



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“PERCEPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LOS ESTILOS PARENTALES DE SUS PADRES Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

BRENDA NATALIA HERNÁNDEZ MACIAS

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. ALEJANDRA VALENCIA CRUZ

REVISOR:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

SINODALES:

**DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL Y ANCONA
MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA
DRA. ALICIA ELVIRA VELEZ GARCÍA**



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme formarme tanto profesionalmente como personalmente, por enseñarme tanto dentro y fuera de sus aulas, por ser más que una escuela un hogar y por poner en mi camino personas maravillosas.

A la Facultad de Psicología por brindarme el conocimiento necesario y las bases para formarme como psicóloga, por darme la oportunidad de conocer maestros académicos y de vida y por demostrarme que el conocimiento no tiene fin.

A mi Directora, la Dra. Alejandra Valencia Cruz por su compromiso, pasión y entrega en todos sus proyectos y por compartirme de su conocimiento, apoyo y tiempo.

A mi revisor, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, por sus comentarios, correcciones e interrogaciones que me permitieron mejorar esta tesis.

A mis sinodales, Dra. María Fayne Esquivel y Ancona, Mtra. Laura Angela Somarriba Rocha y Dra. Alicia Elvira Velez García, por cada corrección, consejo y aportaciones a ésta tesis que me permitieron mejorar la calidad de mi proyecto.

A la institución educativa donde se realizó el proyecto, por no sólo facilitarme la aplicación de instrumentos, sino también su apoyo y confianza.

Gracias.

“Por mi raza hablará mi espíritu”

José Vasconcelos.

DEDICATORIAS

A ti, que sin pensarlo has creído en mi.

Que desde el principio de mi existencia no dudaste en dar todo por mi, que no has permitido que nada me falte, que has vencido todas las adversidades que la vida te ha puesto, que todo el tiempo me has enseñado a ser una gran persona con tu ejemplo.

A ti, que me enseñas a no rendirme, a levantarme siempre, a ser mejor cada día, a dar todo de mi, a amar al límite, a perdonar, a sentir, a reír.

A ti, que eres mi motor, mi alegría y mi más grande amor.

Gracias por estar siempre conmigo, por darme la mano cuando lo necesito, por cuidarme, amarme y nunca dejarme sola.

Eres mi orgullo. Sin ti, no sería lo que soy, este logro es más tuyo que mío.

Te amo demasiado, **Mamá.**

A mi paloma, que me enseñó a no darme por vencida y que hay que luchar por lo que se quiere. Quien me motivó a dar todo de mi para alcanzar mis metas y ser independiente.

Quien dedicó su vida para hacerme una mujer de bien. Quien me entendió, guió y cuidó más que ni yo misma. Quien hasta el final me enseñó lo que es el amor, la entrega, la fuerza y el cuidado.

A usted, mi guerrera, quiero decirle que la admiro, la amo y que todos mis logros académicos son para usted. Soy yo quien te agradece por quererme.

Las palabras no me alcanzan, **Abuelita.**

Al hombre de mi vida, el habitante de mi corazón, gracias por tu enseñanzas, por tus cuidados, por el intenso amor que me diste y que aún guardo. Gracias por alegrarme la vida, por preocuparte tanto por mi y asegurarte que nada me hiciera falta.

Abuelito

A mis hermanos, los amo con toda mi alma. Son mi fuerza e inspiración. Gracias por enseñarme tanto y por dejarme ser parte de sus vidas, Siempre estaré a su lado, los admiro muchísimo. No olviden que si yo pude ustedes también.

Ángel, Vanessa y Diana Laura

A mis tías, **Victoria, Angélica, María, Laura, Maru y Graciela**, que me han dado tanto amor y cuidado en la vida, que me han abierto sus brazos y corazón como una hija, que cada una con su distinta personalidad han sido mis maestras. Les agradezco todo el apoyo a mi madre y a mi. Todas ustedes son un ejemplo a seguir, gracias por todo.

A mis tíos, **Güero, Enrique, Cuauhtémoc, Gustavo, Rafael y Armando**, por sus cuidados, su amor y los consejos tan sinceros que me dan. Por estar siempre al pendiente de mi, por su confianza y por motivarme. Los quiero mucho.

A mi mejor amiga **Evelyn**, mi hermana, gracias por ser parte de mi vida, por todas las experiencias juntas y por seguir creciendo conmigo. Gracias por creer en mi cuando más lo necesito, por no dejarme olvidar de lo importante, por quedarte siempre y por tu motivación en ésta tesis. Mi Irma, Juxi, agradezco a la vida ponerte en mi camino.

A ti, **Juan**, que sin esperarlo me has sabido entender y apoyar, que con amor me motivas a ser mejor persona todos los días, que siempre estás conmigo y que me enseñas a dar lo mejor de mí, a volar alto aunque sea en contra del viento, que crees en mi y en mi potencial.

Gracias por tu cariño, paciencia, consejos e interés en éste y todos mis proyectos. Te
admiro y te quiero mucho.

Y por último, a la **Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez**, pues siempre admiraré la pasión y entrega que tiene con la psicología y sus estudiantes, la admiro mucho como maestra y como persona y quiero agradecerle todos los consejos, enseñanzas, supervisiones, correcciones y confianza que me brindó ya que me formaron en gran parte como psicóloga
y como persona.

ÍNDICE

RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	3
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Adolescencia	6
2.1.1 Antecedentes de la perspectiva sociopolítica y científica de la adolescencia.	
2.1.2 Los cambios físicos, psicológicos y cognitivos en la adolescencia.	
2.2 Estilos parentales	14
2.2.1 Estilos parentales y desarrollo	
2.3 Depresión	24
2.3.1 Tratamiento	
2.4 Ansiedad	34
2.4.1 Tratamiento	
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	43
3.1 Justificación	

- 3.2 Pregunta de investigación
- 3.3 Definición de variables
 - 3.3.1.1 Estilos parentales
 - 3.3.1.2 Sintomatología depresiva
 - 3.3.1.3 Sintomatología ansiosa
- 3.4 Objetivo general
- 3.5 Objetivos específicos
- 3.6 Hipótesis

IV. MÉTODO50

- 4.1 Diseño de investigación
- 4.2 Participantes
- 4.3 Instrumentos
- 4.4 Procedimiento
- 4.5 Análisis de datos

V. RESULTADOS56

VI. DISCUSIÓN65

VII. REFERENCIAS.....71

APÉNDICE

Resumen

La presente tesis tuvo como objetivo de estimar la correlación entre la percepción que tienen los adolescentes estudiantes de 15 a 23 años (con una media de 16 años) de una preparatoria pública del Estado de México de los estilos parentales ejercidos por sus padres y la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

Para llevar a cabo dicho estudio se consideró una muestra de 323 adolescentes, a los cuales se les aplicaron los instrumentos de depresión y ansiedad de Beck BDI-II y BAI (Beck y Steer, 1993; Beck, Steer y Brown, 2009), así como el Cuestionario de Percepción de Autoridad Parental (CPAP) (versión ampliada) de Aguilar, Valencia, Sarmiento y Cázares (2007). Seguido a ello, los datos obtenidos se sometieron a un análisis estadístico del coeficiente de correlación de Pearson.

En cuanto a los resultados se encontró que existe una correlación positiva débil entre la percepción de los estilos parentales autoritarios y negligentes y la sintomatología depresiva y ansiosa, y una correlación negativa débil entre los estilos parentales permisivo y democrático y la misma sintomatología, lo cual explica mejor los datos obtenidos al respecto de que la mayor parte de la muestra perciben a sus padres como democráticos (13% al padre y 16.4% a la madre) y presentan puntajes mínimos y leves (respectivamente) (Beck, Steer y Brown, 2009; Beck y Steer, 1993) de las sintomatologías ansiosa (12.36) y depresiva (8.66).

Finalmente, en el análisis la Chi cuadrada de la submuestra de los casos que presentaron puntuaciones consideradas como severas o graves (siendo más frecuentes caso con sintomatología ansiosa severa con respecto a los de depresión grave), se encontró que en los casos de sintomatología depresiva grave no se percibe a ningún padre como democrático, sino que al padre se percibe en su mayoría como autoritario y negligente (40%) y a la madre como negligente (25%), sin embargo, en los casos de sintomatología ansiosa severa, se observó que la madre se percibe en la misma frecuencia como democrática y autoritaria (33.3%), seguido de permisiva (25%) y finalmente negligente (8.3%), y contrario a esto, el padre se percibe con más frecuencia como negligente (44.4%), seguido de democrático (33.3%) y autoritario (22.2%), aunque nunca como permisivo.

Por lo tanto, el análisis de dicha submuestra permite sugerir entonces la posible influencia de otras variables no consideradas en el estudio en cuanto a los casos que obtuvieron ubicados en sintomatología ansiosa o depresiva grave.

I. Introducción

A nivel mundial, los trastornos mentales, en especial los de depresión y ansiedad han incrementado considerablemente, al punto de ser considerados un problema de salud pública. Así mismo, por si fuera poco, dichos trastornos presentan una alta comorbilidad entre sí, afectando el funcionamiento físico y mental del individuo en su vida cotidiana (OMS, 2017).

Tan sólo en México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002) (Medina-Mora, et. al, 2003) ha referido que el 14.3% de la población urbana que se encuentran entre los 18 y 65 años, han sufrido alguna vez en su vida un trastorno ansioso, y el 4.8% uno depresivo, señalando entre los factores de riesgo la edad y el género, puesto que se observa una significativa prevalencia del género femenino con respecto al masculino en su padecimiento de 2:1 y que la edad promedio de inicio de alguno de estos trastornos suele ser durante la adolescencia debido a los cambios biológicos, psicológicos y cognitivos que conlleva.

Por otro lado, se ha observado una relación importante entre el padecimiento de un trastorno ansioso con la ideación suicida y el trastorno depresivo (sobre todo el mayor y la distimia) con el suicidio concretado, siendo entonces de vital importancia su detección temprana para una correcta intervención, y en el caso de la adolescencia para fomentar el desarrollo integral positivo.

No obstante, diversas investigaciones han encontrado a su vez la existencia de factores de protección importantes aún en la adolescencia, entre ellos la sana interacción familiar, donde destacan los estilos parentales ejercidos por los padres y la manera en la que el adolescente los percibe, debido a que una percepción consistente de los mismos tiende a promover un ajuste social y psicológicos adecuado.

Por lo anteriormente mencionado, en ésta tesis se buscará comprobar la hipótesis de si la percepción que tienen los adolescentes de una preparatoria pública del Estado de México sobre los estilos parentales que ejercen sus padres, tiene relación con que presenten la sintomatología ansiosa y depresiva mediante la aplicación de los instrumentos de depresión y ansiedad de Beck BDI-II y BAI (Beck y Steer, 1993; Beck, Steer y Brown, 2009) y el Cuestionario de Percepción de Autoridad Parental (CPAP) (versión ampliada) de Aguilar, Valencia, Sarmiento y Cázares (2007). Además, se buscará determinar si existen diferencias en la sintomatología depresiva y ansiosa según el estilo parental, gracias a un análisis estadístico por medio de la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la correlación de Spearman, así como la obtención de la Chi cuadrada para la distribución de los estilos parentales en los casos que obtuvieron puntajes de sintomatología depresiva y ansiosa grave.

Para ello, se tomarán en cuenta cuatro apartados teóricos para comprender de mejor manera: la etapa de la adolescencia como una trascendencia de la infancia a la adultez que ha experimentado cambios sociohistóricos importantes que al día de hoy permiten una percepción bondadosa del adolescente, los estilos parentales y la evolución de la historia de las familias como una estrategia para sobrellevar los cambios culturales que se suscitan y su afeción en el desarrollo del adolescente, y finalmente, los trastornos de depresión y ansiedad

a manera de comprender su etiología, clasificación (descrita por el DSM-V, 2013) y tratamiento debido al aumento relevante en su prevalencia a nivel mundial y nacional, resaltando la importancia de un trabajo multidisciplinario, donde el psicólogo como profesional de la salud juega un papel importante.

II. Marco Teórico

2.1 Adolescencia

Desde la concepción y hasta el término de su ciclo vital, el ser humano se encuentra sujeto al cambio. Dicho cambio es estudiado por el desarrollo humano ya que se da de manera organizada, pasando por distintas etapas y cuya meta final es la madurez psicológica, física y social (Papalia, 2010).

Dentro de las etapas del ciclo vital, se encuentra una ubicada entre la infancia y la adultez, definida como adolescencia, la cual se analizará en este apartado iniciando por el entendimiento de su evolución desde la perspectiva socio-política y científica, así como los cambios físicos, psicológicos, sociales y cognitivos que conlleva para alcanzar la madurez de la etapa adulta.

2.1.1 Antecedentes de la perspectiva sociopolítica y científica de la adolescencia.

Desde la Antigua Grecia, Platón y Aristóteles (Siglo IV a. C, citado en Santrock, 2006) señalaron la existencia de una diferencia entre la niñez y la juventud, al buscar la estimulación del sentido de la creatividad, curiosidad e investigación o ciencia sólo en los adolescentes, pues ya eran capaces de razonar, elegir y autodeterminarse.

Sin embargo, la percepción de la adolescencia como una etapa del desarrollo fue reconocida formalmente hasta el siglo XX, como resultado de una larga trayectoria histórica

que comenzó en 1908 con la era industrial, cuando con la instauración de tribunales de menores, políticamente se situó oficialmente a la nueva categoría de edad entre la infancia y la mayoría de edad (Feixa, 2006), promulgando leyes dirigidas a los adolescentes que aseguraban su in-dependencia, excluyéndolos del campo laboral y obligándoles a asistir a la educación secundaria, con el fin de obtener futuros empleados eficaces y productivos para la nueva cultura industrial (Santrock, 2006).

Simultáneo a estos acontecimientos, se comenzó el estudio científico de dicha etapa, siendo Hall el pionero en el tema (citado en Lozano, 2014), en 1904 con su obra: *Adolescence: its Psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*, donde bajo una mirada darwiniana, destacaba la importancia de los factores fisiológicos-genéticos y ambientales en el desarrollo del individuo, ubicando la adolescencia entre los 13 y 23 años y caracterizándola como una etapa de tempestad y estrés debido a la turbulencia emocional resultante de conflictos y cambios anímicos, promoviendo así un estereotipo negativo de la misma (Adrián y Rangel, s/f).

No obstante, se observó desde una perspectiva antropológica que dicha turbulencia emocional no es una verdad absoluta, pues aunque durante la adolescencia se atraviesan cambios biológicos, es en gran medida una construcción cultural, en el sentido que la cultura influye la percepción y desarrollo del adolescente, por lo cual, incluso puede ser considerada como un factor de protección (Feixa y Leccardi, 2011; Mead, 1928; citado en Santrock, 2006).

Siguiendo estas investigaciones, en América Latina, el estudio científico de la adolescencia inició alrededor de los años cincuentas, sesentas e inicios de los setenta, por medio de la institucionalización (por parte de la sociología), ya que el Instituto Latinoamericano de Planificación Económico y Social, ILPES (dependiente de la CEPAL) permitió la investigación de diversos fenómenos sociales donde participaban los jóvenes (Feixa, 2006).

Algunos de éstos fenómenos se daban a nivel mundial, mostrando la participación activa de los adolescentes en movimientos sociopolíticos de importancia (liberación sexual en 1960; movimientos de protesta infantil; la búsqueda de la equidad de género y de derechos civiles) y permitiendo que en 1985, la UNESCO lo declarara el Año Internacional de la Juventud, dando a su vez la pauta para posicionar a la adolescencia como un tema importante en debates de ciencias sociales (Feixa, 2006).

Así entonces, dicha ampliación científica y del conocimiento de la influencia de factores como las diferencias socioeconómicas, el género, la cultura, edad, entre otros (Santrock, 2006) con respecto a la adolescencia, permitieron un cambio en la percepción, tanto social como la que tiene el adolescente de sí mismo, pasando de los prejuicios sobre una etapa de rebelión y crisis a una de oportunidades que pone a prueba herramientas adquiridas a lo largo del desarrollo, al punto que, como expone la UNICEF (2002), en América Latina y el Caribe, los adolescentes de hecho refieren estar satisfechos consigo mismos y esperanzados a que su vida futura será incluso más positiva que la de sus progenitores.

En síntesis, la historia de la percepción en torno al adolescente, así como el reconocimiento tanto social, político, económico e histórico, han permitido a lo largo de los años, crecientes investigaciones con respecto a la adolescencia, resultando en la obtención de un mayor conocimiento en cuanto a su evolución y función en el ciclo vital y repercutiendo en la manera de vincularnos con el adolescente y la posibilidad de moldearlo hacia un desarrollo óptimo.

2.1.2 Los cambios físicos, psicológicos y cognitivos en la adolescencia.

La etapa de la adolescencia es considerada la más importante en el desarrollo debido a los cambios físicos, psicológicos, cognitivos, emocionales y sociales que se presentan de manera inesperada, pero ordenada (Craig y Baucum, 2009; OMS, 2017; OMS, 2017; Papalia, 2010; UNICEF, 2003) conectándose entre sí y preparando al individuo a encontrar una identidad, el sentido de vida, independencia e individualización y la madurez física, reproductiva y psicosocial propia de la adultez (OMS, 2017).

Bajo esta línea, la OMS (2017), Güemes-Hidalgo, González-Fierro, & Hidalgo Vicario (2017), Hidalgo Vicario (2013), Society for Adolescent Medicine (1995) (citado en Villamil, Villacián, Canedo, Villacián y Rodríguez, 2005), UNICEF (2003) indican que la adolescencia acapara un rango de edad entre los 10 y 19-21 años, distinguiendo tres subetapas de desarrollo: Adolescencia temprana o pubertad (entre la edad de 10 a 14 años), adolescencia media (entre la edad de 14 y 16 años) y la adolescencia tardía (entre la edad de 17-18 a 19-21 años). Sin embargo, las edades promedio de cada subetapa varía de acuerdo el

autor, en especial la de su finalización, pues esta se determina una vez completado el desarrollo fisiológico, social y psicológico.

