

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS



**HISTORIA DE CUIDADO PARENTAL PERCIBIDA Y
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN UN GRUPO DE
ADOLESCENTES ESCOLARES**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORA

CRISTINA MARÍA OLAECHEA DE ROSSI

ASESOR

FRANCESCO MARINELLI

LIMA-PERÚ
2019

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo conocer la relación entre la historia de cuidado parental y la sintomatología depresiva en un grupo de adolescentes escolares. Con este fin, se evaluó a un grupo de 77 adolescentes escolares entre 16 y 17 años ($M = 16.47$; $DE = .528$), de los cuales el 51.9% son hombres. Se emplearon el Instrumento del Vínculo Parental (PBI) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI). En cuanto a los resultados, se encuentran correlaciones significativas entre el cuidado paterno y todas las escalas del CDI, así como entre las escalas de cuidado y control materno, y la sintomatología depresiva total. Además, se tuvo como objetivo específico analizar la historia de cuidado parental en función al sexo de los participantes, encontrando que no hay diferencias significativas. Asimismo, al analizar la sintomatología depresiva en función al sexo de los participantes, se encuentra que las mujeres presentan mayores niveles de sintomatología.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, historia de cuidado parental, cuidado parental, control parental, adolescencia.

ABSTRACT

This research aims to know the relationship between the history of parental care and depressive symptoms in a group of adolescent students. To this end, a group of 77 school adolescents between 16 and 17 years old ($M = 16.47$, $SD = .528$) was evaluated, of which 51.9% are men. The Parental Bonding Instrument (PBI) and The Child Depression Inventory (CDI) were used. Regarding the results, correlations were found with the differences between Paternal Care and all scales of the CDI; also, between the Maternal Care and Control scale and the Total Depressive Symptomatology. In addition, one specific objective was to analyze the history of parental care according to the sex of the participants, finding that there are no significant differences. Also, when analyzing the depressive symptomatology according to the sex of the participants, it is found that women present higher levels of symptomatology.

Keywords: Depressive symptoms, history of parental care, parental care, parental control, adolescence.

Tabla de contenido

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	14
Procedimiento	17
Análisis de Datos	17
Resultados	19
Discusión	23
Referencias Bibliográficas	33
Apéndices	45
Apéndice A: Consentimiento informado	46
Apéndice B: Ficha sociodemográfica	48
Apéndice C: Prueba de Normalidad	50
Apéndice D: Diagramas de Dispersión	51

Historia de cuidado parental percibida y sintomatología depresiva en un grupo de adolescentes escolares

Según la Organización mundial de la salud, actualmente, alrededor de 300 millones de personas sufren de depresión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). En el 2012, un estudio epidemiológico realizado en Perú encontró que el 17.2% de la población de Lima Metropolitana y Callao presentaba –o había presentado- por lo menos un episodio depresivo (Instituto Nacional de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi [INSM], 2012). Asimismo, diversos estudios señalan que se presenta una mayor prevalencia en la adolescencia, tanto en el Perú como en el mundo (INSM, 2012; United Nations Children’s Fund – UNICEF, 2011). En Lima, se encontró que la depresión afecta al 8,6% de adolescentes entre los 12 y 17 años. También se encontró que entre el 11,1% y el 22% de los adolescentes de Lima experimentan sentimientos relacionados a la depresión, tales como tristeza, irritabilidad, tensión, angustia y aburrimiento (INSM, 2012).

El desarrollo de la depresión en los adolescentes se encuentra asociado a múltiples factores. Uno de ellos, y quizás uno de los más importantes, es la relación con los cuidadores primarios y la calidad de la misma (Graziano, Bonnino & Cattelino, 2009; Schmoeger, Deckert, Wagner, Sirsch, & Willinger, 2017; Seijo, Novo, Carracedo & Fariña, 2010; Vargas, 2014). Son las características de esta relación, como la comunicación de los cuidadores primarios, su forma de crianza, cómo los hijos adolescentes lo perciben y la experimentación de afecto, las que van a resultar de suma importancia para la salud mental de la persona (Boldt, Kochanska, Eun, & Koenig, 2014; Galicia, Sánchez y Robles, 2009).

Desde una caracterización sintomatológica, se puede entender la depresión como la presencia de un conjunto de síntomas que alteran el funcionamiento de la persona en distintos ámbitos de su vida (Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2014; Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2014). Esto implica una variedad de condiciones emocionales como la tristeza, la pérdida de interés o la capacidad para experimentar placer, y puede ir acompañado de una variedad de síntomas fisiológicos, psicológicos y cognitivos (APA, 2014).

En la actualidad, la depresión es descrita sintomatológicamente por diversos manuales psiquiátricos, siendo los más importantes el CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-V (APA, 2014). El diagnóstico se centra en la presencia o ausencia de una determinada

serie de síntomas en un lapso de tiempo determinado para establecer su gravedad. Así, en ambas clasificaciones se encuentra que, para poder diagnosticar una depresión mayor, es necesario que la persona presente ánimo depresivo y/o anhedonia por al menos dos semanas. Además, debe venir acompañado por alteraciones en el sueño, apetito, peso, nivel de actividad motora y la energía, así como fallas en la memoria, atención y las funciones ejecutivas. Asimismo, estas alteraciones deben afectar significativamente la funcionalidad de la persona e implicar un nivel de malestar clínicamente significativo (Berenzon et al., 2014). Del mismo modo, ambas clasificaciones proponen diversos especificadores que ayudan a poder diagnosticar la gravedad del trastorno (leve, moderado o grave).

Resulta importante señalar que, si bien se utilizan los mismos criterios para diagnosticar un episodio depresivo mayor en niños, adultos y adultos mayores, en el DSM-V se encuentran dos excepciones. En primer lugar, se ha cambiado el estado de ánimo principal en niños y adolescentes para que así se incluya el síntoma de irritabilidad. Por otro lado, la segunda excepción consiste en tomar en cuenta lo esperado en un niño o adolescente con un desarrollo normal respecto al peso, ya que se especifica que un paciente pediátrico puede presentar el criterio de falta de apetito y alteración del peso por no alcanzar el peso y altura esperados para su edad. Es decir, se debe tomar en cuenta que en los niños y adolescentes el peso es relativo (APA, 2014; Mehta & Sagar, 2015). Por otro lado, cabe resaltar el amplio uso del Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs (2004), este incorpora tanto aspectos sintomáticos como la visión negativa que el adolescente tiene respecto a sí mismo, el entorno y su futuro, entendiendo estos como aspectos característicos de la depresión.

Se puede afirmar, entonces, que la depresión afecta a las personas física, emocional y cognitivamente, lo cual repercute en los distintos ámbitos de su vida cotidiana. Sin embargo, si bien la depresión es diagnosticada formalmente y su persistencia es notable, no todas las personas cumplen con los criterios necesarios para diagnosticarse un trastorno depresivo, pero puede que sí cumplan con algunos criterios que los coloca en riesgo de sufrir este trastorno en el futuro (Paz & Bermúdez, 2010). De esta manera, se denomina sintomatología depresiva a aquellos trastornos leves del estado de ánimo, de más corta duración y que no han podido ser diagnosticados formalmente (Weber, 2009). Se manifiesta principalmente a través de un reemplazo del humor habitual por un estado de predominante tristeza, desinterés y displacer, entre otros síntomas diversos (APA, 2014). Entonces, al aproximarnos a la sintomatología

depresiva en adolescentes, resulta importante evaluar la presencia de estados emocionales, así como la valoración que la persona ha formado sobre sí misma.

Se ha encontrado que la sintomatología depresiva se manifiesta de gran manera en la adolescencia. Esto ocurre debido a los múltiples cambios que acompañan esta etapa y que ponen a la persona en una situación de especial vulnerabilidad al estrés psicosocial (Lorence, Jiménez & Sánchez, 2009). La adolescencia representa una etapa de la vida en la cual hay una gran intensidad emocional y una transformación que involucra importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales que están interrelacionados (Papalia, Feldman & Martorell, 2012). Además, en este periodo se espera cumplir una serie de tareas de desarrollo que implican principalmente el logro de la autonomía y la independencia respecto a los padres. Así, el adolescente debe formar una identidad integrada que combine los distintos aspectos propios de su personalidad (Craig, 2009). No obstante, se sabe que, si bien esta etapa implica los cambios señalados, la mayoría de los adolescentes logran esta transición sin mayores problemas (Morris & Maisto, 2009; Pérez, Menéndez & Hidalgo, 2014), incluso muchos de ellos lo demuestran desempeñándose exitosamente en el colegio y teniendo relaciones familiares y sociales óptimas (APA, 2014).

De todos modos, la vulnerabilidad a eventos estresantes puede perjudicar el desarrollo sano del individuo aumentando la posibilidad de que ocurra un desajuste emocional (Lorence et al., 2009; Oliva, Jiménez & Parra, 2009). Como consecuencia, una persona puede desarrollar ciertas dificultades, incluyendo el desarrollo de una patología, siendo la depresión una de las de mayor prevalencia en los adolescentes del Perú (INSM, 2012).

A partir de lo señalado, resulta importante profundizar sobre la manifestación de dicha sintomatología en esta población. La depresión suele presentarse en toda la adolescencia ya que mientras van creciendo se presentan diferentes estresores los cuales van a contribuir a que se pueda desarrollar este tipo de sintomatología. Estudios realizados en el contexto peruano encontraron que durante la adolescencia temprana la familia sería la mayor fuente de preocupación, por otro lado en la adolescencia media el mayor estresor sería el grupo de pares mientras que, en la adolescencia tardía la preocupación por el futuro y la vida académica sería la que genere malestar (Arias, 2013; Martínez y Morote, 2001). No obstante, se encontró una mayor prevalencia en la adolescencia tardía debido a que los estresores en esta etapa son considerados de mayor

intensidad, como el temor acerca del desempleo y la inseguridad en la elección vocacional (Martínez y Morote, 2001; Vargas, Tovar y Valverde, 2010).

Por otro lado, Achenbach, Edelbrock y Howell (1987), propusieron que existen dos grupos generales de problemas para categorizar la psicopatología del desarrollo adolescente: las conductas internalizantes y las externalizantes. La primera se refiere, principalmente, a la manifestación de conductas depresivas, comportamientos ansiosos y a los problemas somáticos, mientras que, en la segunda, se incluyen los problemas relacionados con agresividad, desobediencia, falta de atención y conducta delictiva. De este modo, los síntomas de la depresión se encuentran dentro de las conductas internalizantes y se presentan de distintas maneras en los adolescentes. Por un lado, los síntomas característicos son la irritabilidad, la tristeza y la baja autoestima, los cuales se presentan con mayor frecuencia que otros síntomas (APA, 2014). En cuanto a problemas internalizantes, se pueden encontrar síntomas como quejas somáticas, apatía, hipersomnia, inseguridad, miedo, inestabilidad del estado de ánimo y tristeza (APA, 2014; Marcelli, 2007).

Asimismo, diversos estudios en poblaciones no clínicas reportan diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la sintomatología presentada. Alarcón y Bárrig (2015), encontraron que las adolescentes mujeres puntuaron más alto en conductas internalizantes. Así, señalan que esto podría ser tanto por razones biológicas, debido a las diferencias estructurales y funcionales en el cerebro, como ambientales, por los patrones de socialización diferenciados por sexo y los factores de riesgo a los que están expuestos (Andrade, Betancourt & Vallejo, 2010; Zahn Waxler, Crick, Shirtcliff & Woods, 2006). Asimismo, Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas (2012) también encontraron diferencias entre adolescentes hombres y mujeres en relación a la presencia de la sintomatología depresiva, siendo las mujeres aquellas que obtuvieron puntuaciones más altas.

Como consecuencia a esta sintomatología, los adolescentes pueden presentar múltiples dificultades asociadas a su funcionalidad y su autopercepción. Principalmente, la persona experimenta un ánimo inestable que lo va a llevar a tener una hipersensibilidad a la crítica y que va a ir acompañado de ofensas a los padres y pares (Marcelli, 2007). Además, las consecuencias de esta sintomatología van a afectar las distintas áreas de desarrollo ya que puede interferir en el desempeño escolar, en la participación de actividades extracurriculares y en los casos más severos, pudiendo

ocasionar desesperanza, ideas suicidas y comportamientos autodestructivos (APA, 2014; Marcelli, 2007; OMS, 2018).

En la adolescencia, debido a las características de la etapa evolutiva, ocasionalmente los síntomas de la depresión pueden ser confundidos con lo esperado en personas propias de esta edad, generando dificultades en su detección y, por lo tanto, un inadecuado tratamiento (APA, 2014). Es por eso, que los síntomas y desórdenes depresivos son considerados como un problema de salud mental de significativa importancia durante la niñez y la adolescencia (Obando, 2012; Verstraeten, Vasey, Raes & Bijttebier, 2009). Del mismo modo, la presencia del malestar psicológico y emocional puede ser un predictor de los problemas psicológicos tanto durante la adolescencia como en la vida adulta (Aguilar, Manrique, Tuesta & Musayón, 2010).

