

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Percepción de la función parental y sintomatología depresiva en adolescentes escolares

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORA

Priscilla Anthoanette Ayquipa Silva

ASESORA

Ana Mercedes Caro Cárdenas

Lima, Julio, 2019

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es describir y analizar la relación entre las dimensiones de la percepción parental y la sintomatología depresiva en escolares de secundaria de dos colegios en Lima, Perú. La muestra estuvo conformada por 103 adolescentes, entre 12 y 15 años de edad. Se les aplicó grupalmente una adaptación de la escala de “*Adolescent Family Process*” (AFP) para conocer la percepción de las funciones parentales y la adaptación del *Inventario de Depresión Infantil (CDI)* para la sintomatología depresiva. Los resultados muestran que existe una relación inversa entre las dimensiones de la función parental y la sintomatología depresiva; especialmente en la comunicación, la cercanía y el soporte de los padres. Por otro lado, se encontró una relación directa entre la sintomatología depresiva y la percepción de conflicto. Asimismo, se encontraron diferencias de género en la percepción de conflicto materno, siendo las mujeres quienes presentan mayor percepción de conflicto con la figura materna.

Palabras clave: *percepción de la función parental, sintomatología depresiva, adolescentes, estudiantes de secundaria.*

ABSTRACT

The aim of this study is to describe and analyze the relationship between the dimensions of parental perception and depressive symptomatology in students of secondary grade in two schools located in Lima, Peru. The sample consisted of 103 adolescents between 12 and 15 years old. As a group, they completed an adaptation of the “*Adolescent Family Process*” (*AFP*) scale to investigate the perception of the parental functions and the adaptation of the *Inventory of Infant Depression (CDI)* to explore depressive symptomatology. Results showed that there is an inverse relationship between the dimensions of parental perception and depressive symptomatology; especially in parent’s communication, closeness and support. On the other hand, it was found a direct relationship between depressive symptomatology and the perception of conflict. Furthermore, gender differences were found in the perception of maternal conflict, with women showing a higher perception of conflict with the maternal figure.

Key words: *perception of parental function, depressive symptomatology, adolescents, middle school students.*

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	5
Método	14
Participantes	14
Medición	14
Procedimiento	17
Análisis De Datos	18
Criterios Éticos	18
Resultados	20
Discusión	24
Referencias	31
Apéndices	38
Apéndice A: Asentimiento Informado	38
Apéndice B: Consentimiento Informado	39
Apéndice C: Ficha de Datos	40
Apéndice D: Tablas de Normalidad	42
Apéndice E: Tablas de Confiabilidad	43

La función parental es definida como el modo en que los padres cumplen su rol parental y las características especiales que se encuentran en cada relación entre padres e hijos. Estas determinan la manera en la que se satisfacen las necesidades de los hijos en cada una de las etapas de desarrollo que estos atraviesan e influyen en el logro de los retos de cada etapa. (Shek, 2005; Vazsonyi, Hibbert & Snider, 2003).

Tradicionalmente este concepto ha sido abarcado como el estudio de los estilos parentales, educacionales o de crianza (Baumrind, 1971; Maccoby & Martin, 1983; McBride-Chang & Chang, 1998) siendo definido por Darling y Steinberg (1993) como “una constelación de actitudes hacia el niño que le son comunicadas y que, tomadas conjuntamente, crean un clima emocional en el cual las conductas de los padres son expresadas” (p. 488). Basado en la interacción entre dos dimensiones fundamentales, como el afecto y el control, se han creado cuatro categorías de estilos parentales: democrático, autoritario, permisivo e indiferente (Baumrind, 1971).

En el primer estilo, los padres reconocen y respetan la individualidad de sus hijos; promueven la comunicación y el debate entre ambos, y restringen su comportamiento a través de reglas y límites claros y razonables. En el segundo, los padres se caracterizan por mantener un control restrictivo y severo sobre las conductas de sus hijos, utilizan frecuentemente castigos físicos y amenazas verbales o físicas, las reglas son rígidas y severas y no hay una comunicación abierta entre padres e hijos. Por otro lado, los padres permisivos se caracterizan por un alto nivel de tolerancia a los comportamientos del niño, una disciplina pobre con normas muy flexibles, y una baja supervisión de las actividades. La última categoría, se refiere a los padres que no se involucran con frecuencia en la vida de sus hijos, muestran poco interés y aceptación a sus hijos, sus reglas son poco claras o en algunos casos, inexistentes (Iglesias & Romero, 2009; Baumrind, 1971).

Diversos estudios han encontrado que existen diferencias entre la percepción que tienen los hijos de la función parental y la percepción de los padres de esta. Gaylord, Kitzman y Coleman (2003) al igual que Andrade, Betancourt y Orozco (2006) encontraron que los padres tienden a tener una visión más positiva acerca de las prácticas parentales, teniendo una menor percepción del control ejercido en los hijos que la percepción de los hijos de esta variable. Roa y Del Barrio (2002) plantean que una posible causa de esta diferencia en la

percepción entre padres e hijos es que, la primera está sujeta a la deseabilidad social. Por este motivo, no es de sorprender que la mayoría de investigaciones realizadas de esta variable hayan encontrado que la percepción de los hijos tiene una mayor validez predictiva con diversos problemas de salud mental (sintomatología depresiva, trastornos alimenticios, problemas de externalización, entre otros) y rendimiento académico. (Paulson, 1994; Ascenzo, 2013; Roa & Del Barrio, 2002; Schaefer, 1965).

Por otro lado, en los últimos años, numerosos autores consideraron necesario reformular el constructo buscando un enfoque dimensional y sistemático, en lugar de una valoración categórica de este para obtener un mejor análisis descriptivo y flexible de la función parental. A este nuevo enfoque del constructo se le ha llamado prácticas parentales (Molinero, 2006). La diferencia principal entre ambos conceptos es que, mientras el estilo de crianza es considerado como un conjunto general de actitudes en el cual se encuadran los comportamientos parentales, las prácticas son las conductas específicas de los padres ante cada situación que se presenta (Hernández-Guzmán, Montesinos, Bermúdez-Ornelas, Freyre & Alcázar-Olán, 2013).

Los primeros en plantear esta perspectiva fueron Metzler, Biglan, Ary, y Li, en 1998, quienes formularon seis dimensiones para describir las prácticas parentales: relaciones familiares positivas, el uso de un reforzamiento positivo, el monitoreo parental, el establecimiento de normas por parte de los padres, el fortalecimiento consistente de las normas y el conflicto padre-hijo. Por otro lado, Roberts y Steinberg (1999) postulan tres dimensiones que engloban el constructo: armonía, autonomía y conflicto. La armonía se refiere al afecto y la calidez que los padres muestran a sus hijos; mientras que la autonomía abarca el control, las limitaciones, la supervisión y el sostén que brindan los padres a sus niños. Finalmente, el conflicto, es la tensión normal entre padres e hijos que aparece ante situaciones difíciles que la familia debe afrontar, y que de acuerdo a la magnitud de este y otras características del ambiente familiar, puede favorecer o perjudicar el desarrollo del hijo.

Basándose en los trabajos de Metzler, Biglan, Ary, y Li (1998), y el de Roberts y Steinberg (1999); Vazsonyi, Hibbert y Snider (2003) proponen seis dimensiones (cercanía, soporte, monitoreo, comunicación, conflicto y aprobación del grupo de pares) para describir la función parental, que a su vez, utiliza las tres dimensiones propuestas previamente por Roberts y Steinberg (1999) como dominios: armonía (cercanía y comunicación), autonomía

(soporte, aprobación del grupo de pares y monitoreo) y conflicto. En esta nueva formulación, se aprecian las prácticas del padre y la madre independientemente, ya que, consideraron que la cantidad y calidad de tiempo que los padres pasan con sus hijos variaba de acuerdo al sexo del progenitor e influían de distinta manera en cada una de las dimensiones. (Stephens, 2009; Videon, 2005).

En el dominio de armonía, la cercanía se refiere a la proximidad emocional y a la sensación de afecto y comprensión ente padres e hijos. La comunicación alude al intercambio de información de sentimientos, preocupaciones, información, entre otras, que se da entre padres e hijos de manera frecuente. En la versión original, esta dimensión estaba dividida en dos tipos de comunicación (instrumental e íntima) pero los análisis psicométricos mostraron que no había tal división (Vazsonyi et al., 2003).

Por su parte, en el dominio de autonomía, el soporte engloba la actitud de apoyo, aceptación y escucha por parte de los padres (Molinero, 2006). La dimensión de aprobación de pares hace referencia al grado de aceptación que los padres tienen de las amistades de sus hijos que, va a depender de la percepción de los padres de estas amistades. La dimensión de monitoreo abarca las conductas de supervisión y el conocimiento, por parte de los padres, de las actividades que realizan sus hijos (Vazsonyi et al., 2003).

Finalmente, en el último dominio, el conflicto, se entiende de la misma manera que lo planteado por Roberts y Steinberg (1999); es decir, sin una valoración negativa, sino dependiente de la intensidad con la cual se manifiesta y su interacción con otras variables del entorno (Vazsonyi et al., 2003).

Esta nueva propuesta ha sido validada en distintos países de Norteamérica, América del sur y Europa (Molinero, 2006). En el Perú se han realizado dos estudios utilizando este nuevo constructo. El primero de ellos buscaba adaptar la escala *Adolescent Family Process* en el contexto peruano, para ello, se llevó a cabo un estudio con 276 adolescentes de tercero de secundaria de Lima y Callao. Los resultados de los análisis factoriales señalaron que las seis dimensiones parentales propuestas en la versión de Vazsonyi et al. (2003), tienen validez en el constructo peruano; sin embargo, se encontró que algunos ítems tenían una elevada covariancia con otros factores además de sus factores de origen (Molinero, 2006). El segundo estudio exploró la relación entre las dimensiones de la percepción de la función parental de adolescentes escolares y la presencia de características, tanto psicológicas como

comportamentales, asociadas al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios. Se encontró correlaciones significativas entre las variables mencionadas, destacando entre ellas la importancia de la comunicación con ambos padres (Ascenzo, 2012). Ambos estudios han reportado índices de confiabilidad que han sido de moderados a buenos, siendo estos índices inferiores a los encontrados en los estudios realizados con la versión original de la prueba (Bobbio et al., 2016).