Ahora bien, explorando un poco la idea del inicio de la adolescencia y su entendimiento, se ha encontrado que durante la pubertad, la genética, nutrición, salud, el ambiente, entre otros factores, juegan un papel importante en la producción de los cambios biológicos hormonales que permiten los cambios físicos y anatómicos propios de la etapa (factores sexuales secundarios; la capacidad de reproducción; la finalización en el crecimiento somático y psicológico; eliminación de sinapsis innecesarias y creación de nuevas; aumento de mielinización; entre otros) (Lillo, 2004; Olivia, 2007; Muñoz y Pozo, 2011; Sharp y otros, 2004; Waylen y Wolke, 2004; citado en Santrock, 2006; Temboursy, 2009) los cuales, además promueven el crecimiento cognitivo del adolescente al reafirmar experiencias, incrementar y mejorar sus funciones ejecutivas, autorregulación conductual y emocional, toma de decisiones, capacidad de autocontrol, planificación y anticipación, sentido de responsabilidad, empatía, memoria, atención, selección y respuesta a estímulos y tareas (Gómez- Pérez, Ostrosky-Solís y Próspero-García, 2003; Oliva, 2007).

En otras palabras, el adolescente trasciende del pensamiento concreto de la niñez al abstracto o formal del adolescente (11- 12 años a 14- 15 años) de acuerdo con Piaget (1969, citado en Inhelder y Piaget, 2007), haciendo ahora uso de operaciones proposicionales para formular hipótesis y deducciones lógicas por medio de la experiencia; un pensamiento flexible, reflexivo y con capacidad de discusión, anticipación y prevención que parte de lo general a lo particular para entender el sentido común y generar leyes; y formar una

autonomía moral, que favorece a los factores sociales al percibir valores ideales necesarios para el razonamiento social (Moreno y Del Barrio 2000; citado en Dávila, 2004).

Así entonces, dichos cambios biológicos y cognitivos traen consigo un impacto y conflicto emocional que influye en el desarrollo psicológico y social del adolescente, al cuestionar su identidad y experimentar por primera vez deseos, pulsiones sexuales, responsabilidades y diversos duelos infantiles, los cuales le obligan a restablecer relaciones e identificaciones (Krauskopof, 1999), así como enfrentar nuevas necesidades por los nuevos roles sociales a cubrir (necesidad de aceptación familiar o social; de realización personal; de autonomía; de autodeterminación; de intimidad y de estabilidad, por medio de actos impulsivos que demuestren sus capacidades adquiridas (Fernandes, 1991).

Aunado a esto, hay que considerar el medio ambiente en donde se desenvuelven actualmente los adolescentes debido a su inestabilidad en comparación a décadas anteriores, que ahora añaden nuevos conflictos, entre ellos, el aumento en índices de divorcios, embarazos adolescentes, abuso de sustancias psicoactivas y el uso desmedido de una tecnología que evoluciona cada vez más rápido y que representa estímulos, a los cuales no se encuentran preparados para procesar cognitiva ni emocionalmente de manera efectiva (Santrock, 2006), y explican, en gran parte, que en los últimos años la adolescencia sea la etapa con mayor incidencia de problemas emocionales y de conducta (Álvarez, Ramírez, Coffin y Jiménez, 2009; Vallejo, Osorno y Mazadiego, 2008), y se considere un periodo crítico para padecer sintomatología depresiva (Cantoral, Méndez y Nazar 2004; Coffin, Jiménez, Béjar, Béjar y Álvarez, s/f).

Además, cuando la ansiedad, presión social o dolor depresivo superan al adolescente éste puede evitar los cambios a través de la patología de la crisis del desarrollo, implicando un conjunto de síntomas llamado Síndrome Normal de la Adolescencia o Crisis de la Adolescencia por Lillo (2004) o Crisis de Identidad VS confusión de identidad por Erikson (1963, citado en DiCaprio, 1989), que prolongan la etapa incluso hasta superar la veintena de años.

Empero, dichas experiencias no sólo pueden ser vividas de manera patológica, sino también positiva, en el sentido de que permiten reorganizar el presente y generar una identidad e independencia, así como alcanzar la madurez al rescatar aprendizajes obtenidos a lo largo de la vida si se tiene un apoyo externo (Lillo, 2004; Krauskopof, 1999).

Por ello, Lillo (2004) retoma que el entorno donde se desenvuelve el adolescente, en especial las relaciones parentales, la relación con los pares o amigos y la visión del adolescente de sí mismo, pueden actuar como factor de protección al promover la independencia, el ensayo de la identidad y las capacidades obtenidas y adquirir el autocuidado y aceptación.

Esto quiere decir entonces, que si bien aunque en la adolescencia se busque la individualización, independencia emocional y psicológica, así como el enriquecimiento del repertorio de comportamientos, actitudes y aptitudes humanas para su desarrollo por medio de nuevas relaciones sociales (Fernandes, 1991), no significa que se deje de necesitar el apoyo e interés de figuras adultas más cercanas (Hamburg y Hamburg, 2004; citado en Santrock, 2006), ya que investigaciones concuerdan que cuando los padres se muestran

comunicativos, cercanos y afectuosos con el adolescente, éste mostrará un ajuste psicosocial positivo, confianza en sí mismo, competencia conductual y académica, autoestima, bienestar psicológico y menos síntomas depresivos y rebelión ante las estrategias de control por parte de los padres (Arranz y Oliva, 2010; Oliva, Pertegal, Antolín, Reina y Ríos, 2011).

Por lo tanto, sintetizando a manera de conclusión, el concepto de adolescencia ha recorrido un largo camino tanto para reconocerse como una etapa del ciclo vital por sí misma como para trascender de una perspectiva negativa a una bondadosa, pues si bien la adolescencia simboliza una etapa de cambios y crisis, ha demostrado ser una etapa de oportunidades si el contexto cercano funge como red de apoyo al prevenir conductas riesgosas y moldear al adolescente hacia un desarrollo sano y una adaptación positiva al mundo externo e interno (Borrás, 2014; Lillo, 2004), de tal forma que es necesario indagar la relación del contexto más cercano al adolescente (familia) así como sus formas de interacción y educación con su desarrollo en el siguiente apartado.

2.2 Estilos parentales

Desde el nacimiento, los adultos que rodean al infante juegan un papel importante en su desarrollo psicológico, socioafectivo y cognitivo, pues son el primer núcleo de convivencia significativa debido a los cuidados y afectos continuos que le proporcionan (Rice, 1997; UNICEF, 2004). Además, si dicho núcleo cuenta con una sana interacción, se promueve la estructuración de un apego seguro y un vínculo confiable que estimula el aprendizaje de la comunicación emocional, la empatía y la confianza con los demás (Moneta, 2014; Páez, Campos, Fernández, Zubieta y Casullo, 2007; UNICEF, 2004).

Del mismo modo, Vygotsky (1979; citado en Ramírez-Lucas, Ferrando y Sainz, 2015), aporta en su modelo sociocultural, que las interacciones del niño con sus padres (o alguna otra figura) son importantes durante su desarrollo, puesto que permiten alcanzar el desarrollo cognitivo potencial, donde los padres a través de sus experiencias y conocimientos (que el infante carece), guían su desarrollo, impulsando y modelando en el aprendizaje y permitiendo el crecimiento intelectual, personal y psicosocial, brindando a su vez, tanto el apoyo necesario para resolver conflictos y nuevas experiencias de manera independiente por medio del lenguaje (verbal o no verbal), como el conocimiento e identificación del mundo externo e interno.

Por otro lado, la convivencia temprana con los padres también permite al infante incluirse a su cultura mediante el proceso bidireccional de socialización, el cual enseña normas, valores, roles, creencias, actitudes y conductas esperadas socialmente para que las aprenda e

interiorice (Muñoz, 2009; Rodrigo y Palacios, 1998, citado en Ramírez, 2005; Simkin y Becerra, 2013; Páez, Fernández, Ubillos y Zubieta, 2005; Yubero, 2006). No obstante, éste proceso también se presenta durante la adolescencia, pues las figuras de autoridad aún representan una influencia importante (Blas y Pérez de Guzmán, 2010; Grusec y Hastings, 2007; Llopis & Llopis, 2003; Capano y Ubach, 2013; Picornell, 2009; Suria, 2010).

Así mismo, el modelo ecológico propuesto Brofenbrenner y Morris (1998; citado en Arranz y Oliva, 2010) expone que dentro de las estrategias de socialización o la manera de educación elegida por los padres, se deben considerar los contextos social, económico y cultural en dónde se desempeña la interacción familiar por los factores estresantes que conllevan (Richaud, et al, 2013).

Bajo esta línea, Palacios (1988; citado en Ramírez, 2005), sintetiza que la manera de educación elegida por los padres se ve influenciada por tres factores; el primero lo relaciona con el niño (edad, sexo, entre otros), el segundo con relación a los padres (sexo, experiencias previas, personalidad, nivel educativo, expectativas, recursos económicos) y el tercero con la situación en la que se lleva a cabo la interacción (características físicas de la vivienda, contexto histórico, acceso a trabajos y servicios, aislamiento, estrés psicológico asociado, etc.) (Richaud, et. Al., 2013). Así mismo, es importante señalar que factores como un alto nivel académico y económico parental, repercuten en la actitud consistente frente a situaciones con sus hijos y otros aspectos en relación con el desarrollo cognitivo, emocional, social, psicológico y académico del adolescente (Muñoz, 2013; Ramírez, 2005).

En este aspecto, hablando ahora de la manera de educación elegida por los padres per se, Baumrind (1966) encontró que cuando se educa a los hijos existe un patrón de conductas en

la relación paterno-filial cotidiana (donde se observan las actitudes, conductas, toma de decisiones y maneras de afrontar los problemas, así como la corrección parental) los cuales son consistentes y constantes a lo largo el tiempo, a no ser que se experimenten cambios evolutivos del desarrollo del hijo que lo requiera. A dichos patrones conductuales denominó “estilos parentales”, buscando definir el grado de control que los padres tienen sobre sus hijos, el contexto emocional y el modo de respuesta a sus necesidades, sin embargo, actualmente también se les conoce como “estilos educativos”, “estilos parentales de educación”, “estilos de crianza” o “estrategias de socialización” (Arranz y Oliva, 2010; Baumrind, 1966; Aroca, Cánovas y Alba, 2012; Ramírez, 2005; Torio, Peña, y Rodríguez, 2008; Ubach, 2013).

Ahora bien, de acuerdo con lo anterior, Baumrind (1966) señaló tres estilos parentales:

1. *Estilo autoritario*: Consiste de un alto grado de control parental en el comportamiento y las actitudes, basándose en lo esperado socialmente y la obediencia sin tomar en cuenta la parte afectiva, limitando así la autonomía de deseos y actos mediante el mandato y castigos, siendo el padre una “autoridad inhibitoria” que somete al hijo a la explotación sin posibilidad de generar acuerdos (Fromm, 1941).
2. *Estilo permisivo*: Estilo donde no se ejerce ningún grado de control sobre el hijo, los padres se muestran positivos en cuanto a los impulsos, deseos y comportamientos sin actuar como guías del desarrollo, permitiendo la total autonomía sin enseñar a obedecer normas sociales y consultando además al niño para la toma de decisiones familiares.

3. *Estilo autorizativo/democrático*: Estilo parental que involucra la parte de normas sociales y la parte afectiva, reconociendo las cualidades del niño pero estableciendo estándares para su conducta esperada a futuro, ya que promueve la comunicación, se toman en cuenta deseos y voluntades del niño, controlando el comportamiento por medio de acuerdos, estimulando la razón, reflexión, disciplina, autonomía y el autoconocimiento del niño para la toma de decisiones. Es decir, que en este estilo, se ejerce un control firme, pero sin privaciones donde el adulto es la guía que enseña normas y la importancia de dar y recibir.

No obstante, poco después, Maccoby y Martin (1983; citado en Jiménez, 2009) reformularon lo propuesto por Baumrind basándose tanto en el control y el afecto de los padres con los hijos, añadiendo a su teoría el estilo parental “*negligente*”, donde los padres utilizan patrones de educación indiferentes, ambiguos, irritables, pasivos e inconsistentes, incluso aplicando castigos físicos.

Por lo tanto, ésta clasificación de estilos parentales y las bases teóricas expuestas anteriormente han permitido una investigación profunda con respecto a la manera en la que estos estilos parentales influyen en el desarrollo del hijo, permitiendo fomentar un desarrollo integral del niño o adolescente en torno a poner interés en su educación procurando el bienestar, a lo cual la Recomendación del Consejo de Europa (2006) y Rodrigo, Máiquez y Martín (2010) lo denominan parentalidad positiva, que en cierto modo es un sinónimo del estilo parental democrático pues invita a educar con límites sin violencia, tomando en cuenta la parte afectiva para brindar apoyo y reconcomiendo necesario.

2.2.1 Estilos parentales y desarrollo

Si bien durante la adolescencia los padres se ven desplazados en cierto sentido debido a las nuevas interacciones sociales con los pares, los estilos parentales siguen teniendo una enorme influencia en el desarrollo. Por esto, es que se analizará dicha influencia y cómo los cambios experimentados en la etapa de la adolescencia repercuten en la interacción entre padre e hijo, además de la evolución sociohistórica que ha ido experimentando el contexto familiar.

Llegados a este punto, Parra y Oliva (2005) exponen que aunque no existen investigaciones concluyentes al respecto de una evolución del estilo parental en función de la edad, durante la adolescencia (sobre todo en la pubertad) el sistema familiar y sus patrones de interacción cambian a un ambiente inestable que fluctúa entre el afecto y la hostilidad al presentar nuevos conflictos, asociados normalmente a ajustes de horarios, códigos de vestimenta y académicos que se experimentan mayormente con la figura materna por la cercanía emocional que representa, entre otros, y los cuales son sólo reflejo de ésta transición del ciclo vital que afecta tanto al ahora adolescente como a los padres y repercute en su relación y comunicación, al grado en el que el estilo parental que se utilizaba hasta entonces sufrirá algunas modificaciones. Sin embargo, estas nuevas frustraciones y conflictos al ser superados de manera positiva refuerzan el vínculo paterno-filial, promoviendo nuevas formas estilos parentales, por lo que no es tan importante el tema que origina el conflicto sino la manera de resolverlo.

Ahora bien, para comprender mejor el estilo parental utilizado es importante considerar también la influencia de la evolución del contexto sociocultural donde se desenvuelve la familia, ejemplo de esto es que hace más de un siglo atrás, solía educarse a los hijos bajo el estilo permisivo, razonando que invitaba a la exploración (Dewey, 1915, citado en Baumrind, 1966). Poco después, Spock (1946; citado en Baumrind, 1966), descartó dicha ideología al destacar la importancia de las prácticas de cuidado infantil, en especial durante la primera infancia en cuanto a las prácticas disciplinarias. Por otro lado, en los años 70's, este modo de educación volvió a cambiar ahora bajo un estilo autoritario al considerarse al adolescente como un objeto de producción que debía trabajar y obedecer sin reflexionar para demostrar respeto (López, 2010). Actualmente, aunque se ha buscado promover una percepción positiva del desarrollo del adolescente y un estilo parental que lo motive, esto se ve influenciado por los cambios drásticos que ha sufrido la constitución de las familias en comparación con siglos anteriores, pues hoy en día son en su mayoría constituidas o monoparentales.

Bajo esta línea, se ha observado que en las familias reconstituidas existe un predominio del estilo permisivo, pues para fomentar el autoestima del hijo, el padrastro o madrastra tienden a dejar la educación al progenitor (Arranz y Oliva, 2010; Parra y Oliva, 2005), siendo diferente el caso en cuanto a las familias monoparentales, ya que éstas se asocian con un estilo coercitivo e incongruente por la falta de límites, normas, apoyo emocional y por la presencia de problemas económicos, afectivos y de comunicación, generando entonces estrés, conductas delictivas, de consumo, antisociales o violentas (sobre todo en la falta de la figura paterna), problemas para relacionarse durante la adolescencia, un inadecuado desarrollo social y académico y trastornos depresivos en mujeres, entre otros (De Gramo y

Forgatch, 1999, citado en Aroca, Cánovas y Alba 2012; Mayorga, 2009; Morrow, 1988; citado en Santrock 2006; Puello, Silva y Silva, 2014; Vera, 2015).

Por otro lado, en las familias donde ambos padres viven juntos, se ha encontrado que el control o castigo se da de manera más elevada, pues prevalecen estilos permisivos-negligentes que influyen negativamente en la conducta filial (Aroca, Cánovas y Alba, 2012; Muñoz, 2013).

Considerando lo anterior, el comprender la influencia del contexto sociohistórico y de la evolución de las etapas del ciclo de vida en la interacción familiar y elección de los estilos parentales es indispensable para el análisis de la influencia del estilo parental predominante en el desarrollo del adolescente.

En este sentido, diversos estudios refieren que el *estilo democrático* se asocia mayormente con un desarrollo psicosocial sano del adolescente en cualquier cultura, pues resultan adolescentes estables y con bienestar y madurez psíquica, emocional y social, adaptados a su entorno, con ajuste emocional y comportamental, autoestima, autoconfianza y autocontrol positivo, que tienen un rendimiento académico alto, expresivos afectivamente, mantienen una relación paterno-filial sana y que presentan niveles bajos en consumo de sustancias y problemas de conducta en comparación con los adolescentes educados bajo estilos parentales negligentes y autoritarios (Arranz y Oliva, 2010; Girardi y Velasco, 2007; Llopis y Llopis, 2003; López-Soler et al., 2009; Montoya-Castilla, Prado-Gascó, Villanueva-Badenes y González-Barrón, 2016; Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004; Rodríguez, Pérez-Fuentes y Gázquez, 2013; Torío, Peña y Menéndez, 2008).