Desde la literatura, se plantea que el desarrollo de la sintomatología depresiva en los adolescentes puede estar asociado a diversas variables, ya sea hereditaria o contextual. Por un lado, los factores hereditarios, como la historia genética familiar, ocasionan que exista un mayor riesgo de que la persona pueda desarrollar una depresión; sin embargo, esto no sucede en todas las personas con dicha predisposición (APA, 2014). De este modo, se cree que otras variables asociadas podrían ser los factores relacionados al entorno, como los ambientes familiares adversos; en especial, la relación entre progenitores e hijos (Graziano et al., 2009), el divorcio de los padres (Seijo et al., 2010) y el rechazo de los padres a los hijos (Galicía et al., 2009).

Por lo tanto, se cree pertinente resaltar la importancia de la familia en el desarrollo emocional de las personas. Según diversos autores, la familia es el contexto de crianza más importante en los primeros años de vida de un individuo, es ahí donde el niño adquiere las primeras habilidades y crea los primeros hábitos que luego le permitirán conseguir autonomía (Bornstein, 2002; Boldt et al., 2014; Schmoeger et al., 2017). Se ha encontrado que prácticamente todas las vertientes psicológicas y psicoterapéuticas plantean la relación positiva que hay entre la influencia de los cuidadores primarios y el desarrollo de la personalidad, así como la relación inversa con la vulnerabilidad a los trastornos psicológicos (Boldt et al., 2014; Domenech, Rodríguez, Donovan & Crowley, 2009; Schmoeger et al., 2017). Es por esto, que se plantea que son los cuidadores primarios los referentes más importantes de sus hijos y los encargados de brindar una formación que potencie un desarrollo equilibrado a través del apoyo y la responsabilidad parental (Schmoeger et al., 2017; Torio, Peña & Rodríguez, 2008).

En ese sentido, se plantea que las particularidades del cuidado de los padres que haya tenido una persona a lo largo de su vida, representarán un factor protector o de riesgo en su desarrollo psicológico (Baumrind, 1971; Morales, Armijo, Moya, Echávarri, Barros, Varela, Sánchez, 2014). Esta historia de cuidado se conformara a partir de dos dimensiones: cuidado/calidez y control (Baumrind, 1966, 1971). De esta manera, la calidez está caracterizada por actitudes de apoyo, cariño, respeto y afecto, mientras que el control se expresa como intromisión e imposiciones excesivas. (Parker, 2009; Villegas, Alonso, Alonso & Martínez, 2014). Si bien este constructo ha sido abordado desde lo denominado como estilos parentales, otros autores se han enfocado en el tipo de vínculo y sus características desde la experiencia de los adolescentes (Parker, Tupling y Brown, 1979). Es por eso, que se denomina como historia de cuidado parental percibida.

En cuanto a la primera dimensión, el cuidado parental hace referencia al tono emocional de la interacción o *responsiveness* (Villegas et al., 2014), a las variaciones en intensidad y la frecuencia de la expresión de afecto, así como el grado en que el cariño se mezcla con sentimientos de rechazo y hostilidad (Morales et al., 2014; Villegas et al., 2014). Igualmente, esta capacidad de respuesta de los padres se define como el grado en que los padres utilizan el afecto, la participación y el apoyo en el proceso de crianza de los hijos lo cual es sumamente importante dentro de una familia (Arias, 2013). Asimismo, Kimmel y Weiner (1998) señalan que esta dimensión hace referencia a aquello que los padres dan (o niegan) a sus hijos, cómo es la atención que prestan a sus necesidades, el apoyo afectuoso que brindan a sus esfuerzos, y el interés expreso por lo que piensan, sienten y hacen, así como su aceptación (Arias, 2013).

En cuanto a la segunda dimensión, el control parental hace referencia al conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos, y el conocimiento de las actividades que estos realizan (Barber, Olsen & Shagle, 1994; Villegas et al., 2014). Esta dimensión ha sido llamada de distintas maneras (por ejemplo, sobreprotección o monitoreo parental), por lo que existe cierta controversia acerca de lo que estaría midiendo. No obstante, a pesar de las distintas dominaciones que se le dé a esta dimensión, esta mide la sensación de restricción y control ejercen los padres, incluyendo tanto el control psicológico como el conductual (Betancourt & Andrade, 2011; Villegas et al., 2014). Por un lado, el control psicológico hace referencia a las conductas mayormente intrusivas y manipuladoras a nivel emocional que no permite un comportamiento autónomo por parte de los hijos/as. Por otro lado, el control

conductual estaría indicando la supervisión y establecimiento de límites por parte de los padres (Betancourt & Andrade, 2011). Es decir, más allá del estilo o la forma en que se ejerce el control, en el presente estudio se entenderá esta dimensión como la percepción que tienen los adolescentes sobre el tipo de vínculo restrictivo en relación a los padres (McEwen & Flouri, 2009).

Esta aproximación ayuda a conocer cómo perciben y han interiorizado los adolescentes las características de la propia crianza recibida por sus padres, permite abarcar parte de la complejidad de la crianza en la cual no solo están involucradas las acciones sino también, las emociones, actitudes y valores. Así, esta historia de cuidado hace referencia la percepción de los adolescentes en relación a las actitudes referidas por los padres dentro de un contexto emocional expresadas a través de comportamientos específicos (prácticas parentales) o a través de comportamientos no específicos como gestos o expresiones de emoción (Darling & Steinberg, 1993; Capano & Ubach, 2013). Del mismo modo, hace referencia a la forma general de actuar de los padres, estos pueden emplear distintas estrategias en distintas situaciones, aunque alguna suele predominar (López-Soler, Puerto, López-Pina & Prieto, 2009). De esta manera, los padres pretenden modular las conductas de sus hijos en la dirección que ellos valoran y desean y de acuerdo a su personalidad (Meza & Paez, 2016).

El poder percibir esta complejidad facilita la predicción del tipo de consecuencias que la historia de crianza tiene sobre el futuro comportamiento de los niños (Gargurevich y Soenens, 2015; Morales et al., 2014; Villegas et al., 2014). Es importante conocer la crianza recibida, ya que a través de esta se transmiten los valores, pensamientos y acciones al adolescente, los cuales van a facilitar u obstaculizar la capacidad de afrontamiento del mismo (Arias, 2013).

Cabe mencionar que la crianza es una relación bidireccional entre padres e hijos y, por lo tanto, las acciones, actitudes y sentimientos de los padres deben adaptarse a los cambios evolutivos que sus hijos experimentan en su desarrollo, así como a las exigencias y necesidades que esto acarrea. (Palacios, 1999; Vanegas, Barbosa, Alfonso, Delgado & Gutiérrez, 2012). Como se ha señalado, la adolescencia es una etapa en la cual la persona atraviesa por una serie de cambios físicos, biológicos y psicológicos (Pérez et al., 2014; Morris & Maisto, 2009), los cuales influyen en sus relaciones familiares, así como en la percepción que estos últimos tienen de dicha relación (Vanegas et al., 2012).

Además, algunos estudios encuentran que el contexto cultural al que pertenece la familia también tiene un papel importante ya que va a asociarse a la crianza. Por ejemplo, si la cultura no propicia el individualismo entonces los padres probablemente buscarán una condición familiar más interdependiente o, si se refuerza la competitividad y la independencia es probable que los padres deseen que sus hijos sean de esta manera (Betancourt & Andrade, 2011; Boldt et al., 2014; García, Cerezo, de la Torres, Carpio, & Casanova, 2011; Jung, Fuller, & Galindo, 2012; Kochanska & Kim, 2013). En Latinoamérica, se ha encontrado que las familias atribuyen una gran importancia a la familia como fuente y recipiente del soporte emocional (Calzada, Huang, Anicama, & Fernández, 2012; Calzada, Tamis-Le Monda, & Yoshikawa, 2013; Jung et al., 2012). No obstante, también se considera importante la sumisión y la obediencia a la autoridad frente al padre, mientras que la madre es el foco afectivo de los hijos y mayormente tiene un rol de mediadora en los conflictos entre padres e hijos; por lo tanto, los hijos que son considerados como obedientes son los que muestran soporte y respeto hacia los padres (Domenech et al., 2009; Villanueva, Graber & BrooksGunn, 2008). Además, se encontró que en la manifestación de conductas depresivas y los problemas somáticos de adolescentes varones latinos, el soporte del padre o la madre sirve como factor protector sin importar el nivel de conflicto con el padre opuesto. Por el contrario, en las adolescentes mujeres latinas el conflicto con la madre es especialmente perjudicial; sin embargo, el soporte emocional de la madre sirve como un factor protector para la hija incluso cuando hay conflicto con el padre (Crean, 2008; Cabrera, Hofferth, & Chae, 2011).

De este modo, son múltiples las teorías que manifiestan la importancia de considerar la relación que tienen las diferentes dimensiones del comportamiento parental sobre los hijos (Arias, 2013; Spitz, 1965; Stern, 1985; Tsaousis, Mascha, & Giovazolias, 2012; Villegas et al., 2014). Muchos de estos estudios combinan un índice de calidez, aceptación o compromiso con un índice de control y estrictez y tienen en cuenta a ambos padres (Parker, 2009; Villegas et al., 2014). Existe evidencia que señala que los niños con mayores capacidades de adaptación son aquellos que perciben un alto nivel de apoyo por parte de sus padres ya que este apoyo reduce los efectos negativos de los estresores sobre la salud mental de los niños. A su vez, esta percepción aumenta la autoestima, su sentido de integración social, la percepción de control y la efectividad de sus afrontamientos (Tsaousis et al., 2012).

De este modo, existen diversas teorías que hablan acerca de la importancia del vínculo entre padres e hijos en el desarrollo del niño. Una de éstas es la teoría del apego de Bowlby, en la cual plantea el efecto que tiene la relación con las principales figuras vinculares en el desarrollo del niño (Bowlby, 1951, 1979, 1988). Así, la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que ocurren en el niño es influida por el tipo de vínculo o apego que los individuos desarrollan durante el primer año de vida con el cuidador. Es decir, mientras haya una alta seguridad en la relación con un cuidador estable y continuo, el niño va a tener un adecuado desarrollo cognitivo y mental; este vínculo con los cuidadores primarios determinará como serán las relaciones posteriores entre el niño y su entorno ya que es a partir de esto que generará sus percepciones individuales, sus emociones, pensamientos y expectativas (Bowlby, 1951, 1979, 1988; Moneta, 2008). Bowlby recalcó los efectos a mediano y largo plazo que tienen estas relaciones en la salud mental del infante. Siguiendo su teoría, diversos autores hacen referencia a la relación entre las figuras de cuidado poco responsables o sensibles y los problemas emocionales, como la depresión; estos síntomas depresivos se asocian a modelos negativos del sí mismo y de los otros construidos a partir de la relación con los cuidadores principales (Bowlby, 1951, 1979, 1988; Kobak, Sudler & Gamble, 1991; López-Soler, Fernández, Prieto, Alcántara, Castro y López-Pina, 2012; Marchand-Reilly, 2009; Thornberry, Henry, Ireland y Smith, 2010).

Para fines de esta investigación, se encontraron múltiples estudios internacionales en los cuales se señala la relevancia del tema a trabajar. Estos se realizaron bajo el mismo modelo de historia de crianza, tomando en cuenta las dimensiones de control y cuidado tanto del padre como de la madre. Se encontró una relación positiva entre la percepción que los adolescentes tienen del cuidado y control recibido por sus progenitores y la sintomatología depresiva que podrían presentar (Andrade et al., 2012; Betancourt & Andrade, 2012). En el estudio de McLeod, Weisz y Wood (2007) se encontró una relación moderada entre ambos constructos, en donde el nivel de calidez y control percibido en los progenitores indicó una representación del 8% de la varianza en la depresión infantil.

Por otro lado, otros estudios encontraron que la falta de un comportamiento positivo por parte de los padres, como, la baja aceptación, y la presencia de un comportamiento aversivo, como la crítica, contribuyen al desarrollo, mantenimiento y recaída de la depresión en los hijos (Florenzano, Valdés, Cáceres, Casassus, Sandoval & Santander, 2009; Luiz et. al., 2015; Petts, 2019; Segrin & Flora, 2011). Estas

características de los padres se asocian a sentimientos de impotencia y baja autoestima en los hijos/as (Segrin & Flora, 2011).

En cuanto a la dimensión de control parental, Florenzano y colaboradores (2009), encontraron una relación positiva y significativa entre la depresión y el control parental ($r = .366, p = .001$). De esta manera, un menor control estaría asociado a una menor sintomatología depresiva. Del mismo modo, señalan que una mayor percepción de control por parte de los cuidadores posiblemente esté asociado, por un lado, a la presencia dicha sintomatología y, al mismo tiempo, a la presencia de mayores problemas de comportamiento (Betancourt & Andrade, 2011; Florenzano, et al., 2009).

Mayores resultados que sustentan esta relación se encuentran en el estudio realizado por Andrade et. al., (2012), en el cual se analizó el poder predictivo de la conducta de los padres en la sintomatología depresiva de los adolescentes. Los resultados mostraron que la sintomatología depresiva se asoció de forma positiva con el control e imposición de ambos padres y de forma negativa con la comunicación, autonomía y control conductual tanto materno como paterno. En general, se encontró que el mayor porcentaje de varianza explicado (de 26 a 31%) fue en las mujeres, a diferencia de los hombres (de 6 a 25%) y la dimensión que mayor varianza explicó fue el control materno (Andrade et al. 2012).

