos problemas, de acuerdo con el sistema dimensional, están conformados por tres dimensiones que lo componen, estas dimensiones mencionadas son el trastorno ansioso-depresivo (se muestra solitario, nervioso, tenso, temeroso, ansioso, presencia de tristeza, depresión y desdicha), aislado introvertido (preferencia por estar solo, negarse a hablar, ser tímido) y trastornos somáticos (sentir mareos, tener dolores y achaques, padecer jaquecas y tener náuseas), a continuación se describirán cada una de estas dimensiones de manera particular, teniendo en cuenta que los síndromes de aislado depresivo y ansioso depresivo cuentan con síntomas muy peculiares de los trastornos de ansiedad y depresión, debido a la comorbilidad que existen entre ambos.

El primer problema que se describirá, será la ansiedad, la cual es señalada por diversos estudios epidemiológicos como uno de los trastornos de mayor prevalencia durante la infancia y adolescencia, e informan de tasas de prevalencia que van desde el 2.6% al 41.2%. Teniendo a la ansiedad por separación como la más común en niños y la fobia social en adolescentes (Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006; Chorpita, Albano & Barlow, 1998; Costello, Egger & Angold, 2005; Essau, Conrado & Petermann, 2000; Muris, Mayer, Bartelds, Tierney & Bogie, 2001 como se citó en Hernández, Bermúdez, Spence, González, Martínez, Aguilar & Gallegos, 2010).

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

En las manifestaciones cognitivas de la ansiedad, el pensamiento de los niños ansiosos sobre sí mismos y el mundo, suele manifestarse como cogniciones desadaptativas, incluyendo temores de ser lastimados o heridos, pensamientos auto críticos y de peligro o amenaza. Es por eso que el objetivo de los tratamientos cognitivos en niños no consiste en reemplazar sus pensamientos por pensamientos positivos, sino en ayudarlos a identificar y cuestionar su pensamiento negativo (Kendall, 2000).

Asimismo, Lang (1968) quien es un exponente sobre ansiedad, propuso la teoría de los tres sistemas de respuesta, dicha teoría es una de las más populares e influyentes para la conceptualización, evaluación y tratamiento de la ansiedad. De acuerdo con esta teoría, se mantiene que la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuesta: conductual o motor, fisiológico y cognitivo (Martínez, Cándido, Cano & García, 2012), esta propuesta

realizada por Lang ha servido como una forma de entender teóricamente la naturaleza de la ansiedad.

La propuesta presentada por Lang se basó en distintas observaciones por éste mismo durante sus investigaciones llevadas a cabo sobre la técnica de desensibilización sistemática para el tratamiento de la ansiedad fóbica. En estas observaciones se apreciaron resultados diferentes a los que proponía el modelo unidimensional de la ansiedad, éste modelo indica que las medidas cognitivas, conductuales y fisiológicas de la ansiedad correlacionaran en un determinado momento del tiempo produciéndose así cambios. Sin embargo en los datos arrojados por las observaciones de Lang, indicaban que lo habitual era la discordancia entre los tres sistemas de respuesta. Esta teoría, por tanto, modifica la idea de que la ansiedad es un concepto unitario y propone que este constructo se manifiesta en un triple sistema de respuestas, es decir, que la respuesta de ansiedad tiene componentes cognitivos, fisiológicos y motores cognitivo (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002 como se citó en Martínez, Cándido, Cano & García, 2012).

De acuerdo con la anterior, esta propuesta hecha por Lang es de las más completas que hay para explicar cómo es que se manifiesta la ansiedad, además de contribuir como marco teórico en la elaboración de diferentes herramientas de evaluación, asimismo, durante los últimos años se ha puesto de manifiesto la necesidad e importancia que tiene el profundizar en la investigación sobre este modelo de los tres sistemas de respuesta de la ansiedad en niños y adolescentes, es por esto que los investigadores deberían atender y evaluar los tres sistemas de respuesta y planificar su cambio a través del tratamiento, lo que supone realizar una evaluación integral de la eficacia de un tratamiento teniendo en cuenta,



siempre que sea posible, los componentes cognitivo, fisiológico y motor de la respuesta de miedo y ansiedad (Davis & Ollendick, 2005).

Por otra parte, dentro del y DSM-V (APA, 2013) existe el apartado dedicado específicamente a los trastornos de ansiedad, dentro de los que se encuentran algunos como el Trastorno de Ansiedad por Separación, Fobia específica, Trastorno de ansiedad social, Trastorno de pánico, Agorafobia y Trastorno de ansiedad generalizada. En este tipo de clasificación para que se puede llevar a cabo un diagnóstico, es necesario el cumplimiento de los criterios que se establecen, por ejemplo, en el primer trastorno de ansiedad que es por separación en el que son cuatro criterios (A, B, C y D) que se deben de cumplir, teniendo en cuenta que el primer criterio en el que se refiere a un miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego debe de manifestarse en al menos tres circunstancias de ocho que establece el apartado, éstas circunstancias son las siguientes:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.

4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

Sin embargo, se tiene que tener en cuenta que durante el desarrollo del niño se van presentando numerosos miedos, los cuales en muchas ocasiones suelen ser transitorios, de intensidad débil y esperable para su edad. Los miedos más frecuentes durante esta etapa serían los siguientes (Dulcan & Popper, 1991 como se citó en Bunge, Gomar, Mandil & Álvarez, 2009):

**Tabla 1.**

*Miedos de acuerdo a la edad durante la infancia (Dulcan & Popper, 1991)*

---

Estadio evolutivo	Situación temida
Del nacimiento a los 6 meses de edad	Pérdida de contacto físico con la madre Ruidos intensos
7 a 12 meses	Personas extrañas
1 a 5 años	Ruidos intensos, animales, oscuridad
3 a 5 años	Monstruos, fantasmas
6 a 12 años	Daños físicos, ser castigado, fracaso escolar
12 a 18 años	Pruebas o exámenes, sentirse socialmente avergonzado o excluido

---

Sin embargo, a pesar de que dentro del DSM se ubiquen categorías específicas de ansiedad, varios de los síndromes identificados empíricamente en el sistema de clasificación dimensional (por ejemplo, el síndrome ansioso depresivo) no tienen contraparte en la sección del DSM que sea dedicada a la infancia, la niñez y la adolescencia.

Es por eso que el constructo de ansiedad ha sido abordado debido a su importancia dentro de los trastornos internalizados, sin embargo, es muy común que algún problema manifiesto de ansiedad se encuentre comórbido con algún trastorno del estado de ánimo como la depresión, es decir, entre estos trastornos comparten sintomatología como en la dimensión Ansioso-Depresivo, por tanto la diferenciación de los síntomas entre ansiedad y depresión ha sido un problema y constituye una problemática en la investigación de la

psicopatología, dicha problemática se puede apreciar en los datos epidemiológicos en los que se observa una enorme comorbilidad como se mencionó anteriormente entre ambos trastornos, sin que se llegue a establecer con precisión cuál antecede o predispone al otro, o si se trata de una confusión entre ambos trastornos, dada la presencia de síntomas comunes (Agudelo, Buela Casal & Donald Spielberger, 2007).

Por tanto es importante mencionar a la depresión y describirla, ya que además de lo mencionado en el párrafo anterior, es importante mencionar que este trastorno es un problema creciente en la sociedad, que puede perdurar hasta la adultez, en la que el niño se siente desganado, triste, descontento de sí mismo y de su entorno, lo cual no permite al menor disfrutar de la vida (Del Barrio, 2007a), además de mostrar sentimientos de desesperanza, sensibilidad al rechazo y constantes problemas de salud (Soutullo, 2005). De hecho, actualmente se tiene datos de que la depresión en la infancia y en la adolescencia es más frecuente de lo que se suponía. Sin embargo, los trastornos del estado de ánimo como la distimia, suelen ser ignorados en la infancia (Barlow & Durand, 2003), lo cual es coherente con lo anteriormente mencionado acerca de que este tipo de trastornos pasan desapercibido durante la infancia por el gran control interno que se tiene y que ante la sociedad son niños bien adaptados.

Por consecuente la depresión es un problema que cada día adquiere mayor relevancia en la sociedad en general y como área de estudio en la investigación científica. De acuerdo con Belló, Puentes-Rosas, Medina- Mora y Lozano (2005), para el año 2020 será la segunda causa de reducción de vida saludable para las personas, especialmente para aquellas que viven en países desarrollados, y un quinto de la población la padecerá alguna vez en la vida (Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008).

Cuando se trabaja con el término de depresión, se puede referir a un estado de ánimo deprimido, un síndrome empíricamente derivado que incluye síntomas depresivos, y a un diagnóstico categórico definido por los criterios del DSM (Compas & Gotlib, 2003).

Por tanto, al tratar la depresión como un diagnóstico categórico, se trata de un trastorno de depresión, el cual de acuerdo con esto se expresa en un conjunto de síntomas en las que el niño presenta baja autoestima, aislamiento social, fatiga, llanto, trastornos del sueño y de alimentación, además de impulso autodestructivos. En los niños estos signos se manifiestan con irritabilidad, dificultades en el aprendizaje escolar, para enfrentar problemas familiares y/o interactuar con sus compañeros (Figueras, 2006).

Por otro lado, si se trata la depresión como un estado de ánimo, se está refiriendo a la ocurrencia de un solo síntoma, la presencia de un estado de ánimo triste, desdichado o disfórico por un periodo de tiempo no específico, de hecho la ocurrencia de este estado de ánimo es casi universal (Achenbach, 1991 como se citó en Compas & Gotlib, 2003), estos sentimientos tristes y desdichados son normales en el periodo de la infancia a la adolescencia y pueden darse en respuesta a una variedad de experiencias cotidianas.

Estos síntomas depresivos mencionados anteriormente y otros (véase tabla 2.) también están representados en un síndrome cuantitativo (ansioso/depresivo). Dicho síndrome incluye emociones de tristeza e infelicidad, culpa y sentimientos de inutilidad. Es importante resaltar la inclusión en este síndrome de síntomas que son más característicos de la ansiedad que de la depresión, tal y como se planteó anteriormente cuando se hacía referencia a la comorbilidad que existe entre la ansiedad y la depresión. Así, la tendencia de la tristeza, ansiedad y otras emociones desagradables a ocurrir juntas se ha reconocido de forma amplia en niños,

adolescentes y adultos y se ha clasificado como un síndrome de “afectividad negativa” (Compas & Gotlib, 2003), dicha afectividad se explicará detalladamente en el siguiente apartado, pero es relevante mencionar que los síntomas presentados en el síndromes ansioso/depresivo son representativos de la afectividad negativa en la infancia y adolescencia.

**Tabla 2.**

*Síntomas del síndrome empíricamente derivado de conducta ansiosa/depresiva (Compas & Gotlib, 2003)*

---

Solitario, temeroso, ansioso

Llora mucho, siente culpa

Temor de sus propios impulsos, autoconciencia

Necesita ser perfecto, desdichado, triste, deprimido

No se siente amado, se preocupa

Se siente perseguido, trata de lastimarse

Siente que no vale nada, piensa en el suicidio

Nervioso, tenso

---

Teniendo en cuenta las características o manifestaciones que se observan en la depresión, varios autores han generado teorías explicativas acerca de dicho constructo, uno de ellos es Lewinsohn (1974), quien propone un teoría en la que se considera a la carencia de acontecimientos agradables y de refuerzos contingentes positivos en la vida de la persona como un factor primordial en la depresión, sin embargo, aunque esta teoría contenga evidencias clínicas y experimentales que la corroboran, existe la duda, ya que existen varios individuos no deprimidos con una vida llena de circunstancias adversas muy por encima del promedio (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

Por otra parte Seligman (1975), quien comentó que cuando las personas tienen experiencias que perciben como incontrolables tienden a desarrollar depresión, generando

indefensión aprendida, la cual ocurre cuando el individuo abandona o deja de realizar una conducta porque cree que ésta no va a influir en su entorno. En consecuencia Seligman (1981), propuso que la depresión puede ser definida por cuatro grupos de déficits motivacionales: cognitivos, afectivos, somáticos y de autoestima (Figueras, 2006).

Otro autor importante en la depresión es Beck (1976), que plantea un modelo cognitivo de la depresión en el que postula tres conceptos importantes con los que pretende explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos. En el primero se hace referencia a tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. En el primer componente se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, en el segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, y en el tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro, considerando el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

De acuerdo con las teorías propuestas anteriormente, tanto la indefensión aprendida de Seligman, la carencia de refuerzos contingentes positivos de Lewinsohn y las distorsiones cognitivas de Beck, suelen llevar al individuo a la tristeza y a la decepción, pero no así a la depresión y desmoralización, a menos que estén acompañados de la filosofía de base dogmática, exagerada, absolutista y grandiosa, descrita por la TREC creada por Albert Ellis (1993) (Lega, Caballo & Ellis, 2002). A pesar de que estas teorías cognitivo-conductuales sobre la depresión han sido cuestionadas, pocos niegan la importancia del papel que juegan las percepciones o cogniciones del paciente en la determinación de sus estados de ánimo,

asimismo, la amplia utilización de estas teorías ha permitido recabar datos que confirmen su validez.

Sin embargo, existe un modelo en el que se pretende explicar la diferenciación entre ansiedad y depresión, ya que debido a las evidencias clínicas de comorbilidad y a las altas correlaciones entre las medidas de autoinforme que evalúan ansiedad y depresión, han dado lugar a la consideración de un factor general de malestar o distrés como elemento común a ambas entidades clínicas, de esta forma Clark y Watson (1991) establecieron el denominado modelo tripartito sobre la ansiedad y la depresión, en donde se identifica como en los síntomas de la ansiedad y depresión se forman al menos tres dominios de síntomas sustancialmente correlacionados, pero estadísticamente diferenciados (afecto positivo, afecto negativo y síntomas de activación fisiológica) (Agudelo, Buena Casal & Spielberger, 2007), En este modelo tripartito, la ansiedad se caracteriza por elevados niveles de activación fisiológica, mientras que el componente distintivo de la depresión es el bajo AP (bajos niveles de interés, placer, etc.). El afecto negativo, en cambio, constituye el aspecto común a la ansiedad y la depresión, lo cual explica la aparente confusión entre ambos constructos (Sandín, 2003).

Teniendo en cuenta el párrafo anterior acerca de la comorbilidad de los síntomas, es común que en ocasiones, estos problemas emocionales mencionados como la ansiedad y la depresión, estén acompañados de quejas somáticas, las cuales son otro de los problemas que se incluyen dentro de los trastornos internalizados.

Estos trastornos somáticos, implican quejas de síntomas físicos que mimetizan de forma muy cercana auténticas condiciones médicas. Aunque no existan bases fisiológicas



reales para las quejas, no se considera que los síntomas sean voluntarios o estén bajo un control consciente. El paciente cree que los síntomas son reales y que indican un problema físico. Los trastornos somáticos incluyen *trastorno de somatización*, *trastorno de conversión*, *trastorno por dolor*, *hipocondría* y *trastorno dismórfico corporal*. Es muy posible que los individuos con trastornos somáticos tengan otros comórbidos como trastornos del estado de ánimo, de personalidad y por uso de sustancias (Noyes *et al.*, 2001; Smith *et al.*, 2000 citado de Sue, Sue, Azuara & Delfin, 2010).

Asimismo, estas quejas somáticas se pueden encontrar en el DSM V (APA, 2003) dentro de la categoría diagnóstica de Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados. En este apartado se encuentran el Trastorno de síntomas somáticos, Trastorno de ansiedad por enfermedad, Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), Trastorno facticio, entre otros; para realizar el diagnóstico de alguno de estos trastornos que se mencionaron se debe de especificar si es con predominio de dolor y si es persistente, así como la gravedad actual, es decir, si es leve, moderado o grave.

Se puede apreciar que pareciera que estas quejas somáticas comúnmente son subyacentes a los trastornos de depresión y ansiedad los cuales van acompañados también de tensión emocional.

De acuerdo con lo revisado anteriormente, se puede concluir que los trastornos internalizados son sentimientos o pensamientos que reflejan un estrés interno: ansiedad, angustia, alteración del estado de ánimo, timidez, retraimiento, tristeza, abandono, soledad, depresión y miedos excesivos; producen daño o angustia a los mismos sujetos (Achenbach, Becker, Dopfner, Heiervang, Roessner *et al.*, 2008; Betancourt, 2007), y que a pesar de

parecer que no se presentan de manera frecuente en la población infantil, ni ser el primer motivo de consulta psicológica en las distintas instancias de salud mental, son trastornos que se presentan en nuestra población Mexicana solamente por debajo del TDAH, asimismo, pareciera ser que la teoría indica que hay mayor cantidad de niñas que niños que presentan trastornos emocionales, claro, esto también teniendo en cuenta las diferencias socioculturales. Por otra parte, se logró apreciar en este apartado diferentes explicaciones a los trastornos que componen los problemas internalizados, teniendo en cuenta la presencia de factores cognitivos como conductuales

Si bien el objeto de medición en este trabajo son los trastornos internalizados, es importante hacer una mención breve sobre los trastornos externalizados que también son parte de la psicopatología infantil, es por eso que en el siguiente apartado se abordaran.

## **1.2. TRASTORNOS EXTERNALIZADOS**

Tal y como se mencionó en el apartado anterior, estos trastornos llegan a ser detectados más fácilmente por sus síntomas y manifestaciones, es por eso totalmente normal que actualmente se suela escuchar quejas por parte de los padres, profesores o cualquier figura de autoridad sobre desobediencia y conductas antisociales y de agresión en niños y adolescentes. El que este tipo de conductas se vuelvan habituales y perjudiciales, hacen que se vuelvan un tema de preocupación para aquellas personas que trabajan con niños, lo que a futuro se pueden convertir en problema no solamente para los padres de familia y profesores, sino, de igual forma para diversas instituciones y a la larga para la sociedad.

Es sin duda, este tipo de conductas de agresión, conductas antisociales o negativistas las que se encuentran entre los problemas más cotidianos y de mayor prevalencia en nuestra sociedad.

De hecho tal y como se mencionó anteriormente, un alto porcentaje de las demandas de atención psicológica recibidas en los centros clínicos y de salud, están relacionados con conductas disruptivas y perturbadoras. En un estudio publicado por Valero & Ruiz (2003), se encontró un 66.1% de casos infantiles que acudieron a un servicio público de salud mental con un diagnóstico correspondiente a algún trastorno de conducta (Ruiz, 2014), y específicamente en México algunas investigaciones llevadas a cabo sobre la presencia de conductas externalizadas, indican que se han convertido en un problema de salud pública para nuestro país (González–Corteza, Villatoro, Alcantar, Medina–Mora, Fleiz Bermúdez & Amador, 2002; Juárez, Villatoro, Gutiérrez, Fleiz & Medina–Mora, 2005).

De acuerdo con algunos autores que han tratado de definir la agresividad infantil, se define a esta conducta como: un fenómeno multicausal que daña la salud emocional de los niños particularmente cuando los niveles de conducta agresiva manifestada por el niño se encuentran en límites ubicados como clínicos que indican un cuadro psicopatológico, manifestándose en forma de conductas que implican destrucción, daño físico a las personas, animales, a él mismo, o a propiedades. Entraña agresión física, amenazas verbales de agresión, arrebatos explosivos de destrucción de propiedad y auto-daño en el contexto de frustración o estimulación aversiva (Achenbach, 2001; Fajardo & Hernández-Guzmán, 2008).

La anterior definición sobre agresividad infantil, muestra algunas características de este comportamiento. A este tipo de características conductuales se le han empleado una

diversidad de términos que reflejan la variedad de formas en que se describen, siendo el término de problemas o trastornos externalizados uno de los mayormente utilizados en la investigación científica sobre estos trastornos de la conducta. Se han definido a los “problemas externalizados” como aquellos que se refieren a problemas manifiestos que reflejan conflicto con otras personas y la violación de las reglas de convivencia social (Achenbach & Rescorla, 2001 como se citó en Hernández-Guzmán, del Palacio, Freyre & Alcázar-Olán, 2011).

En el surgimiento y mantenimiento de este tipo de conductas se encuentran varios factores involucrados, como el temperamento del niño y una falta de habilidad para regular sus emociones y conducta, sin embargo, como lo mencionan Fajardo & Hernández (2008) por ser el sistema familiar el contexto más relevante durante la niñez, se ha sugerido que es el que más factores podría aportar a su aparición y mantenimiento. La conducta agresiva aparece y se estabiliza a partir de la transacción continua del niño con su ambiente inmediato, específicamente de la forma en que sus padres o cuidadores principales ejercen la crianza (Chorpita & Barlow, 1998; Wagner, 1997).

Dentro de esta dimensión de trastornos externalizados, podemos distinguir entre aquellos en los cuales presenta inatención, hiperactividad, impulsividad, agresividad, conductas desafiantes o problemas más graves. Actualmente podemos ubicar algunos de estos trastornos en el DSM-V (APA, 2013), el cual agrupa dentro del epígrafe de los trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta al Trastorno Negativista Desafiante (TND) entre otros como el Trastorno de conducta disocial (TD) y el Trastorno antisocial de la personalidad (TAP).

Específicamente el Trastorno Negativista Desafiante implica un patrón recurrente de conducta negativista, desobediente y hostil dirigida hacia las figuras de autoridad. La conducta de oposición puede tomar diferentes formas, desde la pasividad extrema (no obedecer sistemáticamente mostrándose pasivo o inactivo) a sus formas más activas, es decir, verbalizaciones negativas, insultos, hostilidad o resistencia física con agresividad hacia las figuras de autoridad, ya sean los propios padres, maestros o educadores (Ruiz, 2014).