A su vez, los adolescentes educados bajo el *estilo parental permisivo* se muestran autónomos aunque poco obedientes (pues no comprenden los valores y normas sociales), aparentemente alegres, con buen autoconcepto, pero dependientes, con conducta antisocial e irresponsabilidad poco creativos, con problemas de baja autoestima, autocontrol y confianza, propensos a conductas de riesgo, agresivas y de salud e incluso (cuando es el estilo materno predominante) con problemas de violencia filio-parental e inadaptación escolar, al igual que los estilos autoritario y negligente (Aroca, Cánovas y Alba, 2012; Krumm, Vargas y Gullón, 2013; Llopis y Llopis, 2003; Rodríguez, et. al., 2013; Torío, et. al., 2008).

En cuanto al uso del *estilo parental autoritario*, estudios como los de De la Torre-Cruz, García-Linares y Casanova-Arias (2014), Franco, Pérez y Pérez (2014), López-Soler, Puerto, López-Pina y Prieto (2009), Montoya-Castilla, et. al., (2016) y Vallejo, Osorno & Mazadiego, (2008), entre otros, muestran que el control excesivo y poco afecto conlleva los adolescentes a mostrarse rebeldes y con problemas de autoestima, emocionales, de consumo de sustancias adictivas, de seguridad en sí mismos, de impulsividad, agresividad en la relación con pares, desadaptación social, bajo ajuste emocional y social de conductas violentas, de timidez, de expresión de afecto, de baja tolerancia al estrés, así como una fuerte relación con niveles altos en la sintomatología depresiva y ansiosa.

Finalmente, en relación con los adolescentes educados bajo el *estilo parental negligente*, se ha relacionado con problemas académicos, de adaptación social, de dependencia, emocionales, de conductas delictivas o abusivas y de consumo de sustancias, de inseguridad, inestabilidad, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima, de impulsividad y con presencia de síntomas depresivos e ideación suicida y de ansiedad (Capano y Ubach, 2013;

Franco, et. al., 2014; Jiménez, 2009; Llopis y Llopis, 2003; Purizaca, 2012; Sánchez, et. al., 2008; Torío, et. al., 2008).

Ahora bien, aunque las investigaciones anteriormente revisadas muestran cierta tendencia de cada estilo parental elegido y percibido por los padres de asociarse ya sea a factores de riesgo o de protección durante la adolescencia, éste estilo parental no siempre se muestra congruente con el percibido por el adolescente en la interacción familiar, afectando en éste caso de manera negativa su desarrollo (Muñoz, 2013), siendo contrario a lo que ocurre cuando se perciben consistentes, pues ello reduce los niveles de estrés (García-Linares, De la Torre, De la Villa Carpio, Cerezo y Casanova, 2014). Sin embargo, se ha encontrado que si dentro de ésta inconsistencia señalada, el adolescente percibe a un sólo padre como democrático, parece superar los efectos negativos derivados de la misma (Steinberg y Sellers, 1999; citado en González y Landero, 2012).

Dicho esto, es importante entonces considerar las diferencias entre percepciones entre padres y adolescentes, las cuales pueden explicarse tentativamente por la diferencia de expectativas de padres e hijos respecto a los comportamientos apropiados, donde las percepciones de los padres están mayormente sesgadas por la deseabilidad social en comparación con los adolescentes, quienes su percepción se muestra menormente sesgada y más objetiva (Oliva y Parra, 2004; citado en González y Landero, 2012).

Cual sea el caso, es importante promover la calidad del estilo parental que se utilice con los adolescentes para tener un efecto positivo en su desarrollo cognitivo, psicológico y social, ya que aún en dicha etapa de vida es necesario un ambiente nutritivo, donde se promueva la estabilidad afectiva, la seguridad y la confianza.

En síntesis, los estilos parentales utilizados deben ser elegidos cuidadosamente puesto que establecen límites que regulan la conducta, hábitos y habilidades, influyendo además en la construcción de la personalidad, identidad propia, estabilidad emocional, el aprendizaje de nuevas formas de socialización y en el rendimiento académico (Ferrándiz, Fernández y Bermejo, 2011, citado en Ramírez-Lucas, Ferrando, & Sainz, 2015; Krevans y Gibbs, 1996; Kurdek y Fine, 1994, citado en Arranz y Oliva, 2010; Llopis y Llopis, 2003) tanto de manera positiva como negativa. Por ende, es importante estudiar también los trastornos del ánimo (depresión) y de ansiedad para comprenderlos y entender cómo se pueden prevenir desde la modificación de los estilos parentales.

2.3 Depresión

En nuestra vida cotidiana nos vemos obligados a resolver conflictos de diferente índole, por ello es indispensable un desarrollo cognitivo, conductual y emocional óptimo, los cuales son influenciados a su vez por el ambiente y la estructura cerebral (Richaud, et al., 2013).

La relevancia del desarrollo emocional recae en que representa la capacidad de regular las emociones y el afecto que experimentamos diariamente (por ejemplo, tristeza o felicidad) en cierta medida y que permiten nuestra adaptación social y bienestar. Sin embargo, éstas emociones pueden presentar una patología definida como trastornos del estado de ánimo (deprimido o eufórico) (DSM-V, 2013), cuando su intensidad y duración es exagerada para la situación, existe la presencia de otras señales y síntomas clínicos, y la vida cotidiana se ve afectada en cuanto a la cognición, conducta y funcionamiento mental y físico (Friedman y Thase, 1995, citado en Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

En este sentido, en cuanto al concepto de trastorno del ánimo deprimido per se, el DSM-V (2013) lo divide en: Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/ medicamento, trastorno debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Considerando como especificaciones referidas si se presenta con ansiedad; con características mixtas; melancólicas; atípicas; psicóticas; con catatonía; con inicio del periparto; con patrón estacional y sus tipos de remisión así como de gravedad actual.

Siendo además necesario para su diagnóstico, considerar una sintomatología que debe estar presente la mayor parte del día, durante al menos dos semanas y que consta de la disminución significativa del interés o de placer, aumento o pérdida significativa de peso y apetito, estado persistente de ánimo deprimido, insomnio o hipersomnia, fatiga, agitación o retraso psicomotor, sentimiento de inutilidad, culpa excesiva, disminución en la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, ideación y actos suicidas, y en el caso del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en niños de hasta 12 años una irritabilidad y episodios frecuentes de descontrol conductual extremos y desproporcionados con la situación (Beltrán, Freyre y Hernández, 2011; Sarmiento y Aguilar, 2011; National Institutes of Health. 2009).

Sin embargo, en el caso de la distimia y el trastorno depresivo mayor, además de la sintomatología expuesta, se deben considerar la influencia de otros factores para su diagnóstico, entre ellos si se trata de un episodio único o si es recurrente, la incapacidad en la vida diaria debido a los síntomas y su recurrencia, su gravedad actual, características psicóticas y el estado de remisión (en el trastorno depresivo mayor) y/o si los síntomas no incapacitan pero si perduran por lo menos durante dos años (adultos) y un año (niños), obstruyendo el desempeño normal (distimia) (Hernán, 2002).

En otras palabras, lo anterior refiere que los trastornos depresivos (mayores y distimia) suelen ser recurrentes y conllevan diversos síntomas que provocan un sufrimiento y deterioro del desempeño tal que se consideran como la segunda causa de reducción de vida saludable. A lo cual, el estudio de la depresión adquiere relevancia pues representa un problema de salud mundial (OMS, 2017) que incrementó hasta un 18% entre el 2005 y el 2015, afectando

a 300 millones de personas, donde al menos el 9.2% de la población ya la ha padecido alguna vez y cerca del 20% de la población mundial (sobre todo en países desarrollados) padecerá algún trastorno afectivo que requiera un tratamiento médico en alguna etapa de su vida (Belló, Puentes Rosas, Medina Mora y Lozano, 2005).

Por otro lado, en México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002; Medina-Mora, et. al, 2003) refiere que en habitantes urbanos mexicanos entre los 18 y 65 años, existe una prevalencia anual de la depresión de 4.8%, del cual el trastorno depresivo mayor comprende el 3.3%, significando entonces que una de cada cinco personas sufrirá un episodio depresivo antes de cumplir los 75 años de edad (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo, 2012).

Hay que mencionar además, que bajo esta línea de investigaciones en torno al padecimiento de trastornos depresivos, se ha encontrado una influencia importante del género y la edad.

A este respecto, se observa una significativa prevalencia del género femenino con respecto al masculino en su padecimiento, de 2:1 (Beltrán, et. al., 2011; Secretaria de Salud, 2016) para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (Medina-Mora, et. al., 2003; Wagner, et. al, 2012), así como que, aunque se han reportado casos que señalan su presencia desde la infancia afectando el ámbito escolar por síntomas como la apatía, enfermedad frecuente, llanto espontáneo sin causa aparente y una preocupación excesiva por la muerte de algún progenitor (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009; Secretaría de Salud, 2016), se ha encontrado que durante los 11 a los 16 años aumentan las probabilidades de padecer un

primer episodio de trastorno depresivo mayor, representando una prevalencia del 4% al 8% en la población no clínica y del 27% al 40% en la población clínica (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; citado en Beltrán, et. al., 2011; Belló, et. al., 2005; Vallejo, Osorno y Mazadiego, 2008).

Del mismo modo, en México, existe una prevalencia del 7.2% de jóvenes de entre los 12 y 17 años que sufrieron un trastorno depresivo en el último año, considerándose el 54.7% graves (Wagner, et. al, 2012). Además, en los últimos años, el trastorno depresivo ha ocupado el segundo lugar de diagnósticos con mayor prevalencia en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México, seguido por los trastornos de la ansiedad (Márquez-Caraveo, Arroyo-García, Granados-Rojas y Ángeles-Llerenas, 2017).

De ahí que el trastorno depresivo mayor sea considerado el problema psicológico más frecuente en la adolescencia y un predictor importante para la depresión durante la adultez (Arrieta, Díaz y González, 2014; Vallejo, et. al., 2008). Además, normalmente la depresión durante la adolescencia coexiste con otros trastornos, entre ellos trastornos de ansiedad, alimenticios o comportamiento perturbador y abuso de sustancias (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Ahora bien, una de las comorbilidades más importantes a cualquier edad del padecimiento de un trastorno depresivo es el suicidio, ubicándose como la segunda causa de muerte en personas entre los 15 a 29 años, (calculándose cerca de 800 000 suicidios anuales alrededor del mundo) (Belló, et. al., 2005; OMS, 2017) y se ha encontrado que más de la mitad de los suicidios consumados se llevaron a cabo por personas que padecen algún trastorno depresivo

(INEGI, 2013, citado en Instituto Mexicano de la Juventud, 2017), sin considerar que por cada suicidio consumado existen al menos cincuenta intentos de suicidio fracasados que no se logran detectar (siendo más frecuentes en mujeres con respecto hombres) (Sarmiento y Aguilar, 2011; Hernán, 2002; Santos-Preciado, et. al. 2003).

Por otro lado, en nuestro país, la historia no es muy diferente, ya que el suicidio corresponde a la tercera causa de muerte en jóvenes entre los 15 y 19 años, incrementando un 275% entre 1970 y 2007 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2018), lo cual quiere decir que el 40.8% de los suicidios globales obtienen una tasa de 7.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009; INEGI, 2015 citado en Instituto Mexicano de la Juventud, 2017), de los cuales se obtiene una tasa mayor en los hombres con respecto a las mujeres de 12 por cada 100 mil hombres y 3.2 por cada 100 mil mujeres, existiendo frecuencias más altas en Quintana Roo y Campeche con tasas de 13.4 y 13.3 suicidios por cada 100 mil habitantes (Instituto Mexicano de la Juventud, 2017).

No obstante, además de algunos de los factores encontrados que se relacionan con el incremento acelerado de prevalencias de personas que padecen algún trastorno depresivo a nivel mundial y nacional previamente expuesto, así como algunas comorbilidades, es importante comprender ahora un poco la etiología de éste trastorno.

En ese sentido, dentro del estudio de los trastornos depresivos se han encontrado algunos factores influyentes en su padecimiento, como son factores genéticos (depresión endógena) y ambientales o familiares (depresión exógena) (Universidad Autónoma Metropolitana, s/f), los cuales se revisarán brevemente a continuación.

En primer lugar, la depresión endógena, consta de una alteración del funcionamiento biológico, donde juegan un rol importante los antecedentes del individuo y los neurotransmisores, considerando que algunos factores de riesgo genético sólo pueden manifestarse en situaciones de desequilibrio neuroanatómico causado por consumo de sustancias o medicamentos o en momentos particulares del desarrollo, como la pubertad (Hernán, 2002), explicando así su alta prevalencia en el padecimiento de un trastorno depresivo.

Ahora bien, lo comprendido como antecedentes o heredabilidad de la depresión, Hernán (2002) refiere que se muestra débil en comparación a otros trastornos mentales, con tan sólo el 31 a 42%. Sin embargo, si existe una relación más estrecha en su padecimiento y familiares directos o de primer grado, pues aumenta las probabilidades de padecer un trastorno de depresión mayor a lo largo de la vida incluso hasta tres veces o más que la población general, proponiendo además que el conjunto de ciertos genes y su interacción con otros y/o con factores ambientales de riesgo producen la enfermedad, ya que los antecedentes influyen en la respuesta al estrés y la sensibilidad a un ambiente adverso.

Por otra parte, la respuesta emocional ante un ambiente inestable es en cierta medida regulada por la estructura cerebral y los neurotransmisores necesarios. En este aspecto, durante el padecimiento de un trastorno depresivo el cerebro se ve afectado de manera regional por una hiperintensidad, disminución del metabolismo en algunas áreas y aumento del flujo sanguíneo y metabolismo en zonas de la corteza orbitofrontal y amígdala. Además, ciertas estructuras, sistemas y circuitos cerebrales se ven asociados, entre ellos, el sistema serotoninérgico, estructuras límbicas, sistema colinérgico y el factor liberador de hormona de

crecimiento (Hernán, 2002; Guadarrama, Escobar, Zhang, 2006; Trucco, 2002), debido al desequilibrio que se experimenta por niveles anormales de algunos neurotransmisores que permiten la comunicación inter-neuronal, como la serotonina (involucrada en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo sueño-vigilia), noradrenalina (motiva el estado de alerta, aumenta en la vigilia y en episodios de estrés) y dopamina (permite estado de alerta del organismo, actúa como neurotransmisor inhibitorio, función motriz) (Guadarrama, Escobar, Zhang, 2006).

En segundo lugar y a lo que a los factores exógenos o ambientales respecta, se han asociado cuatro factores de riesgo de manera causal con el trastorno depresivo, según Hernán (2002), los cuales comprenden el género, eventos vitales estresantes, experiencias infantiles adversas (abuso sexual o físico, violación, divorcio de los padres o una pobre relación con los mismos y la pérdida de uno o ambos padres antes de los 11 años de edad) (Heim & Nemeroff, 2001; citado en Botto, Acuña y Jiménez, 2014; Trucco, 2002) y ciertos rasgos de personalidad que conllevan problemas en la interacción y poco autocontrol emocional (Secretaría de salud, 2016). Sin embargo, existen otros factores que también influyen en su padecimiento aunque con una débil causalidad, entre ellos: las condiciones de vulnerabilidad social, estado marital de separación, divorcio o personas sin pareja, bajo nivel educativo, escaso soporte social y pertenencia a generaciones recientes (Arrieta, et. al., 2014; Belló, et. al., 2005; Hernán, 2002; Wagner, et. al., 2012).

Así mismo, en los eventos estresantes relevantes relacionados con el inicio de un trastorno de depresión mayor durante la edad adulta, se encuentran en primer lugar las pérdidas no

superadas (especialmente del cónyuge), seguido de problemas familiares o conyugales, enfermedades crónico degenerativas (diabetes, Parkinson, cáncer, VIH, enfermedades cardíacas, derrame cerebral, entre otros) (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2017; Hernán, 2002; Wagner, et. al., 2012), trastornos de la ansiedad y largos periodos de estrés laboral, emocional, económico o social no controlado (que de acuerdo con la Secretaría de Salud [2014] y Instituto de seguridad y servicios sociales de los Trabajadores del Estado [2018], son causales en un 90%).

En cuanto a la etapa con mayor prevalencia como lo es la adolescencia, se ha observado un rol fundamental del contexto social, en especial de la familia y los estilos parentales utilizados, la pobre estimulación cognitiva y afectiva, la sobreprotección, la percepción negativa de la crianza y el grado de educación de los padres en el padecimiento de la depresión, ansiedad y síntomas de desórdenes emocionales (Arrieta, et. al., 2014; Sarmiento y Aguilar, 2011; Trucco, 2002), los cuales al no recibir un tratamiento adecuado tienden a presentar episodios recurrentes y predecir enfermedades más graves en la adultez (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009). Por lo tanto, es importante revisar los diversos tratamientos que han mostrado eficacia en cuanto a los síntomas y recurrencias de un trastorno depresivo.

2.3.1 Tratamientos

Gracias al avance del estudio de los trastornos depresivos, se ha llegado a la conclusión de que un tratamiento efectivo a los síntomas y reincidencias consta de la combinación entre tratamientos médicos que regulan la producción de neurotransmisores y muestran su efectividad a las dos o tres semanas de inicio (ya sea fármacos o terapia electro convulsiva) y los tratamientos psicológicos de diversas técnicas, ya que como se ha estudiado, la depresión es el resultado de la conjunción de factores tanto internos como externos (Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez, 2006; Bogaert, 2012; Hernán, 2002; Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009; Santos-Preciado, et. al., 2003). Por lo tanto, se describirá brevemente cada tratamiento por separado a continuación para su mayor comprensión.