En la adolescencia, una buena percepción de las funciones parentales es relevante, ya que, son un grupo vulnerable y de alto riesgo ante la posible aparición de conductas de riesgo, síntomas, enfermedades y trastornos de personalidad; debido a que esta etapa es un período crítico del crecimiento del ser humano donde el adolescente es sometido a diversos y constantes cambios físicos, psicológicos y sociales. (Barra, Cerna, Kramm & Veliz, 2006; Herrera, 1999). Durante esta etapa, la forma en la que los padres se relacionan con sus hijos ocupa un lugar importante en la forma en que éstos enfrentan a los cambios que se dan en esta etapa, ya que son los encargados de prepararlos para asumir las responsabilidades y los compromisos de la adultez (Roldán, 1998).

Por un lado, los padres brindan el sostén y acompañamiento que los hijos necesitan para ejercer adecuadamente su autonomía y las conductas necesarias que favorezcan su desarrollo saludable (Herrera, 1999; Polo, 2009). Por otro, influyen en la aparición, mantenimiento o desistencia de problemas de conducta, dificultades académicas, ansiedad, depresión, trastornos alimenticios; entre otras, actuando como un factor de protección o de riesgo (Bobbio, Arbach & Alderete, 2016; Ruvalcaba, Gallegos, Caballo & Villegas, 2016; Ascenzo, 2013; Molinero, 2006).

Dentro de estas problemáticas, la depresión ha adquirido mayor importancia dentro de los problemas de salud de los adolescentes debido a los altos índices de suicidio en varios países (Ugarriza & Escurra, 2002). De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (2017), la depresión es una enfermedad que afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial, con mayor incidencia en las mujeres. En el peor de los casos, esta puede llevar al suicidio; cuya cifra en la actualidad es de aproximadamente 800 000 personas al año, siendo la población más afectada las personas entre 15 y 29 años. En el Perú, el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2013) realizó un estudio epidemiológico en el 2012, que señala que el trastorno clínico más frecuente en los adolescentes de Lima

Metropolitana fue el episodio depresivo (7.0%), teniendo una mayor incidencia en la población femenina (11%) mientras en el Callao este puntaje aumenta al 12%.

Según la definición de la OMS (2017), el trastorno depresivo es un trastorno del estado del ánimo que aparece como resultado de las interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Está caracterizado por la presencia de sentimientos negativos (tristeza, apatía, culpabilidad, entre otros), cambios en el apetito y ciclo de sueño, sensación de cansancio, baja autoestima y problemas de concentración. Este trastorno ocasiona que el funcionamiento social, afectivo, físico y conductual de la persona que lo padece se vea disminuido (Ritterband & Spielberger, 1996), afectando su capacidad de afrontar los problemas de la vida diaria (OMS, 2017).

Por su parte, el término sintomatología depresiva se refiere a presentar varios síntomas en común con el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico, sin llegar a cumplir todos los criterios del DSM- V, lo cual genera una mayor vulnerabilidad a desarrollar uno de estos trastornos (Fuentenebro & Vázquez, 1990; Paz & Bermúdez, 2004). La diferencia entre la sintomatología depresiva y el trastorno depresivo se encuentra en la intensidad y duración de los síntomas (Rodríguez, 2008).

A diferencia de la adultez, en la adolescencia, la sintomatología depresiva se presenta generalmente como un estado de ánimo irritable. Este se encuentra acompañado de una pérdida de interés en sus actividades y la pérdida de la capacidad de sentir placer (Ugarriza & Escurra, 2002). Su presencia para Corveleyn, Luyten y Blatt (2005) constituye un alto riesgo, debido a que en esta etapa interfiere en el proceso de desarrollo emocional, cognitivo y social del adolescente, impidiendo que este active todo su potencial. Además, está asociada a la aparición de problemas académicos, abuso de consumo de sustancias, comportamiento sexual de riesgo, problemas de salud físico, dificultades en sus relaciones sociales, comportamientos agresivos y suicidios (Horowitz & Garber, 2006; Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004).

La presencia de la sintomatología depresiva en esta etapa se manifiesta de manera similar a la adultez, de acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana (1980); sin embargo, tiende a ser desapercibida debido a que la presencia de sentimientos negativos como la tristeza y la irritabilidad se considera como un estado natural del adolescente (Sáenz, 2010), mientras que la presencia estable de ambos sentimientos es categorizada como síntomas depresivos de acuerdo al APA (2005). Ugarriza y Escurra (2002) señalan que, si la

sintomatología depresiva no es diagnosticada y tratada puede persistir por meses o años, llegando a ser una amenaza potencial en el futuro para la vida del adolescente.

Teniendo en cuenta esta información, diversos países han realizado investigaciones sobre la etiología de la sintomatología depresiva en la adolescencia, encontrando una gran variedad de factores que contribuyen a su aparición y mantenimiento (Andrade & Betancourt, 2008).

Uno de los factores que diversos estudios realizados en diferentes países del mundo han encontrado como factor protector ante el desarrollo de esta sintomatología en adolescentes, es la percepción de las funciones del padre y la madre, siendo la más significativa en ambos casos, la percepción de una buena ejecución de la función materna en mujeres adolescentes (Sander & McCarty, 2005; Lee, Hankin & Mermelstein, 2010; Schuster, Mermelstein & Wakschlag, 2013).

Sin embargo, González y Saldívar (1998) realizaron un estudio en México donde encontraron que, para los adolescentes sin importar el género, la percepción del padre (o figura paterna) como afectuoso disminuía el riesgo de presentar sintomatología depresiva. Estos mismos resultados se encontraron en los estudios realizados por Campos (2002), Cárdenas (2002), y Serrano y Flores (2003) en México.

Por su parte, McLeod, Weisz y Wood (2007) realizaron un meta análisis de 45 estudios acerca de la relación entre la percepción de las prácticas parentales y depresión en niños y adolescentes y, concluyeron que, si bien las prácticas parentales no tenían un rol principal en la aparición de la depresión, podría ser un catalizador de esta en los adolescentes y niños con mayor vulnerabilidad. Lee, Hankin y Mermelstein (2010) encontraron estos mismos resultados en un estudio con adolescentes de Chicago (Estados Unidos) añadiendo que los adolescentes que percibían conflicto en la interacción con sus padres, mostraban percibir problemas con sus habilidades sociales.

La evaluación de la percepción de las prácticas parentales se ha realizado con diversos instrumentos; sin embargo, se han encontrado resultados similares, ya que, algunas dimensiones como apoyo o soporte, comunicación, cercanía o afecto, conflicto y monitoreo se encuentran presentes en otras escalas. Schuster y colaboradores (2013) realizaron estudios con adolescentes americanos encontrando que un mayor nivel de comunicación con los

padres y una supervisión adecuada disminuían los síntomas depresivos en la población, incluso en presencia de factores de riesgo como estrés y pobreza. Por otro lado, encontraron que los déficits en supervisión parental y falta de comunicación en la familia son predictores de los problemas de comportamiento y de depresión en la adolescencia.

Por su parte, Vazsonyi, Trejos-Castillo y Huang (2006) realizaron un estudio con adolescentes suizos y encontraron que la percepción de soporte por parte de los padres correlacionaba negativamente con la presencia de sintomatología depresiva, mientras que la percepción de conflicto en la familia, se correlacionaba de forma directa con la presencia de sintomatología depresiva. Estos mismos resultados, se encontraron en un estudio realizado con adolescentes de cuatro países; sin embargo, este estudio encontró que la dimensión de aprobación de pares por parte del padre, se correlacionaba de forma inversa con la aparición de sintomatología depresiva (Vazsonyi & Belliston, 2006).

Por otro lado, en el 2006, se realizó un estudio con 785 estudiantes adolescentes y 678 padres de las Bahamas, encontrando que los adolescentes que presentaban depresión mostraban una menor percepción de monitoreo y mayores problemas de comunicación por parte de los padres que los adolescentes sin depresión (Yu, Clemens, Yang, Li, Stanton, Deveaux, Harris, Lunn & Cottrell, 2006). Estos resultados son similares a los encontrados por Stewart, McKenry, Rudd y Gavazzi (1994) quienes realizaron un estudio con 108 adolescentes que vivían en zonas rurales. Encontraron que una buena comunicación entre el adolescente y su madre se correlacionaba de forma negativa con la presencia de sintomatología depresiva en adolescentes.

En las investigaciones realizadas por Yu et al. (2006), Stewart et al. (1994) y Molinero (2003) la dimensión de monitoreo es percibida por los adolescentes como una forma de los padres de expresar el interés y el involucramiento activo en la vida de sus hijos (Sandau-Beckler, 2002). Por otro lado, Ascenzo (2012), Barber, Stolz y Olsen (2005), entre otros, encontraron que la variable monitoreo es percibida como una experiencia de opresión, donde los padres le quitan toda autonomía a sus hijos, lo cual influiría de manera negativa en su desarrollo y pueden contribuir al desarrollo de patologías como la depresión y trastornos alimenticios (De las Casas, 2008). Teniendo en cuenta esto, el monitoreo sería similar a las dimensiones de control psicológico y conductual, presente en otras escalas como la realizada por Andrade y Betancourt en el 2008 que se relacionaría directamente con la depresión. Para

Saleem, Mahmood y Subhan (2015), la diferencia en la percepción de esta variable puede estar asociada al tipo de cultura en el que se realiza la investigación. En las culturas colectivistas, donde hay una mayor valoración de la cohesión familiar y la dependencia mutua, el monitoreo es percibido de manera positiva pues indica interés y afecto por parte de los padres mientras que en las culturas individualistas esta dimensión es valorada negativamente debido a que interfiere con la adquisición de la independencia y autovalimiento.