Asimismo, el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es otro trastorno internalizado que se ha caracterizado como un trastorno del desarrollo del autocontrol, conformado por dificultades en el intervalo de atención, control de impulso y exceso de actividad motora (Barkley, 1997 como se citó en Tirado, Martín & Lucena, 2004). Existe un modelo de los más completos sobre el TDAH, el cual ha sido propuesto por Barkley (1997) para quien el déficit en la inhibición de la conducta conlleva un retraso o deterioro en el desarrollo de cuatro funciones neuropsicológicas: la memoria de trabajo no verbal, la memoria de trabajo verbal, la autorregulación del afecto/motivación/activación y la reconstitución (Tirado, Martín & Lucena, 2004), siendo así la inhibición de la conducta junto con el control motor los dos componentes principales del anterior modelo

De acuerdo con lo anterior, se puede concluir que estos trastornos de la conducta se reflejan en conflictos con otras personas: agresión, hiperactividad, impulsividad, violación de reglas y mentiras, asimismo, estos se presentan con mayor regularidad y son uno de los motivos de consulta con mayor concurrencia en nuestra sociedad, pues es claro que tiene una gran influencia el contexto en el que se desarrolla el niño y como éste es criado, de igual forma, como se ha mencionado anteriormente, estos trastornos tanto externalizados como internalizados son nombrados así por un sistema de clasificación dimensional, es por esto que

a continuación se abordará en el siguiente apartado los diferentes sistemas de clasificación con el fin de tener más claro a que se refiere este sistema de clasificación dimensional.

### **1.3. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN**

Estos sistemas de clasificación, tienen la función de describir categorías o dimensiones acerca de los problemas del comportamiento en las personas. Aunque pareciera que dimensión y categorías es lo mismo, no es así, ya que cuando nos referimos a categorías, estamos hablando de un agrupamiento discreto; por ejemplo la categoría de trastorno por estrés postraumático o la de trastorno del aprendizaje. Por otra parte, dimensión hace referencia al continuo de una conducta y ésta puede ocurrir en diferentes grados; por ejemplo un niño puede mostrar niveles altos, leves o bajos de depresión.

Asimismo, los sistemas de clasificación deben de contar con categorías y/o dimensiones que estén claramente definidas, de forma que los criterios que las definan estén establecidos de manera explícita y se pueda demostrar que la categoría o dimensión realmente existe. Además estos sistemas clasificatorios tendrán que ser fiables y válidos.

Actualmente los sistemas de clasificación más utilizados por los profesionales de la salud mental son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la American Psychiatric Association y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10) llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), sin embargo, a pesar de que existen estos dos, es el sistema del DSM el que se utiliza con mayor frecuencia dentro del sector de la salud mental al momento de establecer diagnósticos e intervenciones.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) fue publicado en su primera edición en el año de 1950, el cual desde el surgimiento de su primera edición ha tenido diversas modificaciones, una de ellas siendo la constante inclusión de los trastornos de la niñez, ya que desde ese entonces ya se podían apreciar dos trastornos como: la reacción a la adaptación y la esquizofrenia infantil, posteriormente se fueron ampliando de forma apreciable el número de categorías específicas para niños y adolescentes hasta llegar con las que actualmente contamos.

A pesar de que el DSM es el sistema más utilizado, también ha tenido algunas críticas, como por ejemplo, algunos sostienen que este sistema de clasificación promueve un modelo de enfermedad que enfatiza muy poco en los factores ambientales y al contexto cultural, haciendo mayor énfasis en la etiología y tratamiento biológico. Ante estas adversidades, existe de igual forma un enfoque empírico para la clasificación de problemas del comportamiento en niños y adolescentes, siendo así una alternativa a la orientación clínica.

Por tanto, en oposición a los sistemas de clasificación que organizan la psicopatología en categorías diagnósticas, como el DSM o la CIE, surgen como una alternativa las taxonomías empíricas, de base matemática, se basan en las correlaciones o la covariación de signos, síntomas o conductas. A diferencia de los sistemas de clasificación como el DSM, en el que se supone que todos los miembros comparten características importantes, en esta clasificación se propone que el patrón de síntomas y trastornos pueden entenderse mejor recabando datos acerca de la conducta en cuestión de los informantes más relevantes (Compas & Gotlib, 2003). Estos procedimientos han permitido identificar dos factores de segundo orden o dimensiones psicopatológicas de banda ancha en los niños y los adolescentes (Achenbach, 1985; Achenbach & Edelbrock, 1978). La primera dimensión, que incluye los trastornos de ansiedad, somáticos y de depresión, ha sido denominada

internalizante. La segunda dimensión, que incluye los trastornos de conducta, el abuso de sustancias o la hiperactividad, se conoce como externalizante (Lemos, 2003).

Es por esto que los problemas internalizados y externalizados son aquellos pensamientos, sentimientos y comportamientos desaprobados socialmente, que transgreden la normatividad manejada por los adultos (Valencia, 2005).

Por consiguiente, la utilización de las técnicas estadísticas multivariadas inician una aproximación cuantitativa al desarrollo de una taxonomía dentro de la investigación en la psicopatología que se acomoda al supuesto de continuidad de las experiencias y de los comportamientos normales y anormales, permitiendo así determinar que conductas, pensamientos y emociones se relacionan empíricamente entre sí de una manera sistemática y de esta forma ubicar a cada caso concreto dentro de un conjunto de dimensiones (Compas & Gotlib, 2003; Lemos, 2003). Una de estas técnicas que son mayormente utilizadas y estudiadas en las clasificaciones dimensionales es el Sistema de Evaluación de Achenbach con Base Empírica (ASEBA) que comprende un grupo de instrumentos que evalúan problemas internalizados y externalizados. La clave de este sistema (ASEBA) es que los instrumentos evalúan el funcionamiento desde múltiples perspectivas, incluyendo reportes de los padres, cuidadores, profesores, jóvenes, entrevistas clínicas, observaciones y expertos (psicólogos) (Betancourt, 2007).

Al haber expuesto anteriormente los distintos sistemas de clasificación que existen para poder apoyarnos al momento de elaborar un diagnóstico y poder llevar a cabo una intervención adecuada, se puede concluir que existen tres tipos de clasificaciones: clasificaciones evolutivas, clasificaciones categóricas y, clasificaciones dimensionales.



Mientras que las primeras se centran en las primeras etapas de vida, tratando de explicar el desarrollo normal o patológico en función de las conductas del niño y estableciendo un diagnóstico con base en la adaptación del niño en sus distintas etapas de desarrollo; el segundo tiene una perspectiva más médica, por lo tanto el diagnóstico se basa en la ausencia o presencia de determinados síntomas; por otro lado, el último se basa en correlaciones de síntomas o conductas, suponiendo así un diagnóstico dependiendo de que tanto las características de estos síntomas o conductas coinciden con la categoría.

Tomando en cuenta lo anterior, la presente investigación se basará en el sistema clasificatorio dimensional y en la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, ya que desde esta perspectiva es fundamental la integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar la conducta adaptada y desadaptada, es por esto que es necesario mencionar la importancia que se ha demostrado de diferenciar dos ámbitos de problemas que se presentan en la psicopatología infantojuvenil, ya que en este campo de investigación se dedica a estudiar los trastornos externalizados y los trastornos internalizados, los cuales ya se han explicado anteriormente.

Como se ha podido apreciar, a lo largo de este capítulo se han descrito los trastornos internalizados y externalizados, así como los sistemas de clasificación existentes, y es importante mencionar que existen teorías explicativas desde distintos enfoques de la psicología para estos problemas de psicopatología infantil, es por esto que a continuación en el siguiente apartado el tema será sobre las teorías explicativas de la psicopatología infantil, haciendo mayor énfasis en las teorías cognitivas y conductuales.

#### **1.4. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL**

El interés por estudiar las funciones y disfunciones del comportamiento humano siempre ha existido, sin embargo, aunque en un principio estos estudios fueron dirigidos hacia los adultos, posteriormente se empezó a dar importancia a los trastornos en el niño, siendo así el retraso mental el que mayor atención recibió, la psicosis, la agresividad, entre otros también fueron estudiados, aunque con menor relevancia.

Sin duda alguna, el creciente interés a lo largo del tiempo por investigar el comportamiento adaptativo o desadaptativo en un niño es el aumento en la población global, pues existen diversos estudios que informan la gran cantidad de niños y/o adolescentes que presentan problemas de conducta o emocionales (Kohn, Levav, Alterwain, Ruocco, Contera, & Della, 2001), convirtiéndose así la psicopatología en un tema de relevancia mundial en los últimos años. Algunos datos sobre salud mental infantil como los de la Organización Mundial de la Salud refiere que en América Latina y el Caribe aproximadamente 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención (Almonte, Montt & Correa, 2003) y en México específicamente se ha informado que aproximadamente la mitad de los menores presentan sintomatología emocional o conductual, de hecho, el 16 % de éstos presenta al menos 4 o más síntomas. Los problemas que se encontraron con mayor prevalencia fueron: la inquietud (19%), la irritabilidad (17%), el nerviosismo (16%), el déficit de atención (14%), la desobediencia (13%), la explosividad (11%) y la conducta dependiente (9%) (Caraveo, Colmenares & Martínez, 2001).

Teniendo en cuenta los datos mencionados anteriormente, es importante hablar sobre las principales posturas y marcos teóricos, uno de éstos es el marco teórico de la

psicopatología del desarrollo, la cual ha sido de gran relevancia para el estudio de este fenómeno tan importante dentro del área de la salud y de la psicología. Desde este enfoque se describe a la psicopatología como “el estudio de los orígenes y el curso de los patrones individuales de desadaptación conductual, cualquier que sea el comienzo, las causas o transformaciones de su manifestación en la conducta, y cualquiera que sea el curso del patrón evolutivo” (Stroufe & Rutter 1984 como se citó en Lemos, 2003). De acuerdo con esto, tanto la conducta normal como la anormal se entienden como variaciones dentro de un continuo de rasgos o características y no como fenómenos dicotómicos. Es por esto que Achenbach (1990), refería que las conductas desviadas, que normalmente son motivo de búsqueda de ayuda profesional, no son más que meras variaciones cuantitativas de las características que pueden ser normales en ciertos períodos del desarrollo (Lemos, 2003), lo anterior se puede observar en el miedo y la ansiedad que pueden surgir a cualquier edad, pero hay miedos específicos que están en alguna medida vinculados a la edad. La agresividad, la desobediencia, robar y otros similares también pueden aparecer a cualquier edad. La depresión, la anorexia, el consumo de drogas y la esquizofrenia suelen producirse al aproximarse la adolescencia, si bien es posible detectarlas con anterioridad (Kazdin, 1993 como se citó en Wicks-Nelson & Israel, 2008).

Se puede apreciar con lo anterior que la psicopatología evolutiva tiene como uno de sus objetivos aclarar qué procesos del desarrollo subyacen a todos los ámbitos del funcionamiento y, particularmente, de qué manera es que se relacionan los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de una persona para explicar la conducta adaptativa y desadaptativa. Ante esto, se tiene claro que para los evolucionistas el desarrollo es el resultado de numerosas variables, es por esto que existen algunos modelos multifactoriales o integradores del desarrollo mejor conocidos como modelos transaccionales. Éstos hacen

referencia a la existencia de diversos factores que interactúan para producir un cambio, continuando así dicha interacción (Lemos, 2003).

Uno de estos modelos es el modelo biopsicosocial, el cual presupone que el desarrollo es una función en la que se produce la interacción de variables biológicas, psicológicas y ambientales. Anteriormente existían quienes sostenían que las influencias biológicas determinarían el desarrollo del niño, y otros que afirmaban que las experiencias y el aprendizaje del medio ambiente desempeñaban un papel crucial en el desarrollo. Actualmente y con el surgimiento de diversas teorías e investigaciones, es posible rechazar la postura anterior (Wicks-Nelson & Israel, 2008).

Existen diversas perspectivas psicológicas que explican la aparición y desarrollo de los trastornos psicológicos tomando en cuenta la historia de desarrollo del sujeto, una de estas perspectivas es la psicodinámica en la cual se concluyó que cualquier problema psicológico y de personalidad que se presente en el niño, adolescente y adulto tiene su raíz en las dificultades que presenta durante el transcurso de sus cinco o seis primeros años de vida. Sin embargo, no se hará mayor énfasis en esta perspectiva, debido a que en la presente investigación se tomarán como teorías centrales la perspectiva conductual y cognitiva.

Es así que posterior a la postura psicodinámica surgió la perspectiva conductista, la cual indica que los trastornos del niño y del adolescente son aprendidos, al igual que es aprendida cualquier otra conducta. A diferencia de las posturas de Freud, Watson le daba mayor peso a los acontecimientos observables que a los conflictos intrapsíquicos inconscientes. De esta forma, esta perspectiva concibe el desarrollo como un proceso

continuo, pues se partía del supuesto del aprendizaje como un continuo a lo largo de la vida y, por lo tanto, la personalidad no quedaría establecida a una edad determinada.

De acuerdo con la perspectiva conductista, existe el condicionamiento clásico y condicionamiento operante, el primero teniendo como gran relevancia el famoso caso del pequeño Albert presentado por Watson y Rayner en 1920, siendo uno de los principales ejemplos de condicionamiento del miedo. Es claro que el condicionamiento clásico está ligado al desarrollo de conductas involuntarias, es por esta razón que parecía que el miedo se podría aprender mediante este condicionamiento. Por otro lado, el condicionamiento operante propuesto por Thorndike con su ley del efecto y por B. F. Skinner, hizo hincapié en las consecuencias de la conducta y la relación con las conductas voluntarias, una postura que actualmente se aplica a los trastornos en niños y adolescentes. Esta postura indica que la conducta se puede adquirir o reducir, se puede emitir en ciertas circunstancias pero no en otras, por medio del uso del reforzamiento, extinción, castigo y otros procesos del aprendizaje (Wicks-Nelson & Israel, 2008).

Dentro de la perspectiva conductista, es la postura del aprendizaje observacional propuesto por Albert Bandura (1964), en la que se ha demostrado a través de diversos estudios que los niños pueden adquirir una diversidad de conductas a partir de observar a otros realizarlas. Sin embargo, en esta perspectiva del aprendizaje se pone énfasis en procesos cognitivos como la atención, memoria y resolución de problemas, a diferencia de las anteriores perspectivas del aprendizaje donde no se tomaban en cuenta tales procesos.

Lo anterior permite a la perspectiva cognitiva, en la cual se ven a los procesos cognitivos como un aspecto importante en la conceptualización de los trastornos del comportamiento y emocionales en niños y adolescentes, poder explicar el desarrollo y mantenimiento de los trastornos, así como su intervención basadas en planteamientos cognitivos que han ido evolucionando, tal es el caso de la perspectiva cognitivo conductual. Esta perspectiva sostiene que la conducta se aprende y mantiene mediante una interacción entre el sistema cognitivo y los acontecimientos externos, y que los factores cognitivos ejercen una influencia sobre si se va atender a los factores ambientales, en cómo dichos acontecimientos se perciben, y en si estos acontecimientos influirán en el comportamiento posterior (Wicks-Nelson & Israel, 2008).

Por tanto, al esperar una relación entre los procesos cognitivos y el ambiente, son los psicólogos cognitivos quienes a menudo buscan las causas de la psicopatología en uno de dos procesos: en suposiciones y pensamientos irracionales e inadaptados o en distorsiones del proceso de pensamiento actual (Sue, Sue & Sue, 2010).

De acuerdo con lo revisado en este capítulo, se puede apreciar que existen diversas perspectivas teóricas para la explicación de la psicopatología infantil, así como diversos sistemas de clasificación para estos trastornos, de igual forma, dentro de este capítulo se abordó la importancia de algunos factores involucrados en el posible desarrollo de alguno de estos trastornos, dentro de estos factores, sin lugar a dudas la familia es uno de ellos, es por esto que es importante resaltar que cuando se investiga sobre el desarrollo de psicopatología en niños, adolescentes y la relación que existe con aspectos familiares, existen dos campos de investigación complementarios: el primero es aquel que intenta evaluar el impacto de las condiciones específicas de la vida familiar en la psicopatología, y el segundo es aquel que

intenta obtener el efecto global de lo que se podría denominar “adversidad o disfuncionalidad familiar” (Cova, Maganto & Melipillán, 2005).

Por consecuente, al tener en cuenta a la familia como un factor que se asocia a la presencia de problemas emocionales y de conducta en niños y adolescentes, la literatura indica que estos factores familiares han mostrado ser un predictor importante, específicamente las conductas de los padres, a estas conductas se les conocen como prácticas parentales (Jiménez Flores, 2014).

Teniendo en cuenta que estas prácticas parentales son la herramienta principal de los padres como agentes de socialización de los menores que hacen posible la efectividad de la interiorización de la estructura y procesos sociales, en el siguiente se abordarán las estrategias de control que forman parte de las prácticas parentales, ya que estas son objeto de estudio en la presente investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **CONTROL PARENTAL**

Como se mencionó en el capítulo anterior, existen factores de riesgo que parecieran estar relacionados con el desarrollo de alguna psicopatología, y uno de esos factores son las conductas de los padres hacia los hijos, es decir, como éstos tratan de manejar el comportamiento o conducta de los menores, ya sea por castigos, apoyo, llegando al razonamiento de la conducta cometida, reforzando tal conducta, en fin existen diversas formas, sin embargo, en este capítulo se abordara de forma específica el control conductual y psicológica que ejercen los padres (en este estudio las madres) con la finalidad de controlar la conducta del menor, y qué relación tienen con los trastornos internalizados.

#### **2.1 Control Conductual**

El control conductual es definido como aquellas prácticas de los padres que regulan la conducta de los niños a través de la guía y la supervisión; este tipo de control comúnmente se conceptualiza como monitoreo y supervisión parental (Barber & Hermon, 2001). Este monitoreo se puede definir como un conjunto de conductas parentales que involucran atención y supervisión en las actividades de los hijos (Dishion & McMahon, 1998; Smetana & Daddis, 2002 citado de Betancourt, 2007).

Como resultado de lo anterior, se ha sugerido que al diferenciar el monitoreo del conocimiento parental se apoya la naturaleza multidimensional del control conductual, es decir que éste control está compuesto por: conocimiento parental, expectativas parentales, monitoreo parental, disciplina parental y control parental (Smetana & Daddis, 2002).



Se puede apreciar claramente que en cualquier definición sobre este tipo de control, el conocimiento parental sobre la ubicación, actividades y compañeros del niño es un componente importante.

Sin embargo, a pesar de que se tiene bastante teoría sobre este tipo de control, las investigaciones en torno a este tema han demostrado resultados poco claros, ya que hay datos que apoyan la afirmación de que el control afecta de manera positiva la conducta de los hijos, sobre todo se refiere a las estrategias de supervisión utilizados con ellos; no obstante también se asocian de forma negativa con la presencia de problemas cuando se utilizan estrategias intrusivas para controlar la conducta (Bates & Cris, 2001; Buener & Barber, 2002; citado de Palacios & Andrade-Palos, 2006).

Como se ha revisado, este término de control conductual desde una perspectiva positiva, dentro de un ambiente estable y afectuoso, actúa como factor protector frente a problemas psicológicos (Aunola & Nurmi, 2005). En contraste, en un ambiente familiar estricto y carente de afecto, tiende a haber mayor control psicológico, de esta forma Steinberg (1990) plantea que el control psicológico inhibe las expresiones de autonomía e inicio de independencia del niño, mientras que el control conductual por su parte se refiere a la presencia de patrones y regulaciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, estos autores subrayan la importancia de diferenciar entre las estrategias que regulan la conducta del adolescente sin obstaculizar su independencia, a las que se han denominado en este apartado como control conductual, y aquellas que son intrusivas, que constituyen el control psicológico. Por consecuente a continuación se hace referencia a las definiciones de control psicológico.

## 2.2 Control Psicológico

El constructo de control psicológico tiene diferentes definiciones propuestas por distintos autores, uno de ellos es Schaefer (1965) quien definió al control psicológico como los métodos psicológicos que controlan las actividades y conductas del niño y/o adolescente, que no permiten que éste se desarrolle como una parte individual de sus padres (Betancourt, 2007). En años más recientes Barber & Harmon (2001) definieron el control psicológico como aquellas conductas de los padres que son intrusivas y manipulan tanto pensamientos como sentimientos de los niños. Asimismo, algunos autores (Barber, 1996; Steinberg, 1990) coinciden en que las estrategias que se utilizan en este tipo de control son tales como: críticas excesivas, inducción de culpa, invalidación de sentimientos y sobreprotección (Betancourt & Andrade, 2011).

Por otra parte el control psicológico es un tipo de coerción, un control pasivo-agresivo que es hostil hacia el niño y/o adolescente, que es manifestado principalmente a través de cierto tipo de estrategias. Estos autores sugieren que los tres principales dominios a través de los cuales los padres ejercen control psicológico sobre sus hijos son las cogniciones, las emociones y las conductas, cada uno de estos dominios puede tener distintos efectos dentro del desarrollo del niño y/o adolescente. El dominio cognoscitivo refleja el control psicológico de los padres sobre el desarrollo cognoscitivo de sus hijos, así como sobre la expresión de sus pensamientos. El dominio emocional refleja el control parental sobre la manipulación de las emociones de los niños y/o adolescentes, es decir, los padres ejercen este tipo de control por medio del retiro de amor y manipulan e inhiben las respuestas emocionales de sus hijos por el temor al rechazo. El dominio conductual refleja un control psicológico por medio de la restricción de conductas del niño y/o adolescente y éste se conoce dentro de la literatura

como sobreprotección (Morris, Steinberg, Sessa, Avenevoli, Silk & Essex, 2002 como se citó en Betancourt, 2007).