Dentro de los fármacos antidepresivos existe una amplia gama, de aproximadamente treinta agentes (Heerlein, 2002), que incluye distintos efectos secundarios, restricciones médicas y alimenticias, por lo cual requiere un seguimiento de un profesional ya que su consumo debe ser cuidadoso sobre todo en infantes y adolescentes pues pueden aumentar pensamientos o conductas suicidas, inquietud, entre otros síntomas (FDA citado en Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009). Además, debemos considerar que ésta variedad del fármaco depende de su punto de acción, yendo desde los que inhiben la receptación de serotonina, los tricíclicos y los que inhiben la monoaminoxidasa (IMAO) (Hernán, 2002; Heerlein, 2002; Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009; ISSSTE, 2017), entre otros.

Por otro lado, entre los tratamientos psicológicos eficaces para la depresión moderada y grave considerados por la OMS (2017), se encuentran los de activación conductual, la terapia

cognitiva conductual y psicoterapia interpersonal, pues trabajan sobre los patrones de conducta y pensamiento, promoviendo autoestima, autocuidado, toma de decisiones, apoyo familiar, entre otros factores de protección, así como la práctica de algunos ejercicios que faciliten la reducción de síntomas (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2018).

Por lo tanto, se puede concluir que es necesario entonces un tratamiento multidisciplinario que considere efectos secundarios y necesidades del individuo, así como la divulgación de información a la sociedad para que la misma actúe como un factor de protección o de apoyo al reconocer su sintomatología debido a que dicho trastorno resulta incapacitante socialmente para quienes la padecen, así como afecta a quienes le rodean. Además, recordemos que el comprender la depresión y seguir la investigación de nuevos tratamientos eficaces es de vital importancia en el trastorno depresivo, pues se trata de un problema de salud pública a nivel mundial y nacional que frecuentemente presenta una comorbilidad significativa con los trastornos de ansiedad, los cuales señalan incluso una mayor prevalencia, por lo que destaca la necesidad de su estudio y comprensión por separado para identificar factores de riesgo y protección involucrados, por lo cual se revisará en el siguiente apartado.

2.4 Ansiedad

El tomar decisiones y enfrentarse constantemente a nuevos retos y situaciones es algo común en el día a día, por lo que es normal sentir respuestas emocionales como miedo, estrés y ansiedad, que permiten nuestra sobrevivencia al alertarnos de una amenaza, real o imaginaria, siempre y cuando se presenten de manera moderada y existiendo una relación con el estímulo que las provoca.

Ahora bien, para comprender mejor dichas respuestas emocionales, es necesario exponer el concepto de ansiedad *per se* y su diferenciación con las demás. Así entonces, la ansiedad es una respuesta emocional adaptativa que se experimenta al sobrestimar el peligro que puede provocar una situación futura temida, ya sea real (temor a algo externo), neurótica (temor al castigo o pérdida del autocontrol) o moral (sentimientos de culpa) (Fernández, 2013), y que normalmente conlleva síntomas emocionales y físicos que pueden compartirse con el miedo, como el temor, nerviosismo, intranquilidad, desesperación, entre otros.

Por otra parte, frecuentemente se confunde la ansiedad con el estrés debido a que se puede experimentar estrés dentro de la ansiedad al integrar respuestas fisiológicas de defensa ante una amenaza o como producto del análisis que hace una persona al no superar una demanda, sin embargo, no siempre se experimenta ansiedad cuando se está bajo estrés, pues esto depende de la expectativa que se tenga sobre la situación o demanda. En este sentido, la diferencia entre ansiedad y estrés radica en que éste último requiere forzosamente de un estresor que genere una respuesta fisiológica del organismo para contrarrestar o prevenir amenazas o demandas (Reyes-Ticas, s/f).

Así mismo, la ansiedad puede presentarse de manera patológica señalando un trastorno de ansiedad, cuando sus síntomas persisten en el tiempo (6 meses o más en adultos, pudiendo ser más corto en niños) y son excesivos y desproporcionados al punto de afectar el desempeño cotidiano y causar sufrimiento a quien la padece (Camacho y Martin, 2010; DSM-V, 2013; Pérez de la Mora, 2003). En este sentido, el cuadro clínico se conforma principalmente por tensión muscular, vigilancia a un peligro futuro, comportamientos evitativos, sentimientos de angustia, irritabilidad, palpitaciones, dificultad para respirar, malestar estomacal, sudoración, temblores, dolor de cabeza, fatiga, insomnio, entre otros (National Alliance on Mental Illness, 2018).

No obstante, el DSM-V (2013) indica que los síntomas pueden variar entre los diferentes trastornos de ansiedad, diferenciándose entre sí por el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas y el contenido de los pensamientos o creencias asociadas, explicándose a detalle a continuación:

- Trastornos de ansiedad por separación: La ansiedad se genera en la separación con alguna persona por la que se siente un grado de apego inapropiado para el desarrollo por el miedo de posible pérdida o daños. Su duración es de 4 semanas en niños y adolescentes y seis o más meses en adultos.
- Mutismo selectivo: Incapacidad para hablar en situaciones sociales en las que hay expectativa de hablar. La persona habla en otras situaciones. Se altera la comunicación normal y los logros.

- Fobia específica: Miedo hacia objetos o situaciones específicas, la ansiedad y evitación es persistente y desproporcionada al riesgo real.
- Trastorno de ansiedad social o fobia social: Miedo, ansiedad o evitación a interacciones sociales y situaciones dónde se puede ser examinado y evaluado negativamente por los demás.
- Trastorno de pánico: Recurrentes e inesperadas crisis de pánico que generan preocupación excesiva o un cambio desadaptativo en el comportamiento. La aparición de los síntomas, físicos y/o cognitivos, es súbita y alcanzan su nivel máximo en minutos. Además, las crisis de pánico pueden actuar como especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.
- Agorafobia: El individuo teme presentar crisis de pánico u otros síntomas en dos o más circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda, por lo cual las evita (ej.: espacios abiertos, lugares cerrados, estar en una multitud, entre otros).
- Trastorno de ansiedad generalizada: Ansiedad persistente y excesiva, así como una preocupación sobre varios aspectos (como el trabajo y rendimiento escolar) que la persona percibe difíciles de controlar.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos: Ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos.

Dicha clasificación de los trastornos de la ansiedad resulta indispensable puesto que han adquirido relevancia significativa en los últimos años por su alta prevalencia a nivel mundial

y nacional, estimando que entre el 13.6% al 28.8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida (Camacho y Heinze, 2010).

Así mismo, en México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002) refiere que los trastornos de ansiedad son los que se han experimentado con mayor frecuencia alguna vez en la vida, iniciando en edades más tempranas y ocupando el 14.3% en población urbana de 18 a 65 años, seguidos tan sólo por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y trastornos afectivos (9.1%) (Medina-Mora, et. al., 2003).

Ahora bien, dentro del análisis del porcentaje obtenido sobre los trastornos de la ansiedad en dicha encuesta, se encontró que el 7.1% se asigna a fobias específicas experimentadas alguna vez en la vida, 6.1% trastornos de conducta, 5.9% dependencia al alcohol y 4.7% fobia social. Destacando a su vez, que los trastornos de ansiedad considerados como más tempranos y frecuentes son: la ansiedad de separación (media de inicio 5 años), el trastorno de atención (6 años), fobia específica (inicio a los 7 años pero una prevalencia máxima de 16% de 13 a 17 años en América Latina) (DSM-V, 2013) y trastorno oposicionista (8 años). (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2002, citado en Medina-Mora, et. al., 2003).

Lo cual quiere decir, que los trastornos de ansiedad se experimentan por primera vez durante la infancia y adolescencia (con una prevalencia del 9 al 21% en la población general) (Kashani y Orvaschel, 1990, citado en Mardomingo, 2005), siendo en México más los casos de adolescentes que la padecen, considerándose incluso como el principal problema de salud

en dicha etapa del ciclo vital y que persiste si no se obtiene un tratamiento adecuado (Márquez-Caraveo, et. al., 2017; Secretaría de Salud, 2016).

No obstante, otro factor que influye en el padecimiento de los trastornos ansioso es el género, ya que las mujeres muestran una mayor prevalencia con respecto a hombres en una porción de 2:1 (DSM-V, 2013; Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005), siendo los más comunes entre las mexicanas las fobias específicas y sociales (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2002, citado en Medina-Mora, et. Al., 2003).

Por otra parte, una vez expuestos algunos factores de riesgo asociados con dichos trastornos, se debe agregar también, que los trastornos de la ansiedad comúnmente presentan comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y trastornos depresivos con combinaciones sintomáticas (al punto de encontrar una co-ocurrencia en personas con diagnóstico de ansiedad o depresión) (Alberdi, et. al., 2006; Heinze y Camacho, 2010; Arrieta, et. al., 2014), así como con el suicidio y/o intentos de suicidio, ya que más del 40% de las personas que intentaron suicidarse padecían alguno de estos trastornos y tan sólo 18.6% tenía algún trastorno depresivo (Medina–Mora, et. al., 2012). Lo cual es una situación alarmante que remarca la importancia del estudio de los trastornos ansiosos en tanto a la etiología para su futura prevención o tratamiento, concluyendo en diversas investigaciones que se debe a la combinación de factores, entre ellos los genéticos y los ambientales.

En cuanto a los factores genéticos o biológicos, se encuentran además de la edad y el género ya mencionados, la heredabilidad donde familiares directos de pacientes diagnosticados con algún trastorno de la ansiedad son más propensos a enfermar de los

mismos (National Alliance on Mental Illness, 2018), y el desequilibrio de algunas estructuras subcorticales y neurotransmisores, entre ellas el sistema límbico (en especial amígdala y el locus ceruleus) encargado de respuestas emocionales debido a sus diversas conexiones con otras estructuras cerebrales al recibir la señal un estímulo peligroso (Reyes-Ticas, s/f) y los neurotransmisores ansiolíticos como GABA, encefalina, dopamina, acetilcolina, benzodiazepinas e incluso la progesterona y ansiogénicos como el ácido glutámico, colecistokinina, noradrenalina y serotonina (Pérez de la Mora, 2003; Reyes-Ticas, s/f).

Por otra parte, respecto a los factores ambientales que se han asociado con los trastornos de ansiedad, se encuentran: el contexto socio-cultural (debido a que la cultura influye en la interpretación de situaciones novedosas y su carga emocional ansiosa), situaciones estresantes o traumáticas (abuso sexual; pérdidas, separación; maltrato físico; episodios de violencia; enfermedades prolongadas y largos periodos de estrés laboral, emocional, económico o social no controlado) (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2018; National Alliance on Mental Illness, 2018; Secretaría de Salud, 2014; Trucco, 2002). Además, el padecimiento de un trastorno de la ansiedad también puede explicarse considerando factores ambientales que se remontan a etapas pasadas, como la infancia y la adolescencia, ya que al no contar con una red de apoyo (que en dichas etapas es representado por la familia, en especial los padres) ante una experiencia traumática en conjunto con la predisposición biológica, el individuo se mostrará más vulnerable a padecer algún trastorno de ansiedad o depresión (Trucco, 2002).

En cuanto a otros factores ambientales asociados a los trastornos de la ansiedad padecidos durante la adolescencia se encuentran, el abandono del rol infantil; la búsqueda de un nuevo

hogar; una relación sentimental; una parentalidad precoz y problemas familiares (DSM-V, 2013; Secretaría de Salud, 2016), así como la vivencia de estilos parentales intrusivos, sobreprotectores o que utilizan el control severo (relacionados mayormente con el padecimiento de ansiedad de separación y fobias específicas) y la inhibición social por parte de los padres, pues se asocian con la restricción del desarrollo y el mutismo selectivo en niños (DSM-V, 2013). Destacando así, el importante papel de los padres ya sea como factor de riesgo o de protección en el padecimiento de dichos trastornos, al representar el núcleo central tanto para el aprendizaje como para el desarrollo psicosocial, mediante el uso de los estilos parentales.

Finalmente, podemos condensar lo dicho hasta aquí, en que, debido a la amplitud de factores de riesgo que se ven involucrados en los trastornos de ansiedad, lo ideal sería entonces la aplicación de un tratamiento multidisciplinario e integral que considere tanto la parte biológica como psicosocial del individuo, es decir que tome en cuenta expectativas, círculos sociales y posibles síntomas secundarios de cada individuo, entre otros.

2.4.1 Tratamiento

Para un tratamiento adecuado de un trastorno de ansiedad es necesario realizar en primer lugar, un diagnóstico diferencial que descarte condiciones físicas debido al parecido con síntomas de enfermedades cardíacas (National Alliance on Mental Illness, 2018). Una vez llevado a cabo, se recomienda un tratamiento integral entre psicoterapia, medicamentos y enfoques complementarios de la salud, pues el trastorno de ansiedad se conforma de factores biológicos y ambientales.

Dentro de la psicoterapia que ha mostrado eficacia en el tratamiento de estos trastornos se encuentra la terapia psicoanalítica, cuyo fin es trabajar los mecanismos de defensa que utiliza el yo para reducir ansiedades experimentadas por la contradicción o conflicto entre lo consciente y lo inconsciente, lo real y el placer y que puede resultar doloroso (Fernández, 2013), y la terapia cognitivo conductual, la cual trabaja con exposición y prevención de respuesta, obteniendo resultados favorecedores en ciertos tipos de ansiedad como fobias o ansiedad social (National Alliance on Mental Illness, 2018).

Por otro lado, en cuanto a los fármacos para la ansiedad, se ha encontrado que fisiológicamente dichos trastornos comparten características funcionales con los trastornos depresivos, por lo cual los neurotransmisores implicados y los antidepresivos utilizados en el tratamiento parecen ser los mismos de la respuesta de ansiedad y depresión (Arrieta, et. al., 2014), no obstante tal vez se requieran dosis más altas (National Alliance on Mental Illness, 2018).

Sin embargo, también existen medicamentos utilizados para reducir exclusivamente los síntomas físicos y emocionales de la ansiedad, un ejemplo son las benzodiazepinas y el alprazolam (Xanax) en el tratamiento de fobias (National Alliance on Mental Illness, 2018).

Finalmente, también existen algunos enfoques complementarios en la salud que han mostrado un funcionamiento positivo y efectivo ante algunos síntomas de los trastornos de ansiedad, entre ellos los ejercicios de relajación y respiración, un estilo de vida saludable, listado de situaciones que provocan ansiedad, identificación de posibles soluciones, meditación, ejercicio físico, entre otros (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2018; National Alliance on Mental Illness, 2018).

En conclusión, pese a que en México existe un incremento en la prevalencia de los trastornos de la ansiedad con respecto a los trastornos depresivos significativo, de 4.8% a 6.8% en población de 18 a 65 años, es una realidad la existencia de una frecuente comorbilidad entre ambos (aunque solamente se haya diagnosticado formalmente uno de ellos) sobre todo en la etapa de la adolescencia, por lo tanto es importante un tratamiento integral que busque la resolución de cada uno para evitar futuras recaídas y/o prolongación de sus síntomas y afecciones en cuanto a tiempo e intensidad y mejorar la calidad de vida de las personas.

III. Planteamiento del Problema

3.1 Justificación

En la actualidad los cambios sociales que presenciamos en nuestra vida cotidiana nos expone a experimentar estados de ánimo de tristeza, miedo, ansiedad, entre otros. Sin embargo, éstos se pueden volver patológicos al presentar fluctuaciones importantes o un miedo excesivo a lo que puede pasar a futuro persistente en el tiempo, con síntomas intensos y que afecta la vida cotidiana debido al sufrimiento que conllevan.

De acuerdo con la OMS (2016; 2017), el padecimiento de trastornos mentales, en especial ansiedad y depresión, han adquirido una relevancia en el ámbito de salud mundial debido a su incremento de hasta el 50% entre los años 1990 y 2013. Considerándose incluso como el 30% de las enfermedades mundiales, es decir que cerca del 10% de la población mundial las padece, afectan la salud y el desempeño psicosocial, por lo que también se considera la depresión como la cuarta enfermedad que disminuye la calidad de vida debido a la discapacidad severa que provoca (Murray y López, 1996, citado en Hernán, 2002) y como la tercera causante de muerte prematura (Instituto Nacional de Salud Pública, 2018; OMS, 2017).

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002), refiere que el 28.6% de la población mexicana urbana en un rango entre los 18 a 65 años de edad han presentado alguno de los 23 trastornos mentales referidos en la CIE alguna vez en su vida, de los cuales los trastornos de mayor frecuencia son los de ansiedad (14.3%), seguido de los de

uso de sustancias (9.2%) y los afectivos (9.1%), interpretando que existe una prevalencia de los trastornos de la ansiedad con respecto a los trastornos depresivos importante; incrementando de 4.8% a 6.8% (Medina-Mora, et. al, 2003).

Ahora bien, en virtud a los datos mostrados, se estima que entre el 13.6% a 28.8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Heinze y Camacho, 2010) presentando una comorbilidad no sólo con otros trastornos de la ansiedad, sino que también con trastornos depresivos (con combinaciones sintomáticas) (Alberdi, et. al., 2006; Arrieta, et. al., 2014) y con el suicidio o intentos de suicidio, ya que más del 40% de las personas con un intento de suicidio padecían algún trastorno de ansiedad, y tan sólo 18.6% tenía algún trastorno depresivo (Medina–Mora, et al. 2003; Wagner, et. al., 2012).

Sin embargo, aunque los trastornos depresivos ocurren en menor frecuencia que los de ansiedad, éstos afectan a más de 300 millones de personas a nivel mundial (OMS, 2017) y al 6.4% de la población en México (Heinze y Camacho, 2010), relacionándose en mayor medida con los suicidios consumados, pues incluso más de la mitad de los suicidios consumados se realizaron por personas que padecen algún trastorno depresivo (INEGI, 2013, citado en Instituto Mexicano de la Juventud, 2017) siendo un total de 800 000 personas las que mueren al año por su causa, considerándose por lo tanto como la segunda causa de muerte a nivel mundial en un rango de edad de 15 a 29 años (OMS, 2017).