En el Perú, solo Del Águila (2016) realizó un estudio con 211 adolescentes entre 14 y 17 años que relacionaba la percepción de las prácticas parentales y la presencia de sintomatología depresiva en estos. Se encontró una mayor presencia de sintomatología depresiva en mujeres que en varones, aunque en un nivel leve, y una alta y significativa correlación entre las dimensiones de las prácticas parentales y la sintomatología depresiva en mujeres destacando el papel de la madre; es decir, esta correlación también se presentaba en varones solo que en menor intensidad. Estos resultados son similares a los encontrados por Andrade, Betancourt, Vallejo, Ochoa, Segura & Rojas (2012) en población adolescente mexicana; lo cual indicaría que, en el Perú, las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad al desarrollo de sintomatología depresiva y le dan mayor importancia a la calidad del vínculo que forman con sus padres. Sin embargo, Sáenz (2010) y Ramírez (2009) no encontraron diferencias significativas en los puntajes de sintomatología depresiva entre ambos géneros.

Asimismo, Del Águila (2016) encontró que la percepción de recibir de sus padres menor Amor (que involucra el menor apoyo brindado y falta de muestras de afecto), menor Amor-Autonomía (lo cual implica hay una pobre estimulación de la autonomía y un trato no igualitario) y una mayor Hostilidad (que refiere al rechazo y negligencia) aumentaba la incidencia e intensidad de la sintomatología depresiva en adolescentes. Mientras que la percepción de recibir de ambos padres un mayor Amor- Control (que engloba las conductas de protección y cuidado de los hijos vinculados al afecto) funcionan como factores protectores de la aparición de la sintomatología depresiva en los adolescentes.

Con base en estos estudios, se encuentra que las dimensiones de cercanía, apoyo, aprobación de pares y comunicación se muestran como factores de protección ante la aparición de la sintomatología depresiva, mientras la dimensión de conflicto aparece como un factor de riesgo que predispone la aparición de sintomatología depresiva. Por otro lado, la

dimensión de monitoreo puede ser tanto un factor de protección como de riesgo de acuerdo a la valoración que el adolescente le dé.

Con respecto al tipo de institución educativa, se ha encontrado que las instituciones estatales presentan un mayor nivel de sintomatología depresiva (Ramírez, 2009) y se percibe una menor aprobación de los pares por parte de los padres, además de menor cercanía y comunicación con el padre (Molinero, 2006). Esto se debería a que está asociado a un nivel socioeconómico bajo (Merino y Arndt, 2004), en donde la pobreza afecta la calidad de vida del niño y sus padres (Jara, 2000). A esto se le añade la ausencia de uno o ambos progenitores, lo que se ha encontrado asociado a mayores niveles de sintomatología depresiva (Sáenz, 2010) siendo generalmente el padre quien no está presente; mientras que en el caso donde la ausente es la madre, la cercanía y el monitoreo son los afectados (Molinero, 2006). Sin embargo, a diferencia del padre quien no suele mantener contacto con el hijo que deja, la madre tiende a mantener contacto con el hijo, por lo cual mitiga los riesgos que pueden acarrear la distancia física (Dunn, 2004).

A pesar de la importancia que tiene la percepción de la función parental (modelo de Vazsonyi, 2003) como factor de riesgo o protección ante la aparición de la sintomatología depresiva; en el Perú, no se han realizados estudios que investiguen la relación de ambas. Teniendo en cuenta que la depresión es uno de los principales problemas de salud mental en el Perú, es necesario que se tome en cuenta el rol de la percepción de la función parental para así desarrollar e implementar programas de educación familiar para prevenir la depresión en una población vulnerable a la aparición de este trastorno. Por este motivo, esta investigación tiene como objetivo principal describir y analizar la relación entre las dimensiones de la percepción de la función parental y la sintomatología depresiva en un grupo de estudiantes de secundaria de Lima metropolitana, como objetivo específico; y, de manera exploratoria, se analizarán las variables de estudio en relación con las variables sociodemográficas (sexo, instituto educativo, composición familiar).

Método

Participantes

Los participantes fueron 103 estudiantes escolares de primero, segundo y tercero de secundaria de dos colegios de Lima Metropolitana: un colegio estatal femenino y un colegio particular mixto. Se contó con 65 mujeres (63.1%) y 38 varones (36.9%). La edad de los participantes osciló entre los 12 y 15 años de edad ($M = 13$ años y 4 meses, $DE = 0.941$).

Con respecto a la composición familiar, se observa que la mayoría de alumnos vive con ambos padres (66%), el 18.4% vive solo con su madre, y el 8.7% con la madre y con su nueva pareja. En menor proporción se encuentran los alumnos que viven solo con su padre (5.8%) y los que viven con otros familiares (1%).

En lo que respecta a la persona que cumple con el rol maternal y el rol paternal, se encontró que los padres biológicos eran en su mayoría los encargados de cumplir este papel (97% en el caso de la madre y 87% en el caso del padre) y solo algunos estudiantes marcaron otras opciones.

Para la selección de los participantes, se enviaron los consentimientos informados, con cuatro días de antelación, a los padres de los alumnos (Apéndice B). Finalmente, participaron los alumnos que obtuvieron el permiso de sus padres y aceptaron colaborar voluntariamente en la investigación, expresando de manera escrita su intención de participar o no, en el asentimiento informado que les fue entregado al inicio de la evaluación (Apéndice A). Se excluyeron del estudio a los alumnos que recibían algún tratamiento psicológico o farmacológico para evitar que esto afecte la relación entre las variables del estudio.

Se informó tanto a los participantes como a los padres que la información obtenida será utilizada con fines académicos de manera confidencial; es decir, que solo el investigador conocería los nombres y/o respuestas de los participantes.

Medición

Para esta investigación, se utilizó la escala “*Adolescent Family Process*” (AFP; Vazsonyi et al., 2003) y el *Inventario de Depresión infantil* (CDI; Kovacs, 2004). Adicionalmente, con el fin de determinar qué sujetos se encontraban dentro de los criterios de selección, se empleó una ficha que recopiló la información sobre los datos sociodemográficos (Apéndice C).

La escala de “*Adolescent Family Process*” diseñado por Vazsonyi, Hibbert, y Snider en el 2003, se utilizó para conocer la percepción de los adolescentes de sus padres y del rol que estos cumplen en sus vidas. Es un instrumento de auto reporte que consta de 50 afirmaciones de las cuales, 25 evalúan la relación con la figura paterna y, los 25 restantes, la relación con la figura materna. De los 25 ítems de cada subescala, 21 son directos y 4 son inversos. Los ítems se encuentran agrupados en 6 dimensiones de la función parental: cercanía (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6), soporte (7, 8, 9, 10), monitoreo (11, 12, 13, 14), comunicación (15, 16, 17, 18, 19), conflicto (20, 21, 22) y aprobación de pares (23, 24 y 25). Con respecto a las respuestas, estas son del tipo Likert, enumeradas del 1 al 5, donde 1 es *Totalmente en desacuerdo* y el 5 es *Totalmente de acuerdo* para las primeras 14 afirmaciones. Del 15 al 25, el 1 es *Nunca* y el 5 es *Casi Siempre* (Vazsonyi et al., 2003).

Vazsonyi y otros colaboradores en el 2003 validaron el AFP en un estudio con 5,810 adolescentes de distintos países que se encontraban entre los 15 y 19 años de edad. A través de análisis factoriales confirmatorios, se confirmó la existencia de las 6 dimensiones propuestas en su investigación. La confiabilidad se obtuvo mediante el índice de consistencia interna alfa de Cronbach. Los ítems relacionados a la percepción paterna fluctuaban entre 0.78 y 0.90 mientras que los relacionados a la percepción materna estaban dentro del rango entre 0.77 y 0.87 (Vazsonyi, Hibbert & Snider, 2003).

En el Perú, Molinero realizó la traducción de esta prueba y la adaptó al contexto peruano en el 2006. Para esto utilizó una muestra de 276 adolescentes, de ambos sexos, de 14 a 16 años. La validez de la prueba se determinó mediante un análisis factorial exploratorio y confirmatorio tomando cada escala, la materna y la paterna, por separado. Se obtuvo un puntaje significativo en el test de esfericidad de Bartlett ($p < .00$) y en el KMO de ambas escalas, de 0.85 en la escala materna que explica el 54.5% de la varianza total y de 0.89 en la escala paterna que explica el 65.4% de la varianza total; lo cual, constata que ambas escalas tienen una estructura multifactorial de 6 factores. En cuanto a los índices de confiabilidad por consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de los ítems maternos entre 0.63 y 0.79; y de 0.73 y 0.87 en los ítems paternos. Asimismo, se encontró que, al igual que Vazsonyi y otros colaboradores (2003), la función parental posee 6 dimensiones (Molinero, 2006).

Para la presente investigación, se utilizó la adaptación del AFP de Molinero por haber obtenido una adecuada validez y confiabilidad en el contexto peruano tanto en el estudio realizado por Molinero (2006) como en el realizado por Ascenzo (2012). Los índices de confiabilidad según el α de Cronbach por cada una de las seis áreas en esta investigación,

oscilan entre $\alpha = 0.51$ y $\alpha = 0.81$ para los ítems maternos; y entre $\alpha = 0.65$ y $\alpha = 0.85$ para los ítems paternos.