Asimismo, de acuerdo con Steinberg (1990), el control psicológico inhibe las expresiones de autonomía e inicio de independencia del niño; es decir, que un alto control psicológico afecta de manera negativa el desarrollo del niño, esto debido a una falta de autonomía psicológica, lo cual facilita la dependencia e impide el desarrollo de competencia psicológica y auto dirección en el menor (Betancourt & Andrade, 2007).

También hay que resaltar que entre las diferencias que existen entre el control conductual y psicológico, están las metas de cada uno de estos tipos de control, pues las metas del control conductual son la socialización y regulación conductual, en contraste el control psicológico vía conductual se refiere a la exclusión del niño y/o adolescente en cuanto a la toma de decisiones lo cual provoca dependencia. Como resultado de lo mencionado, existen autores (Barber, 1996; Conger, Conger & Scaramella, 1997) que hacen hincapié en que las diferencias entre las consecuencias de uno y otro tipo de control son claras, ya que mientras que el control conductual parece llevar a un mejor ajuste externo, el control psicológico está relacionado con problemas emocionales (Oliva, Parra, Sánchez & López, 2007). Sin lugar a dudas, lo cierto es que tanto el control psicológico como el conductual parecen estar fuertemente relacionados con el desarrollo de algún problema emocional, ya sea de manera positiva o negativa.

Por otra parte, es importante mencionar que estos tipos de control parental forman parte de un constructo denominado prácticas parentales que también está conformada, además del control, por otro factor llamado apoyo parental. Es por esto que en el siguiente

apartado se mencionaran estos conceptos, ya que es importante abordarlos para tener más claro el papel que juega el control parental.

### **2.3. Prácticas parentales**

El ser humano desde que nace es un ser social, por lo que necesita ayuda de los demás al estar inmerso en un futuro en un mundo social, esta interacción que se vaya dando con los demás facilitará el proceso de socialización. Al abordar el tema de la socialización se hace referencia al proceso a través del cual los niños adquieren las opiniones, valores y conductas que los adultos dentro de su sociedad consideran significativas y apropiadas (Shaffer, 2002 citado de Betancourt, 2007). Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que en la investigación que se hace sobre la socialización de los hijos se enfatiza en que esta influencia es un proceso bidireccional en el que los padres envían mensajes a sus hijos y donde éstos varían en el nivel de aceptación de los mensajes (Segura, Vallejo, Osorno, Rojas & Reyes, 2011).

Existen agentes de socialización como la familia, la escuela, el grupo de iguales y los medios de comunicación, sin embargo, en el actual trabajo se considerará a la familia como el principal agente en el proceso de socialización, ya que influye de forma significativa en la en el desarrollo socioafectivo de éstos, principalmente durante la infancia, ya que es en este período de desarrollo en donde se van adquiriendo modelos, valores, normas, roles y habilidades lo que les permitirá ser niños socializados que posteriormente se convertirán en adultos competentes, adaptativos y prosociales. Asimismo, se propone que la familia es un agente que afecta los aspectos socio-emocionales al ofrecer modelos que sean compatibles

con la realidad vital, y da oportunidades para desarrollarse emocionalmente (Muslow, 2008 como se citó en Cuervo, 2010).

El ser padres además de implicar la generación de sentimientos habitualmente positivos respecto a los hijos, también implica la combinación de sus costumbres y hábitos de crianza, como la sensibilidad hacia las necesidades de su hijo, la aceptación de su individualidad y la del otro, el afecto que se expresa, los mecanismos de control y el tipo de disciplina que utilizan, por tanto éstas son las bases que conforman las estrategias de socialización que llevan a cabo los padres para regular el comportamiento de los hijos, dichas estrategias son índole común y a la vez particular de cada contexto familiar.

Por tanto es importante distinguir entre los estilos parentales y prácticas parentales, aunque ambas vayan de la mano, pues la primera implica la evaluación del clima emocional que crean en la relación sus hijos mientras que el segundo constructo se interesa en las conductas específicas que los padres utilizan de en la socialización de los hijos (Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008).

Como se mencionó anteriormente los estilos parentales forman parte de estas estrategias de socialización, tales estilos Darling & Steinberg (1993) los definen como un conjunto de conductas que son comunicadas hacia el niño y que causan un clima emocional en el cual la conducta parental se expresa. Asimismo, Baumrind (1966, 1971, 1991) se refiere a los estilos parentales como procesos a través de los cuales los padres intentan socializar a los hijos por medio de prácticas conductuales y emocionales (Betancourt, 2007).

Por tanto, Baumrind (1966, 1971, 1991) reconoce dos dimensiones del comportamiento de los padres que permiten caracterizar su influencia en la formación de los hijos: la aceptación y el control parental. La combinación de estas dos dimensiones conformará la tipología de los estilos parentales que esta autora propone (Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008):

- **Estilo autoritario:** Se adjudica a los padres cuyo nivel de involucramiento o aceptación hacia los hijos es bajo, pero muestran un alto grado de control o supervisión. Son padres que prestan poca atención a las necesidades de los hijos, pero son muy exigentes con ellos en cuanto a las reglas de comportamiento que establecen, las que difícilmente pueden ser negociadas por los hijos.
- **Estilo autoritativo o democrático:** Este estilo corresponde a los padres cuyos niveles de involucramiento o aceptación y control o supervisión son altos. Este tipo de padres son sensibles a las necesidades de sus hijos, pero sin que aquello implique la negación de las suyas. Establecen altos estándares de comportamiento a los hijos y promueven en ellos la individualidad y responsabilidad.
- **Estilo permisivo:** Son aquellos padres que presentan altos niveles de involucramiento o aceptación y bajos niveles de control o supervisión. Padres muy tolerantes a los impulsos de sus hijos; las reglas de comportamiento para ellos son muy laxas.

Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) redefinen la tipología de Baumrind al agregar un estilo más, el negligente, que caracteriza a los padres que exhiben bajos niveles de involucramiento o aceptación y de control o supervisión hacia las conductas de los hijos.

De esta forma Smetana (2000) define a las prácticas parentales como un dominio específico de las conductas parentales que ambos padres tienen, presentando varios componentes, los cuales comprenden un estilo parental (Betancourt, 2007).

Las prácticas parentales pueden agruparse en dos grandes áreas: apoyo y control (Darling & Steinberg, 1993). Asimismo, en 1996, Barber propuso la distinción entre control psicológico y control conductual para diferenciar estrategias de supervisión claras y abiertas (control conductual) de las estrategias intrusivas que menoscaban la autonomía del adolescente (control psicológico), dimensiones que se han retomado en otros estudios (Andrade, Betancourt, Vallejo, Ochoa, Segura & Rojas, 2012) tal y como ya se explicaron en los apartados anteriores. Por consiguiente es que en el siguiente apartado se explicará el concepto de apoyo parental de forma breve.

## **2.4. Apoyo Parental**

El apoyo parental hace referencia a la calidez de la relación padres e hijos e involucra conductas físicas y emocionalmente afectivas, así como aprobación y cuidado de los hijos, comunicación y apoyo en situaciones difíciles (Andrade, Betancourt, Vallejo, Ochoa, Segura & Rojas, 2012). Los padres clasificados como tolerantes y sensibles suelen sonreír, elogiar y estimular a sus hijos, expresando una gran cantidad de cariño, aun cuando pueden volverse bastante críticos cuando un niño se porta mal (Betancourt, 2007). De hecho, los resultados de

diversas investigaciones son consistentes al reportar que un alto apoyo parental se relaciona con un menor número de problemas en el niño, tanto emocionales como de conducta (Amato & Flower, 2002; Barber & Buehler, 1996; Fletcher, Steinberg & Williams-Wheeler, 2004; oliva, Parra, Sánchez & López, 2007; Stolz, Barber & Olsen, 2005 citado de Betancourt & Andrade, 2011).

Asimismo, en otras investigaciones llevadas a cabo, sus resultados demuestran que el apoyo parental promueve un desarrollo saludable en los niños, por ejemplo, suelen desarrollar apegos seguros, habilidades sociales y de resolución de problemas que tales apegos promueven, una elevada autoestima, buenas habilidades de adopción y de perspectiva y una identidad positiva, buen rendimiento intelectual y académico durante los años escolares, identidades de género más flexible y andróginas y una fuerte conciencia apareada de un sentimiento positivo de preocupación prosocial (Barber, Olsen y Shagle, 1994; Gray y Steinberg, 1999; Herman, Dornbusch, Herron y Herting, 1997; Kurdek y Fine, 1993; Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch, 1991; Mackey, Arnold y Pratt, 2001; Pettit, Bates y Dodge, 1997; Weiss y Schwatz, 1996 citado de Betancourt, 2007).

Sin embargo, además de que los padres en la crianza tengan conductas de aprobación y cuidado a sus hijos y comunicación con éstos, es claro que deben existir límites y reglas claramente definidas hacia sus hijos, a lo cual se le denomina como control conductual, es por esto que Steinberg (1990) plantea que el control psicológico inhibe las expresiones de autonomía e inicio de independencia del niño, mientras que el control conductual por su parte se refiere a la presencia de patrones y regulaciones.

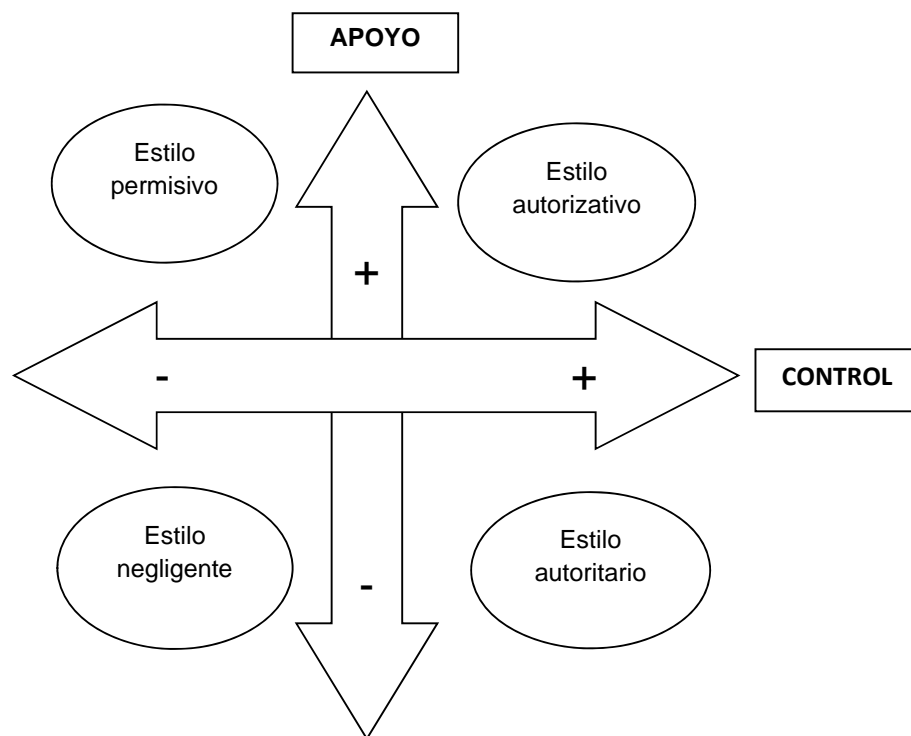


Estas dimensiones que forman parte de las prácticas parentales y las cuales ya se han explicado y descrito a lo largo de este capítulo, también parecen estar involucradas en los estilos de crianza, lo cual es importante para esta investigación, por eso es que a continuación en el siguiente apartado se le dedicará un espacio a explicar dicha situación.

## **2.5. Control y apoyo parental en las prácticas de crianza**

Teniendo claro las definiciones de apoyo parental y control parental (control conductual y control psicológico), es importante mencionar que a pesar de que en la presente investigación se resaltó la importancia de diferenciar las prácticas parentales de los estilos parentales, estos dos constructos pueden compartir algunas características, es por esto que en sus estudios Baumrind logró identificar dos dimensiones, que en sus tres estilos de crianza propuestos, presentaban combinaciones de valores extremos de: apoyo (involucramiento) y supervisión (control paterno) (Aguilar, Valencia & Romero, 2004).

Por ejemplo, el estilo autoritativo es alto en las dos dimensiones, mientras el permisivo es alto en apoyo pero bajo en control. El autoritario es bajo en apoyo y alto en control; y el negligente es bajo en ambas dimensiones. Estos estilos de crianza propuestos por Baumrind (figura 1) coinciden con las encontradas en estudios posteriores por diferentes autores (Maccoby & Martín, 1983; como se citó en Aguilar, Valencia & romero, 2004; Darling, 1999).



**Figura 1. Combinación de las dimensiones apoyo y control identificados en los estilos de crianza propuestas por Diana Baumrind (Moreno, 2012 citado de Baumrind, 1966).**

Estas dimensiones encontradas por Baumrind son importantes para el actual estudio, pues a pesar de que en este modelo solo se rescata el apoyo y el control parental en general, en la presente investigación se pretende encontrar que tipo de control parental (conductual y psicológico) dentro de los estilos de crianza puede predecir algún trastorno internalizado, lo cual sirve como referente teórico para contribuir con esto a especificar de igual forma que tipo de control parental predomina en cada uno de los estilos de crianza.

De acuerdo con lo revisado anteriormente, se dice que el estudio de las prácticas parentales se ha encargado de estudiar comportamientos específicos de los padres para establecer o influir en conductas particulares de los hijos, que puedan estar relacionadas con la escuela, las tareas del hogar o habilidades sociales (Darling & Steinberg, 1993). Es por esto

que a continuación se mencionaran algunas investigaciones relacionadas con el control parental y los problemas internalizados.

## **2.6. Control parental y problemas internalizados**

Algunos estudios recientes muestran una relación negativa entre el control conductual y los problemas emocionales y de conducta. Entre los problemas emocionales que más han sido evaluados están la ansiedad y la depresión, y entre los problemas conductuales están la conducta antisocial, la ruptura de reglas y el consumo de sustancias. Por el contrario, el control psicológico se asocia de manera positiva con este tipo de problemas (Finkenauer et al., 2005; Oliva et al., 2007; Reitz, Dekovic & Meijer, 2006; Robila & Krishnakumar, 2006; Soenens, Vansteenkiste, Luyckx & Goossens, 2006).

Otros autores (Andrade, Betancourt, Vallejo, Celis & Rojas, 2012; Betancourt & Andrade, 2011) han encontrado recientemente que el control psicológico materno y paterno fueron los principales predictores de la depresión en adolescentes. Sin embargo, se ha encontrado que los niños con depresión mínima perciben un mayor control conductual de la madre como del padre, así como bajos puntajes en control psicológico de parte de la primera en comparación con niños que presentaban una mayor gravedad en depresión (Andrade, Betancourt & Orozco, 2006).

De igual forma, como se observó en Figura 1, el estilo autoritario presenta mayor control y nada o muy poco apoyo, es por eso que es importante mencionar que de acuerdo con algunos autores, se ha encontrado que, en general, el estilo autoritario se relaciona positivamente con problemas de comportamiento internalizado (Akhter, Hanif, Tariq &

ATTa, 2011; Muhtadie, Zhoy, Eisenberg & Wang, 2013; Piko & Baláz, 2012 como se citó en Montoya-Castilla, Prado-Gascó, Villanueva-Badenes & González-Barrón, 2016).

A continuación se presentará evidencia que existe de algunos estudios que se han llevado a cabo con el objetivo de encontrar la relación y predicción que tiene el control parental (control psicológico y control conductual) en la presencia de algún trastorno emocional durante la infancia (ver tabla 3). Cabe resaltar que las primeras seis investigaciones representadas en la tabla son propuestas por Betancourt (2007), acorde con eso se incorporaron dos estudios recientes.

**Tabla 3.**

*Estudios sobre control parental y problemas internalizados (Betancourt, 2007)*

<b>Autores</b>	<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>Medición de control parental</b>	<b>Medición de problemas</b>	<b>Resultados principales</b>
<b>Fauber, Forehand, Thomas &amp; Wierson (1990)</b>	11 a 14	97	CRPBI (Control psicológico)	Children's Depression Inventory (CDI)	El control psicológico explicó el 30% de la varianza de los problemas internalizados; mientras que el control conductual se asoció con los problemas externalizados, sin embargo no fue una variable predictora importante.
<b>Barber, Olsen &amp; Shagle (1994)</b>	10 a 15	524	CRPBI (Control psicológico) Family functioning	Youth Self-Report	El control psicológico se asoció significativamente ( $r = 0.20$ ) con problemas internalizados, pero no encontraron relación con

			Scales (IFS)			los problemas externalizados.
<b>Barber (1996)</b>	10 a 14	1893	CRPBI (Control psicológico)	Youth Self-Report		La percepción de un alto control psicológico fue un predictor consistente con la presencia de problemas internalizados y externalizados.
<b>Stone, Buehler &amp; Barber (2002)</b>	9 a 15	336	CRPBI (Control psicológico)	Youth Self-Report		El control psicológico correlacionó positivamente tanto con problemas internalizados ( $r > 0.33$ ) como con externalizados ( $r > 0.34$ ).
<b>Amato &amp; Fowler (2002)</b>	5 a 8	3400	4 reactivos creados para este estudio (monitoreo)	CBCL		No se encontraron relaciones estadísticamente significativas con los problemas ( $r: -0.05$ ).
<b>Betancourt (2007)</b>	10 a 12	599	Escala de Control Parental	Youth Self-Report para niños(as)		La devaluación e inducción de culpa materna y control psicológico del padre correlacionó positivamente con la depresión; mientras que altos puntajes en inducción de culpa y devaluación de la mamá contribuyó a la presencia de problemas somáticos en niños y niñas
<b>Rodríguez, Del Barrio &amp; Carrasco (2009)</b>	8 a 17	1159	CRPBI	CDI-S		La inconsistencia en las estrategias de control interparental fue la variable que en mayor medida

---

						predijo las manifestaciones emocionales, principalmente, la depresión.
<b>Andrade &amp; Betancourt (2012)</b>	Edad promedio de 10-11 años	552	Escalas de Prácticas Parentales y Conductuales (Andrade & Betancourt, 2010)	de	de	La percepción del control psicológico materno y paterno contribuyen significativamente a los problemas emocionales en niñas; mientras que la imposición y falta de autonomía de la madre y el control psicológico del padre influyen en los problemas emocionales de los niños

---

Los resultados que se pueden apreciar en la Tabla 3, parecen ser consistentes en los diferentes rangos de edad a los que se aplicaron los estudios, es claro que la mayoría de estos estudios se han llevado a cabo con preadolescentes y adolescentes de entre 10 a 15 años, esto debido a que a esa edad es más accesible que pueden completar de forma adecuada los auto-reportes a diferencia de un niño menor. Además de ser consistentes los resultados en la edad, se puede notar claramente que es el control psicológico, quien de acuerdo con las investigaciones presentadas, tiene mayor influencia en la aparición de algún trastorno internalizado, a diferencia del control conductual.

Al observar la mayor influencia que parece tener el control psicológico en la aparición de algún trastorno internalizado en comparación con el control conductual, es importante recordar que a pesar de que ambos conforman el control parental no significa que sean

exactamente lo mismo, pues el control conductual involucra conductas de supervisión y monitoreo por parte de los padres con la finalidad de regular la conducta de los hijos sin obstaculizar su independencia; mientras que por otra parte, el control psicológico, está encaminado a regular la conducta de los hijos, pero por medio de estrategias intrusivas que inhibe las expresiones de autonomía e inicio de independencia de los niños. Es por esto que quizás se hayan dado los resultados vistos en la tabla presentada.

Como se ha podido apreciar en la diferente literatura, sin duda alguna, el tipo de disciplina que se emplea por parte de los padres hacia los hijos, es un componente importante dentro de las prácticas parentales, siendo base de las estrategias de socialización que usan los progenitores para regular el comportamiento, esta disciplina quizás la podremos encontrar involucrada dentro del control conductual, sin embargo, para fines de esta investigación es muy importante las prácticas de disciplina severa, ya que uno de los objetivos es analizar el valor predictivo que tienen estas prácticas para el desarrollo de algún trastorno emocional, es por esto que en el siguiente apartado se hará mención estas prácticas, así como sus definiciones y su importancia dentro del ajuste emocional del niño.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRÁCTICAS DE DISCIPLINA SEVERA**

Como se ha venido mencionando en anteriores capítulos, la manera en que los padres y en esta investigación en particular la manera en que la madre corrige la conducta del niño será importante en su desarrollo, es por esto que este capítulo se abordará el tema de prácticas de disciplina severa, caracterizadas por el uso del castigo físico.