Así mismo, en México los suicidios ocurren en un 40.8% en jóvenes de 15 a 29 años de edad, incrementando un 275% entre el 1970 y 2007 y alcanzando una tasa de 7.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes en el 2013, en su mayoría hombres (81.7%), aunque en cuanto a los intentos de suicidio, la prevalencia es mayor en las mujeres (INEGI, 2015, citado en Instituto

Mexicano de la Juventud, 2017; Instituto Nacional de Salud Pública, 2018; Sarmiento y Aguilar, 2011; Hernán, 2002).

No obstante, pese a los datos referidos anteriormente que reflejan una realidad social, se ha demostrado que en México, aunque las enfermedades mentales conllevan mayormente una discapacidad que incluso una enfermedad crónica, la población que recibe un tratamiento es de tan sólo un 19% aproximadamente, tardando de 4 a 20 años desde la aparición de la enfermedad, por lo que llegan en un estado avanzado de la misma (Heinze y Camacho, 2010).

Por ello, el estudio de los trastornos depresivos y de ansiedad adquieren significancia para determinar diversas variables que se relacionen en su presencia para una posterior prevención, divulgación y tratamiento. A su vez, debido a la influencia de la etapa de la adolescencia en el padecimiento de dichos trastornos, es necesario promover su salud mental y la importancia de desarrollarse en un ambiente nutritivo afectiva y socialmente, sobre todo en el ámbito familiar, pues representa el apoyo necesario para enfrentar retos de la vida cotidiana con seguridad y confianza (Ferrándiz, Fernández y Bermejo, 2011, citado en Ramírez-Lucas, Ferrando y Sainz, 2015) aun cuando se busque la independencia e individualización de los padres y se generen conflictos, puesto que la percepción del adolescente de estilos parentales inconsistentes o carentes de afecto y/o límites suelen asociarse en mayor medida con la presencia de dichos trastornos, problemas de baja autoestima, bajo ajuste emocional, entre otros (Aroca, Cánovas y Alba, 2012; Capano y Ubach, 2013; Franco, et. al., 2014; Jiménez, 2009; López-Soler, Puerto, López-Pina y Prieto, 2009; Llopis y Llopis, 2003; Montoya-Castilla, et. al., 2016; Sánchez, et. al., 2008; Torío, et. al., 2008; Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008).

3.2 Pregunta de investigación

¿La percepción de los adolescentes de una escuela preparatoria pública del Estado de México sobre los estilos parentales que ejercen sus padres se asocia con que padezcan sintomatología depresiva y ansiosa?

3.3 Definición de variables

3.3.1 Estilos parentales

Definición conceptual: De acuerdo con Baumrind (1966) es el grado de control que los padres ejercen sobre sus hijos y cómo responden a sus necesidades en la vida cotidiana en cuanto al ambiente afectivo se refiere, basándose en patrones conductuales de la relación paterno-filial.

Definición operacional: Percepción del adolescente de las actitudes, prácticas y conductas que tienen sus padres con ellos en su convivencia diaria. Puntaje obtenido en el cuestionario de patrones de autoridad parental (CPAP) de Aguilar, Valencia, Sarmiento y Cázares (2007) (Versión ampliada).

Tipo de variable: Variable independiente, variable de intervalo.

3.3.2 Sintomatología depresiva

Definición conceptual: Conjunto de síntomas que está presente la mayor parte del día, durante al menos dos semanas y su intensidad y duración es exagerada para la situación. Además, existe la presencia de otras señales y síntomas clínicos, y la vida cotidiana se ve afectada en cuanto a la cognición, conducta y funcionamiento mental y físico, consta (entre otros) de la disminución significativa del interés o de placer (DSM-V, 2013).

Definición operacional: Total de puntaje obtenido en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 2009) con respecto a los síntomas depresivos acumulados.

Tipo de variable: Variable dependiente, variable de intervalo.

3.3.3 Sintomatología ansiosa

Definición conceptual: Conjunto de síntomas que indican una patología en la respuesta emocional adaptativa de la ansiedad, al persistir en el tiempo (6 meses o más en adultos), ser excesivos y desproporcionados al punto de afectar el desempeño cotidiano y causar sufrimiento a quien la padece (Camacho y Martin, 2010; DSM-V, 2013; Pérez de la Mora, 2003).

Definición operacional: Total de puntaje obtenido en el inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck y Steer, 1993) con respecto a los síntomas ansiosos acumulados.

Tipo de variable: Variable dependiente, variable de intervalo.

3.4 Objetivo general

Investigar si la percepción que tienen los adolescentes estudiantes de una preparatoria pública del Estado de México entre 15 y 18 años mexicanos sobre los estilos parentales que tengan sus padres corresponde con la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

3.5 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas en un grupo de 323 adolescentes estudiantes mexicanos que tengan un nivel estudios de preparatoria.
- Investigar la percepción que tienen los adolescentes entre 15 y 18 años sobre el estilo parental que ejercen sus padres.
- Indagar si la percepción del estilo parental se asocia con los puntajes de los Inventarios de depresión y ansiedad de Beck.
- Determinar si existen diferencias en la sintomatología depresiva y ansiosa según el estilo parental.

3.6 Hipótesis

Hi: La percepción que tienen los adolescentes sobre los estilos parentales que ejercen sus padres tiene relación con la aparición de sintomatología depresiva y ansiosa.

H0: La percepción que tienen los adolescentes sobre los estilos parentales que ejercen sus padres no tiene relación con la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

IV. Método

4.1 Diseño de la investigación

Se empleó un diseño cuasiexperimental para realizar la investigación.

4.2 Participantes

Se trabajó con una muestra intencional compuesta de un total de 323 estudiantes de ambos turnos (55.6% turno matutino y 44.4% turno vespertino) de una escuela preparatoria pública del Estado de México, siendo el 55.4% de primer año, el 17.3% el 2do año y el 27.2% de 3er año, con un promedio general de 8,1 y comprendiendo un rango de edad de 15 a 23 años, con una media de 16 años ($DE= 1.11$) y una moda de 15 años (37.2% de la población en total), quienes además, en su mayoría ingieren bebidas alcohólicas (75%) pero no hacen uso de alguna otra droga (98.5%).

Por otra parte, el 68.3% de la muestra refiere vivir en casa propia con ambos padres (68.1%), siendo tal sólo el 25.7% los que viven sólo con su mamá, el 3.4% con papá y el 2.8% con un tutor. Cual sea el caso, el 45.7% percibe como autoridad a ambos padres, el 36% sólo a mamá, el 15.2% sólo a papá, y el 3.1% a sus tutores. En este sentido, cabe mencionar que, el 53.6% de ambos padres se encuentran casados, el 16.9% en unión libre, 10.3% separados, 5.6% divorciados, 4.4% viudos, 3.4% solteros y el 5.6% separados y en una nueva relación.

Así mismo, el nivel académico más alto alcanzado por los padres es secundaria (38.8%), seguido de preparatoria (30.3%), primaria (16.4%) y profesional (9.1%) y en el caso de las madres es de secundaria (39.6%), seguido de preparatoria (30.7%), primaria (17%), y profesional (10.2%). Finalmente, en cuanto al consumo de alcohol, el 52.2% de ambos padres no consume alcohol, pero el 14.5% de ambos padres si, el 29.3% de los padres y el 4% de las madres, siendo la frecuencia más alta una vez al mes (22.7%).

Finalmente, cabe mencionar también que se consideraron como criterios de inclusión el ser alumno de dicha Escuela Preparatoria Pública del Estado de México, estar presente en el momento de la aplicación y tener una edad entre los 15 a 23 años.

4.3 Instrumentos

- *Cuestionario sociodemográfico*

Cuestionario compuesto por 20 reactivos, con los cuales se busca conocer la situación actual del evaluado, dividido en tres secciones: Datos generales (estado académico, ocupación e indagación sobre consumo de sustancias), características de la vivienda y datos familiares (conocer con quién vive el evaluado, el estado civil y nivel educativo de los padres y si en la familia existen antecedentes psiquiátricos o problemas de adicciones).

- *Cuestionario de patrones de autoridad parental (CPAP) de Aguilar, Valencia Sarmiento y Cázares (2007) (Versión ampliada).*

Cuestionario aplicable a adolescentes, que evalúa la percepción del adolescente de las actitudes, prácticas y conductas que tienen sus padres con ellos, características de los 4 estilos parentales. Escala tipo Likert de 4 respuestas (desde 1 = “muy poco cierto” a 4 = “totalmente cierto”, en donde a mayor puntaje mayor percepción del estilo parental), en donde para evaluar al padre se aplican un total de 22 ítems, si el padre tiene estilo de crianza democrático (5 ítem, $\alpha=.70$), autoritario (6 ítem, $\alpha=.72$), permisivo (4 ítems, $\alpha=.66$) o negligente (7 ítems, $\alpha=.88$). Para calificar a la madre se tiene un total de 23 ítems que evalúan si ésta tiene estilo parental democrático (6 ítems, $\alpha=.83$), autoritario (6 ítems, $\alpha=.83$), permisivo (3 ítems, $\alpha=.60$) o negligente (8 ítems, $\alpha=.92$). La consistencia interna global del cuestionario para el padre es de .81 alfa de Cronbach; y para el cuestionario de la madre es de .71 alfa de Cronbach.

- *Inventario de depresión de Beck BDI-II (Beck, Steer y Brown 1996; 2009).*

Cuestionario autoaplicable en su versión estandarizada por Sanz, Navarro y Vázquez (2003) a población mexicana con un alfa de Cronbach $\alpha=0.90$ que es destinado a personas de 13 años o más y se compone de 21 ítems tipo Likert de cuatro opciones de respuesta y de dos factores: el factor cognitivo-afectivo y el factor somático-motivacional, y que evalúa la

intensidad del síntoma desde 0 (ausencia de síntoma) a 3 (presencia disfuncional del síntoma). Así mismo, Beck, Steer y Brown (2009) refieren cuatro diferentes puntuaciones de corte para calificar la severidad de los síntomas depresivo, los cuales van de 0 a 13 puntos (rango mínimo de depresión), 14 a 19 (depresión leve), 20 a 28 (depresión moderada) y 29 a 63 (depresión severa).

El BDI-II es un instrumento de corte clínico que evalúa síntomas depresivos de acuerdo a los criterios de diagnóstico de trastornos depresivos del DSM-IV (1994) y CIE-10 (1993) y que sirve como línea base para la detección de depresión, así como un complementario en su diagnóstico y la evaluación en pacientes con tratamiento de depresión (Pérez y Muñoz, 2004, citado en Redondo, 2015).

- *Inventario de ansiedad de Beck BAI (Epstein, Brown & Steer, 1988; Steer, Ranieri, Beck & Clark, 1993).*

Cuestionario autoaplicable de lápiz y papel para personas con 13 años o más de edad en su versión estandarizada por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) para población mexicana con un alfa de Cronbach de $\alpha=.83$, que se compone de 21 ítems de tipo Likert y cuatro factores: factor subjetivo, neurofisiológico, autonómico y síntomas vasomotores, con el fin de medir la sintomatología de la ansiedad que se ha sentido en la última semana previa a la aplicación. Los puntajes de severidad propuestos por Beck y Steer (1993, citado en Sanz, s/f) van de 0 a 7 (severidad mínima) 8 a 15 (leve) 16 a 25 (moderada) y 26 a 63 (severidad máxima).

Así entonces, aunque el BAI no es un instrumento diseñado para diagnosticar como tal trastornos de la ansiedad, proporciona la información suficiente para identificar en la población no necesariamente clínica personas con un probable trastorno de ansiedad para su posterior confirmación diagnóstica, además de complementar datos de un diagnóstico de trastorno de ansiedad, y como medida para detectar la eficacia del tratamiento a medida que avanza. Los ítems del BAI reflejan el 45% de los síntomas específicos de la ansiedad clínica según el DSM-IV (1994), siendo un instrumento capaz de discriminar entre la ansiedad y la depresión.

4.4 Procedimiento

Se aplicó la batería de instrumentos integrada por un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de depresión de Beck (BDI-II), el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de patrones de autoridad parental (CPAP) en un tiempo promedio de 40 minutos de manera grupal en los respectivos salones de clase por grados, explicándose que se trataba de una investigación sobre la manera en la que percibían la interacción con sus padres en su vida cotidiana y su relación con algunas emociones. Posteriormente, se proporcionaron las instrucciones de cada cuestionario y se resolvieron algunas dudas, además se informó que los datos serían confidenciales a menos que se obtengan datos indicadores de ansiedad o depresión severa.

4.5 Análisis de los datos.

Se emplearon técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.

1. Estadística descriptiva: Se obtuvo la media y desviación estándar para caracterizar los puntajes obtenidos en los cuestionarios.
2. Estadística inferencial no paramétrica: Se obtuvieron correlaciones entre las variables mediante las siguientes pruebas:
 - 2.1. Para corroborar la existencia de distribución normal se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov.
 - 2.2. Para probar la asociación entre las variables, así como su distribución se calculó el coeficiente de correlación de Spearman.
 - 2.3. Para determinar el estilo parental predominante se obtuvieron los puntajes Z de los cuatro estilos parentales, considerando el percentil 75 para su asignación.
 - 2.4. Para el análisis de la submuestra que presentó puntajes considerados como graves o severos de la sintomatología depresiva y ansiosa y la distribución de frecuencias relacionados con los estilos parentales, se empleó la Chi cuadrada.

V. Resultados

En la Tabla 1 se observa que en la muestra total existe una media de síntomas depresivos de 8.66 ($DE=7.49$), colocándose en un nivel de sintomatología depresiva mínima, mientras que en el caso de los síntomas ansiosos se obtuvo una media de 12.36 ($DE=10.44$), colocándose también en un nivel de ansiedad leve. Además se puede observar que los puntajes entre sintomatologías presentan un rango mayor en la sintomatología ansiosa frente a la depresiva, pues comprende de 0 a 57.

Por otro lado, en cuanto a los estilos parentales, las diferencias encontradas entre los puntajes son mínimas, pues en los estilos parentales paternos se comprende un rango de 21 (en su mayoría) y 19 (en el estilo autoritario) que van de 7 a 28 y 7 a 26 y en los estilos parentales maternos un rango de 21 (en su mayoría) y 20 (en el estilo democrático) yendo de 7 a 28 y 8 a 28. Añadiendo también que, la mayoría de la muestra percibe a ambos padres como democráticos, obteniendo una media de 20.7 en el padre y 21.33 en la madre, sin embargo, la diferencia respecto al estilo permisivo es mínima pues se obtuvo una media de 19.60 en el padre y 20.20 en la madre, seguido del estilo parental autoritario con una media de 16.27 en el padre y 16.48 en la madre, y finalmente el estilo parental negligente con una media de 16.27 en el padre y 12.35 en la madre.

Tabla 1.

Estadística descriptiva de las variables de depresión, ansiedad y estilos parentales.

Variable	Mínimo- Máximo	media	D.E.	Alfa Cronbach	de No. de reactivos
Depresión	0-37	8.66	7.49	.90*	21
Ansiedad	0-57	12.36	10.44	.83*	21
Estilos parentales paternos					
Democrático	7-28	20.07	4.57	.74	7
Permisivo	7-28	19.60	4.14	.69	7
Autoritario	7-26	16.27	4.13	.66	7
Negligente	7-28	12.82	4.35	.72	7
Estilos parentales maternos					
Democrático	8-28	21.33	4.08	.69	7
Permisivo	7-28	20.20	3.90	.68	7
Autoritario	7-28	16.48	4.15	.66	7
Negligente	7-28	12.35	4.38	.71	7

**Datos reportados por la confiabilidad del inventario*

En la Tabla 2, se puede observar que mediante la aplicación de la prueba de distribución normal de Kolmogorov-Smirnov, no se obtuvo ninguna variable con una distribución normal, por lo que se aplicaron pruebas no paramétricas para analizar la correlación de variables mediante el coeficiente de distribución de Spearman.

Tabla 2.

Prueba de distribución normal de Kolmogorov-Smirnov para las diferentes variables.

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
Depresión	.13	199	.000
Ansiedad	.15	199	.000
Padre democrático	.12	199	.000
Padre permisivo	.08	199	.001
Padre autoritario	.07	199	.010
Padre negligente	.11	199	.000
Madre democrática	.14	199	.000
Madre permisiva	.08	199	.003
Madre autoritaria	.08	199	.002
Madre negligente	.14	199	.000

Como se muestra en la Tabla 3, existe una correlación negativa significativa pero débil entre los estilos parentales de ambos padres democrático y permisivo y la sintomatología depresiva y ansiosa. Así mismo, también se muestran correlaciones positivas débiles en los

estilos parentales autoritario y negligente y la sintomatología ansiosa y depresiva en ambos padres.

Por lo tanto, debido a las relaciones débiles obtenidas en los datos, se descartó el análisis de diferencias entre grupos que obtuvieron puntajes de depresión y ansiedad considerables y los estilos parentales, haciendo uso a su vez, de los puntajes Z en el percentil 75 para determinar el estilo parental predominante de la muestra analizando sus frecuencias.

Tabla 3.

Correlaciones de Spearman entre las variables de depresión, ansiedad y estilos parentales.

	Estilo parental							
	Paterno				Materno			
	D	P	A	N	D	P	A	N
Depresión	-.15*	-.17**	.06	.15*	-.11	-.12*	.09	.10
Ansiedad	-.21**	-.15*	.03	.09	-.13*	-.10	.11*	.11

* $p < .05$, ** $p < .01$.

D= democrático, P= permisivo, A= autoritario, N= negligente.