Para la medición de la sintomatología depresiva, se utilizó el *Inventario de Depresión Infantil* (CDI), creado por Kovacs en 1992, que es un instrumento de auto informe. Está compuesto por 27 ítems que determinan la presencia de sintomatología depresiva en niños y adolescentes, entre los 7 y 15 años de edad. Cada ítem es enunciado en tres frases que indican distinta intensidad o frecuencia, normalidad y presentación del síntoma de forma no incapacitante y síntoma clínicamente significativo. De los resultados que brinda esta prueba, se obtiene el nivel de depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa (Kovacs, 2004).

Su aplicación es individual o colectiva y dura entre 10 y 20 minutos. En población clínica y en niños de menor edad, se sugiere la administración individual. Por otro lado, su manejo colectivo facilita el uso de la prueba en la investigación y el rastreo de casos (*screening*). Los materiales necesarios para la aplicación son la hoja de respuestas, un lápiz y un borrador. (Ramírez, 2009).

La calificación de cada ítem se realiza con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a una menor intensidad o frecuencia del síntoma, el 1 implica una intensidad o frecuencia media y el 2 una mayor frecuencia o intensidad. Para calcular la puntuación directa de la escala de Disforia, se sumarán los puntajes de los ítems 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26. Por otro lado, la puntuación directa de la escala de Autoestima negativa, se hallará al realizar la suma total de los puntajes de los ítems restantes 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. La suma de ambas escalas brindará la puntuación total de depresión (Kovacs, 2004).

En el Perú, se han realizado 3 adaptaciones de la escala. La primera fue realizada por Raffo en 1991, la segunda fue realizada por Reátegui en 1994 y la última fue realizada por Ramírez en el 2009. Estas tres adaptaciones del CDI para la población peruana son muy similares entre sí, aunque presentan distintas redacciones en algunos ítems y en el número de palabras con las que se redactan. En las tres se mantiene el mismo número de ítems y la forma en que cada uno está planteado, es decir, 3 enunciados con distintas intensidades por ítem (Sáenz, 2010). En esta investigación se utilizará la versión de Ramírez (2009), al igual que Sáenz (2010), por ser la más reciente y presentar una adecuada validez y confiabilidad en sus resultados.

Ramírez (2009) realizó una adaptación de esta prueba con 623 niños y adolescentes de Cajamarca. Para esto, se realizó una nueva adaptación lingüística y un piloto. La validez del CDI se determinó mediante la validez de contenido, concurrencia, convergencia y de constructo. La validez de concurrencia se halló utilizando la prueba *Escala de Depresión de Adolescentes* de Reynolds, EDAR (1989), donde se encontró una correlación positiva significativa de 0.76. La validez de convergencia se realizó con el *Cuestionario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado/Rasgo*, STAIC (1973), encontrándose una correlación positiva significativa de 0.66. Finalmente, la validez del constructo se realizó a través de un análisis factorial exploratorio, obteniéndose un puntaje significativo de 0.839 en el KMO y la existencia de 8 factores, lo cual, de acuerdo al autor, sugeriría que la prueba solo mide el constructo de la depresión en general. Con respecto a su confiabilidad, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.79 en el análisis total. Utilizando la correlación ítem-test, se encontró que la mayoría de ítems tenían una adecuada correlación, al igual que al utilizar el análisis por mitades se obtuvo un puntaje de 0.79. Además, se realizó un análisis de la estabilidad temporal en un lapso de 30 días, hallando una correlación positiva de 0.776.

En este estudio, se evaluó la confiabilidad con el alfa de Cronbach, y se obtuvo 0.82 en la escala de disforia y 0.63 en la escala de autoestima negativa, mientras que en la escala total de depresión se obtuvo el valor de 0.84.

Procedimiento

En primer lugar, se procedió a contactar con las autoridades de la institución educativa y se obtuvo su autorización para el ingreso a la misma, comunicándoles acerca de los objetivos y los resultados que podrían brindarse. Luego, se coordinó la aplicación con el profesor a cargo del aula, quien asignó las aulas y el horario disponible para la investigación.

Luego de esto, se envió el consentimiento informado (Apéndice B) a los padres de los estudiantes que participarían en la investigación. Esto se realizó cuatro días antes de la aplicación para que los padres puedan devolver el consentimiento, en caso de que no estuvieran de acuerdo con la investigación.

Para la aplicación de las encuestas, se asignó 1 hora para cada aula. La aplicación se realizó en cuatro días a todos los participantes en cada aula, que estuvo conformada por aproximadamente 25 alumnos.

El proceso de aplicación se inició con la presentación del investigador y la explicación de los objetivos de la investigación. Se les informó a los alumnos sobre la confidencialidad de

sus respuestas; además, se les pidió sinceridad y contestar todas las preguntas, comunicándoles que la participación no era de carácter obligatorio. El profesor brindó una actividad a los alumnos que no participaban para evitar que distraigan a sus compañeros. Posteriormente, se procedió a repartir los cuadernillos con el Asentimiento (Apéndice A), la ficha sociodemográfica (Apéndice C) y las pruebas. La administración de las pruebas se inició con la escala “*Adolescent Family Process*” y se finalizó con el CDI.

Análisis de Datos

Se seleccionó la información que cumplía con los criterios de la investigación; luego, se creó y codificó una base de datos utilizando el programa SPSS versión 22. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo a las variables sociodemográficas con la finalidad de obtener mayor información sobre nuestra muestra.

Luego, se analizó la consistencia interna del AFP y del CDI a través de la prueba de confiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach, tanto a nivel global como a nivel de sus dimensiones.

La distribución del grupo de participantes se evaluó en cada una de las puntuaciones obtenidas, a través de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para determinar si es que la distribución de los datos es normal o no. Esta prueba arrojó que la distribución de la data de las variables no es normal, excepto la variable de comunicación de las escalas materna y paterna del AFP. Por este motivo, se utilizaron pruebas no paramétricas para conocer si había diferencias entre las medianas de las variables sociodemográficas y el puntaje total del CDI. Lo mismo se realizó entre las medias de las variables sociodemográficas y las dimensiones del AFP.

Finalmente, se analizó la correlación entre las dimensiones del AFP y la escala global del CDI mediante el coeficiente de correlación de Spearman a un nivel de confiabilidad del 95%.

Criterios Éticos

La identidad de los participantes en el estudio se mantuvo oculta de acuerdo al consentimiento informado, utilizando su información solo para propósitos del estudio. Al finalizar el estudio, según lo previamente acordado con la institución, se realizó una devolución general de los resultados de cada aula a las psicólogas encargadas de la institución, de manera que puedan realizar un seguimiento apropiado en cada sección. Asimismo, al

Función Parental y Sintomatología Depresiva en Adolescentes

finalizar el estudio, las psicólogas de cada institución se encargaron de brindar una charla informativa sobre la depresión. Esto se realizó para evitar perjuicios a la población evaluada y brindar a las psicólogas información sobre el estado mental de los estudiantes de su centro educativo.



Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos a través del análisis de la muestra. Primero, se darán a conocer los resultados descriptivos del test AFP para la función parental materna y función parental paterna, así como los del CDI. Luego, se describe la relación entre la sintomatología depresiva y la percepción de los adolescentes de la función materna y paterna. Finalmente, se presentarán las diferencias y relaciones halladas en cada escala del CDI y el AFP de acuerdo a las condiciones sociodemográficas controladas.

Análisis de la percepción de la función parental materna y función parental paterna

Tabla 1
Datos descriptivos del AFP escala materna

	<i>M</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>
Cercanía	24.15	25.00	21.028
Soporte	14.04	15.00	4.318
Monitoreo	16.23	17.00	3.382
Comunicación	17.34	18.00	4.781
Conflicto	7.44	7.00	2.618
Aprobación de pares	9.03	9.00	2.557

Tabla 2
Datos descriptivos del AFP escala paterna

	<i>M</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>
Cercanía	22.74	24.00	5.286
Soporte	15.24	16.00	3.471
Monitoreo	14.68	16.00	4.437
Comunicación	15.55	15.00	5.199
Conflicto	6.50	6.00	2.266
Aprobación de pares	8.61	9.00	3.091

Análisis de sintomatología depresiva

Tabla 3
 Datos descriptivos del CDI

	<i>M</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Disforia	4.91	3.00	4.419	0	23
Autoestima Negativa	6.30	6.00	9.546	0	14
Puntaje total de Depresión	11.21	10.00	6.811	0	37

Tanto la media como la mediana indican, de acuerdo a Del Barrio (1997), que los alumnos en este estudio presentan un bajo nivel de sintomatología depresiva; sin embargo, se encontró que 24 participantes, es decir un 23.31% de los alumnos, obtuvieron un puntaje significativo en la escala de sintomatología depresiva. No se encontraron diferencias significativas en los puntajes de depresión con respecto a las variables sociodemográficas.

Correlación entre la escala de depresión y las dimensiones del AFP de las escalas materna y paterna

Tabla 4
 Correlaciones entre el CDI y la
 escala materna del AFP

Medida	CDI
1. Cercanía	-,412**
2. Soporte	-,415**
3. Monitoreo	-,210*
4. Comunicación	-,465**
5. Conflicto	,500**
6. Aprobación de pares	-,301**

Nota. CDI = Cuestionario de depresión infantil. * $p < .05$.

** $p < .01$

Tabla 5
*Correlaciones entre el CDI y la
 escala paterna del AFP*

Medida	CDI
1. Cercanía	-,417**
2. Soporte	-,322**
3. Monitoreo	-.072
4. Comunicación	-,304**
5. Conflicto	,420**
6. Aprobación de pares	-.088

Nota. CDI = Cuestionario de depresión infantil. * $p < .05$.

** $p < .01$

En las tablas 4 y 5, se muestran las correlaciones entre el puntaje total de depresión y las dimensiones del AFP de las escalas materna y paterna. En las dimensiones de la escala materna, se encontró que la escala de depresión correlacionó negativamente con los factores de Cercanía, Soporte, y Comunicación de manera moderada. La misma escala también correlacionó con los factores de Monitoreo y Aprobación de pares de manera negativa, pero con menor intensidad. Finalmente, la escala de depresión correlacionó positivamente con la dimensión de conflicto materno.