Teniendo en cuenta lo anterior, estas prácticas de disciplina severa se manifiesta como una amplia gama de comportamientos parentales agresivos cuyo propósito es controlar la conducta de sus hijos (Jiménez Flores, 2014). Sin embargo, a pesar de que este método correctivo es comúnmente usado en nuestra población, no deja de ser una forma de maltrato infantil y violencia familiar, de hecho, en un estudio realizado en Sonora acerca de maltrato infantil arrojó como resultados que un 90% de las madres utilizaban el castigo físico como método correctivo en la crianza de sus hijos (Frías & McCloskey, 1998). Por otra parte, el INEGI menciona que en 2014, según datos de la Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED), cuatro de cada 10 niños y niñas de 12 a 17 años de 47 ciudades de México fueron víctimas de delito o maltrato. Por consecuente, estos datos demuestra el grave problema que es actualmente y que ocurre de manera frecuente en este país.

Sin duda alguna, el ejercer violencia física en contra de un menor puede generar graves consecuencias, es por eso que la violencia familiar produce secuelas a corto y largo plazo en quienes son víctima de la agresión e incluso para los mismos padres (Frías, Fraijo & Cuamba, 2008; Saucedo García, Olivo Gutiérrez, Gutiérrez & Maldonado, 2006). En el caso



de los niños que han sido abusados, se encuentran en grave riesgo de sufrir problemas de ajuste emocional como depresión y ansiedad (Johnson, Kotch, Catellier, Winsor, Dufort, Hunter & Amaya-Jackson, 2002), de igual forma la violencia en la niñez aumenta el riesgo de que las víctimas utilicen el castigo físico en la edad adulta, independientemente de sus esquemas interpersonales (Merrill, Thomsen, Crouch, May, Gold & Milner, 2005 como se citó en Frías, Fraijo & Cuamba, 2008). A pesar de todo lo anterior, el uso de la violencia como método correctivo se sigue utilizando de manera frecuente en nuestra población, normalizando así la violencia y considerando una forma de disciplina común y de tradición.

Como bien se ha mencionado, el uso del castigo es una peculiaridad en las prácticas de disciplina severa, es por esto que antes de dar una definición a este concepto, es importante esclarecer qué es castigo y disciplina; por una parte en esta investigación se describirá a la crianza como la educación que recibe una persona en su infancia y adolescencia por parte de sus padres o tutores, mientras que el castigo es algo más complejo, pues se define como la aplicación de un estímulo negativo para reducir o eliminar una conducta determinada, existiendo así dos tipos de castigo empleados con los niños: el que incluye reprimendas verbales y desaprobación y el que produce dolor físico. Sin embargo, los límites entre el castigo físico “legítimo” y el maltrato no están bien definidos por lo que no es raro que en algunos casos estas medidas correctivas degeneren en una escalada de violencia. Sin embargo, mucho consideran que, en su forma leve, este tipo de castigo es útil para enseñar al niño a comportarse adecuadamente como para protegerlo de algún peligro mayor ante urgencias. Aún con todo esto, existe evidencia de que el castigo físico, cuando alcanza niveles de maltrato, se asocia años después a riesgo elevado de presentar comportamientos violento y psicopatología (Sauceda et al., 2006).

Teniendo más claro a que se refiere el castigo y sus consecuencias, la disciplina severa ha sido definida por algunos autores como una forma de disciplina restrictiva a veces extrema que ejercen los padres autoritarios para castigar deliberadamente a los niños, acompañada de tácticas coercitivas que van desde el uso frecuente de palmadas hasta el abuso físico (Frías & McCloskey, 1998; Pettit, Bates & Dodge, 1997). Por tanto, para algunos autores (Chang, Schwartz, Dodge, McBride-Cahng, 2003; McKee, Roland, Coffeit, Olson, Forchand et al., 2007), el concepto de disciplina severa está compuesto por dos dimensiones relacionadas y que se afectan una a la otra (Jiménez, 2014):

1. Severidad: Definida como un conjunto de comportamientos punitivos, coercitivos y autoritarios que se manifiestan mediante insultos, apodos, gritos, expresiones de ira, amenazas y agresiones físicas; estas conductas pueden considerarse como actos de expresión emocional negativa que ocurren cuando los padres están enojados o enfurecidos y llegan a perder el control maltratando y golpeando a sus hijos.
2. Disciplina: Manifestada mediante las estrategias utilizadas por los padres para eliminar los comportamientos no deseados en sus hijos.

Asimismo, se ha propuesto en la literatura que este constructo de las prácticas de disciplina severa este conformado por dos factores amplios, refiriéndose así a las prácticas de disciplina severa física y las prácticas de disciplina severa verbal (Chang et al., 2003; McKee et al., 2007; Vitaro, Dylan, Boivin, Brengen & Tremblay, 2006 como se citó en Jiménez, 2014). En las prácticas de disciplina severa física predominan los golpes y el castigo corporal,

mientras que en las prácticas de disciplina severa verbal predominan los gritos, ofensas, palabras malsonantes y apodos.

Como se ha podido observar a lo largo de este corpus teórico, la disciplina severa está involucrada con las prácticas parentales, incluso siendo un elemento central de éstas. Pues en estas prácticas de disciplina se pueden apreciar conductas relacionadas con el control psicológico, ya que en ocasiones estas prácticas de disciplina severa suelen acompañarse de tácticas hostiles y coercitivas, tales como apodos, insultos y expresiones de ira. Así como también se ha mostrado en diversas investigaciones la relación que tienen con el desarrollo a corto o largo plazo de algún problema emocional en quien recibe este tipo de disciplina.

A continuación en el siguiente capítulo se mostrara el planteamiento del problema de la presente investigación y se presenta el modelo explicativo propuesto.

## CAPÍTULO V

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con lo revisado, se puede apreciar que los trastornos en la infancia han sido un tema de interés, pues estos continúan desarrollándose y perdurando incluso hasta la adultez, trayendo así graves consecuencias al no haber sido detectados con anticipación, así como los factores que contribuyen a la permanencia de estos problemas. Dentro de los trastornos de la infancia, los problemas emocionales o internalizados tienen una gran prevalencia, sin embargo, éstos han quedado descuidados por las investigaciones recientes, enfocándose más en problemas de conducta o externalizantes, pues por la manera de manifestarse de los problemas emocionales, es difícil detectarlos y por ende tratarlos.

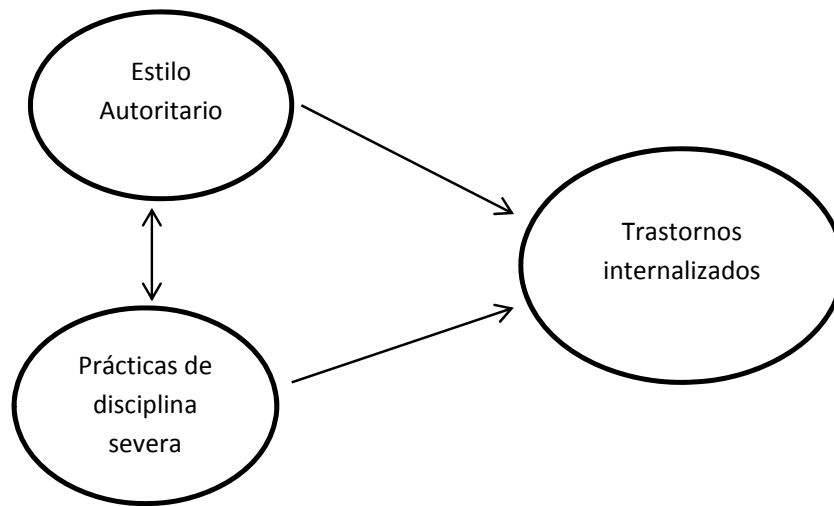
Es por lo anterior que existe necesidad de identificar aquellas variables que intervienen o que están relacionadas con la presencia, desarrollo y prevalencia de estos trastornos internalizados en la infancia, lo cual llevaría a realizar programas de prevención e intervención adecuados para el tratamiento de estos problemas. Pues como se ha observado, estos trastornos emocionales son de los más frecuentes por los que se solicita servicio psicoterapéutico a temprana edad, después de los trastornos hipercinéticos (Caraveo, Colmenares & Martínez, 2001; Caraveo & Anduaga, 2007; Fernández, Martínez & Rodríguez, 2000). Estas variables o factores que se mencionan estar relacionadas con mayor frecuencia a los trastornos internalizados en la infancia, son las prácticas parentales; el respaldo teórico muestra que el apoyo parental promueve un desarrollo saludable en los niños. Por otra parte el control parental se ha sugerido por distintos autores dividir este concepto en dos: control conductual y control psicológico, pues en investigaciones relacionadas al tema, se apoya la idea de que el control afecta de manera positiva la conducta

de los niños principalmente cuando se refiere a estrategias de supervisión, sin embargo, también se llega a asociar este control de forma negativa cuando las estrategias utilizadas son intrusivas con el fin de regular la conducta del hijo. Asimismo, existe algunas prácticas de disciplina severa, las cuales se manifiesta a través de comportamientos parentales agresivos con el propósito de controlar la conducta de los hijos, produciendo en éstos efectos perjudiciales.

Existen diversas investigaciones llevadas a cabo con respecto a la relación que existe entre los trastornos internalizados y las prácticas parentales y las prácticas de disciplina severa. En México específicamente existen algunos estudios que se han enfocado en las relaciones parentales y las conductas de los hijos (Andrade, 1987; 1998; Andrade, Camacho & Diaz-Loving, 1994; Andrade & Diaz-Loving, 1998; Palacios, 2005; Villatoro, Andrade, Fleíz, Medina-Mora, Reyes & Rivera, 1997), pero la mayoría destacan aspectos del área de apoyo parental y aunque se han contemplado algunas dimensiones como punitividad y rechazo, la investigación sobre control parental tanto conductual como psicológico es poca (Betancourt, 2007; Fernández de Ortega, 2005). Asimismo, son los trastornos externalizados, aquellos que se han investigado más a fondo junto a su relación que tienen a las prácticas de crianza o parentales, haciendo a un lado y estudiando muy poco a los trastornos internalizados, esto se puede deber a las metodologías que se emplean, ya que pueden ser instrumentos de evaluación basados en la observación natural de agentes como padre y profesores, los cuales parecieran ser más válidos para comportamientos externalizados, dado su manifestación más visible, que para los comportamientos internalizados, de carácter más íntimo.

Por otra parte, en nuestra cultura son las madres quienes fungen como el principal cuidador primario de los hijos, aplicando con mayor frecuencia las estrategias de disciplina y control; asimismo, éstas son quienes tienen mayor conocimiento acerca de las conductas de sus hijos, todo lo contrario a los padres, pues estos participan en menor medida en la crianza y cuidado de los hijos. Lo anterior ocurre porque las madres poseen mayor tendencia a comprometerse en las actividades de sus hijos, principalmente cuando se encuentran en edad escolar (Sauceda-García et al., 2006).

Es por lo anterior, que la presente investigación cobra relevancia debido a que contribuye a la actualización y al crecimiento en la investigación sobre el control y prácticas de disciplina severa que ejercen las madres y su relación con el desarrollo de trastornos internalizados en niños que habitan en poblaciones marginadas como en la delegación Iztapalapa, ya que como la literatura lo menciona, es en lugares donde los progenitores de nivel sociocultural más bajo tienen a poner en práctica medidas disciplinarias más duras. En la Figura 2 se muestra el modelo propuesto para esta investigación.



**Figura 2.** Modelo multivariable de interacción y predicción entre el estilo autoritario (control conductual y control psicológico), prácticas de disciplina severa y el desarrollo de trastornos internalizados en niños.

## **CAPÍTULO VI**

### **MÉTODO**

#### **6.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿En qué medida el control parental y la disciplina severa pueden predecir el desarrollo de algún trastorno internalizado como ansiedad, depresión y somático durante la infancia?

#### **6.2. OBJETIVO GENERAL**

Construir un modelo que explique la interacción y predicción entre el control conductual, control psicológico, prácticas de disciplina severa y trastornos internalizados en niños.

#### **6.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Revisar las características psicométricas de la Escala de Autoridad Parental
2. Revisar las características psicométricas de la Subescala de Trastornos Internalizados del CBCL.
3. Determinar la cantidad de niños y niñas con conductas internalizadas en rango clínico en una primaria de la Ciudad de México.
4. Describir la asociación que existe entre el control conductual con los trastornos de ansiedad, depresión y somáticos en la infancia.



5. Describir la asociación que existe entre el control psicológico con los trastornos de ansiedad, depresión y somáticos en la infancia.
6. Describir la asociación que existe entre la disciplina severa con los trastornos de ansiedad, depresión y somáticos en la infancia.
7. Analizar la predicción que tienen el control psicológico y conductual y la disciplina severa en el desarrollo de algún trastorno de ansiedad, depresión y somáticos en la infancia.

#### **6.4. HIPÓTESIS**

De acuerdo con Baumrind (1966) el estilo de crianza que cuenta con mayor control parental es el estilo de crianza autoritario, es por esto que a continuación en las hipótesis planteadas al nombrar estilo autoritario se está refiriendo al control conductual y psicológico.

Hipótesis General. El estilo autoritario, así como las prácticas de disciplina severa predicen trastornos internalizados.

H1. Se espera encontrar una relación positiva y significativa entre el estilo autoritario y los síndromes ansioso/depresivo, aislado/depresivo y quejas somáticas, a mayor estilo autoritario mayor es la aparición de algún síndrome ansioso/depresivo, aislado/depresivo y quejas somáticas.

H2. Se espera encontrar una relación positiva y significativa entre la disciplina severa y síndromes ansioso/depresivo, aislado/depresivo y quejas somáticas, a mayor uso de disciplina severa mayor es la aparición de algún síndrome ansioso/depresivo, aislado/depresivo y quejas somáticas.

## **6.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

### **VARIABLE DEPENDIENTE: Trastornos internalizados**

**Definición conceptual:** Son las agrupaciones de síndromes encubiertos reflejados al interior de la persona, tales como la reactividad emocional, la ansiedad, la depresión, las quejas somáticas sin causa médica y el retraimiento social (Achenbach & Rescorla , 2001).

**Definición operacional:** Son aquellas conductas que se expresan emocionalmente, tales como son ansiedad-depresión, aislado-depresivo y quejas somáticas, por medio de la subescala del CBCL

#### Ansioso-depresivo

Con puntajes que van de 0 a 14. De 0 a 2 puntos se ubica dentro de la norma. De 5 a 14 se ubica dentro de un rango clínico.

#### Aislado-depresivo

Con puntajes que van de 0 a 12. De 0 a 5 puntos se ubica dentro de la norma. De 8 a 12 se ubica dentro de un rango clínico.

Quejas somáticas

Con puntajes que van de 0 a 14. De 0 a 2 puntos se ubica dentro de la norma. De 5 a 14 se ubica dentro de un rango clínico.

## **VARIABLES INDEPENDIENTES**

### **Variable 1: Estilos de crianza**

**Definición conceptual:** Se refieren a los procesos a través de los cuales los padres intentan socializar a los hijos por medio de prácticas conductuales y emocionales, en las que se reconocen dos dimensiones del comportamiento de los padres que permiten caracterizar su influencia en la formación de los hijos: la aceptación y el control parental (Baumrind, 1966, 1971, 1991 como se citó en Betancourt, 2007).

**Definición operacional:** Son estrategias que utilizan los padres para regular y controlar la conducta de los hijos por medio de la aceptación y control parental, conformando así distintos estilos de crianza: Estilo autoritario, estilo autorizativo, estilo permisivo y estilo negligente. Los cuales son evaluados a través de la Escala de Autoridad Parental para Adolescentes Mexicanos

### **Variable 2: Prácticas de disciplina Severa**

**Definición conceptual:** Estas prácticas consisten en una gama de conductas caracterizadas por reacciones emocionales de los padres hacia sus hijos. Son coercitivas, excesivamente estrictas, punitivas, controladoras y autoritarias. Los actos específicos comprenden un grupo

de conductas que incluyen: gritos, frecuentes negativas, apodos, expresiones de enojo, amenazas físicas y agresión (Chang, Dodge, Schwartz & McBride, 2003 como se citó en Jiménez, 2014).

**Definición operacional:** Son aquellas tácticas que utilizan los padres para corregir la conducta del niño, tales tácticas como la disciplina hostil, disciplina severa con agresión física, disciplina severa principalmente con agresión verbal, castigo corporal moderado y castigo verbal moderado, evaluadas a través de la Lista de Prácticas de Disciplina Severa.

## **6.6. PARTICIPANTES**

Participaron 146 madres, cuyas edades oscilaban entre los 24 y 65 años de edad. Asimismo, participaron 276 niños de edades entre los 8 y los 12 años de edad que asistían a una primaria pública en una zona marginada de la Delegación Iztapalapa de la Ciudad de México. Del total de estos niños se seleccionaron los 146 que sus madres habían respondido respectivamente el cuestionario de CBCL para conformar las 146 diadas. Se eligió la muestra no probabilística accidental (Kerlinger & Lee, 2002).

## **6.7. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO**

Confirmatorio (correlacional y explicativo), ya que llevaron a cabo análisis estadísticos de correlación y regresión (Kerlinger & Lee, 2002) con la finalidad de conocer la relación existente entre las variables de control conductual y psicológico, prácticas de disciplina severa y trastornos internalizados en la infancia.

El diseño fue no experimental correlacional de tipo transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2014), debido a que no se manipuló deliberadamente ninguna de las variables y se observaron tal y como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlas.

## **6.8. INSTRUMENTOS**

*Escala de Autoridad Parental para Adolescentes Mexicanos (Aguilar, Valencia & Romero, 2004)*, Tiene validez de constructo y alfa de Cronbach de 0.80 (Aguilar & Aguilar, 2013). Evalúa el estilo de crianza (estilo autoritario, estilo autorizativo, estilo negligente y estilo permisivo) que ejercen los padres hacia los hijos desde la percepción de éstos. La escala se califica asignando: 1= Completamente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= De acuerdo y 4= Completamente de acuerdo

*Lista de prácticas de Disciplina Severa (Jiménez & Flores, 2014)*. Es una escala de tipo Likert que contestan los padres o madres de los niños. Está compuesta por 19 reactivos, los cuales van dirigidos a identificar las prácticas de disciplina que ejercen los padres en la crianza de los hijos. Su fiabilidad de consistencia interna es de 0.88, sus reactivos son calificados desde: 0= Nada, 1= Regular y 2= Mucho, y se agrupan en cinco factores: Disciplina hostil, disciplina severa con agresión física, disciplina severa principalmente con agresión verbal, castigo corporal moderado y castigo verbal moderado.

*Lista de Conductas Infantiles (Child Behavior Checklist, CBCL/6-18: Achenbach & Rescorla, 2001)* validada para población mexicana (Hernández-Guzmán, 2005). Es una escala de banda ancha de tipo Likert que contestan los padres o madres, en este caso de los niños. Está compuesta por 118 reactivos, pregunta a los padres sobre los síntomas

internalizados y externalizados del adolescente. Su fiabilidad de consistencia interna es de 0.96. sus reactivos calificados desde: 0= nunca, 1= a veces y 2= siempre, y se agrupan en 9 factores: ansioso/deprimido, aislado/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper reglas, conducta agresiva y otros problemas. El instrumento se divide en problemas internalizados (ansioso/depresivo, aislado/depresivo, y quejas somáticas), externalizados (conducta de romper reglas, conducta agresiva), problemas de pensamiento, problemas atención y otros problemas; para efecto de esta investigación se utilizaron únicamente los reactivos que corresponden a los trastornos internalizados.

## **6.9 PROCEDIMIENTO**

Se acudió a la escuela primaria pública “Julio Cortazar” Ubicada en una zona marginada del oriente en la Delegación Iztapalapa de la Ciudad de México, se informó acerca del propósito y objetivo de la investigación a realizar. Posteriormente se solicitó permiso a la directora de la escuela, a los profesores de ambos turnos y a las madres de familia para poder aplicar los instrumentos.

Para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios a las madres, se les solicitó acudieran a una junta informativa acerca de la sintomatología internalizada que presentan los niños en edades escolares, así como los métodos de crianza que existen.

Se les informó que su participación en este estudio era con fines de investigación y crear programas de prevención así como de intervención en estos problemas internalizados,

de igual forma se les resalto la confidencialidad y anonimato de sus datos y respuestas, se les invitó a participar de manera voluntaria en el estudio.

Previamente a la aplicación se les entregó a las madres de familia un consentimiento informado para que firmaran y aceptaran la evaluación a ellas y sus hijos. Los cuestionarios dirigidos a las madres se integraron en un cuadernillo que contenía los datos sociodemográficos, el cuestionario de prácticas de disciplina severa y el CBCL. La aplicación se llevó a cabo con las madres que accedieron de manera voluntaria en las instalaciones de la escuela, se les dieron las instrucciones de llenado y se aclararon dudas sobre el llenado. La duración aproximada de la aplicación fue entre 20 y 30 minutos.

Por otra parte, tras la autorización de los padres se aplicó con los niños un cuadernillo que contenía datos demográficos y la Escala de Autoridad Parental, llevándose a cabo dentro de los salones de la primaria, se le solicitó el permiso a los profesores para aplicar la escala en un tiempo de 15 minutos. Al finalizar se les agradeció a profesores y alumnos por su colaboración.

A continuación en el siguiente capítulo se muestran los resultados obtenidos de la presente investigación.

## **CAPÍTULO VII**

### **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos de los análisis realizados en la investigación se presentaran en dos fases generales, comenzando con los primeros objetivos específicos de la investigación, es decir, revisar las características psicométricas (validez y confiabilidad) de la Escala de Autoridad Parental y la Subescala de Trastornos Internalizados del CBCL; y posteriormente determinar la predicción del control parental (psicológico y conductual) percibido por niños y de la disciplina severa sobre los trastornos internalizados. Como se mencionó, cada uno de estos objetivos corresponde a un estudio o fase.