En la Tabla 4, se observa que el 58.6% y el 48.8% de la muestra total no logra identificar un estilo parental definido ni de su padre ni de su madre respectivamente. Y pese a que el resto de la muestra ha logrado clasificar a los padres en algún estilo parental, no se observa una diferencia importante entre estos. No obstante, la mayoría de la muestra percibe a sus padres democráticos, en especial a la figura materna (16.4%) comparado con la paterna

(13%). Así mismo se puede observar que el estilo parental menos percibido es el negligente, pues tan sólo comprende el 7.7% en el padre y el 8% en la madre. Además se observa una inconsistencia entre los estilos permisivo y autoritario con respecto a las figuras de autoridad, ya que la figura paterna es mayormente percibida como permisiva (12.3%) en comparación con la materna (11.7%) y así mismo, la materna es mayormente percibida como autoritaria (15.1%) en contraste de la paterna (8.3%).

Tabla 4.

Distribución de frecuencias del estilo parental.

Estilo parental	Padre	Porcentaje	Madre	Porcentaje
No definido	190	58.6	158	48.8
Democrático	42	13.0	53	16.4
Permisivo	40	12.3	38	11.7
Autoritario	27	8.3	49	15.1
Negligente	25	7.7	26	8.0

Finalmente, aunque en la muestra general no se obtuvieron puntajes altos de sintomatología depresiva y ansiosa, se analizaron las submuestras de casos que de acuerdo con los puntajes de corte referidos por Beck, Steer y Brown (2009) y Beck y Steer (1993) se clasifican como depresión grave y ansiedad severa, mediante la aplicación de la Chi cuadrada.

En este sentido, en la Tabla 5 se observa la distribución de frecuencia de puntajes considerados como sintomatología depresiva grave (de acuerdo al puntaje de corte propuesto por Beck, Steer y Brown en 2009 mayor a 29) y los estilos parentales percibidos en esta submuestra. Obteniendo que la mayor parte de esta submuestra percibe a ambos padres como autoritarios y negligentes.

Específicamente, en el análisis de los datos del estilo parental paterno y materno, se encontró que en el estilo parental paterno percibido se observa el mismo porcentaje (40%) entre el estilo autoritario y negligente, seguidos del permisivo con 20%. Por otro lado, en el caso del análisis de los datos del estilo parental materno percibido, se observa un predominio del estilo parental negligente (25%), seguido solamente por el autoritario (12.5%), resaltando que la madre no es percibida en ningún momento como permisiva y en el caso de ambos padres, ninguno de los dos es percibido como democrático.

Tabla 5.

Distribución de frecuencia de puntajes considerados como sintomatología depresiva grave y los estilos parentales percibidos en esta submuestra por medio de la Chi cuadrada.

Puntaje	Depresión		Estilo	Estilo Parental			
	Frecuencia	Porcentaje		Padre (%)	Frec.	Madre (%)	Frec.
31	1	12.5	Democrático	0.0	0	0.0	0
32	2	25.0	Permisivo	20.0	1	0.0	0
33	1	12.5	Autoritario	40.0	2	12.5	1
34	1	12.5	Negligente	40.0	2	25.0	2
36	2	25.0					
37	1	12.5					

N= 8.

Finalmente, en el análisis de la submuestra de casos considerados con ansiedad severa de acuerdo con los puntajes de corte referidos por Beck y Steer (1993) entre 26 y 63 puntos, mostrados en la Tabla 6, llama la atención principalmente que dicha submuestra es mayor con respecto a la de depresión grave.

Así mismo, de acuerdo a los datos obtenidos, el estilo parental paterno se percibe mayormente como negligente (44.4%), seguido del democrático (33.3%) y autoritario (22.2%), pero nunca permisivo. Por otra parte, en el estilo parental materno mayormente percibido se encuentra que el estilo parental democrático (33.3%) y autoritario (33.3%)

obtienen las mismas frecuencias, seguido del permisivo (25.0%) y por último el negligente (8.3%).

Tabla 6.

Distribución de frecuencia de puntajes considerados como sintomatología ansiosa severa y los estilos parentales percibidos en esta submuestra mediante la obtención de la Chi cuadrada.

Puntaje	Ansiedad		Estilo	Estilo Parental			
	Frecuencia	Porcentaje		Padre (%)	Frec.	Madre (%)	Frec.
29	4	16.0	Democrático	33.3	3	33.3	4
30	3	12.0	Permisivo	0.0	0	25.0	3
31	1	4.0	Autoritario	22.2	2	33.3	4
32	3	12.0	Negligente	44.4	4	8.3	1
33	2	8.0					
34	1	4.0					
35	1	4.0					
37	2	8.0					
38	1	4.0					
40	1	4.0					
42	1	4.0					
44	1	4.0					
47	1	4.0					
48	2	8.0					
57	1	4.0					

N= 25, considerando los casos donde no se logra definir un estilo parental.

VI. Discusión

Durante la adolescencia, las figuras de autoridad tempranas y los estilos parentales que se utilizan en la interacción cotidiana, siguen jugando un rol importante en cuanto al desarrollo, ya que un ambiente estable donde los padres se muestran comunicativos y afectuosos funcionan como una red de apoyo y moldean al adolescente hacia un desarrollo sano, en especial un desarrollo emocional, y a una adaptación positiva al mundo externo e interno, al proporcionar las herramientas para que el adolescente afronte los cambios que experimenta y adquiera nuevos conocimientos que le serán útiles a futuro (Arranz y Oliva, 2010; Borrás, 2014; Espinosa, 2004).

Acorde a lo anterior, en este estudio se obtuvieron correlaciones positivas débiles entre los estilos parentales autoritario y negligente y la sintomatología depresiva y ansiosa, como era lo esperado por lo referido en diversas investigaciones, al ser relacionados mayormente con problemas emocionales y síntomas depresivos y ansiosos, problemas de adaptación social, conductas antisociales, violentas o impulsivas, consumo de sustancias, entre otros (Arranz y Oliva, 2010; De la Torre-Cruz, García-Linares y Casanova-Arias, 2014; Capano y Ubach, 2013; Córdoba, 2014; Franco, et. al., 2014; Jiménez, 2009; Llopis y Llopis, 2003; López-Soler, et. al., 2009; Martínez, et. al., 2013; Montoya-Castilla, et. al., 2016; Ovalles, 2017; Purizaca, 2012; Sánchez, et. al., 2008; Torío, Peña y Rodríguez, 2008; Vallejo, et. al., 2008).

Por otra parte, se corroboró una correlación negativa débil entre el estilo parental democrático y permisivo y la sintomatología ansiosa y depresiva en ambos padres (siendo

mayormente significativa en el caso de los estilos parentales paternos), tal como expone la literatura, al asociar el estilo parental democrático con un desarrollo psicosocial sano en cualquier cultura (López-Soler et al., 2009; Montoya-Castilla, et. al., 2016; Rodríguez, et. al., 2013) y al estilo parental permisivo con un buen autoconcepto y una aparente alegría (Torío, et. al., 2008).

Dicho esto, se explica entonces las medias de puntajes de sintomatología depresiva (8.66) y ansiosa (12.36) obtenidas en nuestro estudio, las cuales son clasificadas de acuerdo a los puntajes de corte referidos por Beck, Steer y Brown (2009) y Beck y Steer (1993) (citado en Sanz, s/f) como leves y mínimas, pues al mismo tiempo se observó un predominio de la percepción del estilo parental democrático en la muestra total (13% padre y 16.4% madre), seguido del permisivo en el caso del padre (12.3%) y el autoritario en el caso de la madre (15.1%).

En ello llama la atención, que si bien la muestra total refiere algunos factores de riesgo referidos por Hernán (2002), Palacios (1988) (citado en Ramírez, 2005) y Muñoz (2013) para padecer trastornos de depresión y ansiedad y para la elección de un estilo parental diferente tales como los niveles bajos de estudios alcanzados por los padres (ya que en ambos casos el nivel de estudios máximo alcanzado es secundaria [37.8% padre y 39.6% madre] y preparatoria [29.7% padre y 30.3% madre] y el mínimo es el nivel profesional [9% padre y 10.2% madre]) debido a los problemas socioeconómicos y el estrés que generan, esto no parece afectar la interacción familiar de la muestra total, puesto que al parecer existen algunos factores que actúan como factores de protección, entre los cuales se encuentra que el 69.6% indica que sus padres están casados o en unión libre habitando una casa propia

(67.8%), y que puede relacionarse a su vez con que el 45.5% de la muestra perciba como autoridad a ambos padres, seguido del 35.6% que sólo percibe a la madre como tal y el 15.2% al padre, situaciones que pueden estar favoreciendo la interacción familiar al disminuir cierto grado de estrés.

Ahora bien, en el análisis de la submuestra de puntajes considerados como graves o severos, se observa un aumento en el número de casos que presentan la sintomatología ansiosa severa con respecto a los que muestran una sintomatología depresiva grave, lo cual concuerda con las prevalencias encontradas a nivel nacional donde, sobre todo en la adolescencia, se tiende a padecer con más frecuencia un trastorno ansioso que uno depresivo (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2002, citado en Medina-Mora, et. al., 2003).

Así mismo, dentro de la submuestra que obtuvo puntajes clasificados como sintomatología depresiva severa, los estilos parentales nunca se percibieron como democráticos, por el contrario, el estilo parental paterno mayormente percibido resultó ser el autoritario y negligente, mientras que en el materno fue el negligente.

Por otro lado, los casos con puntajes de sintomatología ansiosa grave percibieron a sus padres mayormente negligentes y a sus madres autoritarias y democráticas (en el mismo porcentaje), resultando contradictorio a lo referido en la literatura y siendo una posible explicación la confusión entre el estilo parental democrático y permisivo, puesto que en segundo lugar (el 25%) los adolescentes perciben a sus madres como permisivas, y aunque en ambos estilos parentales se ha demostrado que los adolescentes suelen tener un buen

autoconcepto y autonomía (Torío, et. al., 2008), en el estilo parental permisivo se señala una “aparente felicidad”, asociándose principalmente con dependencia, baja autoestima, problemas de salud, y cuando es el estilo parental materno predominante; con problemas antisociales y de inadaptación escolar, al igual que el estilo parental autoritario (Aroca, Cánovas y Alba, 2012; Krumm, Vargas y Gullón, 2013; Llopis y Llopis, 2003; Rodríguez, et. al., 2013; Torío, et. al., 2008).

Por ello, se puede influir que debido a que en la muestra total no se obtienen puntajes significativos de sintomatología depresiva y ansiosa, los puntajes graves o severos obtenidos en la submuestra pueden explicarse mejor por otros factores no considerados en este estudio, tales como la inseguridad, violencia, el desplazamiento a la escuela o los conflictos familiares normales en la adolescencia, dificultades económicas, altos índices de desempleo, pobreza, incertidumbre laboral, entre otros, ya que de acuerdo con Palacios (1988, citado en Ramírez, 2005) y Ramírez (2005), estos factores se relacionan con la dificultad para proveer recursos tanto para el desarrollo y la estimulación cognitiva, limitando así el ajuste adecuado ante las actividades y demandas, reduciendo la adquisición de habilidades para el adecuado enfrentamiento de situaciones problemáticas, la presencia de depresión y conflictos maritales, entre otros por la falta de recursos económicos.

En conclusión, aunque este estudio no permite dar un diagnóstico definitivo de trastornos de ansiedad y depresión, pues los cuestionarios de Beck indagan únicamente su sintomatología, los datos obtenidos permiten hacer una aproximación a la problemática de la salud mental de los adolescentes estudiantes de una preparatoria pública del Estado de México, en aras de su conocimiento y prevención, ya que la información recopilada en esta

tesis pretende pueda utilizarse en la búsqueda del bienestar psicosocial del adolescente y en pro del mejoramiento de interacciones familiares, debido a que se ha comprobado que el trastorno depresivo y ansioso suele iniciar y ser más frecuente durante la adolescencia (Hernán, 2002; Márquez-Caraveo, et. al., 2017), considerándose incluso un problema de salud pública a nivel mundial que ha aumentado considerablemente en los últimos años (OMS, 2017).

Además, se debe considerar el contexto familiar, puesto que como refieren los estudios de Arranz y Oliva (2010), Córdoba (2014) Jiménez, (2009), Martínez, et. al., (2013), Purizaca (2012), Sánchez, et. al. (2008) y Vallejo, et. al. (2008), entre otros, un ambiente que promueva la interacción afectiva y un grado de control consistente se relaciona negativamente con sintomatología ansiosa y depresiva y positivamente con autoestima, adaptación social, autocontrol, entre otras capacidades psicosociales, mientras que un ambiente hostil y controlador (por ejemplo estilos parentales autoritario y negligente), así como permisivo tienden a relacionarse positivamente con dichas sintomatologías (Aroca, at. Al., 2012; Córdoba, 2014; Franco, et. al., 2014; Llopis y Llopis, 2003; Rodríguez, et. al., 2013; Sánchez, et. al., 2008; Torío, et. al., 2008; Vallejo, et. al., 2008).

Por ello, se invita a hacer un estudio más exhaustivo donde se considere la influencia de los factores contextuales en la percepción del estilo parental, así como la resiliencia del adolescente al buscar otras redes de apoyo (pares, escuela, etc.) que no fueron considerados y que pueden ejercer un rol importante en el estilo parental que se percibe y en un posible cambio de emociones negativas a positivas.

Así mismo, sería interesante hacer consideraciones en cuanto al género de la población, la percepción de los padres en cuanto a los estilos parentales que ejercen y la aplicación de pruebas que no sólo midan la sintomatología, sino que puedan determinar el diagnóstico de trastorno de ansiedad y depresión, para poder brindar una mejor atención posterior a la aplicación, así como una orientación a los padres y profesores.

VII. Referencias

- Adrián, J., & Rangel, E. (s/f). La transición adolescente y la educación. Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad (SAP001). Recuperado en 25 de Noviembre de 2018 de <https://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje%20y%20DPersonalidad/Curso%2012-13/Apuntes%20Tema%201%20La%20transicion%20adolescente%20y%20la%20educacion.pdf>
- Aguilar, J., Valencia, A., & Sarmiento, C. (2007). Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de escuelas públicas. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro C., & Vázquez C. (2006). Depresión. España SERGAS. Recuperado en 8 de Noviembre de 2018 de: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N., & Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216. Recuperado en 20 de Diciembre de 2018 de: <https://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=56012878005>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Aparicio, T. (2018). Blog: La ansiedad: síntomas, tipos y recomendaciones. Recuperado en 12 de Noviembre de 2018 de: <https://www.trastornolimitado.com>

- Aroca, C., Cánovas, P., y Alba, J., (2012). Características de las familias que sufren violencia filio-parental: un estudio de revisión. Universidad de Valencia. *Educatio Siglo XXI*. Vol. 30 Núm. 2 (2012): Infancia, Derechos y Educación. Recuperado en 27 de Septiembre de 2018 de: <http://revistas.um.es/educatio/article/view/160801>
- Arranz, E. y Oliva, A. (2010). Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares. España: Ediciones pirámide.
- Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., y González Martínez, F. (2014). Depression and anxiety symptoms in young university students: prevalence and related factors. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. Recupeado en 19 Noviembre de 2018 de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4): 887-907. Recuperado en: http://www.devpsy.org/teaching/parent/baumrind_styles.html
- Beck A., Steer R. & Brown G. (2009). BDII. Inventario de depresión de Beck. Buenos Aires: Paidós. Segunda Edición Manual.
- Belló, M. & Puentes-Rosas, E., & Medina-Mora, M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), S4-S11. Recuperado en 9 Octubre de 2019 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>
- Beltrán, M., Freyre, M. & Hernández, L. (2011). El Inventario de depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica* ISSN 0718-4808 (en línea) Recuperado en 17 Octubre de 2018 de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf>

- Blas, E. y Pérez de Gúzman, V. (2010). Desafíos de la familia actual ante la escuela y las tecnologías de información y comunicación. *Educatio Siglo XXI*, 28 (1), 41-68.
- Bogaert, H. (2012). La depresión: Etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, XXXVLL(2), 183-197. Recuperado en 8 de Noviembre de: <http://www.redalyc.org/pdf/870/87024179002.pdf>
- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07. Recuperado en 05 de marzo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es&tlng=es.
- Botto, Acuña & Jiménez (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. Recuperado en 8 de Noviembre de 2018 de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Cantoral, G., Méndez, M y Nazar, A., (2004). Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género. *Revistas ECOSUR*. Número 21. Recuperado en 6 de Junio de 2018, de <http://revistas.ecosur.mx/ecofronteras/index.php/eco/article/view/841>
- Capano, Álvaro, & Ubach, Andrea. (2013). Parenting styles, positive parenting and parents formation.. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95. Recuperado en 29 de noviembre de 2018, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000100008&lng=es&tlng=en.
- Coffin, N., Jiménez, M., Béjar, F., Béjar, C., & Álvarez, M. (SF). Comorbilidad de la depresión y la ideación suicida en usuarios de una clínica-escuela de México. X Congreso Nacional de investigación educativa. Área: Aprendizaje y desarrollo

- humanos. Recuperado en 8 de Junio de 2018, de <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/carteles/1631-F.pdf>
- Consejo de Europa (2006). Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo a la Parentalidad Positiva. Estrasburgo: Consejo de Europa. Recuperado en 14 de Marzo de 2019 de: <http://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/informeRecomendacion.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (s/f). Evaluación del inventario de BAI. España: Miembro de la Federación Europea de Asociación de Psicólogos. Recuperado en 12 de Abril de 2018 de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- Craig, G., & Baucum, D. (2009). Desarrollo Psicológico. México: Pearson Educación, 9ª edición.
- Dávila, O. (2004). Adolescencia y Juventud. De las nociones a los abordajes. Última década N° 21. Cidpa Valparaíso. Recuperado en 18 de Marzo de 2018 de: <https://unirioja.es/descarga/articulo/2255235.pdf>
- De la Torre-Cruz, M., García-Linares, M. Y Casanova-Arias, P. (2014). Relaciones entre Estilos Educativos Parentales y agresividad en Adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(1), 147-170. ISSN: 1696-2095. 2014, no. 32. Recuperado en 4 de Diciembre de 2018 de: <https://www.redalyc.org/html/2931/293130506007/>
- DiCaprio, N. (1989). Teorías de la Personalidad. México: McGraw-Hill Interamericana de México (2ª edición).