Por otro lado, en relación a la dimensión de cuidado parental, se encontró que mientras que los padres den mayor apoyo y se comuniquen de manera óptima con sus hijos, estos tienden a presentar una menor sintomatología depresiva (Andrade et al., 2012; Florenzano et al., 2009). En el estudio realizado por Florenzano y colaboradores (2009), se encontró una relación inversa entre la aceptación parental, la cual es un aspecto del cuidado brindado por lo figuras parentales, y la presencia de depresión ($r = -.407, p = .001$); esto indica que un nivel alto de comunicación y la acogida emocional de los padres pueden funcionar como factores protectores de sintomatología depresiva en los hijos (Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcu, Leyva-López & De Castro, 2015; Schuster, Mermelstein & Wakschlag, 2013). De esta manera, los buenos patrones de comunicación y la supervisión parental adecuada pueden proteger el desarrollo de problemas depresivos, aún en presencia de factores de riesgo como estrés y pobreza (Reyes-Morales et al., 2009).

Por otro lado, McLeod, Weisz y Wood (2007) encontraron evidencia de un efecto moderado entre el rechazo de los padres, el cual es un aspecto de la dimensión de cuidado, y la depresión, en donde el rechazo indicó una representación del 8% de la

varianza en la depresión. Este hallazgo sugiere que el rechazo puede jugar un papel particularmente importante en la depresión ya sea como la causa de esta, o como una reacción a los síntomas depresivos del hijo (McLeod et al., 2007; Vargas, 2014). Particularmente, la percepción de rechazo también se ha encontrado asociada con ciertos síntomas internalizantes como la anhedonia y la irritabilidad (McLeod et al., 2007; Vargas, 2014).

En el Perú, estudios como el de Gargurevich y Soenens (2015) señalan que sí existiría una relación entre el control percibido y los síntomas depresivos encontrados en adolescentes. Asimismo, encontraron que los adolescentes peruanos que son presionados por sus padres a tener una proximidad física y emocional con ellos son más propensos a sentir ansiedad y desarrollar cierta dependencia. Por otro lado, aquellos que son presionados para alcanzar altos estándares de desempeño son más propensos a auto criticarse severamente, desarrollándose así una construcción desvalorada de sí mismo en la mente del adolescente.

Del mismo modo, señalan que existe una relación entre el control, la capacidad de respuesta de los padres y la sintomatología depresiva ya que los dos primeros podrían ayudar a predecir este tipo de síntomas en los adolescentes (Gargurevich & Soenens, 2015). Lo encontrado en este estudio coincide con los resultados obtenidos en investigaciones realizadas en otros países occidentales, mostrando que las asociaciones entre la sintomatología depresiva y el control orientado a la dependencia se ven más pronunciadas cuando hay altos niveles de capacidad de respuesta. Esta relación ha sido interpretada como una crianza en donde los padres son cálidos pero, al mismo tiempo usan esta característica como una forma de presionar y manipular a sus hijos a que estén cerca y sean leales (Seiffge-Krenke, Aunola & Nurmi, 2009).

En el Perú, Ayquiapa (2019) realizó un estudio donde analizó la relación entre la función parental percibida y la sintomatología depresiva en adolescentes, los resultados encontrados en ese estudio señalan que existe una relación negativa entre la comunicación, la cercanía y el soporte de los padres con la depresión. Por otro lado, se han hallado otras investigaciones en las cuales se ha analizado la relación entre la historia de cuidado y distintos aspectos de la salud mental. Por un lado, Olivo (2012) señaló la relación negativa del cuidado y la asociación positiva del control con la ansiedad en una muestra de adolescentes. Del mismo modo, Puga (2009) encontró una relación negativa entre el castigo físico y emocional con respecto al desarrollo de la empatía. Por lo tanto, se puede decir que en Perú se han hallado estudios en los cuales se valida la importancia

del papel de los padres en el desarrollo de sus hijos y la importancia que esto tiene en el desarrollo de ciertas patologías.

Como se ha señalado, actualmente la depresión es la enfermedad de mayor prevalencia a nivel mundial y una de las principales causas de discapacidad, incluso se proyecta que en el año 2020 será la segunda causa de Años de Vida Ajustada por Discapacidad (AVAD) en todas las edades y en ambos sexos (OMS, 2018). Por lo tanto, cabe mencionar que sin tratamiento esta enfermedad puede volverse crónica y causar un nivel de discapacidad que probablemente aumente con el tiempo (OMS, 2016). Es por eso, que resulta necesario desarrollar estudios en nuestro contexto en búsqueda de factores asociados a la presencia de esta sintomatología, como la historia de cuidado parental, para así posteriormente poder trabajar desde una perspectiva de prevención primaria. Dado que los problemas a futuro de depresión por la presencia de la sintomatología depresiva en los adolescentes pueden devenir en problemas de depresión crónica en la adultez (Aguilar et al., 2010; Paz et al., 2010), se considera que la intervención temprana sería de suma importancia.

Por lo tanto, como objetivo general de este estudio se pretende analizar la relación entre la historia del cuidado parental percibida y la sintomatología depresiva en un grupo de adolescentes escolares de 16 y 17 años de un colegio privado de Lima metropolitana. Además, se plantean como objetivos específicos analizar la historia de cuidado parental comparando los reportes en relación a la figura paterna y materna, y en función al sexo de los adolescentes. Asimismo, se busca también analizar las diferencias por sexo en cuanto a la presencia de sintomatología depresiva.

Para ello, se diseñó una investigación que permita recoger en un único momento la información sobre las variables señaladas a través de cuestionarios de auto reporte.

Método

Participantes

Los participantes de la presente investigación fueron 77 adolescentes entre 16 y 17 años ($M = 16.47$; $DE = .528$) que cursan cuarto (56%) y quinto (44%) de secundaria en un colegio privado de Lima metropolitana. De estos, el 51.9% fueron hombres y 48.1% mujeres. Respecto a las características familiares, el 64.9% viven con ambos padres biológicos, y el resto vive únicamente con la madre biológica (32.5%) o el padre biológico (2.6%); a pesar de residir únicamente con un progenitor, ambos padres siguen presentes en la vida del adolescente y estuvieron presentes como figura paterna o materna a lo largo de su desarrollo. Además, se encontró que la mayoría de participantes tiene 2 hermanos, siendo la media de hermanos 2.60. En cuanto a los padres, se encontró que el 77.9% de padres y el 62.3% de madres cuentan con un nivel educativo superior completo. Del mismo modo, el 33.8% están separados o divorciados. Finalmente, el 70.1% de los adolescentes participantes reportaron que pasaban la mayor parte del tiempo con su madre.

Adicionalmente, al momento de seleccionar a los participantes del estudio se tomaron como criterios de inclusión que todos los participantes tengan a ambos padres, que hayan nacido en el Perú y que vivan con al menos uno de sus padres biológicos. Se realizó con el objetivo de reducir la posibilidad de experiencias mayormente asociadas a presencia de síntomas depresivos, como la pérdida de un progenitor, y, a nivel metodológico, se buscó contar con el reporte de historia de cuidado percibido de los participantes en relación a ambos progenitores.

El contacto con los participantes se estableció mediante el centro educativo al cual asisten. Luego de obtener la aprobación de la institución y de los padres, se pasó a solicitar la participación de los alumnos de cuarto y quinto de secundaria.

En cuanto a los aspectos éticos, se entregó un asentimiento informado al participante y a sus padres, en el cual se informó acerca de los objetivos de la investigación y sirvió para asegurarle al participante de que toda información brindada será anónima, utilizando ésta únicamente con fines de investigación. Asimismo, se informó que la participación es voluntaria y que el participante puede retirarse en el momento que desee (Apéndice A). También, se le entregó a los participantes una ficha de datos sociodemográficos (Apéndice B). Luego de obtener los datos de la investigación, se le informó a los colegios acerca de los resultados y se ofreció la

posibilidad de realizar talleres de sensibilización sobre el tema con los estudiantes. No obstante, ambas instituciones señalaron que esta problemática sería abordada por las propias áreas psicopedagógicas en complemento al trabajo que ya vienen realizando.

Medición

Para la evaluación de historia de cuidado parental se utilizó el Instrumento de Vínculo Parental (Parental Bonding Instrument, PBI) elaborado por Parker, Tupling y Brown en 1979, en su versión estandarizada en Chile por Melis, Dávila, Ormeño, Vera, Greppi y Glogger (2001). Este cuestionario busca medir las percepciones que tienen los hijos acerca de las características de crianza, en términos de cuidado y control, que les brindaron sus progenitores durante los primeros dieciséis años de vida. El PBI está compuesto por dos cuestionarios, uno para evaluar a la madre y otro para evaluar al padre, cada uno tiene 25 ítems los cuales están escritos en pasado.

Este instrumento está compuesto por dos escalas. Por un lado, la escala de Cuidado (13 ítems) con un puntaje máximo de 39 puntos, la puntuación alta en esta escala refleja afecto, calidez, empatía, e intimidad; mientras que una puntuación baja refleja frialdad, indiferencia, negligencia y rechazo por parte de los padres. Por otro lado, la escala de Control (12 ítems) con un puntaje máximo de 36 puntos, una puntuación alta en esta escala indica control, rigidez, sobreprotección, intrusividad y refuerzo de dependencia psicológica; mientras que niveles bajos en esta escala indican promoción de la autonomía e independencia (Melis et al., 2001).

La calificación se da de acuerdo a una escala Likert de frecuencia del 0 al 3 donde se dan cuatro opciones: muy en desacuerdo (0), moderadamente en desacuerdo (1), moderadamente de acuerdo (2) y muy de acuerdo (3). El punto de corte para la escala de Cuidado es de 27 puntos obtenido por una suma de los ítems que componen la escala para la madre y 24 para el padre, y en la escala de Protección es de 13.5 puntos para la madre y 12.5 para el padre (Melis et al., 2001). Estos puntos de corte fueron confirmados en un estudio realizado en el contexto peruano en adolescentes con características sociodemográficas similares a la de los participantes de la presente investigación (Olivo, 2012).

La estandarización del instrumento en Chile fue realizada con 542 personas, hombres y mujeres, de 16 a 64 años. Por un lado, en el caso de las madres, se encontró una confiabilidad de .78 y, en el caso de los padres, una confiabilidad de .89. Asimismo,

se encontró una correlación de -0.19 y -0.37 entre las escala de cuidado y control, se cree que aunque las escalas están evaluando diferentes variables no son independientes. En cuanto a la validez factorial, se encontró que la proporción de la varianza total fue de 37.79% para el cuestionario materno y de 39.59% para el cuestionario paterno. Es así, que también se encontraron dos dimensiones: la dimensión de cuidado y la de control (Melis et al., 2001).

En el contexto peruano, el PBI, en su versión adaptada en Chile, ha sido utilizado por Olivo (2012) en una muestra de 221 adolescentes entre los 16 y los 18 años pertenecientes a tres colegios de Lima metropolitana. Se encontró una confiabilidad por alfa de Cronbach de $.79$ para la escala de cuidado materno, de $.70$ para la escala de control materno, de $.81$ para la escala de cuidado paterno y de $.69$ para la escala de control paterna.

En la presente investigación, se obtuvo una confiabilidad por alfa de Cronbach de $.88$ para la escala de Cuidado paterno y de $.84$ para la escala de Cuidado materno. Por otro lado, para la escala de Control paterno se encontró una confiabilidad por alfa de Cronbach de $.72$ y de $.83$ para la escala de Control materno. Todas son consideradas adecuadas y aceptables.

Para la evaluación de la sintomatología depresiva se empleó el Inventario de Depresión Infantil (CDI por su nombre en inglés) de Kovacs (2004) en su versión adaptada en contexto peruano por Ramírez (2009). Este instrumento se encuentra basado en el Inventario de Depresión de Beck (BDI por su nombre en inglés, 1967), pero ha sido construido específicamente para ser empleado en población de niños y adolescentes. Este inventario busca evaluar la severidad de los síntomas típicos de la depresión entre los 7 y 17 años de edad, tanto en población normal como en población clínica.

Este instrumento está compuesto por 27 ítems y permite obtener datos acerca del nivel de la depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia (11 ítems), una persona con puntuación alta en esta dimensión presenta emociones desagradables como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud; y Autoestima negativa (16 ítems), una persona con puntuación alta en esta escala presenta ansiedad, miedo, una autoevaluación negativa, sentimientos negativos sobre sí mismo, vergüenza, culpa o rechazo (Kovacs, 2004).

En cuanto a la administración del instrumento, ésta se realiza en la modalidad de autoreporte. Así, para cada ítem se debe seleccionar una de las 3 opciones que se

presentan, las cuales recogen distinta intensidad o frecuencia: normalidad, presentación del síntoma de forma no incapacitante y síntoma clínicamente significativo. La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad.