#### **7.1 Fase 1. Revisión de las características psicométricas de la Escala de Autoridad Parental.**

En este apartado se muestran las características psicométricas de los instrumentos, empezando por la Escala de Autoridad Parental. Por tanto primero se presentaran los análisis estadísticos (media y desviación típica), seguido de la consistencia interna y el análisis factorial de la escala.

- **Análisis estadísticos**

Con finalidad de conocer cómo se comportaron los datos obtenidos mediante la aplicación de la Escala se llevó a cabo el análisis de frecuencia de los datos. Obteniendo así la media y desviación estándar (véase tabla 4), las cuales permiten



conocer las características de cada reactivo. Las opciones van desde completamente en desacuerdo (1) hasta completamente de acuerdo (4).

Como se puede apreciar en la medida de los reactivos, éstos muestran valores que van desde 1 (Completamente en desacuerdo) hasta 3 (De acuerdo), esto significa, que la frecuencia de las respuestas dadas por los participantes se ubica regularmente en las opciones de Completamente en desacuerdo, En desacuerdo y De acuerdo, siendo la opción De acuerdo la respuesta que con mayor frecuencia se encontró, de igual forma se pueden apreciar en la escala que existen puntuaciones bajas y altas.

Con respecto a la desviación estándar, se observa que la dispersión de los datos es pequeña, dado que los valores no exceden más de 2 puntos. Éstas se ubican entre 0.68 y 1.21. Sin embargo, al analizar los datos se puede apreciar que en algunos reactivos la dispersión se encuentra ligeramente elevada, eso se puede ubicar en los reactivos 7, 9, 12, 14 y 17. Considerando lo obtenido anteriormente en ambas estimaciones, se sugiere que las puntuaciones no se encuentran dispersas.

**Tabla 4.**  
*Estadísticos descriptivos*

<b>Número de Reactivo</b>	<b>Media (m)</b>	<b>Desviación Estándar (s)</b>
<b>1</b>	<b>3.22</b>	<b>.98</b>
<b>2</b>	<b>3.55</b>	<b>.68</b>
<b>3</b>	<b>3.16</b>	<b>.94</b>
<b>4</b>	<b>3.00</b>	<b>1.05</b>
<b>5</b>	<b>3.41</b>	<b>.79</b>
<b>6</b>	<b>3.49</b>	<b>.80</b>
<b>7</b>	<b>1.92</b>	<b>1.09</b>

8	2.77	1.10
9	2.04	1.21
10	1.80	.90
11	1.93	.93
12	2.009	1.21
13	2.45	1.17
14	1.93	1.15
15	3.18	.97
16	2.58	1.08
17	1.73	1.14

Muestra los valores obtenidos para la media y la desviación típica de los reactivos.

- **Análisis factorial y consistencia interna**

En primera instancia se llevó a cabo la validación de la Escala por medio de un análisis factorial exploratorio (AFE) por medio del método de extracción de los 3 factores que integraban la Escala (véase tabla 5). El método utilizado para la rotación fue el criterio de Kaiser-método de rotación Varimax ( $ch^2= 489.12$ ,  $p= .000$ ), con base a lo anterior se seleccionaron los reactivos cuya carga factorial fuera mayor o igual a .400, de esta manera se identificaron y nombraron según su contenido y lo propuesto por los autores originales.

Como criterio para determinar el número de factores que componían la Escala, se consideró la claridad conceptual que tenía cada factor y que éste incluyera como mínimo tres reactivos.

De acuerdo con el análisis factorial que se realizó, se obtuvo que el Factor 1 aglutinó 4 reactivos (9, 12, 14 y 17), al analizar el contenido de los reactivos se puede apreciar que todos concordaban con la categoría del Estilo Negligente, lo que nos indica que existe claridad conceptual. De esta forma, esta categoría conservó los

cuatro reactivos que en un inicio habían sido propuestos por los autores, asimismo, éstos reactivos explicaron el 24.14 % de la varianza total.

Continuando con el Factor 2, éste agrupó tres reactivos (7, 13 y 16). De acuerdo con el contenido conceptual con el que contaron los reactivos se nombró Estilo Autoritario. Por tanto, esta categoría conservó tres reactivos de los cuatro propuestos originalmente por los autores de la Escala, por otra parte, éstos reactivos que se obtuvieron explicaron el 17.45% de la varianza total.

Por otra parte, el Factor 3 aglutinó cuatro reactivos (4, 5, 8 y 15). De acuerdo con su contenido conceptual es que se le nombró a esta categoría Estilo Autorizativo. Finalmente este factor conserva los cuatro reactivos que los autores de la Escala propusieron en un principio, asimismo, estos reactivos explicaron el 10.15% de la varianza total. Finalmente, la Escala quedó integrada por los factores de Estilo Negligente, Estilo Autoritario y Estilo Autorizativo, eliminando así de la Escala el Estilo Permisivo.

Posteriormente de haber llevado a cabo la validación de la Escala por medio de un análisis factorial exploratorio (AFE) se realizó el cálculo de la consistencia interna total del inventario y de cada uno de los factores que terminaron por componerlo, lo anterior mediante el Alpha de Cronbach (véase Tabla 5), obteniendo así un coeficiente total de 0.672, que demuestra la confiabilidad del instrumento, quedando con 11 reactivos en total la Escala. La consistencia interna de cada factor quedó de la siguiente manera: Autorizativo con un  $\alpha = .50$ , Autoritario con un  $\alpha = .55$ , y Negligente con un  $\alpha = .75$ .

**Tabla 5.**

Matriz de componentes rotados (Varimax) del AFE de la EAPAM

No.	Reactivo	Componente		
		Negligente	Autoritario	Autorizativo
9	A mi mamá le importa muy poco los problemas que tenemos sus hijos	<u>.725</u>		
12	Mi mamá no me hace caso	<u>.696</u>		
14	Mi mamá le importa muy poco en lo que hago o no hago	<u>.794</u>		
17	No le importo a mi mamá	<u>.792</u>		
7	Mi mamá me obliga a hacer cosas que no quiero		<u>.729</u>	
13	Mi mamá nos educa de manera rigurosa		<u>.653</u>	
16	Mi mamá me exige que haga las cosas como ella dice		<u>.705</u>	
4	Mi mamá impone reglas claras de acuerdo a sus hijos			<u>.756</u>
5	Mi mamá me explica las reglas que me pone			<u>.683</u>
8	Mi mamá nos dirige las actividades y conductas convenciéndonos			<u>.405</u>
15	Mi mamá me ha impuesto reglas claras de comportamiento			<u>.549</u>
<b>Porcentaje de la varianza explicada</b>		21.73%	15.31%	14.69%
<b>Porcentaje de la varianza explicada total</b>			51.75%	
<b>Alpha de Cronbach</b>		.75	.55	.50
<b>Alpa de Cronbach general</b>			.672	

Se puede observar que al haber llevado a cabo el AFE de la Escala de Autoridad Parental para Adolescentes Mexicanos con la intención de validarlo para una población de menor rango de edad, los resultados obtenidos indican la pérdida de seis reactivos de los 17 que eran en la escala original y eliminando el factor del estilo permisivo; sin embargo, se puede apreciar que solamente en el factor 1 referente al estilo Negligente la confiabilidad es

bueno, puesto que es mayor a .60 (Nunnally, 1995) en comparación con los otros dos factores que están por debajo del .60, aunque la confiabilidad general de la escala es buena con .67.

## **7.2 Fase 1. Revisión de las características psicométricas de la Subescala de Trastornos Internalizados del CBCL.**

Al igual que en el anterior apartado, en este se muestran las características psicométricas de la Subescala de Trastornos Internalizados del CBCL. Por tanto primero se presentaran los análisis estadísticos (media y desviación típica), seguido de la consistencia interna y el análisis factorial de la Subescala.

- **Análisis Estadísticos**

Con finalidad de conocer cómo se comportaron los datos obtenidos mediante la aplicación de esta SubEscala se llevó a cabo el análisis de frecuencia de los datos. Obteniendo así la media y desviación estándar (véase tabla 7), las cuales nos permiten conocer las características de cada reactivo. Las opciones van desde Falso (0) hasta Cierto (2).

Como se puede apreciar en la medida de los reactivos, éstos muestran valores que van desde 0 (Falso) hasta 1 (a veces cierto), esto significa, que la frecuencia de las respuestas dadas por los participantes se ubica regularmente en las opciones de Falso y A veces cierto, siendo la opción de Falso la que con mayor frecuencia se presenta. lo cual indica que en la SubEscala existen puntuaciones bajas e intermedias, y muy pocas altas.

Con respecto a la desviación estándar, se puede observar que la dispersión de los datos es elevada en la mayoría de los reactivos, dado que los valores están incluso por encima de la media. Éstas se ubican entre 0.11 y .91. Considerando lo obtenido, se sugiere que las puntuaciones se encuentran dispersas.

**Tabla 6.**  
*Estadísticos descriptivos*

<b>Número de reactivo</b>	<b>Media (m)</b>	<b>Desviación estándar (s)</b>
<b>45</b>	.43	.60
<b>46</b>	.36	.66
<b>47</b>	.49	.62
<b>48</b>	.08	.32
<b>49</b>	.38	.63
<b>50</b>	.38	.58
<b>51</b>	.53	.69
<b>52</b>	.25	.55
<b>53</b>	.34	.58
<b>54</b>	.55	.63
<b>55</b>	.34	.50
<b>56</b>	.18	.41
<b>57</b>	.11	.31
<b>58</b>	.25	.49
<b>59(a)</b>	.24	.91
<b>59(b)</b>	.30	.47
<b>59(c)</b>	.14	.35
<b>59(d)</b>	.30	.62
<b>59(e)</b>	.21	.49
<b>59(f)</b>	.10	.34

<b>59(g)</b>	.01	.11
<b>60</b>	.34	.56
<b>61</b>	.19	.46
<b>62</b>	.33	.58
<b>63</b>	.45	.64
<b>64</b>	.39	.56
<b>65</b>	.43	.56
<b>66</b>	.12	.40
<b>67</b>	.22	.51
<b>68</b>	.17	.44
<b>69</b>	.20	.49
<b>70</b>	.49	.56

Muestra los valores obtenidos para la media y la desviación típica de los reactivos.

- **Análisis factorial y consistencia interna**

En un inicio se realizó la validación de la Escala por medio de un análisis factorial exploratorio (AFE) por medio del método de extracción de los 3 factores que integraban la SubEscala (véase tabla 7). El método utilizado para la rotación fue el criterio de Kaiser-método de rotación Varimax ( $ch^2= 1788.72$ ,  $p= .000$ ), con base a lo anterior se seleccionaron los reactivos cuya carga factorial fuera mayor o igual a .400, de esta manera se identificaron y nombraron según su contenido y lo propuesto por los autores originales.

Como criterio para determinar el número de factores que componían la Escala, se consideró la claridad conceptual que tenía cada factor y que éste incluyera como mínimo tres reactivos.

De acuerdo con el análisis factorial que se realizó, se obtuvo que el Factor 1 aglutinó 12 reactivos (45, 52, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69 y 70), sin embargo, al analizar el contenido de los reactivos se observó que 4 de éstos hacían referencia a la categoría de Ansioso Depresivo (52, 61, 64 y 66), al igual que el reactivo 58 que hace referencia a la categoría de Quejas somáticas, lo que nos indica que en éstos reactivos no existe claridad conceptual por lo que se decidió anularlos. Por tanto, este factor se nombró Aislado Depresivo, de acuerdo con el contenido conceptual de los reactivos. De esta forma, este factor quedó conformado por siete reactivos que explicaron el 14.20% de la varianza total.

Continuando con el Factor 2, éste agrupó 8 reactivos (46, 50, 51, 52, 54, 60, 61, 63) de los cuales uno (63) hacía referencia a la categoría de Aislado Depresivo, por tal motivo este reactivo se eliminó, ya que no contaba con claridad conceptual. De acuerdo con el contenido conceptual con el que contaron los reactivos se nombró Ansioso Depresivo. Por tanto, este factor quedó compuesto por siete reactivos que explicaron el 10.74% de la varianza total.

Por otra parte, en el factor 3 se aglutinaron 7 reactivos (48, 53, 56, 57, 59a, 59b, 59c, 59e y 59f) de los cuales los reactivos 48 y 53 hacen referencia a las categorías de Ansioso Depresivo y Aislado Depresivo, por tal motivo estos reactivos se eliminan, ya que no contaban con la claridad conceptual requerida. De acuerdo con lo anterior, este



factor quedó compuesto por siete reactivos que explicaron el 10.65% de la varianza total.

De igual forma como se llevó a cabo el proceso con la Escala de Autoridad Parental, posterior al haber realizado la validación de la Escala por medio de un análisis factorial exploratorio (AFE), se calculó de la consistencia interna total de la SubEscala y de cada uno de los factores que lo componen, lo anterior mediante el Alpha de Cronbach (véase Tabla 7), obteniendo así una coeficiente total de 0.856, que demuestra la confiabilidad del instrumento, quedando con 20 reactivos en total la Escala. La consistencia interna de cada factor quedó de la siguiente manera: Aislado Depresivo con un  $\alpha = .75$ , Ansioso Depresivo con un  $\alpha = .77$ , y Quejas Somáticas con un  $\alpha = .69$ .

**Tabla 7.**

*Matriz de componentes rotados (Varimax) del AFE de la Subescala de Trastornos internalizados del CBCL*

No.	Reactivo	Componente		
		Aislado Depresivo	Ansioso Depresivo	Quejas Somáticas
45	Son muy pocas cosas las que disfruta	<u>.489</u>		
62	Se rehúsa a hablar	<u>.527</u>		
63	Guarda secretos no comunicas sus cosas	<u>.519</u>		
65	Es demasiado tímido	<u>.701</u>		
68	Está triste o deprimido (a), es infeliz	<u>.641</u>		
69	Se aísla, no se lleva con otros	<u>.661</u>		
46	Llora mucho		<u>.630</u>	

<b>50</b>	Siente que tiene que ser perfecto (a)		<b><u>.475</u></b>	
<b>51</b>	Siente o se queja que nadie lo quiere		<b><u>.685</u></b>	
<b>52</b>	Siente que no vale o que es inferior		<b><u>.534</u></b>	
<b>54</b>	Es nervioso (a) o tenso (a)		<b><u>.454</u></b>	
<b>60</b>	Es temeroso (a) o ansioso (a)		<b><u>.481</u></b>	
<b>61</b>	Se siente demasiado culpable		<b><u>.451</u></b>	
<b>56</b>	Está estreñido			<b><u>.671</u></b>
<b>57</b>	Se siente mareado			<b><u>.605</u></b>
<b>59a</b>	Tiene dolores (no de cabeza ni de estómago) sin causa médica conocida			<b><u>.439</u></b>
<b>59b</b>	Tiene dolores de cabeza			<b><u>.662</u></b>
<b>59c</b>	Tiene náusea, se siente mal			<b><u>.573</u></b>
<b>59e</b>	Tiene erupciones y otros problemas de piel			<b><u>.430</u></b>
<b>59f</b>	Tiene dolor estomacal o calambres sin una causa conocida			<b><u>.403</u></b>
<b>Porcentaje de la varianza explicada</b>		14.20%	10.74%	10.65%
<b>Porcentaje de la varianza explicada total</b>			35.61%	
<b>Alfa de Cronbach</b>		.75	.77	.69
<b>Alpha de Cronbach general</b>			.856	

Al observar los resultados obtenidos tras validar la Subescala de trastornos internalizados del CBCL para esta población, se puede apreciar que se mantienen los tres factores propuestos por la subescala original, sin embargo, no se mantienen los mismos reactivos, ya que se perdieron 12 de los 32 reactivos que contenía la subescala, aun cuando se

perdieron estos reactivos, al analizar la confiabilidad de cada uno de los factores y de la subescala en general, se puede observar una confiabilidad aceptable ya que están por encima del .60 (Nunnally, 1995), siendo así un herramienta confiable y válida para ser utilizada en esta investigación.

### **7.3 Fase 2. Análisis estadístico de los resultados obtenidos**

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en esta investigación. En primer momento se muestran las variables sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil. Posteriormente se presentan y se describen las variables dependientes, es decir, el síndrome ansioso depresivo, síndrome aislado depresivo y el síndrome de quejas somáticas, de igual forma las variables independientes de control conductual, control psicológico y las prácticas de disciplina severa en niños. En seguida se lleva a cabo los análisis de correlación y regresión que se realizaron, en donde se muestra la relación y predicción de las variables en los trastornos internalizados en niños.

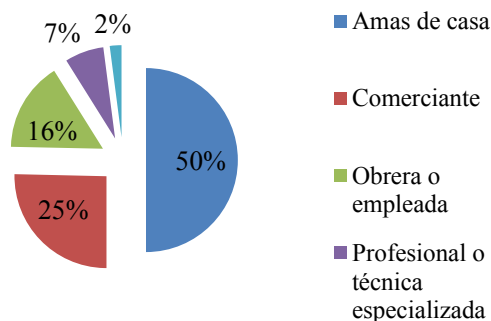
- **Análisis descriptivos**

Se calcularon los datos estadísticos de frecuencia como la media, moda y porcentaje en algunas de las variables sociodemográficas, esto con la intención de explorar las características generales que la muestra presenta.

### VARIABLES SOCIODEMOCRÁFICAS DE LAS MADRES DE FAMILIA

Las madres de familia quienes participaron en la presente investigación, fueron 146 siendo el 100% de la muestra, el rango de edad de estas madres es de 24 a 65 años con una media de 37.49 ( $M= 37.49$ ) y una moda de 29 ( $Mo=29$ ), es decir, la edad promedio que se encontró en las madres de familia fue de 37 y la edad que con mayor frecuencia tenían las madres era de 29 que es el 8.9% de la población. Todas las madres que participaron en esta investigación viven en la Delegación Iztapalapa.

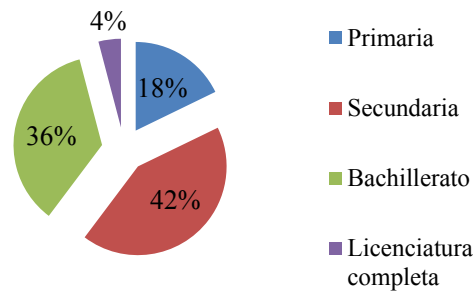
Por otra parte, lo que respecta a la ocupación de las madres tras observar los resultados, se puede apreciar que el 50% (N=73) son amas de casa, el 25.3% (N=37) es comerciante, el 15.8% (N=23) es obrera o empleada, el 6.8% (10) es profesional o técnica especializada, y el 2.1% (M=3) reportaron estar desempleadas.



**Figura 3**

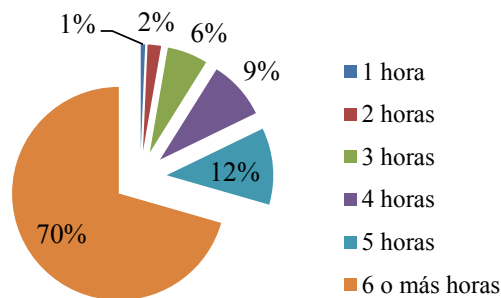
Ocupación de las madres de familia participantes en la investigación (N=146)

Con respecto a la escolaridad de las madres de familia, la mayoría tenía estudios hasta nivel secundaria, es decir, el 42.5% (N=62) de la población, un 35.6% (N=52) contaban con el bachillerato, otro 17.8% (N=26) contaba únicamente con la primaria, y únicamente el 4.1% (6) de la población contaba con licenciatura completa.



**Figura 4**  
Escolaridad de las madres de familia

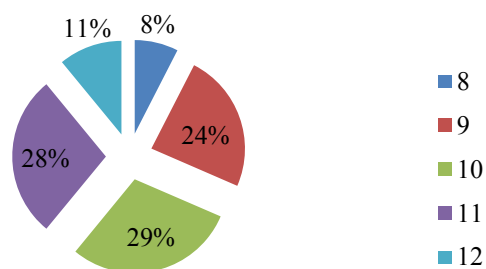
Otro dato sociodemográfico importante es acerca del número de horas que pasa la madre con sus hijos, de acuerdo con lo que se encontró se puede observar que la mayoría de las madres que es un 70.5% (N=103) de la muestra pasa de 6 horas en adelante al día con su hijo, mientras que un 11.6% (N=17) pasan solamente 5 horas, un 8.9% (N=13) pasan 4 horas, un 6.2% (N=9) pasan 3 horas al día, otro 2.1% (N=3) pasan 2 horas al día, y solamente el 0.7% (N=1) pasa una hora al día con su hijo.



**Figura 5**  
Número de horas que pasan las madres de familia con su hijo

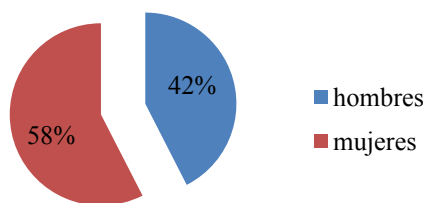
## Variabes sociodemográficas de los niños

Con respecto a los datos sociodemográficos de los niños, tienen una edad que va de los 8 a los 12 años de edad con una media de 10.11 ( $M=10.11$ ) y una moda de 10 ( $M=10$ ), esto quiere decir que el promedio de edad de los niños participantes es de 10 y es esta edad la que más se repite con el 29.5% del total de la población. De igual forma, participaron niños de tercero a sexto grado de primaria, siendo los niños de cuarto grado con mayor participación en el estudio con el 31.5% ( $N=46$ ), del total de niños participantes, la mayoría fueron del turno matutino representando así el 78.1% ( $N=114$ ) de la muestra, mientras que el 21.9% ( $N=32$ ) asistían al turno vespertino. Por otra parte, la mayoría de los niños participantes fueron mujeres con el 57.5% ( $N=84$ ), mientras que el otro 42.5 ( $N=62$ ) fueron hombres.