- Feixa, C. (2006). Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(2), 21-45. Recuperado en 5 de Marzo de 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2006000200002&lng=en&tlng=es.
- Feixa, C., & Leccardi, C. (2011). El concepto de generación en las teorías sobre la juventud. Última década N° 34. Cidpa Valparaíso. Recuperado en 15 de Octubre de 2018 de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v19n34/art02.pdf>
- Fernandes, E., (1991). Psicopedagogía de la adolescencia. Madrid: Narcea.
- Fernández, L. (2013). Pensando en la personalidad. Universidad de las Tunas. Recuperado en 12 de Noviembre 2018 de: <http://roa.ult.edu.cu/handle/123456789/2114>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, (2002). Adolescencia: Una etapa fundamental. Nueva York. Recuperado en 10 Marzo de 2018, de https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF ,(2003). Adolescencia y juventud: Panorama general. Nueva York. Recuperado en 22 de Mayo de 2018, de https://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, (2004). Desarrollo psicosocial de los niños y las niñas. Colombia. Recuperado en 15 de Agosto de 2018 de: <https://www.unicef.org/colombia/pdf/ManualDP.pdf>
- Franco, Pérez y Pérez. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. Madrid. Universidad Camilo

- José Cela. Recueprado en 29 de Noviembre de 2018 de:
http://www.revistapcna.com/sites/default/files/6-rpcna_vol.2.pdf
- Fromm, E., (1941). El miedo a la libertad. Buenos Aires: Gino Germani.
- García-Linares, M., De la Torre, M., De la Villa Carpio, M., Cerezo., M., y Casanova, P. (2014). Consistencia/Inconsistencia en los estilos educativos de padres y madres y estrés cotiniado en la adolescencia; Revista de Psicodidáctica 2014, 19(2). Recuperado en 4 de Diciembre de 2018 de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17531400004>
- Girardi, C., y Velasco y Lambe, J. (2006). Padres autoritarios y democráticos y características de personalidad de estudiantes de licenciatura y posgrado. Revista Interontinental de Psicología y Educación, 8 (1), 25-46. Recuperado en 4 de Diciembre de 2018 de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80280103.pdf>
- Gómez- Pérez, E., Ostrosky-Solís, F., y Próspero-García, O. (2003). Desarrollo de la atención, la memoria y los procesos inhibitorios: relación temporal con la maduración de la estructura y función cerebral.
- Grusec, J. E., & Hastings, P. D. (Eds.). (2007). Handbook of socialization: Theory and research. New York, NY, US: Guilford Press.
- Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM 2006;49(2):66 - 72. Recuperado en 4 de Noviembre de 2018 de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
- Güemes-Hidalgo, M. González-Fierro, C. & Hidalgo Vicario, M. (2017). Pubertad y adolescencia. ADOLESCERE: Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia • Volumen V • Enero-Febrero 2017 • No 1: Disponible en

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>

Heinze G. & Camacho, P. (2010). Guía clínica para el Manejo de Ansiedad. Ed. S Berenzon, J Del Bos- que, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado en 29 Noviembre de 2018 de: http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_ansiedad.pdf

Hernán, S. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 1), 9-20. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002> Recuperado en 2 de Noviembre de 2018 de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002

Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 1), 21-45. Recuperado en 2 de Enero de 2019 de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500003>

Instituto Nacional de la Salud Mental (2009). Depresión. Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. Publicación de NIH Num. SP 09 3561. Recuperado en 5 de Noviembre de 2018 de: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2018). Conducta suicida en adolescentes en México. Recuperado en 19 de Agosto de 2018 de:

<https://www.insp.mx/INFORMACION-RELEVANTE-INSP/4705->

[SALUDMENTAL-COSAMEC.HTML](https://www.insp.mx/INFORMACION-RELEVANTE-INSP/4705-SALUDMENTAL-COSAMEC.HTML)

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). 2017.

Depresión y ansiedad entre los padecimientos mentales más recurrentes. México.

Recuperado en 1 Noviembre 2017 de: <https://www.gob.mx/issste/prensa/depresion-y->

[ansiedad-entre-los-padecimientos-mentales-mas-recurrentes-issste](https://www.gob.mx/issste/prensa/depresion-y-ansiedad-entre-los-padecimientos-mentales-mas-recurrentes-issste)

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). 2018.

Depresión y ansiedad: Una amenaza para tu bienestar. México. Recuperado en 1

Noviembre 2018 de: <https://www.gob.mx/issste/articulos/depresion-y-ansiedad-una->

[amenaza-para-tu-bienestar?idiom=es](https://www.gob.mx/issste/articulos/depresion-y-ansiedad-una-amenaza-para-tu-bienestar?idiom=es)

Instituto Mexicano de la Juventud. 2017. Día mundial de la salud: Depresión. México.

Recuperado en 1 Noviembre de 2018 de: <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/dia->

[mundial-de-la-salud-depresion-102720](https://www.gob.mx/imjuve/articulos/dia-mundial-de-la-salud-depresion-102720)

Jiménez, M. (2009). Estilos educativos parentales y su implicación en diferentes trastornos.

Recuperado en 17 Agosto de 2019 de:

<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/bfbb12cc-abc8->

[489e-8876-dd5de0551052](http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052)

Jiménez, M., & Jiménez, M. (2009). Los estilos educativos parentales y su relación con las

conductas de los adolescentes. Universidad Pontificia de Salamanca. FAMILIA 39

(2009) 77-104. Recuperado en 23 de Mayo de 2018 de:

<https://core.ac.uk/download/pdf/50604614.pdf>

- Krauskopof, Dina. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31. Retrieved May 23, 2018, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=pt.
- Krumm, G., Vargas-Rubilar, J., & Gullón, S. (2013). Estilos parentales y creatividad en niños escolarizados [Parenting styles and creativity in school children]. *Psicoperspectivas*, 12(1), 161-182. Recuperado en 19 Noviembre 2019 de <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol12-Issue1-fulltext-223>
- Lillo Espinosa, José Luis. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 57-71. Recuperado en 15 de marzo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es&tlng=es.
- López, M. (2010). Conflictos en la crianza. La autoridad en cuestión, un estudio intercultural. Santiago de Cali: Editorial Universidad del Valle.
- Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. Última Década. Proyecto Juventudes. N° 40. Recuperado en 17 de Septiembre de 2018 de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v22n40/art02.pdf>
- Llopis, D. & Llopis, R. (2003). Estilos educativos parentales y relaciones sociales en adolescentes. España: Universidad de Salamanca. FAM 27(2003) 53-70. Recuperado en 13 Febrero de 2018 de: <https://summa.upsa.es/high.raw?id=0000028398&name=00000001.original.pdf>
- López-Soler, C., Puerto, J., López-Pina, J. & Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de Psicología*

[en línea]. Recuperado en 29 de Noviembre de 2018 de:
<<http://uaeh.redalyc.org/articulo.oa?id=16711594008>>

Mardomingo, M. (2005). Trastornos de ansiedad en el adolescente. Madrid: *Pediatría Integral* 2005;IX(2): 125-134. Recuperado en 12 de Diciembre de 2018 de:
[https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/336.1-Trastornos_ansiedad_adolescente\(1\).pdf](https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/336.1-Trastornos_ansiedad_adolescente(1).pdf)

Márquez-Caraveo, M., Arroyo-García, E., Granados-Rojas, A., y Ángeles-Llerenas, A. (2017). Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. **Salud Pública de México**, [S.l.], v. 59, Recuperado en 3 de Enero de 2019 de:
<<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8514/11278>>.

Martínez, Fuentes, García y Madrid (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. España: *Adicciones*, Vol. 25 Núm. 3. Recuperado en 4 Diciembre de 2018 de:
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/51/50>

Mayorga C., (2009). Incidencia De La Estructura Familiar Y Los Estilos Educativos. Parentales En La Adaptación Escolar De Pre-Adolescentes. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. <http://cdsa.aacademica.org/000-062/1766.pdf>

- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, M., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, B., Villatoro, V., Rojas, G., Zambrano, R., Casanova, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). **Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México** Salud Mental; 26(4) Recuperado en 1 de Noviembre de 2018 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>
- Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Revista Chilena Pediatría 2014; 85 (3). Recuperado en 29 Marzo de 2018 de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>
- Montoya-Castilla, I., Prado-Gascó, V., Villanueva-Badenes, L. & González-Barrón, R. (2016). Adaptación en la infancia: Influencia del estilo parental y del estado. Acción Psicológica, 13(2), 15-30. Recuperado en 2 de Diciembre de 2018 de: <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344049074003.pdf>
- Muñoz, J. (2009). La importancia de la socialización en la educación actual. Innovación y experiencias educativas. ISSN 1988-6047. Recuperado en 20 de Julio de 2018 de: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_14/JOSE%20MARIA_MUNOZ_1.pdf
- Muñoz Calvo, M., & Pozo Román, J. (2011). Pubertad normal y sus variantes. UAM. Departamento de Pediatría. Pediatría Integral 15.6 (2011): 507-518 Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). **Recuperado en 17 de Mayo de 2018, de** <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/4 -Pubertad PI 6.pdf>

Muñoz, P. (2013). De la percepción de estilos parentales a la autonomía. Universidad Abierta Interamericana. Recuperado en 29 de Noviembre de 2018 de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC113098.pdf>

National Alliance on Mental Illness. (2018). Trastornos de Ansiedad. Recuperado en 14 de Noviembre de 2018 de: <https://www.nami.org/Find-Support/Diverse-Communities/Latino-Mental-Health/La-salud-mental-en-la-comunidad-latina-/Trastornos-de-ansiedad>

Olivia, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. Vol. 25, número 3. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. Recuperado en 23 de Mayo de 2018, de <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/06/Riesgos-en-la-adolescencia.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Centro de prensa. Recuperado en 16 de Octubre de 2018 de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado en 13 de Septiembre de 2018 de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017). Trastornos mentales. Centro de prensa. Recuperado en 28 de Octubre de 2018 de: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. Apuntes de Psicología. Vol. 25, número 3. ISSN 0213-3334. Recuperado en 15 Julio de 2018 de: <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/06/Riesgos-en-la-adolescencia.pdf>
- Oliva, Pertegal, Antolín, Reina y Ríos (2011). Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. Un estudio en centros docentes andaluces. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Ovalles, A. (2017). Estilos educativos familiares y conductas disruptivas en el adolescente . Aplicaciones educativas. Tesis. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado en 15 Marzo 2018 de: <https://eprints.ucm.es/44251/1/T39105.pdf>
- Páez, Campos, Fernández, Zubieta y Casullo, (2007). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: Socialización, regulación y bienestar. Consejo general de la psicología de España. INFOCOP. Recuperado en 13 de Septiembre de 2018 de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1356
- Páez, Fernández, Ubillos y Zubieta, (2005). Psicología Social, Cultura y Educación. ISBN 978-84-205-3724-5, págs. 819-844. Recuperado en 25 de Agosto de 2018 de: https://www.researchgate.net/profile/Dario_Paez/publication/285580199_Psicologia_Social_Cultura_y_Educacion_Libro_descatalogado_2014/links/565f878708ae1ef929855c68/Psicologia-Social-Cultura-y-Educacion-Libro-descatalogado-2014.pdf
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). Desarrollo Humano. (11ª. Ed.). China: McGraw-Hill.
- Parra, A., Oliva, A. Y Sánchez-Queija, I. (2004). Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes.España: *Anuario de Psicología*, Vol. 35 Num. 3 331-

346. Recuperado en 1 de Diciembre de:

<https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61794/96259>

Pérez de la Mora, M. (2003). *Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas*.

Recuperado en 10 de Noviembre de:

https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/54_2/como_produce_ansiedad.pdf

Piconell, A. (2009). *La niñez en desamparo*. Valencia. Editorial: Escuela Social.

Puello, Silva y Silva. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con

hijos adolescentes. Colombia; Divers.: *Perspect. Psicol.* / ISSN: 1794-9998 / Vol. 10 /

No. 2 / 2014 / pp. 225-246 . Recuperado en 4 de Diciembre de 2018 de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n2/v10n2a04.pdf>

Purizaca, M. (2012). *Estilos educativos parentales y autoestima en alumnos de quinto ciclo de primaria de una institución educativa del Callao*. Universidad San Ignacio de

Loyola. Recuperado en 15 Agosto 2018 de:

http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/123456789/1259/1/2012_Purizaca_Estilos%20educativos%20parentales%20y%20autoestima%20en%20alumnos%20de%20quinto%20ciclo%20de%20primaria%20de%20una%20institución%20educativa%20del%20Callao.pdf

Ramírez, M. (2005). Familia, interacciones y desarrollo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, núm. 1, 2005, pp. 605-618

Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia,

- Adolescencia y Mayores Badajoz, España. Recuperado en 4 de Diciembre de 2018 de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832486045.pdf>
- Ramírez, M., González, & Hernández, René Landero. (2012). Diferencias en la percepción de estilos parentales entre jóvenes y adultos de las mismas familias. *Summa psicológica UST (En línea)*, 9(1), 53-64. Recuperado en 13 de Agosto de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719448x2012000100006&lng=pt&tlng=es.
- Ramírez-Lucas, A., Ferrando, Mercedes, & Sainz, A. (2015). ¿Influyen los Estilos Parentales y la Inteligencia Emocional de los Padres en el Desarrollo Emocional de sus Hijos Escolarizados en 2º Ciclo de Educación Infantil?. *Acción Psicológica*, 12(1), 65-78. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.12.1.14314>
- Reyes-Ticas, A. (S/F). Trastornos de la ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Recuperado en 25 de Octubre de: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rice, F. (1997). Desarrollo Humano: estudio del ciclo vital. Pearson Education.
- Richaud, et. Al. (2013). *La influencia de los estilos parentales en contextos de vulnerabilidad social*. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 31(2)/pp. 419-431/2013/ISSNe2145-4515. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n2/v31n2a09.pdf>
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., & Martín, J. C. (2010a). [Parentalidad positiva y políticas locales de Apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales](#). Madrid: Federación

- Española de Municipios y Provincias (FEMP). Recuperado en 30 de Septiembre 2018 de: (<http://www.msrebs.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/folletoParentalidad.pdf>).
- Rodríguez, Pérez-Fuentes y Gázquez. (2013). Relación entre el Estilo educativo parental y el nivel de adaptación de menores en riesgo social. *European Journal of investigation in Health, Psychology and Education*. Vol, 3. Núm. 3. Recuperado en 3 de Diciembre de 2018 de: <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/57>
- Sánchez, E., Zapata, K., León, M. y Fabián, E. (2008). Crianza y consumo de drogas en una población de adolescentes de un suburbio de Lima Ciudad. Perú: *Rev. Enferm. Herediana* 01(1). Recuperado en 22 de Septiembre de 2019 de: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2008/enero/v1n1cc1.pdf>
- Santos-Preciado, J., Villa-Barragán, J., García-Avilés, M., León-Álvarez, G., Quezada-Bolaños, S., & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45(Supl. 1), S140-S152. Recuperado en 08 de junio de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700018&lng=es&tlng=pt.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*.
- Sanz, J., Navarro, M., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Sarmiento, S & Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *México: Psicología y Salud*, Vol. 21, Núm. 1: 25-30, enero-junio de

2011. Recuperado en 16 Septiembre 2018:
<https://www.uv.mx/Psicysalud/Psicysalud-21-1/21-1/Carolina-Sarmiento-Silva.Pdf>

Secretaría de salud. (2014). El estrés provoca ansiedad y depresión. México. Recuperado en 1 Noviembre 2017 de : <https://www.gob.mx/salud/prensa/el-estres-provoca-ansiedad-y-depresion>

Secretaría de salud. 2016. Conductas agresivas, tristeza permanente y aislamiento: puede ser depresión. México. Recuperado en 1 de Noviembre de 2017, de:
<https://www.gob.mx/salud/articulos/conductas-agresivas-tristeza-permanente-y-aislamiento-puede-ser-depresion?idiom=es>

Secretaría de Salud (2016). Ansiedad, el problema mental común en la adolescencia. México. Recuperado en 13 de Septiembre de 2018 de:
<https://www.gob.mx/salud/prensa/ansiedad-problema-mental-comun-en-la-adolescencia-53424>

Secretaría de Salud (2016). La ansiedad, problema mental común entre los adolescentes y los niños, puede afectar en forma significativa sus vidas. México. Recuperado en 14 de Septiembre de 2018 de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/la-ansiedad-problema-mental-comun-en-los-adolescentes-y-ninos-puede-afectar-en-forma-significativa-sus-vidas?idiom=es>

Simkin, H., & Becerra, G. (2013). El proceso de socialización: Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, docencia y tecnología*, (47), 00. Recuperado en 29 de noviembre de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162013000200005&lng=es&tlng=en.

Suria, R. (2010). PSICOLOGÍA SOCIAL (SOCIOLOGÍA). CURSO 2010/11. RAQUEL SURIÁ Tema 2: SOCIALIZACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL. Recuperado el 29 de Julio de 2018, de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14285/1/TEMA%20%20SOCIALIZACIÓN%20Y%20DESARROLLO%20SOCIAL.pdf>

Temboury, M. (2009). Desarrollo puberal normal: Pubertad precoz. *Pediatría Atención Primaria*, 11(Supl. 16), 127-142. Recuperado en 22 de mayo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000600002&lng=es&tlng=es.