En lo que respecta a las dimensiones de la escala paterna, se encontró que solamente la dimensión de cercanía obtuvo una correlación moderada negativa con la escala de depresión. Las dimensiones de soporte y comunicación obtuvieron una baja correlación negativa con la misma escala; mientras que, al igual que con la escala materna, la dimensión de conflicto correlacionó positivamente con la escala de depresión. Sin embargo, no se encontró una relación entre las dimensiones de monitoreo y de aprobación de pares.

Análisis de variables sociodemográficas y las escalas del AFP

Se realizaron análisis de comparación de acuerdo a las variables sociodemográficas. Se encontró que considerando la variable sexo, existían diferencias significativas en la dimensión de conflicto. Además, se halló que las mujeres mostraban una mayor tendencia a percibir conflicto en su relación con la figura materna que los hombres (Tabla 6).

Tabla 6
Conflicto materno

		Media	Mediana	DE	U	<i>p</i>
Sexo	Mujeres	7.88	8.00	2.684	924.500	.031
	Hombres	6.68	7.00	2.349		



Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo principal describir y analizar la relación entre la sintomatología depresiva y la percepción de la función parental en un grupo de estudiantes limeños de secundaria entre 12 y 15 años de edad. Asimismo, buscó identificar si es que existían diferencias significativas entre los puntajes del nivel de sintomatología depresiva y las variables sociodemográficas de edad, sexo, tipo de colegio y composición familiar. A continuación, los resultados de los objetivos de la investigación serán discutidos. Previamente, se discutirá los datos descriptivos que se obtuvieron de las escalas de las pruebas.

Con respecto a los puntajes de sintomatología depresiva obtenidos en los participantes, se encontró que la mayoría de estudiantes obtuvieron bajos niveles de sintomatología depresiva en más de la mitad de la muestra utilizada, resultados que se esperaban, de acuerdo a los estudios realizados en el Perú con estudiantes de secundaria (Arenas, 2009; Saenz, 2010; Torrel & Delgado, 2013). Una posible explicación a los bajos niveles de depresión obtenidos es el hecho de que la mayoría de los alumnos participantes viva con ambos padres y que, en general, tengan una valoración positiva de su rol parental como muestran los resultados descriptivos de las escalas de función parental. Según Sáenz (2010), esto podría actuar como un factor de protección ante la aparición de la sintomatología depresiva, ya que la familia se muestra como una red de soporte que le permita afrontar positivamente las dificultades. En cambio, Carracedo, Seijo, Novo y Fariña (2010) señalan que los niños con padres separados suelen presentar ansiedad, baja autoestima y sentimientos negativos de abandono, rechazo y culpa. Lo cual puede predisponer la aparición de sintomatología depresiva en estos niños, a diferencia de los que cuentan con la presencia de ambos padres (Frias, Mestre, Del Barrio & García-Ros, 1992). Asimismo, se debe tener en consideración que los participantes pertenecen a una población clínicamente sana que no consume medicamentos ni asiste a terapias, lo cual puede haber influido en la poca presencia de sintomatología depresiva. Por otro lado, es importante tener en cuenta que otros factores pueden haber contribuido a estos resultados, ya que la sintomatología depresiva cuenta con una gran variedad de factores, tanto internos como externos, que contribuyen a su aparición y mantenimiento (Andrade & Betancourt, 2008).

En cuanto al objetivo principal, se encontró que la percepción de comunicación, cercanía y soporte de ambos padres está asociada a una menor probabilidad de aparición de sintomatología depresiva, mientras que la percepción de conflicto está relacionada directamente con la aparición de la sintomatología depresiva. Esto resalta la importancia del

rol de los padres en la salud mental de los hijos, ya que son los padres, los encargados de brindar al adolescente los recursos necesarios y el soporte emocional para afrontar los cambios que se presentan en esta edad y le permitan consolidar su autonomía, sentido de identidad, y éxito en el ámbito personal y social (Blum, 2000; Saavedra, 2008) a través de modelos de respuestas cognitivas y afectivas ante situaciones cotidianas y eventos negativos (Vásquez, Ordoñez, Strausz, Arredondo, Lara, Bermúdez, Coronado, López & Miranda; 2004). Esto se corrobora con la información brindada por Bowlby (1980) en sus estudios del desarrollo infantil, donde menciona que la calidad de las relaciones que el niño forma con sus figuras paternas, especialmente con su primer cuidador que tiende a ser la madre, configura sus modelos cognitivos internos de representación de sí mismo y de sus relaciones con los demás. Esto le permitirá conocer la disponibilidad de los demás para brindarle ayuda y soporte emocional frente a los cambios, confiando en su capacidad de aprender de sus errores y poder reparar sus relaciones interpersonales.

Por este motivo, los padres ejercen un papel importante para que el adolescente pueda superar esta etapa sin mayores inconvenientes, teniendo en cuenta que, de acuerdo a Freud (citado en Ramírez, 2018), tanto el exceso de la presencia o la ausencia de los padres y la manera en que estos ejercen sus funciones parentales son importantes para la estabilidad emocional de los adolescentes, ya que, de acuerdo a Caballed (1996), influyen en la manera en la que estos afrontan las dificultades y la seguridad que muestra frente a estas.

Dentro de los resultados, se encontró que la percepción de cercanía, comunicación y soporte fueron las dimensiones que en ambos padres se relacionaron negativamente con la aparición de sintomatología depresiva. Estas tres dimensiones aluden a la percepción de afecto, comprensión, soporte y una comunicación abierta continua entre padres e hijos que promueven la responsabilidad y autonomía de los hijos. De acuerdo a Bowlby (1980) esta relación positiva entre padres e hijos les brinda a los hijos una visión positiva de sí mismos, de que ellos son amados, valorados y capaces de lograr lo que se proponen, lo cual, les da mayor confianza en sí mismos, alta autoestima, un estado emocional estable y alegre, mayor capacidad de autocontrol, una mejor adaptación a los problemas y la seguridad de que siempre contarán con sus padres sin importar sus errores; por lo cual, en el futuro, tendrían menor riesgo a desarrollar un trastorno mental (Pons y Berjano, 1997; Torio, Pena & Inda, 2008). Por otro lado, los niños que no tienen una buena relación con sus padres, tendrán una visión negativa de sí mismos sintiéndose poco valiosos e inseguros de sí mismos y del afecto de los demás, tienen problemas para expresar sus opiniones y sentimientos, tienden a tener un

estado emocional inestable, frustrándose con facilidad ante los inconvenientes (Macoby & Martín, 1983), y muestran dificultades para asumir nuevas responsabilidades (Ramírez-Caján, & Díaz-Gervasi, 2017). Por lo cual, tendrán un mayor riesgo de desarrollar una sintomatología depresiva.

Por este motivo, no es de sorprender que los resultados encontrados en esta investigación son similares a los encontrados en estudios anteriores donde las dimensiones de comunicación, cercanía y soporte disminuyen el riesgo de la aparición de la sintomatología depresiva (González y Saldívar, 1998; McLeod, Weisz y Wood, 2007; McKenry, Rudd & Gavazzi, 1994; Vazsonyi, Trejos-Castillo & Huang, 2006; Yu, Clemens, Yang, Li, Stanton, Deveaux, Harris, Lunn & Cottrell, 2006).

Con respecto a la dimensión de monitoreo, se encontró que está asociado a un menor riesgo de aparición de la sintomatología depresiva al igual que las investigaciones de Yu et al. (2006) y Stewart et al. (1994). El monitoreo es percibido como una muestra de interés por parte de los padres y no como una conducta que oprime la libertad de los hijos y le quitan su autonomía como en los estudios realizados por Barber, Stolz y Olsen (2005). Se refiere a las conductas parentales que intentan regular, supervisar y controlar la conducta del adolescente sin llegar a ser intrusiva, y que indican el compromiso de los padres con el desarrollo de los hijos (Molinero, 2006). Así, el monitoreo tiene efectos positivos sobre la autoestima, la madurez y el comportamiento positivo de los adolescentes que los previene de desarrollar sintomatología depresiva (Barber, Stolz & Olsen, 2005).

Esta concepción del monitoreo está relacionada, de acuerdo a autores como Gatley y Lessem (1995) y Saleem, Mahmood y Subhan (2015), a que el Perú y los países sudamericanos, en general, suelen tener una mentalidad orientada a la familia donde los niños aprenden desde pequeños a poner en primer lugar a la familia antes de sus necesidades individuales, valorando la protección que esta les brinda, a diferencia de las culturas individualistas, donde se enseña a los niños a ser independientes y valorar sus libertad. (Hofstede, 1999). Asimismo, un constante monitoreo es una práctica parental considerada normal en las culturas colectivistas, y es un signo de amor y cuidado por parte de los padres, especialmente de la madre, ya que en este tipo de culturas ella es la que tiene mayor involucramiento en el cuidado de los niños que los padres (Craig, 2006). Esto podría ser una explicación de por qué en esta investigación, solo el monitoreo de la madre se relacionó con una menor sintomatología depresiva. Por otro lado, la baja relación entre el monitoreo

paterno y la sintomatología depresiva podría, también, explicarse por las diferentes expectativas en cuanto al rol que el padre cumple en la crianza de los hijos.