**Figura 6**

Porcentaje de edades de los niños participantes



**Figura 7**

Porcentaje por sexo de los niños

### **Descripción de los trastornos internalizados**

En este apartado se muestran los resultados obtenidos acerca de los trastornos internalizados en los niños participantes (síndromes ansioso/depresivo, síndrome aislado/depresivo y síndrome de quejas somáticas). Es importante mencionar que debido al análisis factorial que se le realizó a la subescala de trastornos internalizados del CBCL se perdieron algunos reactivos, por lo tanto se modificaron los rangos de acuerdo a los resultados mostrados en esta muestra. Los resultados obtenidos (véase tabla 8) en el síndrome de aislado/depresivo arrojaron una media de 2.01 ( $M= 2.01$ ) y una desviación estándar de 2.26, de los 146 niños que participaron solamente 8 se ubicaron en rango clínico siendo el 5.5% de la población en general. Con respecto al síndrome de ansioso/depresivo arrojaron una media de 2.58 ( $M= 2.58$ ) y una desviación estándar de 2.71, de los 146 niños participantes únicamente 25 se ubican dentro de un rango clínico siendo el 17.1% de la población total. Por otra parte, en el síndrome de quejas somáticas se obtuvo una media 1.21 ( $M= 1.21$ ) y una desviación estándar de 1.69, en donde de los 146 niños participantes únicamente 9 niños se encontraron en rango clínico siendo así el 6.2% de la población total.

**Tabla 8***Datos obtenidos de los trastornos internalizados*

Síndromes Internalizados	Media	DE	Rango	N
Aislado depresivo	2.01	2.26	11	8
Ansioso depresivo	2.58	2.71	13	25
Quejas somáticas	1.21	1.69	8	9

Con estos datos presentados se puede observar que en esta población estudiada existen 46 niños de los 146 que fueron evaluados que presentan síntomas clínicos de alguno de los tres síndromes evaluados, encontrando mayor población con sintomatología clínica en el síndrome ansioso depresivo.

Asimismo, a lo largo de la revisión teórica de este trabajo se puede apreciar que existen diferencias en cuanto a la presencia de síntomas emocionales con respecto al género, es por esto que se llevó a cabo una comparación de medias para revisar la diferencia que hay entre la puntuación obtenida por las niñas y por los niños participantes con relación a la presencia de estos problemas internalizados (véase tabla 9), de acuerdo con los resultados obtenidos se puede observar que con respecto al síndrome de ansioso depresivo, la media para hombres es de 2.63 ( $M=2.63$ ) y para las mujeres es de 2.55 ( $M=2.55$ ), por lo cual se puede observar que no hay una diferencia, mientras que para el síndrome de aislado depresivo, la media para hombres fue de 2.29 ( $M=2.29$ ) y para las mujeres de 1.81 ( $M=1.81$ ), de nueva cuenta no se encontró una diferencia, por último para el síndrome de quejas somáticas la media para hombres fue de 1.02 ( $M= 1.02$ ) y para las mujeres de 1.36 ( $M= 1.36$ ) en donde se



puede observar que no hubo diferencia significativa. La diferencia de medias de los resultados obtenidos en la escala de trastornos internalizados entre sexos indican que no hay diferencia entre niños y niñas con respecto a la puntuación obtenida en cada uno de los síndromes, por tanto en esta muestra la diferencia entre sexo no es determinante ni tampoco significa que haya mucha diferencia entre la cantidad de niños y niñas que cuentan con alguna problemática internalizada.

**Tabla 9**

*Comparación de medias entre sexo y trastornos internalizados*

Sexo		Aislado Depresivo	Ansioso Depresivo	Quejas Somáticas
Hombre	Media	2.63	2.29	1.02
	N	62	62	62
	Desv. Típ.	3.031	2.357	1.722
Mujer	Media	2.55	1.81	1.36
	N	84	84	84
	Desv. Típ.	2.481	2.181	1.669
Total	Media	2.58	2.01	1.21
	N	146	146	146
	Desv. Típ.	2.718	2.262	1.695

### **Descripción de los estilos de crianza**

Los resultados obtenidos acerca de los estilos de crianza de la madre (autorizativo, autoritario y negligente) percibidos por sus hijos muestran que con respecto al estilo de crianza negligente se obtuvo una media de 7.77 ( $M= 7.77$ ) con una desviación estándar de 3.51, en donde de acuerdo con la frecuencia de las

respuestas de los niños participantes, se puede observar que alrededor de 23 de 146 perciben a sus madres con un estilo de crianza negligente la mayor parte del tiempo, es decir el 15.7% de la población total. Con respecto al estilo de crianza autoritario, los resultados arrojan una media de 7.20 ( $M= 7.20$ ) y una desviación estándar de 2.52, en donde 4 niños de los 146 perciben a sus madres como autoritarias con un 2.6% de la población total. Por último, los resultados obtenidos en el estilo de crianza autorizativo, se encontró una media de 12.51 ( $M= 12.51$ ) y una desviación estándar de 2.53, en este estilo de crianza 119 niños percibieron a sus madres como autorizativas, es decir el 81.7% de la población total.

**Tabla 10**

*Datos obtenidos de los estilos de crianza de las madres*

Estilos de crianza	Media	DE	Rango	N
Estilo Negligente	7.77	3.51	16	23
Estilo Autoritario	7.20	2.52	12	4
Estilo Autorizativo	12.51	2.53	16	119

Estos datos indican que la mayoría de los niños evaluados en esta investigación perciben a sus madres como autorizativas, es decir, perciben a sus madres como sensibles a sus necesidades, estableciendo altos estándares de comportamiento y promoviendo la individualidad y responsabilidad en ellos.

## Descripción de las prácticas de disciplina severa

Con respecto a los resultados obtenidos de la escala de prácticas de disciplina severa (véase tabla 11), en la primer dimensión que es disciplina hostil se obtuvo una media de 1.82 ( $M= 1.82$ ) con una desviación estándar de 1.66, de acuerdo con las frecuencias obtenidas se aprecia que la mayoría de las madres de esta muestra utiliza la hostilidad como medida disciplinaria con un 59% ( $N= 86$ ) de la población total. Con respecto a la dimensión de disciplina severa con agresión física se obtuvo una media de .86 ( $M= .86$ ) y una desviación estándar 1.16, de acuerdo con estos resultados, se sugiere que un 7.5% ( $N= 11$ ) de las madres de esta muestra utilizan con poca regularidad la disciplina por medio de agresión física. En cuanto a la disciplina severa principalmente con agresión verbal, los resultados arrojaron una media de .75 ( $M= .75$ ) y una desviación estándar de 1.25, se puede apreciar por la frecuencias que el 6.3% ( $N= 9$ ) de las madres hacen uso de este tipo de disciplina. De igual forma, la dimensión de castigo corporal moderado arrojó una media de .55 ( $M= .55$ ) con una desviación estándar de .88, de acuerdo con estos resultados obtenidos se observa que el 6.8% ( $N= 10$ ) de las madres utiliza el castigo corporal como medida disciplinaria. Por último, la dimensión de castigo verbal moderado que arrojó una media de .60 ( $M= .60$ ) y una desviación estándar de .83, fue la medida de disciplina severa que se usa en menor medida por las madres estudiadas; sin embargo, un 15.8% ( $M=23$ ) de esta población indicó no hacer uso de ningún tipo de disciplina severa.

**Tabla 11***Datos obtenidos de las prácticas de disciplina severa*

Prácticas de disciplina severa	Media	DE	Rango	N
Disciplina hostil	1.82	1.66	8	86
Disciplina severa con agresión física	.86	1.16	7	11
Disciplina severa principalmente con agresión verbal	.75	1.25	7	9
Castigo corporal moderado	.55	.88	4	10
Castigo verbal moderado	.60	.83	5	7

Estos datos indican que la población estudiada utiliza s con mayor regularidad la disciplina hostil como método para regular el comportamiento de sus hijos, sin embargo, aunque en menor cantidad sean utilizadas las otras disciplina, se puede apreciar que las estrategias que más reportan utilizar después de la disciplina hostil son *disciplina severa con agresión física* y *castigo corporal* moderado, las cuales hacen mayor hincapié en el castigo físico, lo contrario a los otros tipos de disciplina en las que el uso de castigo verbal es más influyente.

A continuación se presenta el análisis de correlación Pearson para identificar si existe alguna relación entre las variables descritas anteriormente (estilos parentales de la madre, prácticas de disciplina severa y los síndromes internalizados). Posteriormente se llevó a cabo un análisis de regresión jerárquica.

- **Análisis de correlación y regresión de las variables**

**Análisis de correlación para las dimensiones de estilos crianza de la madre, prácticas de disciplina severa y los trastornos internalizados en niños**

Los resultados obtenidos en el análisis de correlación que se llevó a cabo, indican que no existe relación significativa entre los estilos de crianza de la madre y los síndromes internalizados, sin embargo, entre las prácticas de disciplina severa y los síndromes internalizados si existe.

En estas correlaciones obtenidas (véase Tabla 12) se puede observar que todas tienen cargas positivas, en el caso de la disciplina hostil mostró una relación positiva significativa con los síndromes internalizados (aislado depresivo  $r = .434$ ,  $p = .000$ ; ansioso depresivo  $r = .479$ ,  $p = .000$ ; quejas somáticas  $r = .217$ ,  $p = .008$ ).

Por otra parte la disciplina severa con agresión física obtuvo una relación positiva y significativa con los síndromes internalizados (aislado depresivo  $r = .305$ ,  $p = .000$ ; ansioso depresivo  $r = .356$ ,  $p = .000$ ; quejas somáticas  $r = .190$ ,  $p = .021$ ).

Con respecto a la disciplina severa principalmente con agresión verbal se puede observar que tiene una relación positiva y significativa con los síndromes internalizados (aislado depresivo  $r = .297$ ,  $p = .000$ ; ansioso depresivo  $r = .344$ ,  $p = .000$ ; quejas somáticas  $r = .181$ ,  $p = .029$ ).

De igual forma con el castigo corporal moderado se obtuvo una relación positiva y significativa con dos de los tres síndromes internalizados (aislado depresivo  $r = .268$ ,  $p = .001$ ; ansioso depresivo  $r = .188$ ,  $p = .023$ ).

Por último con el castigo verbal moderado se obtuvo una relación positiva y significativa con los síndromes internalizados en el niño (aislado depresivo  $r = .353$ ,  $p = .000$ ; ansioso depresivo  $r = .478$ ,  $p = .000$ ; quejas somáticas  $r = .266$ ,  $p = .001$ ).

**Tabla 12**

*Relación entre estilos parentales de la madre, prácticas de disciplina severa y síndromes internalizados*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Negligente											
2 Autoritario	.181*										
3 Autorizativo	-.017	.345**									
4 Disciplina Hostil	.158	.119	-.106								
5 Disciplina severa con agresión física	.060	.071	-.063	.614**							
6 Disciplina severa principalmente con agresión verbal	.077	.125	-.076	.705**	.566*						
7 Castigo corporal moderado	.030	.027	.052	.400**	.517**	.331**					
8 Castigo verbal moderado	.135	.012	-.131	.644**	.590**	.676**	.295**				
9 Aislado Depresivo	.139	.010	.113	<u>.434**</u>	<u>.305**</u>	<u>.297**</u>	<u>.268**</u>	<u>.353**</u>			
10 Ansioso depresivo	.094	-.037	.020	<u>.479**</u>	<u>.356**</u>	<u>.344**</u>	<u>.188*</u>	<u>.478**</u>	<u>.649**</u>		

---

11 Quejas somáticas	.00	-.123	.025	<u>.217**</u>	<u>.190**</u>	<u>.181*</u>	.068	<u>2.66**</u>	<u>.319**</u>	<u>.425**</u>
---------------------	-----	-------	------	---------------	---------------	--------------	------	---------------	---------------	---------------

---

\*P<.05; \*\*p<.01

Lo anterior indica que no existió correlación alguna entre los estilos de crianza de la madre y los trastornos internalizados, no así con las prácticas de disciplina severa, las cuales si mostraron correlaciones positivas y significativas con los trastornos internalizados, es decir, a mayor uso de disciplina severa, mayores síntomas internalizados presentaran los niños.

**Análisis de regresión lineal múltiple de los estilos de crianza de la madre, las prácticas de disciplina severa en relación con los trastornos internalizados del niño**

A continuación se presenta el análisis de regresión lineal realizado posterior a que se analizó y encontraron correlaciones significativas entre las dimensiones de las prácticas de disciplina severa y síndromes internalizados, con la intención de identificar si existe predicción de estas variables hacia los síndromes internalizados.

En primera instancia se muestra observar el análisis de varianza (ANOVA) que se realizó con la intención de analizar si es adecuado correr el análisis de regresión (Tabla 13) y posteriormente se aprecia la regresión lineal con la intención de obtener los coeficientes necesarios para determinar la medida en que estas variables predicen a los síndromes internalizados (Tabla 13 y 14).

**Tabla 13.***ANOVA del estilo autoritario, prácticas de disciplina severa y trastornos internalizados.*

Variable dependiente	Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Trastornos intrernalizados	Regresión	1021.444	2	510.722	22.204	.000 <sup>b</sup>
	Residuo	3289.186	143	23.001		
	Total	4310.630	145			

a Predictores: (Constante), Prácticas de disciplina severa, Estilo autoritario

De acuerdo con la tabla presentada se puede observar que de acuerdo al nivel de significancia mostrado ( $p=.000$ ) asociado al valor de  $F_{(2, 143)}= 22.204$  se considera pertinente correr el análisis de regresión, es por esto que primero se muestra el resumen del modelo y posteriormente los coeficientes de regresión lineal.

**Tabla 14.***Resumen del modelo*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.487 <sup>a</sup>	.237	.226	4.796	2.001

a. Predictores: (Constante). Estilo autoritario. Prácticas de disciplina severa

b. Variable dependientes: Síndromes internalizados

Se puede observar en la tabla 14 que el estilo autoritario y las prácticas de disciplina severa que las madres tienen con sus hijos explican el 23.7% de la varianza.



**Tabla 15**

*Regresión lineal del estilo autoritario, las prácticas de disciplina severa y los trastornos internalizados.*

VARIABLES PREDICTORAS	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
<b>Trastornos internalizados</b>					
Prácticas de disciplina severa	.532	.080	.487	6.625	.000
Estilo autoritario	-.221	.159	-.102	-1.392	.166

a. Variable dependiente: Síndromes internalizados

Al analizar los coeficientes de regresión lineal se puede apreciar que las variables de prácticas de disciplina severa y estilo autoritario en interacción pueden predecir la aparición de algún trastorno internalizado en la infancia; sin embargo, son las prácticas de disciplina severa que por sí sola puede predecir la aparición de algún trastorno internalizado en la infancia  $\beta = .487$  ( $t = 6.625$ ,  $\text{sig.} = .000$ ), explicando el 23.7% de la varianza. Asimismo, se llevó a cabo una regresión lineal múltiple con cada una de las dimensiones de las prácticas de disciplina severa para identificar cuál de estas dimensiones tiene mayor predicción en los trastornos internalizados (véase Tabla 16).

**Tabla 16***Regresión lineal de las dimensiones de las prácticas de crianza y los trastornos internalizados*

Variables predictoras	B	Error estándar	Beta	t	Sig.	
<b>Aislado-depresivo</b>						
Disciplina hostil	.494	.160	.363	3.082	<b>.002</b>	
Disciplina severa con agresión física	-.034	.213	-.018	-.160	.873	R= .460 <sup>a</sup>
Disciplina severa principalmente con agresión verbal	-.172	.210	-.096	-.819	.414	R <sup>2</sup> = .211 R ajustada= .183
Castigo corporal moderado						
Castigo verbal moderado	.296	.226	.116	1.308	.193	
	.435	.302	.161	1.440	.152	
<b>Ansioso-depresivo</b>						
Disciplina hostil	.575	.183	.351	3.137	<b>.002</b>	
Disciplina severa con agresión física	.082	.243	.035	.336	.738	R= .536 <sup>a</sup>
Disciplina severa principalmente con agresión verbal	-.305	.240	-.141	-1.272	.205	R <sup>2</sup> = .287 R ajustada= .261
Castigo corporal moderado						
Castigo verbal moderado	-.067	.258	-.022	-.259	.796	
	1.085	.345	.333	3.1444	.002	
<b>Quejas somáticas</b>						
Disciplina hostil	.090	.131	.088	.685	.494	
Disciplina severa con agresión física	.078	.173	.054	.454	.651	R= .279 <sup>a</sup>
Disciplina severa principalmente con agresión verbal	-.066	.171	-.049	-.388	.699	R <sup>2</sup> = .078 R ajustada= .045
Castigo corporal moderado	-.082	.184	-.043	-.445	.657	
Castigo verbal moderado	.458	.246	.226	1.866	.064	

Se puede apreciar que a pesar de que las prácticas de disciplina severa en general predicen el desarrollo de trastornos internalizados en la infancia, solamente una dimensión de las cinco que conforman a las prácticas de disciplina severa logra predecir algún problema internalizado, es el caso de la disciplina hostil que predice el síndrome de aislado depresivo  $\beta = .363$  ( $t = 3.082$ ,  $sig. = .002$ ), explicando el 21.1% de la varianza; de igual forma la disciplina hostil predice el síndrome de ansioso depresivo  $\beta = .351$  ( $t = 3.137$ ,  $sig. = .002$ ), explicando el 28.7% de la varianza.

En la muestra que se estudió de 146 niños evaluados, solamente 5 manifestaron síndrome aislado-depresivo en rango clínico, 20 se encontraron en rango clínico en el síndrome ansioso-depresivo y solo 9 manifestaron síntomas clínicos de quejas somáticas. De igual forma se pudo observar que no existe diferencia entre sexo, sin embargo se puede apreciar que son los niños a diferencia de las niñas quienes presentan mayores síntomas internalizados.

Posteriormente, al analizar la relación entre las variables de los estilos de crianza, prácticas de disciplina severa y trastornos internalizados por medio del análisis de correlación, se encontraron correlaciones significativas entre las dimensiones de las prácticas de disciplina severa con los síndromes internalizados, a lo que se prosiguió con realizar el análisis de regresión para ver la predicción de las variables.

El resultado obtenido tras el análisis de regresión fue que la variable de prácticas de disciplina severa junto al estilo autoritario predicen a los trastornos internalizados, sin embargo, el estilo autoritario por sí sola no predice a los trastornos internalizado a diferencia de las prácticas de disciplina severa que si predicen a estos trastornos por sí sola, por otra

parte es la dimensión de disciplina hostil que predice a los síndromes internalizados de aislado-depresivo y ansioso-depresivo.

Durante el planteamiento del problema se propuso un modelo teórico de la interacción y predicción entre el estilo autoritario (control conductual y control psicológico), prácticas de disciplina severa y trastornos internalizados en la infancia, de acuerdo con los análisis pertinentes realizados. Con los resultados de los análisis de correlación y de regresión, el modelo teórico quedó de la siguiente manera (Figura 8).

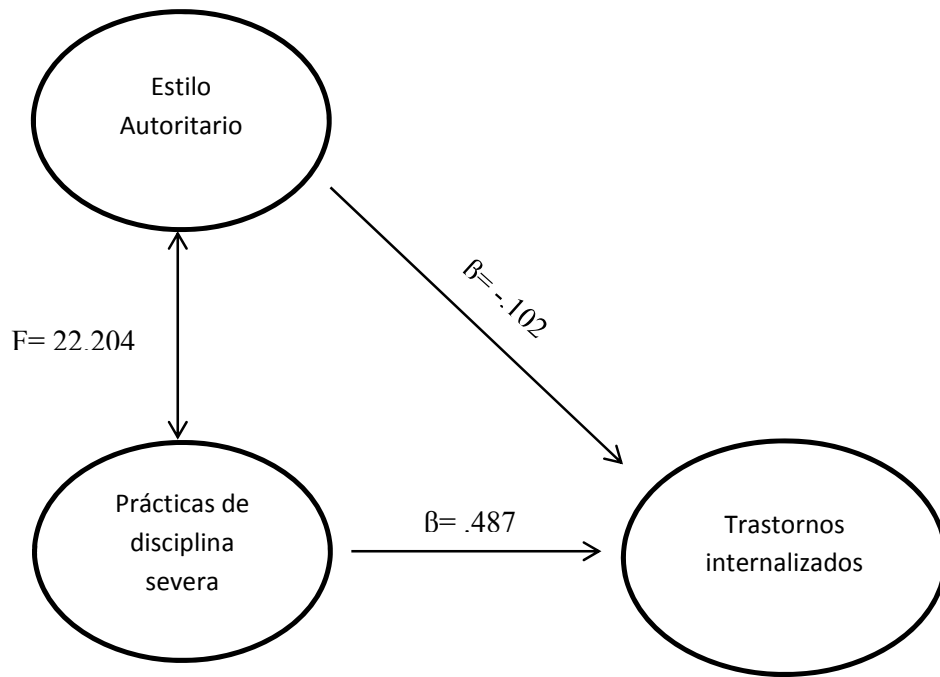


Figura 8

Modelo final propuesto de interacción y predicción entre el estilo autoritario, las prácticas de disciplina severa y los trastornos internalizados en la infancia

## **CAPITULO VIII**

### **DISCUSIÓN**

El objetivo de este trabajo fue construir un modelo que muestre si existe asociación entre el estilo autoritario (control conductual y control psicológico), las prácticas de disciplina severa y los trastornos internalizados en la infancia, así como también determinar si las variables de estilo autoritario y prácticas de disciplina severa predicen la aparición de los trastornos internalizados en la infancia, mientras que como objetivos específicos analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoridad Parental y de la sub escala de trastornos internalizados del CBCL, así como también la descripción de los trastornos internalizados. Esta investigación se llevó a cabo con la finalidad de que los hallazgos obtenidos, puedan influir de forma teórica metodológica en la prevención e intervención de los problemas presentados a lo largo de esta investigación. A continuación se explicaran los resultados obtenidos, al igual que también se discuten con respecto a los planteamientos teóricos que les dieron sustento.