La suma de ambas escalas brinda la puntuación directa de sintomatología depresiva. De este modo, los puntajes entre 0 y 7 puntos representan un nivel bajo de sintomatología depresiva; los puntajes entre 8 y 10 puntos representarían un nivel medio; aquellos niños/adolescentes que presenten puntajes entre 11 y 19 puntos presentarían un nivel medio-alto de sintomatología depresiva; y finalmente, aquellos que obtengan puntajes mayores a 20 puntos presentarían un puntaje alto de sintomatología depresiva (Melo-Vega, 2009).

En el Perú, se han realizado dos adaptaciones de este instrumento. Por un lado, Luis Raffo (1991) realizó la primera adaptación obteniendo una validez de contenido por medio de la traducción al español y una evaluación por criterio de jueces. Sus análisis demostraron que era un instrumento válido y confiable (Raffo, 1991). Por otro lado, la segunda adaptación fue realizada por Reátegui (1994), en la cual se realizó la adaptación lingüística y dos pilotos hallándose una confiabilidad por consistencia interna con un alfa de cronbach de .81, por mitades, hallándose 0.82 de correlación y se demostró estabilidad en dos porciones de la muestra escolar, encontrándose correlaciones de 0.84 y 0.64 (Reátegui, 1994).

Ramírez (2009) realizó la adaptación más reciente para su uso en una población de la zona urbana de Cajamarca. Para ello, se realizó una adaptación lingüística y un piloto. Por un lado, se encontró una confiabilidad por alfa de cronbach de .79. Asimismo, se halló una validez concurrente, utilizando la Escala de Depresión de Adolescentes de Reynolds, encontrando una correlación positiva significativa de .76 y una validez de constructo donde se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños que señaló que había una correlación positiva de .66 (Ramírez, 2009).

Al revisar las tres versiones del CDI se pudo observar que las diferencias residen principalmente en la redacción de algunos ítems. En ese sentido, para la presente investigación se utilizara la versión de Ramírez (2009) por haber obtenido resultados válidos y confiables y ser la versión más reciente.

Esta versión del Inventario de Depresión Infantil ha sido utilizada posteriormente por Sáens González (2010) en una muestra de 350 adolescentes

escolares pertenecientes a un colegio estatal localizado en Lima Metropolitana. Se encontró una adecuada confiabilidad por consistencia interna, obteniéndose un alfa de cronbach de .81 para la puntuación global.

En la presente investigación, se obtuvo una confiabilidad por alfa de cronbach de .87 para el puntaje total de la prueba. Por otro lado, se realizó un análisis de confiabilidad para ambas escalas de la prueba, Disforia y Autoestima negativa, y se halló un alfa de cronbach de .69 y .84 respectivamente. Asimismo, se encontraron correlaciones significativamente grandes entre la escala de puntuación total y Disforia ($r = .908, p = .000$) y la escala de puntuación total y Autoestima Negativa ($r = .888, p = .000$).

Procedimiento

La administración de los cuestionarios se dio en un único momento, primero, el Instrumento del Vínculo Parental (PBI) y, después, el Inventario de Depresión Infantil (CDI). Esta aplicación se dio de manera colectiva en las aulas de dos centros educativos.

Análisis de datos

Para empezar, se creó una base de datos con las respuestas a los instrumentos y a la ficha sociodemográfica en el programa estadísticos SPSS. En primer lugar, se realizaron pruebas de normalidad para todas las puntuaciones globales y por escalas, en donde se encontró que todas las escalas presentan una distribución normal. Se utilizó la asimetría y curtosis para determinar normalidad y poder emplear estadísticos paramétricos en las comparaciones realizadas (Apéndice C).

A continuación, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de ambas pruebas. Para responder al primer objetivo específico se realizó un contraste de medias para comparar en el grupo total de participantes los niveles de Cuidado Materno y Paterno y de Control Materno y Paterno. Se procedió también a realizar un análisis de correlación entre las cuatro dimensiones para conocer cómo éstas se encuentran relacionadas entre sí. Posteriormente, se verificó la distribución de las puntuaciones de acuerdo al sexo de los y las participantes, y se realizó un contraste de medias para comparar los niveles de Cuidado y Protección Materna y de Cuidado y Protección Paterno de acuerdo al sexo de los participantes.

Para responder al segundo objetivo específico, se verificó la distribución de las puntuaciones de acuerdo al sexo de los y las participantes, y se realizó un contraste de

medias para comparar los niveles de sintomatología depresiva de acuerdo al sexo de los participantes. En los análisis en que se encontraron diferencias significativas entre las medias se procedió a calcular el tamaño del efecto (d de Cohen), para lo cual se empleó un programa de Excel especialmente creado para este análisis.

Finalmente, se realizaron análisis de correlación entre todas las escalas del PBI y el CDI. Todos los análisis de correlación se hicieron para el total de participantes.

Resultados

A continuación se presentan los resultados de acuerdo a los objetivos de esta investigación. En primer lugar, se describe la historia de cuidado parental a partir de los puntajes globales y de cada una de las escalas así como a partir del sexo de los participantes. Del mismo modo, se describe la sintomatología depresiva a partir de los puntajes globales y de sus escalas así como también a partir del sexo de los participantes. Finalmente, se presenta la relación encontrada entre cada una de las escalas.

Para empezar, se describe y compara las escalas de Cuidado y Protección paterna y materna. De forma general, los participantes reportan puntuaciones promedio en las cuatro dimensiones de la historia de cuidado parental. De este modo, se puede decir que los cuatro niveles de Cuidado y Control paterno y materno se encuentran por encima del punto de corte propuesto para cada escala (Melis et al., 2001).

Tabla 1.

Estadísticos Descriptivos de Historia de Cuidado Parental y sus escalas

<i>PBI</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>95% IC</i>
Cuidado Paterno (CuP)	25.69	6.35	[24.25, 27.13]
Cuidado Materno (CuM)	29.23	6.52	[27.75, 30.71]
Control Paterno (CoP)	14.39	5.77	[13.08, 15.70]
Control Materno (CoM)	15.94	7.10	[14.32, 17.55]

Al comparar las puntuaciones entre la figura paterna y materna, se encuentra que los participantes perciben mayores niveles de cuidado por parte de la madre que del padre ($M_{CuP} = 25.69$, $DE = 6.35$, $M_{CuM} = 29.23$, $DE = 6.52$, $Z = -3.67$, $p < .001$). Por otro lado no se encuentran diferencias en la escala de Control ($M_{CoP} = 14.39$, $DE = 5.77$, $M_{CoM} = 15.94$, $DE = 7.10$, $Z = -1.53$, $p = .12$). Además, se encuentran correlaciones significativas entre las escalas de Cuidado de ambos cuidadores y también entre las escalas de Control (Tabla 2).

Tabla 2.*Correlaciones entre las escalas del PBI*

	Cuidado Paterno	Cuidado Materno	Control Paterno	Control Materno
Cuidado Paterno	-	-	-	-
Cuidado Materno	,254*	-	-	-
Control Paterno	-.261*	-.209	-	-
Control Materno	-,304**	-,565**	,442**	-

En cuanto al primer objetivo específico, al comparar las puntuaciones de Cuidado y Control para ambos cuidadores según el sexo de los participantes, no se encuentran diferencias significativas (Tabla 3).

Tabla 3.*Comparaciones de medias en las escalas del PBI según Sexo*

	Hombres (n = 40)		Mujeres (n = 37)		t	p
	M	DE	M	DE		
Cuidado Paterno	26.08	6.05	25.27	6.72	.553	.58
Cuidado Materno	29.85	5.10	28.57	7.79	.847	.40
Control Paterno	13.45	4.89	15.41	6.50	-1.498	.13
Control Materno	14.88	5.81	17.08	8.20	-1.352	.18

En relación a la sintomatología depresiva, los participantes presentan una puntuación promedio total de Sintomatología Depresiva que corresponde a un nivel medio-alto según Melo-Vega (2009). De forma general, se encuentra que el 20.8% de los adolescentes participantes presentan un nivel de sintomatología depresiva bajo, el 18.2% presenta un nivel medio, el 44.2% presenta un nivel medio-alto y el 16.9% presenta un nivel alto.

Tabla 4.*Estadísticos Descriptivos de Sintomatología depresiva y sus escalas*

CDI	M	DE	95% IC
Sintomatología Depresiva Total	13.44	7.579	[11.72, 15.16]
Disforia	8.05	3.524	[7.25, 8,85]
Autoestima negativa	5.39	4.722	[4.32, 6.46]

Además, en cuanto al segundo objetivo específico, se realizó la comparación según el sexo de los participantes. Como se observa en la tabla 5, se encuentran diferencias significativas en el nivel de Sintomatología Depresiva Total y en la escala de Disforia, en ambas las mujeres presentan niveles más altos que los hombres. En la

escala de Autoestima Negativa se encontró una diferencia marginalmente significativa según el sexo de los participantes.

Tabla 5.

Comparaciones de medias en las escalas del CDI según Sexo

	Hombres (n = 40)		Mujeres (n=37)		<i>t</i> (75)	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Sintomatología Depresiva Total	11.58	6.702	15.46	8.033	-2.310	.024	.87
Disforia	7.18	3.637	9	3.180	-2.336	.022	.54
Autoestima Negativa	4.40	3.815	6.46	5.388	-1.947	.055	.74

Finalmente, en cuanto a los resultados del objetivo general del estudio, en relación a la historia de Cuidado paterno percibido, se observan correlaciones inversas y pequeñas con las tres escalas del CDI. Sin embargo, el Control paterno no se encuentra asociado a ninguna de las escalas del CDI. Por otro lado, en relación a la historia de cuidado materno percibido, se observan correlaciones inversas con las escalas de Sintomatología depresiva total y Autoestima negativa. Asimismo, el Control materno se encuentra asociado de manera positiva con las escalas de Sintomatología depresiva total y Autoestima negativa.

Tabla 6.

Correlaciones entre las escalas del PBI y el CDI

	Cuidado Paterno	Cuidado Materno	Control Paterno	Control Materno
Sintomatología Depresiva Total	-,227*	-,258*	.134	,255*
Disforia	-,264*	-.188	.133	.207
Autoestima Negativa	-,248*	-,274*	.116	,255*

* $p < .05$

Discusión

La presente investigación se llevó a cabo con el objetivo principal de conocer la relación que existe entre las variables historia de cuidado parental y sintomatología depresiva en adolescentes escolares de Lima Metropolitana. Asimismo, se analizó la historia de cuidado parental y la sintomatología depresiva en función al sexo de los participantes. A continuación se empezará a discutir lo encontrado acerca de la historia de cuidado parental, luego se discutirá la sintomatología depresiva y finalmente, la relación entre ambas variables.

En cuanto a la historia de cuidado parental, se encontró que los adolescentes participantes perciben en promedio niveles altos de Cuidado y Control tanto por parte de la madre como del padre. Es decir, reportan haber recibido por parte de ambos cuidadores conductas de crianza tanto afectivas como restrictivas a lo largo de su desarrollo. En lo que refiere al cuidado, los participantes manifiestan tener una percepción de sus progenitores como figuras afectivas, que pudieron contenerlos emocionalmente, empáticos y que estaban presentes y atentos a sus necesidades. Al mismo tiempo, perciben a sus padres como controladores, intrusivos, como figuras que los infantilizan, mantienen un contacto excesivo sin concederles autonomía ni libertad para realizar sus propias actividades (Melis et al., 2001). Esto coincide con lo mencionado en otros estudios que sostienen que en el contexto latinoamericano si bien las familias atribuyen una gran importancia a su función como fuente de soporte emocional, también consideran importante la sumisión y obediencia a los progenitores, rechazando cualquier acto que demuestre lo contrario (Calzada et al., 2012; Calzada et al., 2013; Domenech et al., 2009; Jung et al., 2012).

Es importante enmarcar este resultado en la etapa del desarrollo en la que se encuentran los participantes, ya que en ésta, tanto los adolescentes como los progenitores podrían estar intentando lidiar con los cambios que se dan en este momento de vida específico (Pérez et al., 2014). Es por eso, que quizás los adolescentes podrían estar percibiendo a sus cuidadores como un impedimento para alcanzar la independencia que quieren y ven los límites que estos les ponen como restrictivos. Hay estudios que postulan que la realidad familiar es vivida y sentida de manera distinta según la edad y etapa evolutiva de cada miembro y, por lo tanto, hay conflicto, tensiones, hostilidad y lucha (Morris & Maisto, 2009; Pérez et al., 2014; Salles & Tuirán, 1997; Vanegas et al., 2012). Si bien, el instrumento aplicado a los participantes

busca recoger la historia de todos los años de vida, desde la niñez hasta la adolescencia, podría ser posible que la vivencia actual de los adolescentes esté marcando un poco más la pauta al momento dar cuenta de la relación con sus padres.