La importancia de la madre no solo resalta en el monitoreo sino, también, en las demás funciones parentales, encontrando más correlaciones significativas que con el padre entre la sintomatología depresiva y la percepción de la función parental. Estos resultados son similares a los encontrados en los estudios realizados en otros países (Del Águila, 2016; Molinero, 2006; Sander & McCarty, 2005; Lee, Hankin & Mermelstein, 2010; Schuster, Mermelstein & Wakschlag, 2013). Parra y Oliva (2002) señala que la importancia que los adolescentes le dan a la figura materna, está relacionada a que la madre es la que principalmente está implicada en la crianza diaria, educación de los hijos y con la que comparten más tiempo. Además, tiende a ser la persona con la que se desarrolla el primer vínculo afectivo en la infancia, que tiene la función de reducir la ansiedad para poder afrontar situaciones con un alto nivel de estrés y brinda las pautas para sus relaciones futuras (Bowlby, 1980).

Los adolescentes perciben a sus madres con una mayor influencia en sus vidas, aceptación incondicional y más implicadas en sus actividades diarias, a diferencia de los padres que se encuentran más involucrados en el trabajo, lo cual les brinda mayor conocimiento de sus hijos y sus actividades (Etxebarria, Apodaca, Fuentes, López & Ortiz, 2009; Laible & Carlo, 2004). Capano, González y Massonnier (2016) señalan que este mayor involucramiento de la madre en la vida de sus hijos, trae consigo mayores conflictos con sus hijos, especialmente en el caso de las mujeres (Parra y Oliva, 2002). En la adolescencia, estos conflictos tienden a aumentar debido a que el adolescente busca adquirir una identidad propia, acompañada de nuevas ideas, valores y prácticas diferentes a las que se les brinda en el hogar (Fize, 2007), demandando mayor autonomía e independencia (Granic, Dishion & Hollenstein, 2003). Por lo cual, se necesitan reajustes en el sistema de crianza, del cual la madre suele ser la principal involucrada, para poder llegar a un acuerdo que permita la autonomía del adolescente con una adecuada supervisión y soporte (González-Forteza y Andrade, 1995).

Los resultados encontrados con respecto a la dimensión de conflicto son similares a los encontrados en diversos estudios, donde la percepción de conflicto entre padres e hijos se encontró asociada al riesgo de desarrollar sintomatología depresiva, especialmente en el caso de la madre (Lee, Hankin & Mermelstein, 2010; Vazsonyi, Trejos-Castillo y Huang, 2006; Vazsonyi & Belliston, 2006). Esto se debe a que a diferencia de las otras dimensiones que

expresan una buena relación, el conflicto se asocia a un aspecto doloroso en la relación que implica una menor cercanía afectiva y soporte con los padres y a sentimientos de no ser escuchado, ser poco valorado y no alcanzar las expectativas paternas por parte del adolescente (Molinero, 2006)

Carvajal (1993) y Sumer y Gungor (1999) señalan que el conflicto entre padres e hijos afecta de manera particular los vínculos con las figuras parentales, en el caso de la madre, se centra principalmente en el aspecto emocional y afectivo de la relación; mientras que en el caso del padre se enfoca en la sensación de falta de soporte y aceptación al adolescente por parte del padre. Asimismo, Sumer y Gungor (1999) encontraron que el conflicto con las figuras parentales, especialmente con la madre, se ha visto asociado a una baja autoestima, lo cual es un factor de riesgo para la aparición de sintomatología depresiva. Estos autores hipotetizaron que esto se debía a que los padres tienen ciertas expectativas sobre el comportamiento de los hijos y cuando estas no se cumplen y generan conflicto, los hijos experimentan preocupación y dolor por decepcionar a sus padres, especialmente a la madre, quien es la principal encargada del cuidado y la figura de autoridad en el hogar (Molinero, 2006).

Con respecto a las variables sociodemográficas, se encontró una diferencia significativa entre los puntajes de la escala de conflicto materno entre hombres y mujeres, que indica que las mujeres perciben más conflicto con la figura materna que los hombres. Ante esto, la corriente del psicoanálisis señala que los sentimientos ambivalentes en la relación madre e hija surgen debido a que, si bien la hija debe renunciar a su unión con la madre, no puede distanciarse por completo de esta (Monserrat, 2008), ya que, debe identificarse con ciertos aspectos de la madre para formar su identidad femenina a diferencia del hombre. Además, el amor que le tiene se une con el rencor que le tiene por brindarle una identidad devaluada (Navarro, 2007). Asimismo, Navarro señala que en la época de la adolescencia el despertar de la sexualidad en la hija hace que la madre tenga que confrontar su sexualidad que va en decaimiento. Ante esto, la madre inhibe la sexualidad de la hija mostrando un comportamiento más estricto con ella, lo cual ocasiona constantes conflictos entre ambas.

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y los puntajes de sintomatología depresiva. Posiblemente, estos resultados se deban a que la muestra de estudiantes era pequeña y no representativa de las diferentes variables.

En el caso de la variable de sexo, de la cual se tiene más información, se encontraron resultados diferentes a los esperados basados en la información de estudios previos realizados tanto en el Perú como en otros países (Andrade, Betancourt, Vallejo, Ochoa, Segura & Rojas, 2012; Del Águila, 2016; Hideyoshi Noguchi, 2012, McLeod, Weisz & Wood, 2007), que encontraron que las mujeres tenían mayores puntajes en la escala de sintomatología depresiva que los hombres. Este estudio no encontró diferencias significativas entre ambos sexos al igual que los estudios realizados por Sáenz (2010) y Ramírez (2009). Una posible explicación de estos resultados, es que a diferencia de la muestra del Hideyoshi Noguchi (2012), los participantes en este estudio fueron alumnos cuyos puntajes los ubican, en su mayoría, dentro de la población clínicamente sana, al igual que los participantes de los estudios de Sáenz (2010) y Ramírez (2009).

Teniendo en cuenta lo expuesto, es importante resaltar los resultados encontrados entre las dimensiones de la función parental y el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva en una población no clínica, que fue utilizada en la presente investigación. Los hallazgos antes expuestos se podrían utilizar en futuros programas de prevención, dirigidos tanto a adolescentes como a los padres, considerando la importancia del rol de los padres para facilitar una transición exitosa de los adolescentes a la vida adulta es necesario el trabajo en conjunto con estos para un programa de prevención.

Esto se realizará teniendo como objetivo del programa, favorecer y fortalecer la comunicación efectiva entre padres e hijos. Así como promocionar un entorno familiar donde exista un adecuado equilibrio entre el monitoreo de los padres, el nivel de cercanía y la necesidad de independencia del adolescente. Además, debe tener en consideración el tema de resolución de conflictos entre padres e hijos, buscando brindar consejos y técnicas para que haya un adecuado manejo de los problemas que se presentan en el hogar.

Dentro de las limitaciones del estudio, se encuentran que el procedimiento de selección de la muestra no fue aleatorio, sino de centros educativos voluntarios que se incluyeron por facilidad de acceso. Además, se cuenta con una cantidad limitada de participantes que no permitió tener una información variada en cuanto a las variables sociodemográficas en el estudio exploratorio. Por este motivo, no se pueden generalizar los resultados y sería recomendable que, en el futuro, se aumente la validez de los resultados al realizar un estudio con una mayor población que pertenezca a centros seleccionados previamente al azar.

Asimismo, el estudio fue realizado con los autoinformes de los adolescentes, sin utilizar otros métodos para obtener información de los padres de los adolescentes para conocer como estos perciben el cumplimiento de su rol, lo cual ayudaría a contrastar la información obtenida por los adolescentes. No obstante, se debe tener en consideración que la información aportada por los adolescentes es la que ellos viven, independientemente de que sea más o menos objetiva y la que, de acuerdo a los estudios realizados con esta temática, tiene mayor validez predictiva de futuros trastornos mentales (Ascenzo, 2013, Roa & Del Barrio, 2002; Schaefer, 1965).

Finalmente, se recomienda analizar la relación entre la función parental percibida y la sintomatología depresiva con otras variables contextuales o personales de los adolescentes; como, por ejemplo, la autoestima, con el fin de entender con mayor profundidad la relación entre estas dos variables.



Referencias

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- Andrade P. & Betancourt, O. (2008). Prácticas parentales: una mediación integral. *La psicología social en México*, 12, 561-565.
- Andrade P., Betancourt O. & Orozco M. (2006). Control parental y depresión en niños. *La Psicología Social en México*, 11, 744-774.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Ochoa, C., Segura, B., & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud mental*, 35(1), 29-36.
- Arenas, S. (2009). Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2562>
- Ascenzo, F. (2013). Características asociadas a los trastornos alimenticios y percepción de la función parental en adolescentes escolares. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. & Veliz, V (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*, 24, 55-61.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4, 1-103.
- Barber, B. K., Stolz, H. E., Olsen, J. A. (2005). *Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing relevance across time, culture, and method*. Oxford: Blackwell.
- Blum R (2000). *Un modelo conceptual de salud del adolescente*. México DF: Mc Graw Hill.
- Bobbio, A., Arbach, K., & Alderete, A. (2016). Evaluación de las prácticas parentales: Análisis psicométrico de la escala Adolescent Family Process. *Revista Evaluar*, 16(16), 46-65.
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss: Volume 3. Loss*. New York: Basic Books.
- Caballed, J. (1996). *El niño y el adolescente: riesgos y accidentes*. Barcelona: Laertes.
- Campos, R. (2002). La relación con el padre y el riesgo suicida en adolescentes (Reporte preliminar de investigación). *Memorias del II Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología*. VI Congreso al Encuentro de la Psicología Mexicana. Puebla, noviembre de 2002.
- Cárdenas, P. (2002). Diferencias en adolescentes con y sin intento de suicidio en la relación emocional con sus padres. *La Psicología Social en México*, 9, 541-545.