Debido a la importancia que tiene la evaluación de la psicopatología en niños, se han creado diferentes clasificaciones que permitan estudiar de mejor manera estos problemas, una de esas clasificaciones y mayormente ocupada en nuestro país es la realizada por Achenbach y Edelbrock (1978 como se citó en Lemos, 2003), en la que identificaron las dos dimensiones psicopatológicas, entre esas dos la dimensión de problemas internalizados. Los problemas internalizados se refieren a aquellos síntomas de índole emocional que se manifiestan hacia el mismo individuo y que se presentan en depresión, ansiedad y quejas somáticas.

De acuerdo con esto, se decidió utilizar la subescala de trastornos internalizados de la Lista de Conductas Infantiles (Child Behavior Checklist, CBCL/6-18: Achenbach & Rescorla, 2001) validada para población mexicana (Hernández-Guzmán, 2005), la cual se analizó su validez y confiabilidad en la muestra estudiada. Después de llevar a cabo el AFE quedaron 20 reactivos de los 32 que eran originalmente. Posteriormente al calcular la consistencia interna se obtuvo como resultado una buena confiabilidad total de .856 ( $\alpha = 0.856$ ), ya que de acuerdo con Nunnally (1995) se considera que un  $\alpha \geq .60$  es aceptable y un  $\alpha \geq .80$  es buena. De igual forma, cada factor que integra esta subescala mostro una buena fiabilidad, siendo el factor Ansioso Depresivo el que obtuvo la mayor confiabilidad ( $\alpha = .77$ ), la cual es aceptable. Al comparar este resultado con los datos obtenidos en otras investigaciones (Albores-Gallo, Lara-Muñoz, Esperón-Vargas, Zetina, Soriano, & Colin, 2007; Samaniego, 2012) donde la consistencia interna total de los trastornos internalizados fue entre .85 y .90, mientras que para los factores que la integran fueron arriba del .65, cabe resaltar que al igual que la presente investigación, el factor ansioso depresivo fue quien obtuvo una mayor fiabilidad, comprobando así la buena confiabilidad de esta sub escala, sin embargo, es importante mencionar que este estudio se llevó a cabo en población no clínica a comparación de los estudios ya mencionados con los que se compara el resultado.

Por otra parte, también se analizaron las propiedades psicométricas de la Escala de Autoridad Parental para Adolescentes Mexicanos (Aguilar, Valencia & Romero, 2004) con el fin de posteriormente poder utilizarla para evaluar los estilos de crianza en la población estudiada. Al llevar a cabo el AFE quedaron 3 factores y 11 reactivos en total. Posteriormente se calculó la consistencia interna y se obtuvo una confiabilidad total aceptable de .672, siendo el factor del estilo de crianza negligente que obtuvo una mayor confiabilidad ( $\alpha = .75$ ). Al comparar estos resultados con otros obtenidos de otras investigaciones (Aguilar & Aguilar,

2013) se puede observar que en ambos estudios se tuvo que eliminar el factor de estilo permisivo al realizar el Análisis Factorial, de igual forma en ambas investigaciones, es el estilo de crianza negligente que mayor fiabilidad presenta, sin embargo, la confiabilidad de los otros dos estilos de crianza (autoritario y autorizativo) fueron bajas ( $\alpha = .55$  y  $\alpha = .50$ ) en la población estudiada a diferencia de la estudiada por Aguilar y Aguilar (2013), quizás esto se deba a la población en la que estos autores validaron la escala, ya que era población adolescente y la población estudiada en esta investigación fueron niños, a pesar de esto con los resultados obtenidos se pudo comprobar que es una escala con una confiabilidad total aceptable de  $\alpha = .672$ .

Por otra parte, los resultados encontrados demuestran que solo entre un 5% y 17% de la muestra estudiada se encuentran con síntomas clínicos, siendo el síndrome de ansioso depresivo el que mayor porcentaje de niños en rango clínico presentó con 17.1% de la población, de igual forma, los datos obtenidos indican que la mayoría de participantes fueron niñas con un 57.5% y la edad que más se encontró fueron niños de 10 años de edad, teniendo en cuenta estos datos parecieran semejantes a otras investigaciones realizadas (Caraveo, Colmenares & Martínez, 2001; Caraveo & Anduaga, 2007; Fernández, Martínez & Rodríguez, 2000) en las que se encontraron con que los síndromes depresivos y de ansiedad son la segunda causa de demanda de consulta psicológica y psiquiátrica, por supuesto en una población más grande. Probablemente en el caso de esta investigación, el que los síndromes estudiados hayan sido evaluados por medio de autoinformes tenga que ver con el bajo porcentaje encontrado de población con síntomas internalizados, ya que como lo mencionan algunos investigadores (Betancourt, 2007; Solloa, 2001), este tipo de problemas de índole emocional es difícil para los padres identificarlos, pues debido a las normas sociales los niños que se muestran retraídos o tranquilos, parecieran niños bien adaptados.



Continuando con lo anterior, se llevó a cabo una diferencia de medias para determinar si el sexo es una variable que indique la presencia de síntomas de problemas internalizados, así como identificar que sexo presenta mayor cantidad de síntomas internalizados. Al llevar a cabo la comparación de medias, se puede apreciar que no existe diferencia importante entre ambos sexos, incluso la media de los hombres es más elevada en los síndromes de aislado depresivo ( $M= 2.63$ ) y ansioso depresivo ( $M=2.29$ ) en comparación con la media presentada por las mujeres en los mismos síndromes de aislado depresivo ( $M=2.55$ ) y ansioso depresivo ( $M=1.81$ ), mientras que en el síndrome de quejas somáticas la media de la mujer ( $M=1.36$ ) es mayor a la del hombre ( $M=1.02$ ), lo que indica que en esta población estudiada no se podría afirmar que la presencia de síntomas internalizados esté sujeta al sexo del niño, como de igual forma no existe diferencia importante que sugiera mayor cantidad de síntomas en un género que el otro.

Los datos encontrados difieren totalmente de los datos encontrados en otras investigaciones (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Bagrado, Carrasco, Sánchez-Bernardos, Bersabe, Loriga & Monsalve, 1995 & Solloa, 2001) en donde los hombres presentan mayores problemas externalizados y las mujeres mayores problemas internalizados, particularmente en México se ha encontrado que las niñas obtienen puntajes significativamente más altos que los niños en problemas de depresión, ansiedad y quejas somáticas (Valencia & Andrade, 2005) indicando así que el género juega un papel importante en la presencia de problemas internalizados en la infancia, debido a que dentro de las normas sociales se espera que las mujeres sean más pasivas, silenciosas y sensibles. Asimismo, estos datos obtenidos se asemejan a los encontrados por Cova, Maganto & Melipillán (2005) en donde no encontraron diferencias entre niñas y niños al identificar problemas internalizados cuando las madres son las fuentes de información.

Por otra parte, los datos obtenidos sobre como los niños perciben la crianza de sus madres muestran que el estilo autoritativo o democrático es el que con mayor ocurrencia ejercen las madres con un 93.8%, lo cual podría explicar por qué hay poca población en esta investigación con trastornos internalizados, ya que de acuerdo con la teoría en el estilo autoritativo el involucramiento y control de los padres son altos, asimismo, éstos establecen estándares altos de comportamiento a los hijos y promueven en ellos la individualidad y responsabilidad (Baumrind, 1966, 1971, 1991 como se citó en Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008), promoviendo afrontamientos adaptativos y protectores ante la depresión y la soledad (Richaud de Minzi, 2005), relacionándose así con la autoregulación emocional, factores de resiliencia psicológica y salud mental en general (Jabeen, Anis-ul-Haque & Riaz, 2013; Ritter, 2005, Uji et al., 2014 como se citó en Montoya-Castilla, Prado-Gascó, Villanueva-Badenes & González-Barrón, 2016).

Considerando que las variables de control psicológico y conductual se evaluaron por medio del estilo autoritario con reactivos del EAPAM (Aguilar, Valencia & Romero, 2004) como “Mi mamá me obliga a hacer cosas que no quiero”, “Mi mamá nos educa de manera rigurosa”, “Mi mamá me exige que haga las cosas como ella dice”, en los cuales se puede apreciar el establecimiento de reglas y límites, manipulación de sentimientos, pensamientos y conductas o chantaje afectivo (Barber & Harmon, 2002 como se citó en Oliva, Parra, Sánchez & López, 2007), se puede observar en los resultados que el estilo autoritario no mostró ninguna relación con algunos de los tres problemas internalizados propuestos, así como tampoco predijo alguno de éstos últimos, por tanto en esta población el control conductual y psicológico evaluado a través del uso de estilo autoritario no predice ni se relaciona con el desarrollo de algún problema internalizado en la infancia.

Estos datos resultan contrario a las propuestas de algunos autores (Muslow, 2008; Ramírez, 2002 como se citó en Cuervo) en donde plantean que los estilos autoritarios generan un desarrollo emocional disfuncional y deficitario en estrategias y competencias emocionales para la adaptación en distintos contextos, siendo así el control autoritario un predictor de ansiedad/depresión. También en otras investigaciones halladas donde los niños que perciban mayor control conductual se encontraban con síntomas depresión (Andrade, Betancourt & Orozco, 2006), mientras que en otros resultados (Barber, 1996; Stone, Buehler & Barber, 2002 como se citó en Betancourt, 2007) informan que el control psicológico se relaciona y predice con la aparición de problemas internalizados, al igual que en otra investigación (Betancourt, 2007) en la que se encontró que específicamente el control psicológico de la madre se correlacionó positivamente con la presencia de depresión y problemas somáticos, por último en otros resultados (Andrade & Betancourt, 2012) muestran que la percepción del control psicológico materno contribuye significativamente a los problemas emocionales en niñas. Sin embargo, los resultados obtenidos en la presente investigación se asemejan a los resultados obtenidos en una investigación (Amato & Fowler, 2002 como se citó en Betancourt, 2007) en la que no se encontraron relaciones estadísticamente significativas con los problemas emocionales.

Estos hallazgos citados que contradicen lo encontrado en la presente investigación pueden tener su posible explicación en los instrumentos de evaluación utilizados, ya que en su mayoría utilizaron como escala de medición para los trastornos el Youth Self-Report para niños(as) y en otra la Escala de Evaluación de Problemas Emocionales y Conductuales, únicamente en un estudio fue utilizado el CBCL como medio de evaluación de los trastornos internalizados, y en dicha investigación se obtuvieron resultados similares al presente estudio.

Al igual que para medir el control parental se utilizaron escalas que miden directamente el control psicológico y conductual.

En cuanto a la variable de prácticas de disciplina severa, se puede observar que en la población estudiada, los datos dan cuenta de que las madres estudiadas si emplean las prácticas de disciplina severa como método para corregir o manejar el comportamiento de sus hijos, siendo así la disciplina hostil en la que se hace uso tanto de disciplina física y verbal, así como desprecio hacia el hijo y expresiones matizadas de ira (Jiménez Flores, 2014) la que con mayor frecuencia aceptaron las madres usar, seguido por la disciplina severa con agresión física y el castigo corporal, lo contrario a la disciplina severa principalmente con agresión verbal y castigo corporal, las cuales fueron indicadas por las madres como los tipos de disciplina que usan con poca frecuencia. Esto concuerda con el porcentaje de madres estudiadas con respecto al uso de estas prácticas, ya que se ha demostrado que el uso de estas prácticas es muy común para el control de los hijos, más aún en la cultura mexicana en donde son comportamientos que se presentan frecuentemente principalmente en niveles socioculturales bajos como la población estudiada (Flores Herrera, Valencia Chávez & Bustos Aguayo, 2012 como se citó en Jiménez Flores, 2014; Saucedo-García, Olivo-Gutiérrez, Gutiérrez, & Maldonado-Durán, 2006).

Es importante señalar que un 15.8% de las madres indicó no hacer uso ninguno de este tipo de métodos de disciplina con sus hijos, lo cual es importante analizar, ya que puede ser que en verdad no hagan uso de la disciplina severa con sus hijos como también puede ser que esta información sea producto de la deseabilidad social que tengan las madres.

De igual forma, los resultados encontrados en esta investigación informan que las prácticas de disciplina severa se relacionan de manera positiva y significativa con los síndromes internalizados, así como también son estas prácticas las que predicen la aparición de alguno de estos problemas internalizados, lo que nos indica que a mayor uso de estas prácticas mayor será la probabilidad de aparición de problemas internalizados. Tales resultados son consistentes con los de distintas investigaciones (Cova, Maganto & Melipillán, 2005; Rodríguez, del Barrio & Carrasco, 2009) en donde la hostilidad hacia el niño, la violencia física o cualquier tipo de abuso se relacionan con la probabilidad de sufrir problemas de ajuste emocional como depresión y ansiedad.

De igual manera se esperaba encontrar que tanto el estilo autoritario (control conductual y control psicológico) como las prácticas de disciplina severa predicen la aparición de síndromes internalizados. Los resultados encontrados confirman que el uso de las prácticas de disciplina severa, específicamente la disciplina hostil predice el desarrollo de trastornos internalizados en la infancia y no así el estilo autoritario (control psicológico y control conductual). Para analizar este supuesto es pertinente observar la predicción que tiene las prácticas de disciplina severa ( $\beta = .487$ ,  $p = .000$ ) y la predicción que tiene el estilo autoritario ( $\beta = -.102$ ,  $p = .166$ ). En específico, la disciplina hostil predice síndrome aislado-depresivo ( $\beta = .363$ ) explicando el 21.1% de la varianza, así como el síndrome ansioso-depresivo ( $\beta = .351$ ) explicando el 28.7% de la varianza. Se puede apreciar que estas madres utilizan conductas hostiles, como desprecio hacia sus hijos y expresiones de ira con la finalidad de controlar su comportamiento, sin embargo, estas actitudes hacia los niños hacen que se encuentran en grave riesgo de sufrir problemas de ajuste emocional como depresión y ansiedad (Johnson et al., 2002).

## **APORTACIONES**

Esta investigación aporta evidencia acerca de la relación que existe entre el control materno (conductual y psicológico), las prácticas de disciplina severa y los trastornos internalizados en niños, demostrando así que métodos de crianza y de control del comportamiento de los hijos usan con mayor frecuencia las madres de esta población, así como demostrar si estos contribuyen a la aparición de algún problema internalizado en los niños.

A pesar de que la relación que se encontró fue entre las prácticas de disciplina severa y los problemas internalizados, es importante que mencionar que estas prácticas y en especial la disciplina hostil que fue la que mayor predicción y relación tuvo, comparte algunas características con el control psicológico como la devaluación, el chantaje y la retira del habla y el afecto que de igual forma se pueden encontrar en el estilo de crianza autoritario donde el control parental es alto, por tanto la importancia de estos hallazgos es la oportunidad de utilizarlos para futuros programas de prevención e intervención, en los cuales se les brinde a las madres información y estrategias que les permita mantener una buena comunicación con sus hijos, establecer límites y reglas sin usar la violencia y prácticas hostiles, estableciendo así un ambiente familiar adecuado contribuyendo de esa forma a la mejora en la autregulación emocional del niño y fungir como un protector del desarrollo de un problemas internalizado como la depresión, ansiedad o queja somática.

Se realizó la adaptación de la EAPAM a población de niños, ya que esta escala está dirigida a población adolescente, y en esta investigación se utilizó como población a niños.

## LIMITACIONES

Una de las limitaciones, es que no se haya podido medir las variables de control conductual y psicológico, pues debido a la escases de escalas que midieran directamente y a que las que se han utilizado en investigaciones similares a ésta no han tenido resultados significativos, se optó por utilizar una en la que se midiera implícitamente éstas variables a través de una escala que midiera estilos de crianza, probablemente al evaluar con una escala específica de control psicológico y conductual a estas madres, los resultados podrían haber sido diferentes.

Otra limitación que se tuvo fue el haber evaluado los problemas internalizados solamente por medio de un autoinforme que contestan las madre como el CBCL, ya que éstas son quienes están con frecuencia mayor tiempo con sus hijos y tienen más conocimiento sobre sus problemáticas, sin embargo, un lugar en el que pasan una cantidad considerable de tiempo los niños es en la escuela, por tanto el obtener información sobre estas problemáticas a través del profesor de la escuela, daría mayor información y posiblemente otros resultados.

Por último, otra limitante que se tuvo al llevar esta investigación fue la poca contribución que se tuvo por parte de las madres, ya que al solicitar la ayuda para llenar los cuestionarios muchas de estas madres se negaron a participar por diferentes razones.

## **SUGERENCIAS**

Para futuras investigaciones se sugiere trabajar con más variables involucradas con la madre y la familia en general, una de ellas sería estudiar los factores biopsicosociales que puedan estar relacionados con la salud mental de las madres que puedan generar agresividad, ansiedad, estrés, así como la relación entre los padres o algún otro problema que llegue a afectar el estilo de crianza y la relación con sus hijos.

Otra sugerencia es que en próximas investigaciones se evalúe el control conductual y psicológico por medio de una escala que los mida directamente, o bien diseñar algún instrumento válido y confiable que logre evaluar estos constructos para obtener resultados más consistentes. De igual forma, con respecto a la evaluación de los trastornos internalizados, evaluarlos también por medio de otros informantes que sean cercanos a los niños además de la madre y también utilizar escalas donde la información sea proporcionada por el mismo niño.

Por último, se sugiere continuar con este tema de investigación y llevarlo a cabo en otras poblaciones parecidas y más grandes con el fin de obtener más hallazgos que contribuyan a la elaboración de programas eficaces para la prevención, intervención y solución de estas problemáticas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist*.

ASEBA: EEUU.

Agudelo, D., Buela Casal, G., & Donald Spielberger, C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.

Aguilar, J., & Aguilar, A. (2013). Validez de constructo de la Escala de Autoridad Parental para Adolescentes Mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 3(3), 1228-1237.

Aguilar, J., Valencia, A. & Romero, P. (2004). Estilos parentales y desarrollo psicosocial en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Psicología*, 21 (2), 119-129.

Aláez, F.M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.

Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Zetina, J. A., Soriano, A. M., & Colin, G. V. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas españolas de psiquiatría*, 35(6), 393-399.

Almonte, C., María Elena Montt S., & Correa, A. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Mediterráneo.

- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV-TR*. México: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fifth Edition). Washington, DC.
- Andrade Palos, P., Betancourt Ocampo, D., & Orozco, M. L. (2006). Control parental y depresión en niños. *La psicología social en México XI. México: AMEPSO*.
- Andrade Palos, P., Betancourt Ocampo, D., Vallejo Casarín, A., Ochoa, C., Segura, B., & Rojas Rivera, R. M. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental, 35*(1), 29-36.
- Andrade Palos, P., & Betancourt Ocampo, D. (2012). Problemas emocionales y conductuales en niños: predictores desde la percepción de los padres y de los hijos. *Acta de Investigación Psicológica, 2*(2), 650-664.
- Aunola, K. & Nurmi, J. (2005). The role of parenting styles in children's problems behavior. *Child Development, 67*, 3296-3319.
- Bagrado, C., Carrasco, I., Sánchez-Bernardos, M., Bersabe, R., Loriga, A. & Monsalve, T (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: Resultados preliminares. *Clínica y Salud, 6*(1), 67-82.

Bandura, A. y Walters, R. H. (1964). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*.

Madrid: Alianza Editoria.

Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child development*, 67(6), 3296-3319.

Barber, B. K., Olsen, J. E., & Shagle, S. C. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development*, 65(4), 1120-1136.

Barlow, D., & Durand, M. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thomson.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*, 887-907.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina- Mora, M.E. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47, 1-11.

- Betancourt, O.D, Andrade, P. (2007). Escala de percepción del control parental de niños. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria: Revista de Investigación de la Universidad Simón Bolívar*, 6 (9), 26-34.
- Betancourt, D. (2007). *Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, UNAM.
- Betancourt, O.D, Andrade, P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología* 20 (1), 27-41.
- Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J., & Álvarez, H. F. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Librería Akadia Editorial.
- Caraveo, J. J. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, 30(1), 48-55.
- Compas, B. E. G., Cázares, I. H. N., Gabriel, Y. M., & Jorge, O. S. (2003). *Introducción a la psicología clínica*.
- Cova, S., Maganto, M., & Melipillán, A. (2005). Adversidad familiar y desarrollo de trastornos internalizados y externalizados en preadolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(4), 287-296.