Por otro lado, al analizar en mayor profundidad los resultados encontrados, se evidencia que los participantes perciben mayores niveles de Cuidado por parte de la madre que del padre. Se cree que la madre tiende a ser percibida como cuidadora principal y cumple un rol de mediadora dentro de la dinámica familiar (Domenech et al., 2009; Villanueva, Graber & BrooksGunn, 2008), esto es similar a lo encontrado en estudios previos (Cabrera et al., 2011; Gonzales, 2018; Updegraff, 2009). Las características del vínculo con la madre que reportan haber experimentado los participantes son la empatía, la calidez emocional, la disponibilidad, el cariño y la comprensión. Además, a este resultado se suma que el 70% de los adolescentes participantes refieren pasar mayor tiempo con su madre que con su padre. Es por eso, que se cree que quizás podrían percibirla como más presente que el padre. Se cree que culturalmente lo esperado es que los hijos pasen mayor tiempo con la madre; es por eso, que los hallazgos encontrados podrían tener relación con la ausencia paterna en la casa. Si bien el padre también es percibido como una figura de cuidado, se cree que el factor de la convivencia con la madre podría ser clave y estar afectando la percepción que los hijos tienen de él, al pasar más tiempo con ella podrían percibirla como más disponible y una fuente más inmediata de afecto (Cabrera et al., 2011; Robles, Oudhof van Barneveld & Mercado Maya, 2015). Sin embargo, se encontró cierta tendencia a que los niveles de cuidado percibidos de la madre y del padre estén asociados. En ese sentido, a pesar de la diferencia encontrada, pareciera mantenerse cierta congruencia en la manera en que se perciben las conductas de calidez, expresión afectiva y soporte que ambos progenitores ejercen.

Por otro lado, se encontró que los participantes reportan haber experimentado una historia de cuidado caracterizada por altos niveles de Control, ya sea con la madre como con el padre, esto es similar a lo encontrado en otros estudios (Gonzales, 2018; Olivo, 2012) De este modo, se cree que los participantes perciben a sus progenitores como figuras de autoridad restrictivas, las cuales les otorgan poca autonomía y establecen un control tanto conductual como psicológico sobre ellos. Como ya se mencionó, los adolescentes podrían percibir a sus cuidadores de esta manera debido a la etapa del desarrollo en la que se encuentran; en la cual pueden estar buscando alcanzar cierto nivel de autonomía que sus padres aún no les permiten y perciben estas conductas

de parte de ellos como restrictivas y controladoras (Pérez et al., 2014; Salles & Tuirán, 1997; Vanegas et al., 2012).

Asimismo, los participantes no perciben que haya diferencia alguna en los niveles de control ejercidos por su padre y su madre, e inclusive ambos reportes se encuentran asociados de manera directa. Se cree que esto quizás podría deberse a la manera similar como ellos ven a la pareja parental, con las mismas características y conductas, donde si uno de ellos ejerce control sobre los hijos ambos van a ser percibidos de la misma manera (Amarís, Camacho & Manjares, 2000). No obstante, según lo encontrado en otras investigaciones llevadas a cabo con adolescentes se esperaba que los padres fueran percibidos como más controladores que las madres (Andrade-Palos y Betancourt, 2008; Flores et al., 2008; Samper et al., 2006). Esto debido a que tradicionalmente, especialmente en las familias latinoamericanas, los padres son percibidos como las figuras de autoridad y los que ejercen el control sobre los hijos mientras que, las madres son las que brindan afecto y cuidado (Domenech et al., 2009). No obstante, se cree que hoy en día esta manera de dividir los roles en la pareja parental es más flexible y es por eso que los participantes no perciben una diferencia entre ambos (Amarís, 2011; Oudhof, Robles, & Mercado, 2014). Del mismo modo, se puede hacer referencia al hecho de que la mayoría de los participantes viven con ambos padres, probablemente esto hace que no perciban a uno de ellos como el cuidador principal y vean a ambos como figuras de autoridad y control (González-Fuentes y Andrade-Palos, 2014).

En cuanto al primer objetivo específico, se encontró que los niveles de Cuidado y Control paterno y materno no resultaron ser significativamente diferentes en cuanto al sexo de los participantes. Los resultados encontrados en esta investigación supondrían que la percepción de los adolescentes en relación a las características de cuidado y control de los progenitores en la crianza resulta similar para los adolescentes hombres y las mujeres. Este resultado difiere de lo esperado, ya que en estudios previos se encuentra que la manera como se percibe la relación de los padres y las madres con sus hijos difiere según el sexo de estos, especialmente en el caso de los padres (Allgood, Beckert & Peterson, 2012; Boldt et al., 2014; Betancourt & Andrade, 2011; García et al., 2011; Palacios & Andrade, 2008). Se cree que el resultado obtenido podría explicarse de acuerdo a los cambios en la concepción de género de los mismos adolescentes. Matud, Bethencourt e Ibáñez (2014), mencionan que no todos los adolescentes hombres siguen en la misma medida el patrón de masculinidad clásico, al

igual que no todas las mujeres siguen los esquemas de feminidad tradicionales. Asimismo, postulan que el género es relevante para la calidad de vida en la adolescencia y reconocen que la tipificación o concepción de género influyen en el bienestar subjetivo de los hombres y mujeres. (Matud, Díaz, Bethencourt e Ibáñez, 2016). Por lo tanto, quizás en la actualidad las mujeres y los hombres se experimentan con las mismas posibilidades y expectativas en lo que corresponde a sus deseos y roles como hijos/adolescentes y la respuesta de los progenitores. Estudios previos reportan que las mujeres tienden a reportar mayores niveles de control (Olivo, 2013). Es así que, las mujeres podrían estar percibiendo el control de los cuidadores con una intensidad similar que los hombres debido a que ambos demandan los mismos niveles de autonomía (Matud, Díaz, Bethencourt e Ibáñez, 2016). Lo mismo con los hombres en cuanto al cuidado, ya que ellos podrían estar percibiendo el cuidado tanto de padre como de madre con la misma intensidad que las mujeres debido a que ambos tienen o evalúan el acercamiento de ambos padres bajo expectativas similares. De este modo, se podría decir que quizás la tipificación en la manera como se concibe la posición de hijos y las conductas parentales desde ser hombre o mujer está cambiando y esto se observa en la manera como los adolescentes perciben el vínculo con sus cuidadores (Allgood et al., 2012; Matud, Díaz, Bethencourt e Ibáñez, 2016).

Respecto a la sintomatología depresiva, los adolescentes de este estudio presentan un nivel medio-alto de sintomatología depresiva según las categorías propuestas por Melo-Vega (2009). Es decir, se encontró que el 44.2% de los adolescentes presentan un grado medio de tristeza, irritabilidad, ansiedad, miedo, autoevaluación negativa, culpa, entre otros afectos. Sin embargo, ante este resultado se genera la pregunta de si esto se debe a un aspecto que corresponde a la etapa del desarrollo en la que se encuentran o no. Anteriormente, se planteó una hipótesis, a partir de estudios previos en el contexto peruano, donde se mencionaba que en la adolescencia tardía había una prevalencia de la sintomatología depresiva (Martínez & Morote, 2001; Vargas et al., 2010), es por eso que lo encontrado en esta investigación era de esperarse. Además, se encontró que en la población limeña el 8,6% de los adolescentes entre los 12 y 17 años sufría de depresión (INSM, 2012). Asimismo, hay estudios que plantean que son los adolescentes tardíos lo que cuentan con diversos estresores en sus vidas, como la definición de su identidad, sus relaciones interpersonales y la preocupación por el futuro, entre otras cosas (Martínez & Morote, 2001; Seiffge-Krenke et al., 2009), que posiblemente estarían jugando un rol importante en su salud mental

(Loman & Gunnar, 2010). Del mismo modo, Seiffge-Krenke et al. (2009) mencionan que el estrés puede devenir en diversos síndromes clínicos como los síntomas depresivos, así como la percepción de un clima familiar desfavorable. Esto a su vez puede llevar a que las personas presenten estrategias de afrontamiento disfuncionales manteniendo así estos síntomas e impidiendo que se reduzcan en la adolescencia tardía.

Asimismo, resulta importante tener en cuenta las características particulares del grupo de participantes, estos son alumnos de colegios privados de Lima metropolitana y pertenecen a un contexto socio económico medio-alto. Todos los participantes tienen a ambos padres presentes y la mayoría vive con ellos. Por lo tanto, a pesar de las características de este grupo, cabe mencionar que debido a las tareas correspondientes a cada etapa del desarrollo el resultado encontrado sería esperable en los adolescentes. Durante esta etapa los episodios depresivos son más frecuentes e intensos (Del Barrio, 2004), los adolescentes están más expuestos al estrés psicosocial, y vulnerables a sufrir un desajuste emocional. Por ello, resulta primordial que tengan un soporte social durante esta etapa para que se pueda identificar cuándo el desarrollo se está dando dentro de lo esperable y cuando no. En base a este resultado, se considera necesario poder profundizar en el mismo en posteriores estudios que incluyan un rango de edad mayor lo cual permitiría comparar las distintas etapas de la adolescencia.

Además, respondiendo al segundo objetivo específico, se halló que las mujeres presentan un nivel de sintomatología depresiva mayor que los hombres. Diversos estudios han encontrado esta diferencia en población similar a la de este estudio, señalando que las mujeres a diferencia de los hombres se preocupan más por sus relaciones interpersonales, las cuales resultan un elemento central en la etapa de la adolescencia, y de este modo son más afectadas por ello (Alarcón & Barrig, 2015; Andrade et al., 2012; OMS, 2018). Además, se cree que esta diferencia puede deberse a que a partir de la adolescencia los hombres y las mujeres experimentan una mayor presión para ajustarse a los roles de género que se consideran alineados con el sexo biológico, tanto la autopercepción como la percepción de los demás se vuelve significativamente más sesgada por ello (Clemans, DeRose, Graber, & Brooks-Gunn, 2010; Hill & Lynch, 1983; Priess, Lindberg & Hyde, 2009). En ese sentido, diversos estudios mencionan que la feminidad aumenta la probabilidad de depresión y síntomas depresivos, se cree que esto ocurre debido a que se alienta un estilo indefenso o demasiado emocional de lidiar con el estrés (Aubé, Fichman, Saltaris, & Koestner, 2000; Broderick & Korteland, 2002; Galambos, 2013; Priess et al., 2009). Asimismo,

desde esta perspectiva se plantea que la masculinidad se asocia negativamente con la depresión y los síntomas depresivos, quizás al auto atribuirse o tener que demostrar adecuados niveles de autoeficacia y autoestima (Priess et al., 2009).

Se cree que es a partir de esta intensificación de lo que socialmente corresponde según el género es que los adolescentes hombres y mujeres experimentan las emociones de distintas maneras. Es así, que ciertas emociones van a ser percibidas como masculinas y otras como femeninas, si bien ambos experimentan tanto las positivas como negativas éstas van a ser vividas con distintos niveles de intensidad. En el estudio de Safdar y colaboradores (2009) se encontró que los hombres piensan que deben expresar emociones de poder, como el enojo, el desprecio y el disgusto, más que las mujeres, y éstas creen que deben expresar más felicidad, tristeza y miedo que los hombres, lo cual podría estar vinculado con los estereotipos que se tiene sobre cada uno de los sexos. De este modo, se cree que las adolescentes del estudio quizás estarían rigiendo su comportamiento a partir de esta intensificación de género que se da en la etapa evolutiva por la que están pasando, ellas estaría experimentando ciertas emociones de una manera distintas a la de los adolescentes hombres y por ende, ambos registran niveles de sintomatología depresiva distinta.

Respecto a la relación entre la historia de cuidado parental y sintomatología depresiva en adolescentes, los resultados obtenidos en el presente estudio son acordes a lo encontrado en investigaciones previas (Andrade et al., 2012; Betancourt & Andrade, 2012; McLeod et al., 2007). De esta manera, la dimensión de Cuidado, tanto del padre como de la madre, presenta una relación inversa con la sintomatología depresiva total y la dimensión de autoestima negativa. Como ha sido mencionado anteriormente esto puede deberse a que la percepción de una historia de cuidado con bajo nivel de calidez o afecto puede conllevar a que el adolescente perciba que sus cuidadores no son un soporte emocional sólido con los cuales puede comunicarse abiertamente y ser aceptado. Del mismo modo, se cree que el cuidado parental positivo y cálido se asocia a la construcción de un modelo de sí mismo positivo y brinda mayor seguridad para poder afrontar las situaciones adversas (Andrade et al., 2012). Es así, que para los adolescentes el sentido de pertenencia y el apoyo emocional de las figuras primarias afectivas es una necesidad constante, esto puede garantizar su bienestar psicológico aunque en la adolescencia haya una disminución de la demanda física de los cuidadores (Andrade et al., 2012; Elkington, Bauermeister & Zimmerman, 2011; Florenzano et al., 2009). Este resultado es encontrado en diversos estudios donde se postula que el apoyo

de los padres tiene un efecto positivo en los niveles de autoestima de los hijos y que puede interferir en la reducción de síntomas depresivos (Elkington, Bauermeister & Zimmerman, 2011). Asimismo, cabe señalar la importancia de que los adolescentes se sientan dignos de afecto y de la aceptación de los progenitores, esto va a generar una imagen positiva de sí mismo lo cual va a llevar a que desarrollen una autoestima alta y menores niveles de depresión (Andrade et al., 2012; Florenzano et al., 2009; Mota & Matos, 2014). De este modo, lo encontrado en este estudio haría referencia al cuidado del padre y la madre y la manera como lo perciben los adolescentes, es así que al sentirse rechazados quizás se colocarían en una situación en la cual estarían más vulnerables a desarrollar sintomatología depresiva. Por ende, mientras los adolescentes perciban a sus padres como afectivos y se sientan aceptados por ellos, esto podría representar un factor protector (Andrade et al., 2012; Arias, 2013; Florenzano et al., 2009; Mota & Matos, 2014; Rivera-Rivera et al., 2015).