Función Parental y Sintomatología Depresiva en Adolescentes

- Capano, A., González, M. & Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología (PUCP)*, 34(2), 413-444.
- Carvajal, G. (1993). *Adolescer, La aventura de una metamorfosis. Una visión psicoanalítica de la adolescencia*. Bogotá: Tiresias.
- Carracedo, S., Seijo, D., Novo, M. & Fariña, F. (2010). Efectos de la ruptura de los progenitores en salud física y psicoemocional de los hijos. *Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana*, 19, 16-21.
- Corveleyn, J., Luyten, P., & Blatt, S. (2005). *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model*. New Jersey: Leuven University Press/Lawrence Erlbaum Associates.
- Craig, L. (2006). Does father care mean fathers share? A comparison of how mothers and fathers in intact families spend time with children. *Gender and Society*, 20, 259-281.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as a context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Del Águila, P. (2016). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en un grupo de adolescentes. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- De las Casas, P. (2008). *Un cuerpo sin sombras. Anorexia y bulimia, una relectura en Freud*. Lima: Fondo Editorial Universidad Mayor de San Marcos.
- Dunn, J. (2004). Understanding Children's Family Worlds. *Family Transitions and Children's Outcome*; 50(3), 224-235.
- Etxebarria, I., Apodaca, P., Fuentes, M. J., López, F. & Ortiz, M. J. (2008). La crianza y la educación de los hijos en la sociedad actual: ¿lo estamos haciendo bien? *Revista de Psicología Social*, 2009, 24(1), 1-16.
- Fize M (2007). *Los adolescentes*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Frías, D., Mestre, V., Del Barrio, V., & García-Ros, R. (1992). Estructura familiar y depresión infantil. *Anuario de Psicología*, 52,121-131.
- Fuentenebro, D., & Vázquez, V. (1990). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill.
- Gatley, S. & Lessem, R. (1955). Enhancing the Competitive Advantage of Transcultural Business. *European Journal of Industrial Training*, 1, 1-19.
- Gaylord, N. K., Kitzmann, K. M. & Coleman, J. K. (2003). Parents' and children's perceptions of parental behavior: Associations with children's psychosocial adjustment in the classroom. *Parenting*, 3 (1), 23-47.
- González-Forteza, C. & Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 4, 41-48.

- González-Forteza, C. & Saldívar, G. (1998). El afecto de papá: un componente para la salud emocional de los adolescentes. *La Psicología social en México*, 7, 243-247.
- González-Vigil, T. (2011). Relación entre percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con ansiedad en púberes. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Granic, I., Dishion, T. & Hollenstein, T. (2003). The Family Ecology of Adolescence: A Dynamic Systems Perspective on Normative Development. *Blackwell Handbook of Adolescence*, 60-91. Reino Unido: Blackwell.
- Hernández-Guzmán, L., Montesinos, M. G., Bermúdez-Ornelas, G., Freyre, M. A., & Alcázar-Olán, R. J. (2013). Parental practices scale for children. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 151-161.
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgos psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42.
- Hofstede, G. (1999): Culturas y organizaciones, el software mental: La cooperación internacional y su importancia para la supervivencia. Madrid: Alianza Editorial.
- Horowitz, J. & Garber, J. (2006). The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 401-415.
- Iglesias, B., & Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 63-77.
- Jara, L. (2000) Conociendo a los niños andinos a través de sus dibujos y sus sueños. *Resiliencia en el ande. Un modelo para promoverla en los niños*, 249-284. Lima: Panes & Silva Ediciones.
- Kantrowitz, B. & Springen, K. (2005). *A Peaceful Adolescence; the teen years don't have to be a time of family storm and stress. Most kids do just fine, and now psychologists are finding out why that is*. New York: Newsweek (International Ed.). Recuperado de: http://bibvirtual.upch.edu.pe:2059/docview/214032122?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Laible, D. & Carlo, G. (2004). The differential relations of maternal and paternal support and control to adolescent social competence, self-worth, and sympathy. *Journal of Adolescent Research*, 19, 759-782.
- Lee, A.; Hankin, B. & Mermelstein, R. (2010). Perceived Social Competence, Negative Social Interactions and Negative Cognitive Style Predict Depressive Symptoms during Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(5), 603-615. <http://doi.org/10.1080/15374416.2010.501284>.

- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. En: E. M. Hetherington & P. H. Mussen (Eds.), *Handbook of Child Psychology, Vol. IV: Socialization, Personality and Social Development* (4ta ed., pp. 1-101). Nueva York: Wiley.
- McBride-Chang, C. & Chang, L. (1998). Adolescent-parent relations in Hong Kong: Parenting styles, emotional autonomy, and school achievement. *The Journal of Genetic Psychology, 159*(4), 421-436.
- McLeod, B., Weisz, J. & Wood J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology, 27*, 986-1003.
- Merino, C. & Arndt, S. (2004). Análisis Factorial confirmatorio de la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg: validez preliminar de constructo. *Revista de Psicología de la PUCP, 22* (2), 187-214.
- Metzler, C., Biglan, A., Ary, D. & Li, F. (1998). The stability and validity of early adolescents' reports of parenting constructs. *Journal of Family Psychology, 12*, 600-619.
- Molinero, C. (2006). *Adaptación de la escala "adolescent family process" (AFP) en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana y Callao*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Monserrat, A. (2008). *Perspectivas teóricas clínicas sobre la ligazón madre hija*. Madrid: Alianza Editorial.
- Navarro, M. D. (2007). Psicoanálisis y feminidad: el vínculo madre e hija. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia, (2)*, 169-178.
- Organización Mundial de la Salud (2017) *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Pardo, G., Sandoval, A. & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología, 13*, 17-42.
- Parra, A. & Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de Psicología, 18*(2), 215-23.
- Paulson, E., Hill, J. & Holmbeck (1991). Distinguishing between perceived closeness and parental warmth in families with seventh-grade boys and girls. *Journal of Early Adolescence, 11*(2), 276-293.
- Paz, M. & Bermúdez, A. (2006). *Manual de Psicología Clínica Infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Polo, C. (2009). *Resiliencia: factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años*. (Tesis de pregrado). Universidad de Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Pons, J. & Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema, 9*(3), 609-617.

- Ramírez-Caján, M. & Díaz-Gervasi, G. (2017). Estilos parentales percibidos y sintomatología depresiva en escolares de secundaria. *CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud*, 2(2), 119-126.
- Ramírez, P. (2018). *Dinámica familiar, depresión y suicidio en la adolescencia*. Tesis para optar por el Título de Licenciado en Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia.
- Ramírez, R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs*. Tesis para optar por el Título de Licenciado en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Ritterband, L.M. & Spielberger, C.D. (1996). Construct Validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depression and Stress* 2(2), 123-145.
- Roa, L. & Del Barrio, V. (2002). Cuestionario de percepción de crianza para niños y adolescentes. *Psicología Educativa*, 8(1), 37-51.
- Roberts, M. & Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574-587.
- Rodriguez, L. (2008). Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.pe/repositorio/handle/123456789/645>
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Caballo, V., & Villegas, D. (2016). Percepción por parte de los adolescentes de las prácticas parentales y su relación con indicadores de Salud Mental. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 223-236.
- Saavedra, M. (2008). *Cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor*. México D.F.: Pax.
- Sáenz, M. (2010). Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Saleem, S., Mahmood, Z., & Subhan, S. (2015). Perceived Parental Practices and Mental Health Problems: Cross-Cultural Validation of EMBU-C on Pakistani Adolescents. *FWU Journal of Social Sciences*, 9(1), 44-52.
- Sandau-Beckler P. (2002). Don't Divorce Your Children: Children and Their Parents Talk About Divorce. *Families in Society*, 83(2), 212-213
- Sander, J., & McCarty, C. (2005). Youth Depression in the Family Context: Familial Risk Factors and Models of Treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(3), 203-219. Recuperado de: <http://doi.org/10.1007/s10567-005-6666-3>
- Schaefer, E. S. (1965). Children's reports of parental behaviour: an inventory. *Child Development*, 36(2), 413-424.

- Serrano, M. & Flores, M. (2002). Ambiente familiar y depresión en adolescentes de Mérida. *Memorias del X Congreso Mexicano de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología. Acapulco, Guerrero, octubre de 2002.
- Shek, D. (1995). Adolescent perceptions of parental and maternal parenting styles in a Chinese context. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 132, 527-537.
- Schuster, R., Mermelstein, R., & Wakschlag, L. (2013). Gender-Specific Relationships Between Depressive Symptoms, Marijuana Use, Parental Communication and Risky Sexual Behavior in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1194–1209. <http://doi.org/10.1007/s10964-012-9809-0>
- Stephens, M. A. (2009). *Gender differences in parenting styles and effects on the parent-child relationship* (Tesis de pregrado). Texas State University, San Marcos, Texas, Estados Unidos.
- Stewart, E., McKenry, P., Rudd, N., & Gavazzi, S. (1994). Family processes as mediators of depressive symptomatology among rural adolescents. *Family Relations*, 43, 38-45.
- Sumer, N. & Gungor, D. (1999). The impact of perceived parenting styles on attachment styles, self-evaluations and close relationships. *Turkish Journal of Psychology*, 14, 35-58.
- Torío, S. (2001). Estudio socioeducativo de hábitos y tendencias de comportamiento en familias con niños de educación infantil y primaria en Asturias. Recuperado de: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/16596>
- Torío, S.; Peña, J., & Inda, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20 (1), 62-70.
- Torrel, M y Delgado, M. (2014). Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013. *Revista Ciencia y Desarrollo*, 17(1), 47-54.
- Ugarriza, N., & Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, 5, 83-130.
- Vázquez, P.; Ordóñez, F.; Strausz, S., Arredondo, A.; Lara, N.; Bermúdez, P.; Coronado, C.; López, L. & Miranda, M. (2004). Estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia. *Episteme*, 1, 1-4.
- Vazsonyi, A. & Belliston, L. (2006). The cultural and developmental significance of parenting processes in adolescent anxiety and depression symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(4), 491–505. doi: 10.1007/s10964-006-9064-3
- Vazsonyi, A., Trejos-Castillo, E. & Huang, L. (2006). Are developmental processes affected by immigration? Family processes, internalizing behaviors, and externalizing behaviors. *Youth Adolescence*, 35, 799–813. doi: 10.1007/s10964-006-9104-z

- Vazsonyi, A., Hibbert, J. & Snider, J. (2003). Exotic enterprise no more? Adolescent reports of family and parenting processes from youth in four countries. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 129 – 160.
- Videon, T. M. (2005). Parent-child relations and children's psychological well-being: Do dads matter? *Journal of Family Issues*, 26(1), 55-78. doi: 10.1177/0192513X04270262
- Yu, S., Clemens, R., Yang, H., Li, X., Stanton, B., Deveaux, L., Harris, C., Lunn, S. & Cottrell, L. (2006). Youth and parental perceptions of parental monitoring and parent-adolescent communication, youth depression, and youth risk behaviors. *Social Behavior and Personality*, 34(10), 1297-1310. doi: 10.2224/sbp.2006.34.10.1297



Apéndice A

Ficha de asentimiento informado

El objetivo de este estudio es comprender mejor las relaciones entre padres e hijos y cómo adolescentes de tu edad, se sienten y perciben la relación con sus padres. Se espera así, que se puedan desarrollar intervenciones que puedan ser más efectivas para mejorar las relaciones entre adolescentes y sus padres.