- Cuervo Martínez, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 11-121.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Davis, T.E., y Ollendick, T.H. (2005). Empirically supported treatments for specific phobia children: Do efficacious treatments address the components of a phobic response? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 144-160.
- Del Barrio, V. (2007a). *Como evitar que tu hijo se deprima*. España: Síntesis
- Delgado, J. R. P., & Palos, P. A. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria: Revista de Investigación de la Universidad Simón Bolívar*, (7), 12, 7-18.
- Fajardo, V., & Hernández Guzmán, L. (2008). Tratamiento cognitivo conductual de la conducta agresiva infantil. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34 (2), 371-389.
- Fernández, M. A., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Figueras, A. (2006). *Evaluación Multimétodo y Multiinformante de la sintomatología Depresiva en Niños y Adolescentes*. Tesis Doctoral en Psicología. Universidad Barcelona.

- Farling, N. & Steinberg, L. (1993). *Parenting Style as context: An integrative model*. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Frías, M., & McCloskey, L., (1998). Determinants of harsh parenting in México. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 129-139.
- Frías Armenta, M., Fraijo Sing, B., & Cuamba Osorio, N. (2008). Problemas de conducta en niños víctimas de violencia familiar: reporte de profesores. *Estudios de Psicología*, 8(1), 15-24.
- Gray, M.R., & Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574-587.
- González- Forteza, C.; Villatoro, V. J.; Fleiz, b. C.; Bermúdez, L.P. y Amador, B. N. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25, 1-12
- Henaó López, G. C., Ramírez Palacio, C., & Ramírez Nieto, L. A. (2007). Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo en el niño y niña. *El agora usb*, 7(2), 233-240.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica. Niños socialmente competentes*. México: UNAM.

Hernández-Guzmán, L. (2005). Lista de Conductas de Achenbach: Validez y confiabilidad. Proyecto de investigación DGAPA IN-302002, Prevención y Tratamiento de la Difusión Psicológica infantil. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S. H., González Montesinos, M. J., Martínez-Guerrero, J. I., Aguilar Villalobos, J., & Gallegos Guajardo, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.

Hernández-Guzmán, L., del Palacio, A., Freyre, M., & Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 111-120.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill (6ª edición).

Instituto Nacional de Geografía e Informática - INEGI (2017). Recuperado el 3 de Septiembre de 2017, de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/ni%C3%B1o2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/ni%C3%B1o2017_Nal.pdf)

Jiménez Flores, J. (2014). *Factores de riesgo familiares y agresividad infantil: Un modelo Ecológico de desarrollo*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, UNAM.

- Jiménez Flores, J., & Flores Herrera, L. M. (2014). Diseño y validación psicométrica de la Lista de Prácticas de Disciplina Severa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(38), 137-153.
- Johnson, R. M., Kotch, J. B., Catellier, D. J., Winsor, J. R., Dufort, V., Hunter, W., & Amaya-Jackson, L. (2002). Adverse behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence. *Child Maltreatment*, 7, 179-186.
- Juárez, G. F.; Villatoro, V. J.; Gutiérrez, L. M.; Fleiz, B. C. y Medina-Mora. I. M. (2005). Tendencias de la conducta antisocial en estudiantes del distrito Federal: Mediciones 1997-2003. *Salud Mental*, 28, 60 – 68.
- Kendall, P. (2000). *Child and adolescent therapy*. New York London: Editorial The Guildford Press.
- Kerlinger, N. F., & Lee, B. H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw Hill.
- Lega, L. I., Caballo, V. E., & Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Siglo XXI de España Editores.
- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano Vindel, A., & García-Fernández, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang.



- Montoya-Castilla, I., Prado-Gascó, V., Villanueva-Badenes, L., & González-Barrón, R. (2016). Adaptación en la infancia: influencia del estilo parental y del estado de ánimo. *Acción Psicológica*, 13(2), 15-30.
- Moreno, J. (2012). *Prácticas parentales de madres con sintomatología depresiva como predictoras de síntomas internalizados y externalizados infantiles*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Nunnally, J. (1995). *Teoría Psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- Oliva Delgado, A., Parra Jiménez, A., Sánchez Queija, I., & López Gaviño, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de psicología*, 23(1), 1695-2294.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud Décima Revisión*. México: Organización Panamericana de la Salud.
- Palacios, D. R. & Andrade-palos, P. (2006). Escala de estilos parentales en adolescentes mexicanos. *Revista de psicología social y personalidad*, XXI (1), 50-51.
- Pettit, G., Bates, J., & Dodge, K. (1997). Supportive parenting, ecological context, and children's adjustment: A seven-year longitudinal study. *Child Development*, 5 (68), 908-923.

- Richaud De Minzi, M. C. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista latinoamericana de Psicología*, 37(1), 47-58.
- Rodríguez, M. Á., Barrio, M. V., & Carrasco, M. Á. (2009). ¿Cómo perciben los hijos la crianza materna y paterna?: Diferencias por edad y sexo. *Escritos de Psicología (Internet)*, 2(2), 10-18.
- Rodríguez, M. A., del Barrio, M. V., & Carrasco, M. A. (2009). Consistencia interparental y su relación con la agresión y la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(1), 51-60.
- Ruiz, A. B. R. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 89-100.
- Samaniego, V. C. (2008). El Child Behavior Checklist: Su estandarización en población urbana Argentina The Child Behavior Checklist (CBCL): Its standardization in the Argentine urban population. *Revista de Psicología*, 4(8), 113-130.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(2), 173-182.
- Sauceda-García, J. M., Olivo-Gutiérrez, N. A., Gutiérrez, J., & Maldonado-Durán, J. M. (2006). El castigo físico en la crianza de los hijos: Un estudio comparativo. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63(6), 382-388.

- Segura, C. H., Vallejo, C. A., Osorno, M. J., Rojas, R. R., & Reyes, G. S. (2011). La Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes veracruzanos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 6(18), 67-73.
- Smetana, J.G., & Daddis, C. (2002). Domain-specific antecedents of parental psychological control and monitoring: the role of parenting beliefs and practices. *Child Development*, 73(2), 563-580.
- Solloa, G.L.M. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento de los trastornos*. México: Editorial Trillas.
- Soutullo, C. (2005). *Depresión y Enfermedad Bipolar en Niños y Adolescentes*. España: Eunsa.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 255-276). Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Sue, D., Sue, D. W., Azuara, S., & Delfin, S. (2010). *Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal* (No. 159.97). Cengage Learning.
- Tirado, J. L. A., Martín, F. D. F., & Lucena, F. J. H. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3), 408-414.

Valencia, G.R., y Andrade, P.P. (2005). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 499-520.

Valencia, G.R. (2005). *El control y la resiliencia del yo en los problemas de niños y niñas*. Tesis de Doctorado no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Valero, M. y Ruiz, M. A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 2, 11-18.

Vallejo Casarín, A., Osorno Murguía, R., & Mazadiego Infante, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1).

Wicks-Nelson, R. & Israel, A. C., (2008). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Prentice Hall. España.

# APÉNDICES

## **APÉNDICE 1**

**Solicitud de aplicación de cuestionarios,  
sub escala de problemas internalizados  
y escala de prácticas de disciplina severa  
para las madres**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA



Ciudad de México, Febrero 2017.

**Mtra. Carolina Monroy Gallardo**

Directora de la escuela primaria Julio Cortaza

PRESENTE

Por medio de la presente se le solicita su permiso para que a los alumnos **Cesar Flores Resendiz con número de cuenta 310074191** y **Cristian José Hernández Victoria con número de cuenta 310217538** de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM de la carrera de psicología, se les permita aplicar una batería que consta de 3 cuestionarios a los alumnos de 3°, 4°, 5° y 6° grado de primaria pertenecientes al turno matutino, así como a sus padres del 6 al 17 Marzo del presente año, lo anterior con el fin de recolectar datos, ya que estos alumnos se encuentran realizando una investigación sobre prácticas parentales y psicopatología infantil, dicha investigación forma parte de su proyecto de tesis para adquirir el grado de licenciatura.

Esperando contar con una respuesta afirmativa a nuestra solicitud, agradezco el tiempo y atención brindada a la presente, aprovechando para enviarle un cordial saludo.

---

ATENTAMENTE

Dr. Juan Jiménez Flores

---

Campus I: Av. Guelatao No. 66, Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa C.P. 09230, Ciudad de México.  
Campus II: Batalla 5 de mayo s/n esquina Fuerte de Loreto, Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa C.P. 09230, Ciudad de México.  
Campus III: Ex fábrica de San Manuel s/n, Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla, San Miguel Coatlá, Santa Cruz Tlaxcala.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



Folio: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES

Estimado participante

En la Carrera de Psicología de la UNAM se está realizando una investigación, por lo que se le solicita de la manera más atenta su colaboración y que conteste honestamente a todas afirmaciones que aparecen a continuación. Esta encuesta fue diseñada para responder en promedio en 15 minutos, por lo que se le pide que lea con cuidado cada afirmación y que no deje ninguna sin responder. Los datos solo se utilizarán para fines estadísticos y se garantiza la confidencialidad de los mismos.

**DATOS GENERALES.** Por favor responda las siguientes preguntas:

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_

Número de hijos \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Sexo del niño (a): \_\_\_\_\_ Edad del niño (a): \_\_\_\_\_

Grupo y Grado del niño (a): \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_



## I ¿CÓMO SE COMPORTA MI HIJO?

Instrucciones: A continuación, se presenta un cuestionario que tiene como finalidad conocer cómo es la conducta de su hijo(a). Por favor trate de contestar en la opción que mejor describa la conducta de su hijo(a). Marque con una X en la opción que mejor describa la conducta de hijo(a) en los últimos 6 meses.

SITUACIÓN	FALSO	AVECES CIERTO	CIERTO	
45. Son muy pocas cosas las que disfruta				45. [ ]
46. Llorá mucho				46. [ ]
47. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (que no sean la escuela)				47. [ ]
48. Le da miedo ir a la escuela				48. [ ]
49. Teme pensar o hacer algo malo				49. [ ]
50. Siente que tiene que ser perfecto (a)				50. [ ]
51. Siente o se queja que nadie lo quiere				51. [ ]
52. Siente que no vale o que es inferior				52. [ ]
53. Prefiere estar solo(a) que con otros				53. [ ]
54. Es nervioso (a) o tenso (a)				54. [ ]
55. Tiene pesadillas				55. [ ]
56. Está estreñido				56. [ ]
57. Se siente mareado				57. [ ]
58. Se cansa demasiado sin una buena razón				58. [ ]
59 a. Tiene dolores (no de cabeza ni de estómago) sin una causa médica conocida				59a. [ ]
59 b. Tiene dolores de cabeza				59b. [ ]
59 c. Tiene náusea, se siente mal				59c. [ ]
59 d. Tiene problemas en los ojos (no si ya se corrigió con lentes)				59d. [ ]
59 e. Tiene erupciones u otros problemas de piel				59e. [ ]
59 f. Tiene dolor estomacal o calambres sin una causa conocida				59f. [ ]
59 g. Tiene vómitos sin una causa médica conocida				59g. [ ]
60. Es temeroso(a) o ansioso(a)				60. [ ]
61. Se siente demasiado culpable				61. [ ]
62. Se rehúsa a hablar				62. [ ]
63. Guarda secretos no comunica sus cosas				63. [ ]
64. Se preocupa de cómo se le perciba. Se avergüenza				64. [ ]
65. Es demasiado tímido				65. [ ]
66. Habla de matarse				66. [ ]
67. Es poco activo(a), se mueve lentamente, le falta energía				67. [ ]
68. Está triste o deprimido(a), es infeliz				68. [ ]
69. Se aísla, no se lleva con otros				69. [ ]
70. Se preocupa				70. [ ]

## II. ¿Cómo soy?

Instrucciones: A continuación, se presenta un cuestionario que tiene como finalidad conocer cómo es la relación con su hijo(a). Por favor trate de contestar en la opción que mejor describa su actuar con su hijo(a). Marque con una X en la opción que mejor describa la relación con su hijo(a).

**NO MARCAR LA PARTE SOMBREADA**

SITUACIÓN	NADA	REGULAR	MUCHO	
1. Le pego sin que lo merezca				1. [ ]
2. Le doy coscorriones				2. [ ]
3. Le pego con la mano				3. [ ]
4. Lo(a) comparo negativamente				4. [ ]
5. Le jalo el cabello				5. [ ]
6. Le pego con algún objeto				6. [ ]
7. Le pongo apodos ofensivos				7. [ ]
8. Lo amenazo				8. [ ]
9. Lo(a) golpeo				9. [ ]
10. Le hablo con coraje				10. [ ]
11. Lo(a) pateo				11. [ ]
12. Le digo que es tonto				12. [ ]
13. Me burlo de él(ella)				13. [ ]
14. Le digo que es un(a) inútil				14. [ ]
15. Le pego para que le duela				15. [ ]
16. Lo humillo				16. [ ]
17. Lo(a) pellizco				17. [ ]
18. Le grito				18. [ ]
19. Lo(a) regaño				19. [ ]

**APÉNDICE 2**

**ESCALA DE AUTORIDAD**

**PARENTAL PARA ADOLESCENTES**

**MEXICANOS**

**Escuela de Autoridad Parental para Niños**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



Folio: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES.** Por favor responde las siguientes preguntas

<b>PARTE I: DATOS DEL NIÑO</b>	
1. Nombre completo del niño : _____	
2. Fecha actual: ____/____/____ (día) (mes) (año)	
<b>Por favor NO MARCAR LA PARTE SOMBREADA</b>	
3. Edad: ____ (años cumplidos)    Sexo: ( 0 ) H ( 1 ) M	3. [ ] [ ] [ ] [ ]
Grado: ( 1 ) Tercero ( 2 ) Cuarto ( 3 ) Quinto ( 4 ) Sexto	
Grupo: ( 1 ) A ( 2 ) B ( 3 ) C	
4. Turno: ( 0 ) Matutino ( 1 ) Vespertino	
5. Número de hermanos:	
6. Posición que ocupas entre tus hermanos	
<b>PARTE II: DATOS DEL TUTOR (PADRE MADRE)</b>	
1. Nombre de tu mamá _____	1. [ ] [ ]
2. Nombre de tu papá: _____	
6. Número de hijos _____ Número de horas que pasa con su hijo en casa al día: _____	





**¿CÓMO ES MI MAMÁ?**

Instrucciones: estas preguntas tienen como finalidad conocer cómo es la relación con tu mamá. Por favor trata de contestar en la opción que mejor describa a tu mamá. Marca con una X en la opción que mejor describa la relación con tu mamá.

EJEMPLO:

Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
	<b>X</b>		

**NO MARCAR LA PARTE SOMBREADA**

Situación	Completamente en desacuerdo 	En desacuerdo 	De acuerdo 	Completamente de acuerdo 	
1. Mi mamá no quiere que discuta con ella					1. [ ]
2. Mi mamá me explica por qué debo hacer las cosas					2. [ ]
3. Mi mamá me perdona mis errores y malas conductas					3. [ ]
4. Mi mamá impone reglas claras de acuerdo a sus hijos					4. [ ]
5. Mi mamá me explica las reglas que me pone					5. [ ]
6. Mi mamá respeta la manera de ser de sus hijos					6. [ ]
7. Mi mamá me obliga a hacer cosas que no quiero					7. [ ]
8. Mi mamá nos dirige las actividades y conductas convenciéndonos					8. [ ]
9. A mi mamá le importa muy poco los problemas que tenemos sus hijos					9. [ ]
10. Mi mamá me deja hacer lo que quiero					10. [ ]
11. Mi mamá me da permiso de todo					11. [ ]
12. Mi mamá no me hace caso					12. [ ]
13. Mi mamá nos educa de manera rigurosa					13. [ ]
14. Mi mamá le importa muy poco en lo que hago o no hago					14. [ ]
15. Mi mamá me ha impuesto reglas claras de comportamiento					15. [ ]
16. Mi mamá me exige que haga las cosas como ella dice					16. [ ]
17. No le importo a mi mamá					17. [ ]

## **APÉNDICE 3**

### **Distribución de frecuencias para los trastornos internalizados del niño**

**Distribución de frecuencias del síndrome ansioso depresivo en el niño**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válido</b>	0	32	21.9	21.9	21.9
	1	34	23.3	23.3	45.2
	2	23	15.8	15.8	61.0
	3	20	13.7	13.7	74.7
	4	12	8.2	8.2	82.9
	5	4	2.7	2.7	85.6
	6	6	4.1	4.1	89.7
	7	5	3.4	3.4	93.2
	8	3	2.1	2.1	95.2
	9	1	.7	.7	95.9
	10	4	2.7	2.7	98.6
	12	1	.7	.7	99.3
	13	1	.7	.7	100.0
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

### Distribución de frecuencias del síndrome aislado depresivo

---

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válido</b>	0	44	30.1	30.01	30.1
	1	37	25.3	25.3	55.5
	2	14	9.6	9.6	65.1
	3	24	16.4	16.4	81.5
	4	11	7.5	7.5	89.0
	5	5	3.4	3.4	92.5
	6	2	1.4	1.4	93.8
	7	1	.7	.7	94.5
	8	5	3.4	3.4	97.9
	9	2	1.4	1.4	99.3
	11	1	.7	.7	100.0
	Total	146	100.0	100.0	

---



### Distribución de frecuencias del síndrome de quejas somáticas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	0	74	50.7	50.7
	1	28	19.2	69.9
	2	17	11.6	81.5
	3	9	6.2	87.7
	4	9	6.2	93.8
	5	5	3.4	97.3
	6	2	1.4	98.6
	7	1	.7	99.3
	8	1	.7	100.0
Total	146	100.0	100.0	

## **APÉNDICE 4**

### **Distribución de frecuencias para los estilos de crianza**

**Distribución de frecuencias del estilo negligente**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válido</b>	4	37	25.3	25.3	25.3
	5	11	7.5	7.5	32.9
	6	15	10.3	10.3	43.2
	7	19	13.0	13.0	56.2
	8	12	8.2	8.2	64.4
	9	5	3.4	3.4	67.8
	10	18	12.3	12.3	80.1
	11	8	5.5	5.5	85.6
	12	5	3.4	3.4	89.0
	13	3	2.1	2.1	91.1
	14	1	.7	.7	91.8
	15	5	3.4	3.4	95.2
	16	7	4.8	4.8	100.0
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

### Distribución de frecuencias del estilo autoritario

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válido</b>	3	13	8.9	8.9	8.9
	4	10	6.8	6.8	15.8
	5	10	6.8	6.8	22.6
	6	28	19.2	19.2	41.8
	7	27	18.5	18.5	60.3
	8	14	9.6	9.6	69.9
	9	18	12.3	12.3	82.2
	10	7	4.8	4.8	87.0
	11	7	4.8	4.8	91.8
	12	12	8.2	8.2	100.0
	Total	146	100.0	100.0	

**Distribución de frecuencias del estilo autorizativo**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válido</b>	4	3	2.1	2.1	2.1
	5	2	1.4	1.4	3.4
	6	2	1.4	1.4	4.8
	7	2	1.4	1.4	6.2
	8	4	2.7	2.7	8.9
	9	14	9.6	9.6	18.5
	10	14	9.6	9.6	28.1
	12	27	18.5	18.5	46.6
	13	22	15.1	15.1	61.6
	14	23	15.8	15.8	77.4
	15	18	12.3	12.3	89.7
	16	15	10.3	10.3	100.0
	Total	146	100.0	100.0	

## **APÉNDICE 5**

### **Distribución de frecuencias para las prácticas de disciplina severa**

**Distribución de frecuencias de la disciplina hostil**

---

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válido</b>	0	34	23.3	23.3	23.3
	1	37	25.3	25.3	48.6
	2	37	25.3	25.3	74.0
	3	18	12.3	12.3	86.3
	4	8	5.5	5.5	91.8
	5	7	4.8	4.8	96.6
	6	2	1.4	1.4	97.9
	7	2	1.4	1.4	99.3
	8	1	.7	.7	100.0
	Total	146	100.0	100.0	

---

**Distribución de frecuencias de la disciplina severa con agresión física**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válido</b>	0	68	46.6	46.6	46.6
	1	52	35.6	35.6	82.2
	2	15	10.3	10.3	92.5
	3	5	3.4	3.4	95.9
	4	3	2.1	2.1	97.9
	5	2	1.4	1.4	99.3
	7	1	.7	.7	100.0
	Total	146	100.0	100.0	



**Distribución de frecuencias de la disciplina severa principalmente con agresión verbal**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válido</b>	0	93	63.7	63.7	63.7
	1	24	16.4	16.4	80.1
	2	14	9.6	9.6	89.7
	3	6	4.1	4.1	93.8
	4	8	5.5	5.5	99.3
	7	1	.7	.7	100.0
	Total	146	100.0	100.0	

### Distribución de frecuencias de castigo corporal moderado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	0	95	65.1	65.1	65.1
	1	28	19.2	19.2	84.2
	2	18	12.3	12.3	96.6
	3	3	2.1	2.1	98.6
	4	2	1.4	1.4	100.0
	Total	146	100.0	100.0	

**Distribución de frecuencias de castigo verbal moderado**

---

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válido</b>	0	81	55.5	55.5
	1	51	34.9	90.4
	2	8	5.5	95.9
	3	5	3.4	99.3
	5	1	.7	100.0
Total	146	100.0	100.0	

---