Por otro lado, se encontró una relación negativa entre la dimensión de Cuidado Paterno y Disforia. Esto indicaría que la manifestación de emociones desagradables como tristeza, ansiedad, irritabilidad o inquietud en los hijos o hijas se asocia a la percepción de bajos niveles de calidez y afecto por parte del padre. Como se mencionó anteriormente, si bien los adolescentes participantes de este estudio perciben tanto a la madre como al padre como cuidadores, perciben mayores niveles de cuidado por parte de la madre. De este modo, se cree que el involucramiento afectivo del padre va a impactar de una manera más significativa en la vida de los hijos cuando este es percibido como una figura de cuidado, la cual está presente y apoya el proceso de crianza de los hijos (Arias, 2013; Jeynes, 2016). Es por eso, que se considera que la relación que tienen los adolescentes con su padre, en términos de afecto y calidez, está significativamente más ligada al desarrollo de emociones como tristeza, ansiedad, irritabilidad o inquietud las cuales van a afectar el estado de ánimo del adolescente. Diversos estudios señalan que, en los últimos años, se ha comprobado que las relaciones afectivas entre padres e hijos pueden representar una fuente de soporte emocional significativo para los adolescentes (Amarís, 2004; Crean, 2008; Jeynes, 2016).

En cuanto a la dimensión de Control, se encuentra que el Control materno está positivamente asociado a la sintomatología depresiva y la autoestima negativa. Diversos autores sostienen que altos niveles de control caracterizan a cuidadores que tienden a criticar excesivamente a sus hijos, generar sentimientos de culpa en ellos, sobreprotegerlos e imponen límites estrechos a las actividades de los hijos demandando

un nivel de exigencia muy alto y una mayor dependencia (Arias, 2013; Morris et al., 2002). Esto podría estar contribuyendo a que los adolescentes experimenten una falta de control sobre el ambiente, sobre sí mismos y la autonomía para crecer y ser capaces de resolver las situaciones que afrontan. De esta manera, los hijos parecen interiorizar que son incapaces de realizar ciertas actividades ya que no logran cumplir con las expectativas de sus progenitores y crean un concepto negativo de sí mismos sintiendo culpa y vergüenza. En esta línea por ejemplo, los estudios plantean que un adolescente con una mayor percepción de control conductual en la relación con sus padres es vulnerable a tener mayores problemas de comportamiento (Betancourt & Andrade, 2011; Florenzano et al., 2009). La relación entre la dimensión de Control y sintomatología depresiva se encontró únicamente en la percepción de control que los adolescentes tienen frente a la relación con sus madres. Se cree que se requieren mayores estudios para analizar el rol particular que tienen las conductas de control e intrusividad materna en el desarrollo adolescente.

De este modo, se encontró que las historias de crianza percibidas por los adolescentes en donde ha predominado el afecto y la calidez por parte de ambos progenitores mayormente contribuyen al bienestar emocional de los hijos. Esto podría deberse a que la experiencia de un cuidado cálido y positivo puede contribuir a la construcción de un autoconcepto positivo. Asimismo, una figura paterna afectiva va a influenciar en el estado emocional del hijo de manera más significativa. Por otro lado, la relación entre los adolescentes y sus cuidadores ha estado caracterizada por el control y la sobreprotección intrusiva, es así que los participantes pueden presentar sentimientos de culpa, pensar que son incapaces de realizar ciertas actividades y tener un concepto negativo de sí mismos. No obstante, si bien los adolescentes perciben que ambas partes de la pareja parental controlan sus actividades, es la supervisión excesiva de la madre la que va a tener un impacto más significativo en las emociones y la manera como se perciben los adolescentes.

Finalmente, este estudio presenta ciertas limitaciones que resulta importante señalar para que puedan ser tomadas en cuenta en futuras investigaciones. Por un lado, en función a la variabilidad de las familias encontradas, se tuvo que tomar una decisión metodológica de eliminar de la investigación ciertas familias en donde los adolescentes eran adoptados, había fallecido alguno de los progenitores, el adolescente había nacido en el extranjero o si la función de padre o madre no había sido cumplida por alguno de

los padres biológicos. Esto de cierta manera homogeneizó las características de la estructura familiar de los participantes.

Por otro lado, se evidenció al momento de realizar el estudio la dificultad por parte de diversas instituciones educativas para acceder a autorizar la participación de los adolescentes. De la misma manera, se cree que si bien es un tema sensible y difícil de discutir, es recomendable conocer si los participantes han sufrido de depresión o alguna otra dificultad en términos de salud mental en el pasado, si han asistido a alguna terapia psicológica y si están medicados o alguna vez lo han estado, esta información ayudaría a conocer más la historia de los adolescentes participantes. De este modo, la información encontrada en este estudio fue devuelta a los colegios a modo de porcentajes para que puedan conocer los niveles de depresión que hay en sus estudiantes. Se cree que es importante que los colegios tengan estos conocimientos para que así puedan trabajar con los y las estudiantes y sus familias, analizando la situación de cada uno y ejecutando actividades de prevención en los colegios. Si bien se le ofreció a los colegios tener una devolución y realizar un taller con los adolescentes, esta propuesta no fue aceptada indicando que este trabajo sería realizado por el área de psicología con la que cuentan en la misma institución.

Para terminar, se puede decir que los resultados encontrados en este estudio son de suma relevancia en nuestra realidad ya que brindan evidencia sobre la relación entre la historia de cuidado parental y la sintomatología depresiva. Se cree que este estudio puede servir para futuras investigaciones en las cuales se puede indagar con mayor profundidad superando los límites de esta. Asimismo, sería ideal que se tomen en cuenta los resultados hallados para incluirlo como un tema que se debe abordar en los colegios y discutirlo con los adolescentes. Además, en el trabajo con los padres resulta de suma importancia crear consciencia acerca del impacto que tiene la crianza sobre la salud mental de los hijos, es esta historia la que, en gran medida, va a definir la manera como ellos se perciben y como perciben el mundo que los rodea.

Referencias

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1987) Empirically based assessment of the behavioral/ emotional problems of 2- and 3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 629-650.
- Aguilar, M., Manrique, L., Tuesta, M., & Musayón, Y. (2010) Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. *Revista enfermería Herediana*, 3(1), 49-54.
- Alarcón, D. & Barrig, P. (2015) Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *LIBERABIT*, 21(2), 253-259.
- Allgood, S. M., Beckert, T. E., & Peterson, C. (2012). The role of father involvement in the perceived psychological well-being of young adult daughters: A retrospective study. *North American Journal of Psychology*, 14(1), 95-110.
- Amarís, M. (2004) Roles parentales y el trabajo fuera del hogar. *Psicología desde el Caribe*, 13, 15-28.
- Amarís, M., Camacho, R. & Manjares, I. (2000). Rol del padre en las familias con madres que trabaja fuera del hogar. *Psicología desde el Caribe*, 5(5), 155- 157.
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2008) Prácticas parentales: Una medición integral. En: Rivera AS, Díaz-Loving R, Sánchez AR, Reyes LI (eds). *La psicología social en México XII*. México: AMEPSO.
- Andrade, P., Betancourt, D., & Vallejo, A. (2010). Escala para evaluar problemas emocionales y conductuales en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, 9(9), 37-44.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B., & Rojas, R.M. (2012) Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35, 29-36.
- Arias, W. (2013) Agresión y violencia en la adolescencia: La importancia de la familia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 21(1) 23-34.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, Quinta Edición. Madrid: Editorial Panamericana.

- Aubé, J., Fichman, L., Saltaris, C. & Koestner, R. (2000) Gender differences in adolescent depressive symptomatology: Towards an integrated social-developmental model. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*, 297–313.
- Ayquipa, P. (2019) *Percepción de la función parental y sintomatología depresiva en adolescentes escolares* (Tesis de licenciatura). PUCP, Lima.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development, 37*, 887-907.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs, 4*(1), 1-103.
- Barber, B. K., Olsen, J. A. & Shagle, S. (1994). Associations between parental psychological control and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development, 65*, 1120-1136.
- Beck, A. (1967) *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Filadelfia: University of Pensilvania. Press.
- Berenzon, S.; Lara, M.A.; Robles, R. & Medina-Mora, M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Mex, 55* (1) 74-80.
- Betancourt, D., & Andrade P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología, 20*(1), 27-41.
- Betancourt, D., & Andrade P. (2012). Las prácticas parentales como recursos familiares que modulan la sintomatología depresiva en adolescentes. *Revista de Psicología, 9*(19), 34-45.
- Boldt, L., Kochanska, G., Eun Yoon, J., & Koenig J. (2014). Children's attachment to both parents from toddler age to middle childhood: links to adaptative and maladaptative outcomes. *Attachment & Human Development, 16*(3), 211-229.
- Bowlby, J (1951) *Maternal care and mental health*. New York, Columbia University Press.
- Bowlby, J (1979) *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres: Routledge
- Bornstein, M. H. (2002). Parenting infants. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and parenting*, 3-43.
- Broderick, C. & Korteland, C. (2002) Coping style and depression in early adolescence: Relationships to gender, gender role, and implicit beliefs. *Sex Roles*, 46, 201–213.
- Cabrera, N. J., Hofferth, S. L., & Chae, S. (2011). Patterns and predictors of father–infant engagement across race/ethnic groups. *Early Childhood Research Quarterly*, 26(3), 365-375.
- Calzada, E., Huang, K., Anicama, C., Fernandez, Y., & Miller, L. (2012). Test of a cultural framework of parenting with latino families of Young children. *Culture Divers Minor Psycholgy*, 18 (3), 285-296.
- Calzada, E. J., Tamis-LeMonda, C. S., & Yoshikawa, H. (2013). Familismo in Mexican and Dominican families from low-income, urban communities. *Journal of Family Issues*, 34(12), 1696-1724.
- Capano, A. & Ubach, A. (2013) Estilos parentales, parentalidad positive y formación de padres. *Ciencias psicológicas*, 7(1).
- Clemans, K. H., DeRose, L. M., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Gender in adolescence: Applying a person-in-context approach to gender identity and roles. In J. C. Chrisler & D. R. McCreary (Eds.), *Handbook of gender research in psychology, Volume 1: Gender research in general and experimental psychology*. New York, NY: Springer.
- Craig, G. (2009) *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Education.
- Crean, H. (2008) Conflict in the Latino Parent-Youth Diad: The Role of Emotional Support from the Opposite Parent. *Journal of Family Psychology*, 22 (3), 484-493.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.

- Del Barrio, M. & Carrasco, M. (2004). *Inventario de depresión infantil. Adaptación española*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
- Domenech, Rodríguez M., Donovan, M., & Crowley, S. (2009). Parenting styles in a cultural context: observations of "protective parenting" in first-generation Latinos. *Fam Process*, 48(2)195-210.
- Elkington, K. S., Bauermeister, J. A., & Zimmerman, M. A. (2011). Do parents and peers matter? A prospective socio-ecological examination of substance use and sexual risk among African American youth. *Journal of Adolescence*, 34(5), 1035-1047.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Casassus, M., Sandoval, A. & Santander, S. (2009) The Perception of Parental Relationship: A Comparison of Adolescents Older and Younger Than 15 Years of Age. *Revista chilena de pediatría*, 80(6), 520-527.
- Galicia, I.; Sánchez, A.; y Robles, F. (2009) Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 25 (2), 227-240.
- Galambos, N. (2013) Gender and gender role development in adolescence. *Handbook of Adolescent Psychology*, 233-262
- García, E., Salguero, A., y Pérez, G. (2010) Expectativas y estereotipos de género en la relación entre padres e hijas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15 (2), 325-341.
- García, M., Cerezo, M., de la Torres, M., Carpio, M., & Casanova, P. (2011). Prácticas educativas paternas y problemas internalizantes y externalizantes en adolescentes españoles. *Psicothema*, 23(4), 654-659.
- Gargurevich, R., & Soenens, B. (2015) Psychologically Controlling Parenting and Personality Vulnerability to Depression: A Study in Peruvian Late Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 25 (3), 911-921.
- Gaviria Arbeláez, S. (2009) ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (2), 316-324.