Desearíamos contar con tu ayuda para lograr esta investigación, para lo que te pedimos que firmes este documento donde se indica y luego respondas con sinceridad los cuestionarios que te serán entregados.

Es muy importante que entiendan que la participación de cada uno de ustedes es voluntaria, esto quiere decir que no es obligatoria. Si no deseas participar, podrás continuar con otra actividad. Si este es el caso, se le pide mantenerse en silencio para no interrumpir a los que participan.

Si alguna de las preguntas te parece incómoda y no deseas responderla, tienes derecho de no hacerlo. Asimismo, si por alguna razón tuvieras que retirarte del estudio, podrás hacerlo comunicándolo a la entrevistadora sin que esto te ocasione ningún perjuicio. Sin embargo, para fines de esta investigación, es muy importante contar con tu participación.

Si es que durante la resolución de los cuestionarios tuvieses alguna duda, por favor, levanta la mano para poder resolverlas lo más pronto posible.

Queremos contarte que tus respuestas serán totalmente confidenciales, es decir, no se revelará en ningún momento tu identidad y los resultados no serán utilizados para ningún propósito a excepción de esta investigación.

El beneficio de tu participación no será individual, pero ayudará a crear conocimiento útil para ayudar a adolescentes como tú.

Si estás dispuesto a colaborar, recibe nuestro agradecimiento y firma al final de esta hoja como muestra de tu aceptación.

YO _____ he leído este documento y acepto formara parte de la investigación.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Apéndice B

Consentimiento informado para padres

Estimado padre de familia:

Su hijo(a) está invitado a participar de una investigación que tiene como objetivo comprender mejor la relación entre adolescentes y sus padres. Esta investigación será realizada por la alumna Priscilla Ayquipa Silva del 12° ciclo de la especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La información obtenida será analizada de manera absolutamente confidencial como parte del curso “Seminario de Tesis en Psicología Clínica”, bajo la supervisión de la profesora Dra. Ana Caro.

Para este fin, se solicitará que su hijo(a) acepte de manera voluntaria participar y responder a las preguntas realizadas por la alumna a través de cuestionarios. Esto durará aproximadamente una hora y se hará durante el horario académico. La investigadora se compromete a que la información recabada solo sea manejada por ella y su asesora, y a no revelar la identidad de las participantes en ningún momento, manteniéndose siempre la confidencialidad de los datos.

Si su hijo(a) no deseara responder alguna de las preguntas tiene derecho a ello. Asimismo, podrá retirarse del proceso si lo considera conveniente, sin que esto le traiga algún perjuicio personal. Sin embargo, se le agradecerá su participación completa, en tanto proporcionará información para conocer mejor a adolescentes como su hijo(a).

En caso tenga preguntas acerca de la participación de su hijo(a) en este estudio, puede contactar a Priscilla Ayquipa al correo a20122916@pucp.pe o a la Dra. Ana Caro al correo acaroc@pucp.pe. En caso de que no desee que su hijo(a) participe en la investigación, se solicita que devuelva este consentimiento firmado antes del 29 de agosto. Caso contrario, se asumirá que está de acuerdo con la participación del menor en la investigación.

Lima, 24 de agosto del 2017

POR FAVOR COMPLETE Y ENVÍE AL COLEGIO CON SU HIJO(A) ESTA PARTE DEL DOCUMENTO EN CASO DE QUE NO ACEPTE QUE EL MENOR PARTICIPE EN LA INVESTIGACIÓN.

Nombre del alumno: _____

Firma del padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Apéndice C

Ficha Sociodemográfica

Edad: _____

Sexo: Masculino ()
Femenino ()

Grado escolar:

Segundo de secundaria

Tercero de secundaria

Personas con las que convives en tu hogar:
(Puedes marcar más de una opción)

___ Mamá

___ Papá

___ Abuelos

___ Tíos

___ Nueva pareja de mamá

___ Nueva pareja de papá

___ Hermanos

Otros): _____

(Marca con una X) 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): _____

(Marca con una X) Durante la mayor parte de mi vida el rol de mi PADRE lo ha cumplido:

___ Padre biológico

___ Padrastra

Función Parental y Sintomatología Depresiva en Adolescentes

- Tío
 Abuelo
 Padre adoptivo
 Otra persona (especificar): _____

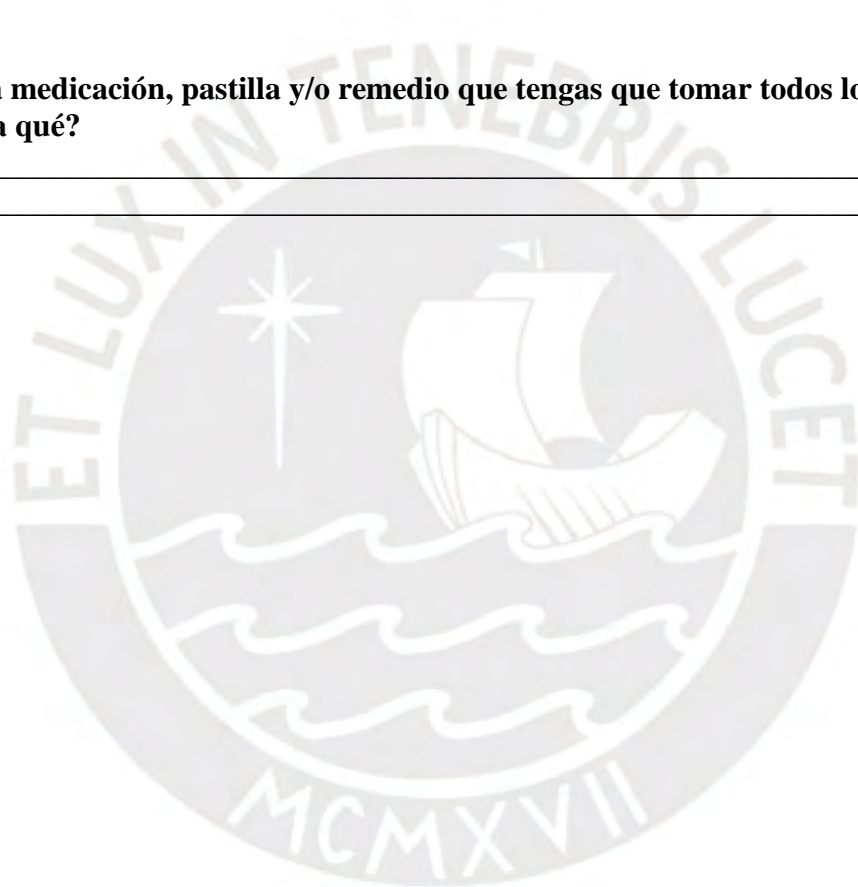
¿Recibes actualmente algún tratamiento psicológico o psiquiátrico?

SI

NO

Si has marcado no, ¿cuál es el motivo?

**¿Hay alguna medicación, pastilla y/o remedio que tengas que tomar todos los días?
¿Cuál y para qué?**



Apéndice D

Tabla 10
Pruebas de normalidad del CDI

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	<i>p</i>
Disforia	.182	103	.000
Autoestima negativa	.102	103	.010
Depresión	.124	103	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 11
Pruebas de normalidad del AFP Escala Materna

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	<i>p</i>
Cercanía	0.177	103	0
Soporte	0.151	103	0
Monitoreo	0.185	103	0
Comunicación	0.08	103	0.102
Conflicto	0.149	103	0
Aprobación de pares	0.126	103	0

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 12
Pruebas de normalidad del AFP Escala Paterna

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	<i>p</i>
Cercanía	0.153	103	0
Soporte	0.14	103	0
Monitoreo	0.122	103	0.001
Comunicación	0.067	103	0.2
Conflicto	0.161	103	0
Aprobación de pares	0.123	103	0.001

a. Corrección de significación de Lilliefors

Apéndice E

Tabla 13
Confiabilidad del
CDI

	<i>Alfa de Cronbach</i>
Disforia	.820
Autoestima negativa	.637
Puntaje total de depresión	.847

Tabla 14
Confiabilidad por factor del AFP
Escala materna

	<i>Alfa de Cronbach</i>
Cercanía	.772
Soporte	.787
Monitoreo	.717
Comunicación	.812
Conflicto	.765
Aprobación de pares	.511

Tabla 15
Confiabilidad por factor del AFP
Escala Paterna

	<i>Alfa de Cronbach</i>
Cercanía	.812
Soporte	.653
Monitoreo	.852
Comunicación	.848
Conflicto	.661
Aprobación de pares	.655