Torío, S., Peña, J. & Rodríguez, M. (2009). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulacione teorica. *Teoría de la educación, Revista interuniversitaria*, 20. Recuperado en 30 de Noviembre de <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/988/1086>

Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 8-19. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600002>

Universidad Autónoma Metropolitana. (s/f). ¿Qué es la depresión?. México. Recuperado en: http://www.uam.mx/lineauam/lineauam_dep.htm

Vallejo, A., Osorno, R., & Mazadiego, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [en línea]. Recuperado en 8 de junio de 2017 de: <<http://revistawww.redalyc.org/articulo.oa?id=29213108>> ISSN 0185-1594

- Vallejo, A., Osorno, R & Mazadiego, T. (2008). Sintomatología depresiva medida con las CES-D en adolescentes al norte de Veracruz. Veracruz: Facultad de psicología.
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos Y Tratamiento A Finales Del Siglo XX. *Psicología Conductual*, Vol. 8, No 3, 2000, pp. 417-449. Recuperado en 20 Diciembre de 2017 de: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>
- Vera, M. (2015). Afrontamiento en familias monoparentales (Tesina de grado). Mendoza, Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Recuperado en 4 de Diciembre de 2018 de: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/498>
- Villalobos, J., Sarmiento, C., Valencia, A., & Romero, P. (2007). Relaciones de bienestar y la salud percibida con los estilos parentales, la armonía interpersonal y la autoestima. México: UNAM.
- Villamil, I., Villacián, M., Canedo, C., Villacián, G., & Rodríguez, M. (2005). Medicina del adolescente. *Anales de Medicina Interna*, 22(11), 525-528. Recuperado en 22 de mayo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005001100005&lng=es&tlng=es.
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G. Y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. Revista digital universitaria. Volumen 6 Número 11. ISSN: 1067-6079. Recuperado en 19 de Noviembre de 2018 de: www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
- Wagner, Fernando A., González-Forteza, Catalina, Sánchez-García, Sergio, García-Peña, Carmen, & Gallo, Joseph J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11. Recuperado en 05 de noviembre de

2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es&tlng=es.

Yubero, S., (2006) coord. por Paéz et. Al. (2006). Psicología social, cultura y educación. ISBN 978-84-205-3724-5, págs. 819-844 Recuperado el 29 de julio 2018 en <https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+XXIV.pdf>

APÉNDICE

CARTA TIPO SOLICITUD PERMISO DE INVESTIGACIÓN

CDMX, FEBRERO DE 2018

MTRA. MELITONA MARTÍNEZ JUÁREZ

DIRECTORA

ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL #49

PRESENTE

Me place extenderle un cordial saludo, en ocasión de solicitarle que la estudiante de término de Psicología: Brenda Natalia Hernández Macias de la Universidad Nacional Autónoma de México pueda tener el debido permiso de usted para realizar el Proyecto de Tesis en la Escuela Preparatoria Oficial #49 y acceso a la misma con fines de obtener información que le permita desarrollar su Proyecto de Grado o Fin de Carrera sobre el tema de investigación relacionado con **“La percepción de los adolescentes sobre los estilos parentales de sus padres y su relación con la depresión y ansiedad”**. Así mismo, considera oportuno para su instituto, la sociedad y ella misma que se realice su proyecto de tesis en el mismo, y cuyo estudio y/o proyecto de tesis contribuirá e impactará en dicho instituto positivamente, ya que teniendo el análisis de los datos se entregará un informe sobre los resultados obtenidos en la investigación.

Para la realización del proyecto, inicialmente se entregarán consentimientos informados a los padres/tutores y a los estudiantes.

A los estudiantes del plantel se les aplicará:

1. Cuestionario sociodemográfico (para conocer datos generales, datos de sus viviendas y datos familiares)
2. Inventario de depresión de Beck (para conocer la sintomatología depresiva en cada individuo, consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona una o varias que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación)
3. Inventario de ansiedad de Beck (de 21 reactivos y permite evaluar síntomas de ansiedad)
4. Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental (CPAP) de Aguilar, Valencia y Romero (2007), (Se trata de un cuestionario aplicable a adolescentes, el cual evalúa las actitudes y prácticas parentales. Un total de 22 ítems evalúan el tipo de estilo parental).

La aplicación de dichos cuestionarios o instrumentos se pretende llevar a cabo en todos los grados de ambos turnos. El tiempo de aplicación consta de 45 a 60 minutos, por grupo, en una sola aplicación, de acuerdo a su consideración puede ser aplicado en un solo día o un día por turno.

Con saludos cordiales y a tiempo de agradecerles su atención a esta solicitud, aprovechamos la oportunidad para reiterarles nuestra más alta consideración y estima.

Atentamente,

DRA. ALEJANDRA VALENCIA CRUZ
Directora de Investigación, UNAM

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Instrucciones: Lee cuidadosamente cada reactivo y contesta. Menciona parentesco (padre, madre, tío (a), amigo (a), conocido (a)), no los nombres. Toda información brindada será confidencial y permanecerá en anonimato.

I. Datos generales

1. Edad (Años cumplidos): _____
2. Año que cursas: _____ Grupo: _____
3. Turno: Matutino () Vespertino ()
4. Estado civil: Casado () Soltero () Unión libre () Separado () Divorciado ()
5. Ocupación actual: Estudiante () Estudiante y trabajador ()
6. ¿Cuál fue tu promedio en el último año escolar cursado? _____
7. ¿Cuál es la calificación más frecuente que obtienes en tus estudios? _____
8. ¿Ingieres bebidas alcohólicas? Si () No ()
9. ¿Ingieres algunas otras sustancias o drogas? Si () No ()Cuál: _____

II. Características de la vivienda

10. Tipo de vivienda: Casa propia () Rentada ()
11. Número de cuartos que hay en tu hogar: _____
12. ¿Cuántos focos hay en tu hogar?: _____

III. Datos familiares

13. ¿Con quién vives?
Papá y mamá () Sólo papá () Sólo mamá () Tutor ()
14. Estado civil actual de tus padres:
Casados () Unión libre () Separados () Divorciados () Viudos () Solteros ()
Separados y vive con una nueva pareja ()
15. ¿Quién consideras que es la figura de autoridad en tu casa?
Papá () Mamá () Ambos () Tutor () Especifica: _____
16. ¿Cuál es el nivel educativo del padre?

Primaria () Secundaria () Preparatoria () Profesional () No aplica ()

17. ¿Cuál es el nivel educativo de la madre?

Primaria () Secundaria () Preparatoria () Profesional () No aplica ()

18. ¿A alguno de tus padres le han diagnosticado alguna enfermedad mental como: Ansiedad y depresión?

Padre () Madre () Ambos () Ninguno ()

Especifica el diagnóstico: _____

19. ¿Alguno de tus padres ingiere bebidas alcohólicas?

Padre () Madre () Ambos () Ninguno ()

¿Con qué frecuencia?:

Diario () Cada 8 días () Cada 15 días () Cada mes ()

Dos o cinco veces al año () Una vez al año () No toma ()

20. ¿Alguno de tus padres ingiere alguna otra sustancia?

Padre () Madre () Ambos () Ninguno ()

Especifica: _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Número de lista: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones.

Por favor, lee cada oración cuidadosamente y escoge una de cada grupo que mejor describa la manera en que te **SENTISTE LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY.**

MARCA CON UNA X EL CUADRADO QUE SE ENCUENTRA AL LADO DE LA ORACIÓN QUE ESCOJAS. Si varias oraciones de un grupo se aplican a tu caso marca con una X cada una. Asegúrate de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer tu elección.

1)

- YO NO ME SIENTO TRISTE
- YO ME SIENTO TRISTE
- ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO EVITARLO
- ESTOY TAN TRISTE O INFELIZ QUE NO PUEDO SOPORTARLO

2)

- EN GENERAL NO ME SIENTO DESANIMADO POR EL FUTURO
- ME SIENTO DESANIMADO POR MI FUTURO
- SIENTO QUE NO TENGO NADA QUE ESPERAR DEL FUTURO
- SIENTO QUE EL FUTURO NO TIENE ESPERANZA Y QUE LAS COSAS NO PUEDEN MEJORAR

3)

- YO NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO
- SIENTO QUE HE FRACASADO MÁS QUE LAS PERSONAS EN GENERAL.
- AL REPASAR LO QUE HE VIVIDO, TODO LO QUE VEO SON MUCHOS FRACASOS
- SIENTO QUE SOY UN COMPLETO FRACASO COMO PERSONA

4)

- OBTENGO TANTA SATISFACCIÓN DE LAS COSAS COMO SOLÍA HACERLO
- YO NO DISFRUTO DE LAS COSAS DE LA MANERA COMO SOLÍA HACERLO
- YA NO OBTENGO VERDADERA SATISFACCIÓN DE NADA
- ESTOY INSATISFECHO O ABURRIDO CON TODO

5)

- EN REALIDAD YO NO ME SIENTO CULPABLE

- ME SIENTO CULPABLE EN GRAN PARTE DEL TIEMPO
- ME SIENTO CULPABLE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO

6)

- YO NO ME SIENTO QUE ESTÉ SIENDO CASTIGADO
- SIENTO QUE PODRÍA SER CASTIGADO
- ESPERO SER CASTIGADO
- SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADO

7)

- YO NO ME SIENTO DECEPCIONADO DE MI MISMO
- ESTOY DECEPCIONADO DE MI MISMO
- ESTOY DISGUSTADO CONMIGO MISMO
- ME ODIO

8)

- YO NO ME SIENTO QUE SEA PEOR QUE OTRAS PERSONAS
- ME CRITICO A MI MISMO POR MIS DEBILIDADES O ERRORES
- ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS FALLAS
- ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE

9)

- YO NO TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS
- TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS PERO NO LOS LLEVARÍA A CABO
- ME GUSTARÍA SUICIDARME
- ME SUICIDARÍA SI TUVIERA OPORTUNIDAD

10)

- YO NO LLORO MÁS DE LO USUAL
- LLORO MÁS DE LO QUE SOLÍA HACERLO
- ACTUALMENTE LLORO TODO EL TIEMPO
- ANTES PODÍA LLORAR, PERO AHORA NO LO PUEDO HACER A PESAR DE QUE LO DESEO

11)

- YO NO ESTOY MÁS IRRITABLE DE LO QUE SOLÍA ESTAR
- ME ENOJO O ME IRRITO MÁS FÁCILMENTE QUE ANTES
- ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO
- YA NO ME IRRITO DE LAS COSAS POR LAS QUE SOLÍA HACERLO

12)

- YO NO HE PERDIDO EL INTERÉS EN LA GENTE
- ESTOY MENOS INTERESADO EN LA GENTE DE LO QUE SOLÍA ESTAR
- HE PERDIDO EN GRAN MEDIDA EL INTERÉS EN LA GENTE
- HE PERDIDO TODO EL INTERÉS EN LA GENTE

13)

- TOMO DECISIONES TAN BIEN COMO SIEMPRE LO HE HECHO
- POSPONGO TOMAR DECISIONES MÁS QUE ANTES
- TENGO MÁS DIFICULTAD EN TOMAR DECISIONES QUE ANTES
- YA NO PUEDO TOMAR DECISIONES

14)

- YO NO SIENTO QUE ME VEA PEOR DE CÓMO ME VEÍA
- ESTOY PREOCUPADO (A) POR VERME VIEJO (A) O POCO ATRACTIVO (A)
- SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA QUE ME HACEN VER POCO ATRACTIVO (A)
- CREO QUE ME VEO FEO (A)

15)

- PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES
- REQUIERO DE MÁS ESFUERZO PARA INICIAR ALGO
- TENGO QUE OBLIGARME PARA HACER ALGO
- YO NO PUEDO HACER NINGÚN TRABAJO

16)

- PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES
- YA NO DUERMO TAN BIEN COMO SOLÍA HACERLO
- ME DESPIERTO UNA O DOS HORAS MÁS TEMPRANO DE LO NORMAL Y ME CUESTA TRABAJO VOLVERME A DORMIR
- ME DESPIERTO MUCHAS HORAS ANTES DE LO QUE SOLÍA HACERLO Y NO PUEDO VOLVER A DORMIR

17)

- YO NO ME CANSO MÁS DE LO HABITUAL
- ME CANSO MÁS FÁCILMENTE DE LO QUE SOLÍA HACERLO
- CON CUALQUIER COSA QUE HAGA ME CANSO
- ESTOY MUY CANSADO PARA HACER CUALQUIER COSA

18)

- MI APETITO NO ES PEOR DE LO HABITUAL
- MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO SOLÍA SERLO
- MI APETITO ESTÁ MUY MAL AHORA
- NO TENGO APETITO DE NADA

19)

- YO NO HE PERDIDO MUCHO PESO ÚLTIMAMENTE
- HE PERDIDO MÁS DE DOS KILOGRAMOS
- HE PERDIDO MAS DE CINCO KILOGRAMOS
- HE PERDIDO MÁS DE OCHO KILOGRAMOS

A PROPÓSITO ESTOY TRATANDO DE PERDER PESO COMIENDO MENOS.

SÍ _____ NO _____

20)

- YO NO ESTOY MÁS PREOCUPADO DE MI SALUD QUE ANTES
- ESTOY PREOCUPADO ACERCA DE LOS PROBLEMAS FÍSICOS TALES COMO DOLORES, MALESTAR ESTOMACAL O CONSTIPACIÓN
- ESTOY MUY PREOCUPADO POR PROBLEMAS FÍSICOS Y ES DIFÍCIL PENSAR EN ALGO MÁS
- ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS PROBLEMAS FÍSICOS QUE NO PUEDO PENSAR EN NINGUNA OTRA COSA

21)

- YO NO HE NOTADO NINGÚN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERÉS POR EL SEXO
- ESTOY MENOS INTERESADO EN EL SEXO DE LO QUE ESTABA
- ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO AHORA
- HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERÉS POR EL SEXO

INVENTARIO DE BECK ANSIEDAD (BAI)

Instrucciones: Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos (no me molesta mucho)	Moderadamente (Fue muy desagradable pero podía soportarlo)	Severamente (Casi no podía soportarlo)
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento o temblor de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad o desvanecimientos				
20. Enrojecimiento facial (sonrojarse)				
21. Sudoración fría o caliente (no debida al calor)				

CUESTIONARIO DE PATRONES DE AUTORIDAD PARENTAL (CPAP)

INSTRUCCIONES: A continuación encontrarás una serie de afirmaciones acerca de la forma de ser de tu papá y de tu mamá, indica qué tan cierto te parece lo que se dice de cada uno, utilizando las siguientes opciones de respuesta:

- 1. Totalmente cierto**
- 2. Medianamente cierto**
- 3. Poco cierto**
- 4. Muy poco cierto**

ANOTA EL NUMERO DE LA OPCION QUE ELEGISTE EN EL ESPACIO INDICADO PARA CADA UNO DE TUS PADRES.

No olvides que debes elegir por separado la respuesta que mejor describa el comportamiento de cada uno. En el caso de la falta de uno de ellos deja esa columna en blanco.

	Papá	Mamá
1. Mi papá, mamá me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone..	_____	_____
2. Mi papá, mamá me permite decidir la mayor parte de las cosas por mí mismo.....	_____	_____
3. Cuando mi papá, mamá me pide que haga algo espera que lo haga inmediatamente y sin hacer preguntas.....	_____	_____
4. Mi papá, mamá toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos.....	_____	_____
5. A mi papá, mamá parece importarle poco lo que me suceda.....	_____	_____
6. Mi papá, mamá piensa que debe usarse la fuerza para que los hijos se comporten correctamente...	_____	_____
7. Cuando mi papá, mamá quiere que yo haga algo me explica las razones.....	_____	_____
8. Mi papá, mamá me da libertad para actuar y comportarme como yo lo desee.....	_____	_____
9. Mi papá, mamá regatea mucho cualquier ayuda que le pida.....	_____	_____
10. Mi papá, mamá piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos...	_____	_____
11. En la casa cada quien hace lo que quiere y nadie le pide cuentas.....	_____	_____
12. Mi papá, mamá dirige nuestras actividades y conductas convenciéndonos con razones.....	_____	_____
13. Mi papá, mamá es muy tolerante y permisivo(a) conmigo.....	_____	_____
14. Mi papá, mamá es poco responsable conmigo.....	_____	_____
15. Mi papá, mamá es exigente pero comprensivo(a).....	_____	_____
16. Cuando mi papá, mamá piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque no quiera.....	_____	_____

1. Totalmente cierto	2. Medianamente cierto	3. Poco cierto	4. Muy poco cierto
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------	---------------------------

	Papá	Mamá
17. Mi papá, mamá nos permite tener nuestras propias opiniones sobre asuntos de la familia y decidir por nosotros mismos lo que vamos a hacer.....	_____	_____
18. Mi papá, mamá se mantiene alejado y ajeno a lo que hacemos sus hijos.....	_____	_____
19. Cuando mi papá, mamá toma una decisión que me afecta, él(ella) está dispuesto(a) a discutirla conmigo y aceptar que cometió un error.....	_____	_____
20. Mi papá, mamá me exige que haga las cosas exactamente como él(ella) quiere.....	_____	_____
21. Mi papá, mamá se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.....	_____	_____
22. Mi papá, mamá ha puesto reglas claras de comportamiento y las adapta a las necesidades de sus hijos.....	_____	_____
23. Mi papá, mamá se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer.....	_____	_____
24. Mi papá, mamá es muy consentidor(a) conmigo.....	_____	_____
25. Mi papá, mamá se entromete en todos mis asuntos.....	_____	_____
26. Mi papá, mamá me deja poco margen para que yo pueda decidir lo que quiero hacer.....	_____	_____
27. Mi papá, mamá acepta fácilmente las disculpas y justificaciones que doy de mis errores y malas conductas.....	_____	_____
28. Mi papá, mamá me ha impuesto una disciplina rígida y severa.....	_____	_____
29. Mi papá, mamá piensa que debe respetarse la manera de ser de los hijos.....	_____	_____