- Gonzales, C. (2018) Historia vincular y regulacional emocional en adolescentes de 16 a 20 años (Tesis de licenciatura). PUCP, Lima.
- González-Fuentes, M. & Andrade, P. (2014) Prácticas parentales y bienestar psicológico en adolescentes. *La psicología social en México*, 15, 368-375.
- Graziano, F., Bonnino, S. & Cattelino, E. (2009) Links between maternal and paternal support, depressive feelings and social and academic self-efficacy in adolescence. *European Journal of Developmental Psychology*, 6(3), 241-257
- Hill J., & Lynch M. (1983) The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. *Biological and psychosocial perspectives*, 201–228.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima metropolitana y Callao - Replicación 2012. *Informe General. Anales de Salud Mental*. 29(1).
- Jeynes, W. (2016) The Relationship Between Parental Involvement and Latino Student Outcomes. *Education and Urban Society*, 49 (1), 4-28.
- Jung, S., Fuller, B., & Galindo, C. (2012). Family functioning and early learning practices in immigrant homes. *Child Development*, 83(5), 1510-1526.
- Kimmel, D.C. & Weiner, I.B. (1998) *La adolescencia: Una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Kobak, R. R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Development and Psychopathology*, 3, 461-474.
- Kochanska, G. & Kim, S. (2013). Early attachment organization with both parents and future behavior problems: from infancy to middle childhood. *Child Development*. 84(1), 283-296.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Loman, M. & Gunnar, M (2010) Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*., 34(6) ,867-76.

- Lorence, B., Jiménez, L., & Sánchez, J. (2009) Un análisis de los sucesos vitales estresantes experimentados por adolescentes que crecen en familias usuarias de los servicios sociales comunitarios. *Portularia*, 9(1), 115 - 126.
- López-Soler, C., Puerto, J.C., López-Pina, J.A., & Prieto, M. (2009) Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de psicología*, 25 (1), 70-77.
- López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara, M. V., Castro, M. y López-Pina, J.A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28, 780-788.
- Luiz, M., Pacheco, M., Nunes, D., Mesquita, M., Pupo, M., & Altenfelder, I. (2015) Family functioning in adolescents with major depressive disorder: A comparative study. *Estudos psicologia (Campinas)*, 32 (4).
- Marcelli, D. (2007). *Psicopatología del niño* (7ma ed). Madrid: Masson.
- Marchand-Reilly, J. (2009). Depressive symptoms in young adults: The role of attachment orientation and romantic relationship conflict. *Journal of Adult Development*, 16, 31-38.
- Martínez, P. & Morote, R. (2001). Preocupaciones de adolescentes en Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología de la PUCP*, 19, 212-236.
- Matud, M., Bethencourt, J. & Ibáñez, I. (2014) Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and Individual Differences*, 70, 206-211.
- Matud, M., Díaz, A., Bethencourt, J. & Ibáñez, I. (2016) Roles de género, ejercicio físico y bienestar en la adolescencia. *Inteligencia emocional y bienestar II. Reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones*, 585-597.
- McEwen, C., & Flouri, E. (2009). Fathers' parenting, adverse life events, and adolescents' emotional and eating disorder symptoms: The role of emotion regulation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(4), 206-216.
- McLeod, B. (2007) Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 986-1003.

- Melis, F., Dávila, M. A., Ormeño, V., Vera, V., Greppi, C. & Gloger, S. (2001). Estandarización del PBI, versión adaptada a la población entre 16-64 años del Gran Santiago. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatria*, 39(2), 132-139.
- Melo-Vega, C. (2009) *Sintomatología Depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana* (Tesis de Licenciatura).PUCP.
- Mehta, M & Sagar, R. (2015) *A Practical Approach to Cognitive Behaviour Therapy for Adolescents*. India: Springer.
- Meza, J.L, & Páez, R. (2016) *Familia, escuela y desarrollo humano. Rutas de investigación educativa*. Bogotá: Editorial Kimpres S.A.S
- Moneta, ME (2003) *El Apego: aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial
- Morales, S.; Armijo, I.; Moya, C.; Echávarri, O.; Barros, J.; Varela, C., Sánchez, G. (2014). Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 403-417.
- Morris, S. A., Steinberg, L., Sessa, M. F., Avenevoli, S., Silk, J. S. & Essex, M. J. (2002) Measuring children's perceptions of psychological control: Developmental and conceptual considerations. En B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Morris, C. & Maisto, A. (2009) *Introducción a la psicología*. México: Pearson educación.
- Mota, C. & Matos, P. (2014) Relación parental, autoestima y sintomatología depresiva en jóvenes adultos. Implicaciones de los conflictos interparentales, coalición y triangulación. *University Psychology*, 13 (3), 907-922.
- Obando, R. (2012) *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima* (Tesis de Licenciatura). PUCP

- Oliva, A., Jiménez, J. & Parra, A. (2009) Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress & Coping* 22(2), 137 – 152.
- Olivo, D. (2012). *Ansiedad y estilos parentales en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). PUCP, Lima
- Organización mundial de la salud (1992) *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2018) *La depresión*. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Oudhof, H., Robles, H. & Mercado, A. (2014) Actividades de crianza en madres de familia. *La psicología social en México*, 15, 962-968.
- Palacios, J. (1999). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En F. López, I. Etxebarria, M.J. Fuentes, y M.J. Ortiz, (Coords) *Desarrollo Afectivo y Social*. Madrid: Pirámide.
- Palacios, J. R. & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, 7(7), 7-18.
- Parker, G. (2009). *Annotated Bibliography of the Parental Bonding Instrument (PBI) Research*. New South Wales: Black Dog Institute.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. (1979). A parental Bonding Instrument, *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10
- Pérez, J., Menéndez, S & Hidalgo, M.V (2014) Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales. *Psychosocial Intervention*, 23, 25-32.
- Papalia, D., Feldman, R. & Martorell, G. (2012) *Desarrollo Humano*. México: McGraw Hill.

- Paz, M. & Bermúdez, A. (2010). *Manual de Psicología Clínica Infantil (Segunda Edición)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Petts, R. (2019) *Religion and Family Life*. Suiza: MDPI
- Priess, H. A., Lindberg, S. L., & Hyde, J. S. (2009). Adolescent gender-role identity and mental health: Gender intensification revisited. *Child Development*, 80, 1531–1544.
- Puga, L. (2009). *Relaciones interpersonales en un grupo de niños que reciben castigo físico y emocional*. (Tesis de Licenciatura). PUCP, Lima
- Raffo, L. (1991). *Depresión y autoconcepto en niños institucionalizados y no institucionalizados*. Tesis para optar por el Título de Licenciado en Psicología con mención Clínica, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, PUCP, Lima,.
- Ramírez, R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs*. Tesis para optar por el Título de Licenciado en Psicología Clínica, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, PUCP, Lima.
- Reátegui, L. (1994). *La depresión infantil: estandarización del "inventario de depresión para niños (CDI)*. Memoria para optar por el Título de Licenciada en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Reyes-Morales, H., Gómez-Dantés, H., Torres-Arreola, L.P, Tomé-Sandoval, P., Galván-Flores, G., & González- Unzaga, M.A. (2009) Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 25(4), 328-336
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcu, B., Leyva-López, A., & De Castro, F. (2015) Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud pública México*, 57 (3), 219-226.
- Robles Estrada, E., Oudhof van Barneveld, H., & Mercado Maya, A. (2015). Vínculo parental y tareas de crianza en una muestra de mujeres mexicanas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3).

- Samper, P., Cortés, M., Mestre, V., Nácher, M., & Tur, A. (2006) Adaptación del Child's Report of Parent Behavior Inventory a población española. *Psicothema*, 18 (2), 263-271.
- Sáens González, M.P. (2010) *Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares* (Tesis para Bachiller). PUCP.
- Safdar, S., Matsumoto, D., Friedlmeier, W. & Seung, H. (2009) Variations of Emotional Display Rules Within and Across Cultures: A Comparison Between Canada, USA, and Japan. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 41(1), 1-10,
- Salles, V. & Tuirán, R. (1997). Mitos y creencias sobre la vida familiar. *Revista Mexicana de Sociología*, 59(2), 117-144.
- Schuster, R.M., Mermelstein, R., & Wakschlag, L. (2013) Gender-specific relationships between depressive symptoms, marijuana use, parental communication and risky sexual behavior in adolescence. *J Youth Adolescence*, 42(8), 1194-1209.
- Schmoeger, M., Deckert, M., Wagner, P., Sirsch, U., & Willinger, U. (2017). Maternal bonding behavior, adult intimate relationship, and quality of life. *Neuropsychiatry*, 1-7.
- Seiffge-Krenke, I., Aunola, K., & Nurmi, JE. (2009) Changes in stress perception and coping during adolescence: the role of situational and personal factors. *Child Development*, 80(1), 259-79.
- Seijo, D., Novo, M., Carracedo, S. y Fariña, F. (2010) Efectos de la ruptura de los progenitores en la salud física y psicoemocional de los hijos. *Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana*, 19 (16-21).
- Segrin, C. y Flora, J. (2011) *Family Communication*. Nueva York: Routedledge.
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida*. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Stern D. N. (1985). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Ed. Paidós, Buenos Aires.

- Thornberry, T. P., Henry, K. L., Ireland, T. O. y Smith, C. A. (2010). The Causal Impact of Childhood-Limited Maltreatment and Adolescent Maltreatment on Early Adult Adjustment. *Journal of Adolescent Health, 46*, 359-365.
- Torio, S., Peña, J.V. y Rodríguez, M.C. (2008). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación, 20*, 151-178.
- Tsaousis, I., Mascha, K., & Giovazolias, T. (2012). Can parental bonding be assessed in children? Factor structure and factorial invariance of the Parental Bonding Instrument (PBI) between adults and children. *Child Psychiatry and Human Development, 43*(2), 238-253.
- United Nations Children's Fund – UNICEF (2011) *Adolescence: an age of opportunity*. United Nations Children's Fund, Nueva York.
- Updegraff, K. A., Delgado, M. Y., & Wheeler, L. A. (2009). Exploring mothers' and fathers' relationships with sons versus daughters: Links to adolescent adjustment in Mexican immigrant families. *Sex Roles, 60*(7-8), 559.
- Vargas, H. (2014) Tipo de familia, ansiedad y depresión. *Rev Med Hered, 25*, 57-59.
- Vargas, H., Tovar, H. & Valverde, J. (2010) Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 73* (3), 84-94.
- Vanegas, G.; Barbosa, A.; Alfonso, M.; Delgado, L. & Gutiérrez, J. (2012) Familias monoparentales con hijos adolescentes y psicoterapia sistémica: Una experiencia de intervención e investigación. *Revista Vanguardia Psicológica, 2*(2), 2013-2015.
- Verstraeten, K., Vasey, M., Raes, F. & Bijttebier, P. (2009) Temperament and Risk for Depressive Symptoms in Adolescence: Mediation by Rumination and Moderation by Effortful Control. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*(3), 349 – 361.
- Villanueva, S., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2008) The Roles of Respect for Parental Authority and Parenting Practices in Parent-Child Conflict Among African American, Latino and European American Families. *Journal of Family Psychology, 22* (1), 1-10.

- Villegas, M.; Alonso, M.M.; Alonso, B. & Martínez, R. (2014). Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichan*, 14(1), 41-52.
- Weber, S. (2009) Depressive illness in Teens and Preteens and effectiveness of the RADS – 2 as a first - stage assessment. *Part 1: Descriptive paper. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 120 – 125.
- Zahn Waxler, C., Crick, N. R., Shirlcliff, E. A., & Woods, K. E. (2006) The origins and development of psychopathology in females and males. *Developmental psychopathology*, 76-138.

APÉNDICE

Apéndice A

Asentimiento Informado para Participantes de Investigación

Yo, _____ de _____ años de edad, acepto de manera voluntaria participar en una investigación realizada por Cristina Olaechea de la Especialidad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y que tiene como objetivo conocer acerca de la historia de cuidado de los padres y como esto influye en la manera como se sienten sus hijos.

Si aceptas participar en este estudio, se te pedirá responder preguntas una ficha de datos y dos encuestas. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de tu tiempo.

Tu participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Tus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tienes alguna duda sobre este proyecto, puedes hacer preguntas en cualquier momento durante tu participación en él. Igualmente, puedes retirarte del proyecto en cualquier momento sin que eso te perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista te parecen incómodas, tienes el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

¡Desde ya agradecemos tu participación!

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Consentimiento Informado para Padres

Estimados padres de familia:

Tenemos el agrado de dirigirnos a ustedes con la finalidad de contarles que se realizará en las instalaciones del colegio, una investigación para conocer acerca de la historia de cuidado de los padres y como esto influye en la manera como se sienten sus hijos. Para ello, se aplicarían cuestionarios a los alumnos del nivel secundario. La presente investigación, será conducida por Cristina Olaechea de la carrera de Psicología, pertenecientes a la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Si usted estaría de acuerdo en permitir que su hijo(a) participe, le pediremos a él/ella que complete un cuestionario en los próximos días. La aplicación de los cuestionarios, tendrá una duración aproximada de 40 minutos. Para ello, previamente se coordinará con la dirección del colegio y el profesor responsable del aula.

Los cuestionarios se responderán de forma anónima y la información recopilada será confidencial y sólo se usará para fines del estudio, sin ningún otro propósito. Por consiguiente, los padres de familia, el personal de la escuela y otros estudiantes no podrán tener acceso a esta información. No se usará el nombre de su hijo(a) en ninguno de los reportes, ni se podrá entregar resultados de la investigación.

Para que su hijo(a) participe en el estudio, usted y su hijo(a), deberán estar de acuerdo en participar. Su decisión sobre la participación de su hijo(a) en este estudio será completamente voluntaria. Asimismo, la investigación estará autorizada por el Director del centro educativo. Además, es importante mencionar que el evaluado podrá decidir la suspensión o cancelación de la evaluación en cualquier momento si así lo quisiera, incluso después de iniciada la misma.

De tener preguntas sobre la participación de su menor hijo en este estudio, puede contactar a: Cristina Olaechea, al correo: a20100120@pucp.pe

Desde ya, agradecemos su participación.

POR FAVOR COMPLETE Y ENVÍ AL COLEGIO CON SU HIJO/A ESTA PARTE DEL DOCUMENTO, A LA BREVEDAD POSIBLE EN CASO AMBOS **NO** ESTEN DE ACUERDO.

Nombre del alumno/a: _____

NO ACEPTO que mi hijo(a) participe para esta investigación.

Firma del padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Firma del evaluado: _____

Fecha: _____

Apéndice B

Ficha de datos sociodemográficos

A continuación te pedimos que respondas a las siguientes preguntas de la manera más sincera posible. Recuerda que es totalmente anónimo.

Datos personales

1. **Edad:** _____

2. **Género:** M F

3. **Grado escolar:** _____

4. **Durante la mayor parte de mi vida el rol de mi MADRE lo ha cumplido:**

___ Madre biológica

___ Madrastra

___ Tía

___ Abuela

___ Madre adoptiva

___ Otra persona (especificar): _____

5. **Durante la mayor parte de mi vida el rol de mi PADRE lo ha cumplido:**

___ Padre biológico

___ Padrastra

___ Tío

___ Abuelo

___ Padre adoptivo

___ Otra persona (especificar): _____

6. Actualmente vivo junto a mis dos padres: SI No

7. Si marcó NO, ¿Con quién vives? _____

¿Cuál es el motivo de la ausencia de tu padre/madre?

Separación/Divorcio		Fallecimiento		Trabaja fuera del país		Otros	
---------------------	--	---------------	--	------------------------	--	-------	--

8. ¿Cuántos hermanos tienes? (incluyéndote): _____

9. ¿Qué número de hijo eres? (posición ordinal): _____

10. **Lugar de nacimiento:** (Si no naciste en Lima especificar donde)

a. Lima () b. Provincia () _____ c. Extranjero () _____

En caso hayas marcado **b)** o **c)** ¿a qué edad llegó a Lima? _____

11. ¿Con cuál de tus padres pasas la mayor parte del tiempo? () Padre () Madre

Datos familiares

1. Datos del padre

- a. Edad: _____
 b. Lugar de nacimiento: _____
 c. Educación:

Primaria incompleta		Técnico incompleto	
Primaria completa		Técnico completo	
Secundaria incompleta		Superior incompleto	
Secundaria completa		Superior completo	

2. Datos de la madre

- a. Edad: _____
 b. Lugar de nacimiento: _____
 c. Educación:

Primaria incompleta		Técnico incompleto	
Primaria completa		Técnico completo	
Secundaria incompleta		Superior incompleto	
Secundaria completa		Superior completo	

3. Durante el último mes, en la familia han vivido situaciones estresantes como:

Separación de padres		Enfermedades graves		Problemas de pareja		Problemas con el alcohol	
Problemas con drogas		Muerte de algún familiar cercano		Otros			

Apéndice C

Tabla: Prueba de normalidad para la muestra en general

Prueba de normalidad para las escalas del PBI

	<i>KS</i>	<i>p</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Cuidado Paterno	0.89	,200	-.622	1.035
Control Paterno	.137	.001	.596	.241
Cuidado Materno	.132	.002	-1.261	2.224
Control Materno	0.94	.091	.585	-.031

Nota. Asimetría y curtosis sugieren una distribución normal.

Prueba de normalidad para las escalas del CDI

	<i>KS</i>	<i>p</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Puntaje Total Sintomatología Depresiva	.159	.000	1.441	2.610
Disforia	.095	.081	.552	.207
Autoestima Negativa	.208	.000	1.853	3.818

Nota. Asimetría y curtosis sugieren una distribución normal.

Apéndice D

Diagrama de Dispersión Cuidado Materno- Sintomatología Depresiva

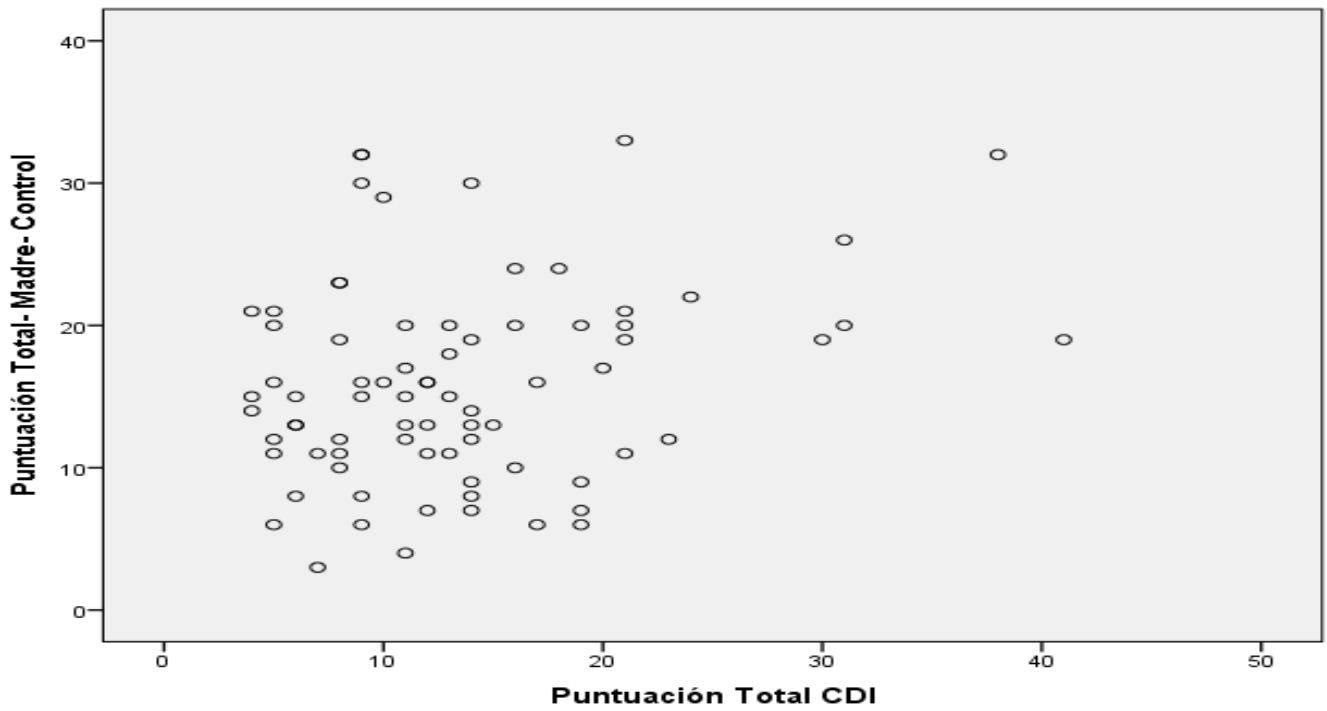


Diagrama de Dispersión Control Materno- Sintomatología Depresiva

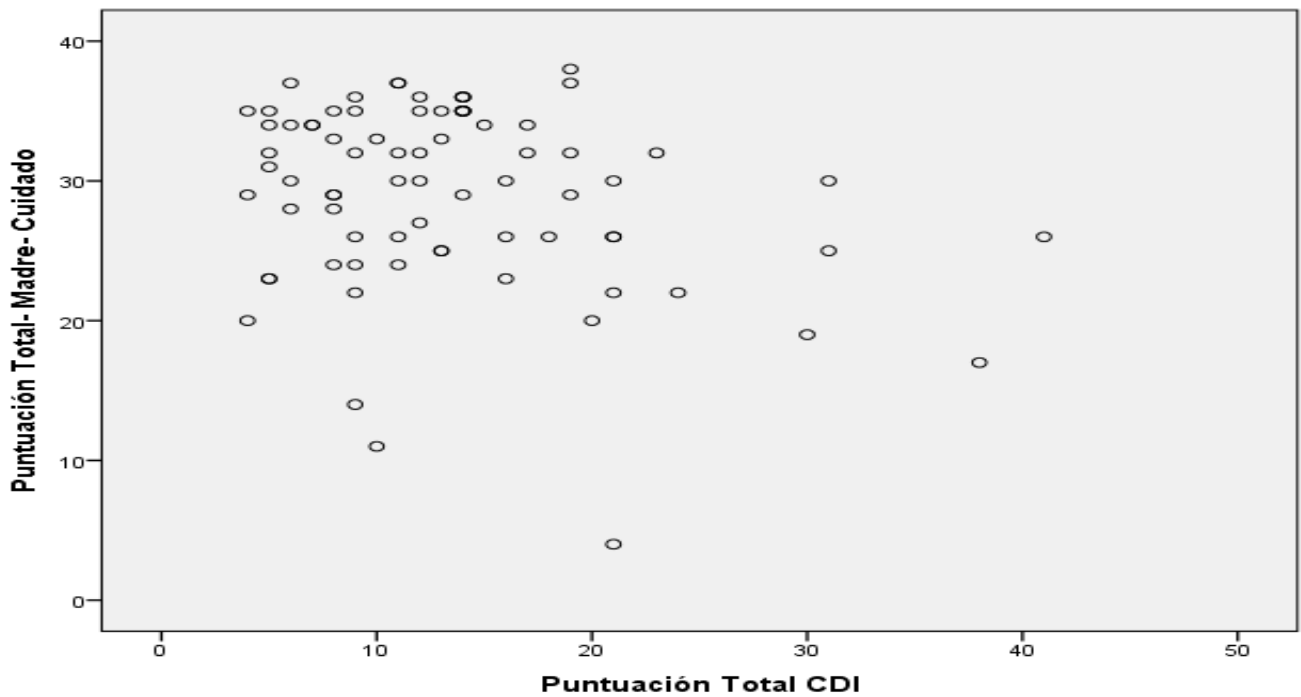


Diagrama de Dispersión Cuidado Paterno- Sintomatología Depresiva

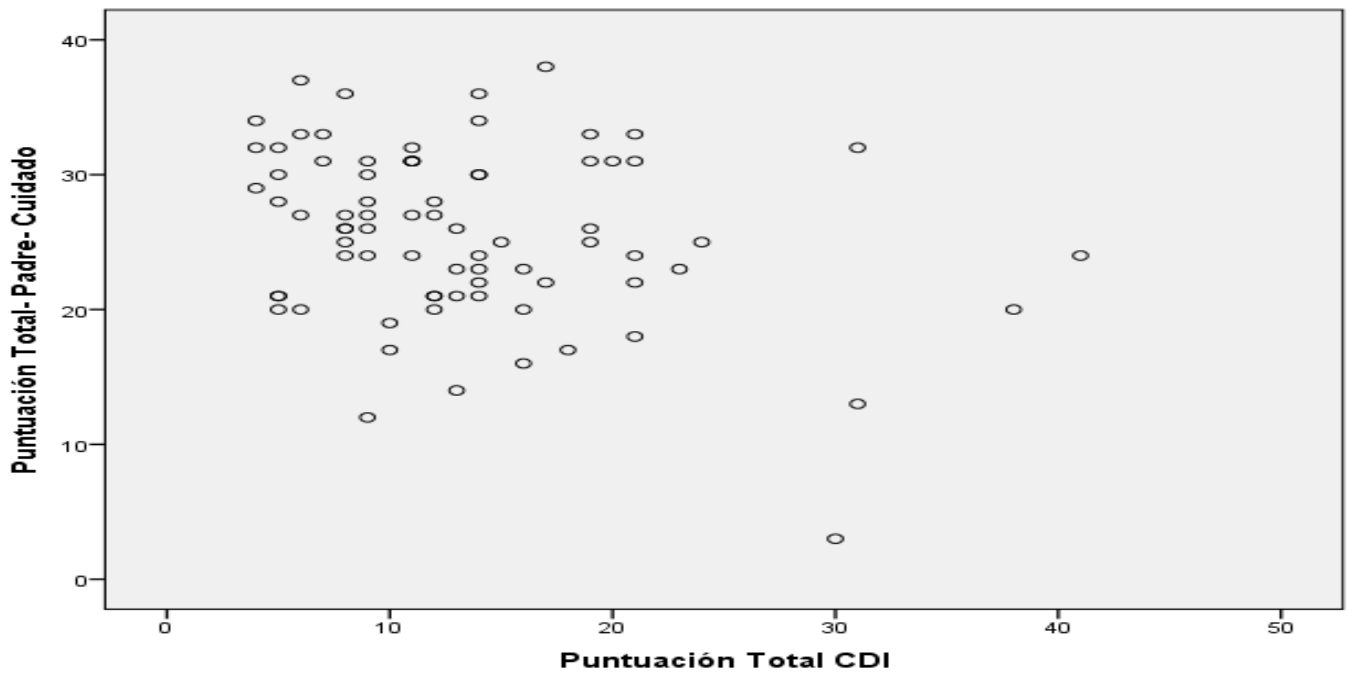


Diagrama de Dispersión Control Paterno- Sintomatología Depresiva

